

Lékařská psychologie

Jan Vymětal

3., aktualizované vydání



Úvodní poznámka	13
1 Úloha lékařské psychologie v dnešní medicíně	15
1.1 Vymezení oboru	15
1.2 Sugescie	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
Suggestivní 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
Suggestivními 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

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 nezpomenout 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 povinnosti 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, tehdejšímu 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 medikům 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 prací 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 čtenář 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 předchozí 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 somatoformní 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 neurozy 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

Sugescce (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 vyraženém kritickém myšlení. Sugescí tedy navozujeme změnu. Tento mechanismus je znám a využíván odjakživa a úmyslně v rámci psychotherapeutického působení při hypnóze, persvazi – přesvědčování v rámci racionální psychotherapie 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 *iatos*, 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 lékařem 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.

Sugestivní 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, *genaó*, 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, úzkostí 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 sebezpozorováním 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 poškození 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

jedince a jeho rodinu. Není žádnou výjimkou, že zvláště starší lidé se obdarovávají léky apod. Zajímavý (a samozřejmě nežádoucí) je i **iatroplacebo-genní účinek** spočívající v tom, že není využito placebo účinku léku (viz kap. 1.4) např. proto, že nemocný vnímá nezáměr lékaře, který na něho „nemá čas“ a lékařovu lhostejnost k výsledku léčby.

1.4 Placebo efekt

Placebo (z lat. *placere*, tj. líbit se) efekt, neboli nespecifický lékový účinek, představuje objektivně neutrální látku, která však v konkrétním případě potencuje účinek léku či sama léčivě působí tím, že na základě sugesce pravděpodobně dojde ke spuštění sebeúzdavných procesů. Trochu z jiného hlediska lze říci, že to jsou psychologické a psychofyzilogické žádoucí i nežádoucí reakce, které jsou projevem pacientova očekávání. Placebo účinek lze vysvětlit i na základě jednoduchého podmiňování, kdy si vytváříme spojení mezi podáním léku (případně celou terapeutickou situací) a úlevou. Potom na podané placebo reagujeme analogicky. Uvádí se, že při podávání placebo po více dnů nastane vyhasnutí spojení (reflexu) a úleva se přestane dostavovat.

Psychologickým stránkám farmakoterapie se budeme věnovat podrobněji v části pojednávající o vedení ambulantních pacientů.

Každý lék z hlediska účinku sestává jednak z chemické – aktivní látky a jejího vlivu, jednak zde působí sugestivní faktor – placebo. Proto se při vytváření a ověřování nového léku zjišťuje faktický podíl chemické substance na žádoucí změně zdravotního stavu prostřednictvím výzkumného projektu „dvojitě na slepo“ (z angl. *double blind*), kdy na základě náhodného výběru je jedné skupině pacientů podáván lék s aktivní látkou a druhé skupině lék bez aktivní látky, ale stejného vzezření, případně i chuti. Pacienti, ani ti, kteří lék podávají, nevědí, zda se jedná o aktivní látku či placebo. Vyhodnocením se zjistí, zda a jak je nový lék ve srovnání s placebem účinný.

V souvislosti s výzkumem třeba zdůraznit, že je nezbytné bezpodmínečně dbát **etických pravidel** a zásadně upřednostňovat zájem pacienta před naplánovaným výzkumem. Pacienta z výzkumu vyřadíme, jestliže se ukáže, že jiná léčba je pro něho vhodnější, nebo vznikne-li podezření, že v určité chvíli by jej mohlo setrvání ve výzkumu poškodit. Jako odstrašující příklad nám poslouží výzkumy dělané většinou na objednávku farmakologického průmyslu, kdy pacient si „vylosuje číslo“ a podle toho dostává lék (aktivní látku) či placebo, bez ohledu na jeho prospěch. O účinku placebo víme, že odpovídá očekávání pacienta, případně lékaře a kvalitě vzájemného vztahu mezi pacientem a lékařem. Řídí se totiž stejnými pravidly, která jsme již uvedli v souvislosti se sugescí. Účinek placebo je silnější, je-li podáno autoritou, jedná-li se údajně o vzácný, drahý, obtížně dosažitelný lék atp. Placebo dokonce vyvolá u zvýšeně sugestibilních jedinců (tzv. placebo reaktori) i oče-

kávané vedlejší lékové účinky (např. zúžení pupil, změnu nálady). Zdá se, že na placebo nejvíce „zabírají“ úzkostní extroverti v situaci, kterou vnímají jako ohrožující a zatěžující (např. pooperační stavy, účinnější je injekční aplikace než jiné formy podání, vliv má i velikost, tvar a barva tablety, atd.). Placebo efekt se nejvýrazněji projevuje při mírnění bolesti a při úzkostech.

Například při tišení bolestí vyvolaných žaludečním vředem, stejně tak při bolestech hlavy, revmatických potížích a zánětlivých procesech se uvádí, že více než 50 % účinku jde na vrub sugesci. Placebem, ať již jeho účinek vysvětlujeme sugescí či podmiňováním, mohou být příznivě ovlivněny i příznaky nejtěžších chorob, jako je tomu u nádorového onemocnění. Nemusí jít jen o zmírnění bolesti, nýbrž i o zmenšení otoku nádoru.

Podle našeho názoru je vědomé podávání „čistého“ placebo mimo situaci výzkumu eticky sporné (lékař pacienta „podvádí“), byť v jednotlivých případech v praxi odůvodněné. Na druhé straně sugestivním a věrohodným podáním léku či v rámci vztahu, ve kterém je lékař pro nemocného autoritou požívající plné důvěry, lze snížit dávkování léku a tak případně vedlejší účinky, při zachování stejného výsledného účinku.

Vliv psychických mechanismů v souvislosti se sugescí jsme si přiblížili na tak odlišných jevech, jako byla psychogenní iatropatogeneze a placebo efekt. Psychické faktory a zvláště zátěž mají významný vliv i na lékaře a promítají se do jeho práce i nejbližších osobních vztahů. Pro ilustraci předchozího tvrzení zmíníme tzv. syndrom vyhaslosti.

1.5 Syndrom vyhaslosti (vyhoření)

Syndrom vyhaslosti (z angl. *burn out*) znamená specifickou emoční únavu, tedy stav citové vyčerpanosti, jenž se projevuje dlouhodobým subdepresivním laděním a podrážděností. Na pacienta se obtížně soustřeďujeme, prožíváme zatrpkllost, druzí nás snadno „otravují“, máme pocit, že se nám práce nedaří a že to „nemá cenu“, jsme sami se sebou nespokojeni, projevujeme tendenci zvětšovat odstup mezi námi a nemocným, jeho problematiku zvětčujeme, atd. To jsou známky signalizující krizový stav, tedy počátek a nebezpečí dalšího narušení psychické rovnováhy.

Kromě subdepresivního ladění a pochybností o sobě a smyslu vlastní práce lze jako součást syndromu vyhaslosti jmenovat i projevy profesionálního cynismu, jímž se lékař „brání“ depresivnímu prožívání a ohrožení vlastního sebeobrazu, jehož součástí je i profesionální identita. Vlastně se jedná o depersonalizaci. Také v tomto případě nemocný lékaře „obtěžuje,“ avšak zde k němu zaujme tvrdší a bezohledný (nerespektující) postoj, jenž u pacienta přirozeně vyvolá strach, nebo hněv a snadno dojde k psychotraumatizaci.

zaci nemocného. Zmíněný postoj lékař generalizuje a přenáší nejen na své kolegy, ale nakonec i do osobního a rodinného života. Nastává pak bludný kruh, protože lékař v soukromém životě nakonec ztrácí zázemí, potřebné pro své povolání.

Je samozřejmé, že povolání lékaře vyžaduje značnou osobní a zvláště emoční odolnost, kterou získává praxí, kdy se na lidské utrpení (a nejednou i na vlastní neúčinnost) musí adaptovat, ale dojde-li k jeho otupění a netečnosti vůči druhému člověku, mluvíme pak právem o **profesionální deformaci a anetických postojích**. Jejich zdroj může být i v nejistotě začínajícího lékaře a v nedostatku pozitivních vzorů. Zdá se, že korelují i s mocenským postavením lékaře a jeho případným osobnostním svérázem (např. neuvědomovaná potřeba ovládat, případně až ponižovat druhé, a tak získávat vlastní duševní rovnováhu a uspokojení). Mohou se takto projevat i zhrzené ambice, kdy se vlastně „mstí“ tam, kde si to může dovolit. Lze shrnout, že také nezvládnutá adaptace může vést k „depresivnímu“ či „cynickému“ postoji a chování lékaře, které, pokud se jednou vytvoří, jsou nesnadno měnitelné a pro nemocné nebezpečné.

U mladších osob někdy postačí opakovaná domluva, zpětná vazba a především pozitivní vzor ze strany kolegů požívajících prestiž. U lékařů starších jsme ke změně skeptičtí a v extrémních případech nakonec záležitost řeší dříve nebo později jejich nadřízení, etická komise či lékařská komora. Naštěstí je však málo takových případů – pacienti se svých lékařů obávat rozhodně nemusí. Důrazně varujeme před „autoléčbou“ alkoholem a psychofarmaky. V takovém případě je vhodné se poradit se zkušeným kolegou, kterému plně důvěřujeme, nebo se přímo obrátit na klinického psychologa či psychiatra. Syndrom vyhaslosti totiž může přejít v depresi a hlubší deprese u lékaře v sobě vždy skrývá nebezpečí suicidálního jednání.

Se syndromem vyhaslosti se setkáváme u všech subjektivně náročných povolání, kdy nastává nerovnováha mezi emočními stranami „dátí“ a „brátí“, převládá „výdej“ nad „příjmem“ a postupně dochází k vyčerpání psychických i fyzických rezerv. Subjektivně náročná povolání jsou taková, kde zažíváme řadu frustrací (např. dokážeme méně, než bychom chtěli, musíme se ovládat, problémy jiných oživují naše vlastní obdobné nevyřešené těžkosti) nebo se dostáváme příliš často do stresu z rozhodování a odpovědnosti, musíme se rychle na základě relativně mála informací rozhodnout a po tomto rozhodnutí následuje čin, jenž je nevratný. Není bez zajímavosti zjištění, že na lékaře působí nejsilněji konflikty na pracovišti, které se ho týkají.

Jak se syndromu vyhaslosti bránit? Především tím, že známe hranice svých možností a ty nepřekračujeme. Lékař se nemůže dlouhodobě přetěžovat a „rozdávat“. Nutno tedy pracovat s rezervou, jinak se dříve či později opotřebujeme, čehož důsledky se obracejí také proti samotným pacientům.

Pokud jsme vystaveni dlouhodobé pracovní zátěži, nutno mít dobré rodinné zázemí a umět v dostatečné míře aktivně odpočívat, abychom tak průběžně obnovovali své emoční síly. Obrazně si lze představit akumulátor, jenž se dobíjí. Je zřejmé, že je to i otázka hlubšího sebepoznání (zvláště své vlastní osobnosti, svých motivací a nalezení „slabých míst“, na která jsme obzvláště citliví) a vyrovnaného, kultivovaného životního stylu. Také proto zařazujeme do textu následující část týkající se vývoje lidského jedince, problematiky osobnosti a motivace člověka. Dříve jsme uvedli, že lékařská psychologie má za úkol lékaře chránit – někdy i před nimi samými. Upozornění na syndrom vyhaslosti je toho příkladem.

SOUHRN

Vymezení lékařské psychologie jako oboru zkoumajícího zvláště vztah mezi lékařem, pacientem a jeho nejbližšími je důležité v souvislosti s moderní medicínou, pro kterou je typická technizace, přírodovědná orientace, specializace, organizovanost a objektový vztah k člověku. Lékařská psychologie pak působí proti dehumanizaci tím, že vnáší do zdravotní péče lidskou dimenzi a psychologickými prostředky participuje na celém diagnosticko-léčebně-rehabilitačním procesu. Důležitým psychologickým, byť často neuvědomovaným nástrojem působení lékaře je sugesce, čili ovlivňování druhého z pozice autority požívající důvěru. Podrobněji jsme pojednali o možném negativním psychologickém vlivu lékaře na pacienta, jímž je psychogenní iatropatogeneze a iatrogenní fixace. Placebo efekt je opět příkladem sugesce, jež zvyšuje účinek léku. Závěrem kapitoly jsme se dověděli o syndromu vyhaslosti, který mívá ráz subdeprese či skrývá nebezpečí cynismu a ohrožuje lékaře, pokud neumí odpočívat, a jeho emoční „výdaje“ dlouhodobě překračují emoční „příjmy“.

Vývojová psychologie

V druhé kapitole se nejdříve seznámíme se základními mechanismy vývoje lidského jedince, tedy prostřednictvím čeho se člověk stává člověkem. Dále zaměříme pozornost na jednotlivé fáze života – od období prenatálního až po stáří. Relativně více prostoru poskytneme dětství a dospívání, neboť především v těchto vývojových úsecích se vytvářejí základní osobnostní charakteristiky člověka.

Vývojová psychologie patří mezi základní teoretické psychologické obory. Zabývá se ontogenezí, tedy vývojem lidského jedince od jeho početí až po úmrtí. Obor nás zajímá proto, že určitou skutečnost – a to platí obecně – lze vždy lépe pochopit, pokud přihlídneme k jejímu dosavadnímu a předpokládanému budoucímu vývoji. Pro práci lékaře je nezbytné znát charakteristiky jednotlivých období života člověka, neboť teprve potom může posoudit, co z psychologického hlediska pacient vyžaduje, co lze od něho očekávat a jak je s ním třeba jednat.

Při zpracování následujících kapitol přihlídneme zejména k problematice formování a vývoje osobnosti člověka a ke způsobům, jak se vztahuje ke druhým i k sobě.

2.1 Mechanismy vývoje

Vývoj lidského jedince lze zachytit změnami v čase, jež se uskutečňují kontinuálně a diskontinuálně–skokově.

Například vývoj řeči u dítěte zprvu probíhá tak, že z křiku, pláče a radostného výskání se postupně vydělují samohlásky. Dítě zhruba od třetího měsíce začne houkat a broukat, následuje žvatlání a nejdříve v devátém až desátém měsíci se dostaví první smysluplná slova („máma“, „táta“, „bába“), a potom jednoslovné věty. Po roce a půl začíná tvořit dvojslovné věty, ve dvou letech přicházejí obvykle tří-slovné a posléze krátké věty. Popsaný vývoj probíhá kontinuálně – dítě se zvuky a „řečí“ experimentuje, zhruba od patnácti měsíců bývá nápadná tzv. dětská řeč –

nesrozumitelný žargon, přetrvávající zpravidla do dvou let života dítěte. Nová kvalita ve vývoji řeči se obvykle objeví náhle, naskočí ze dne na den. Vývoj řeči má řadu výjimek – některé děti, zejména chlapci, začínají mluvit později apod. Častou výjimkou bývá, že dítě prostě některou fází přeskočí. Vidíme, že na vývoj je třeba pohlížet individuálně, byť jej lze zachytit vývojovými škálami, posuzujícími jeho úroveň a průběh.

Rozeznáváme tři základní mechanismy vývoje vedoucí ke změnám v duševním životě a chování člověka. Jedná se o biologické zrání, učení a sebetvorbu – sebeřízení. A budiž hned zdůrazněno, že také jejich podíl při vývoji odpovídá předchozímu pořadí: U ještě nenarozeného dítěte naprosto převládá zrání, po narození nabývá stále větší význam učení, a od doby dospívání a v dalším životě postupně převládá (ne ovšem u každého jedince) sebetvorba – sebeřízení. Mezi biologickým zráním a učením je vztah cirkulární kauzality (vzájemné ovlivňování interakcí), kdy učení stimuluje procesy zrání a naopak – optimálně probíhající zrání umožňuje učení v širším rozsahu a proměnlivosti. Sebetvorba – sebeřízení zaujímá v této trojici zvláštní postavení, neboť právě jím lidská bytost vykračuje, jak dále uvidíme, ze své biologické a sociální určenosti.

Biologickým zráním, jež je základním předpokladem veškerého vývoje jedince, označujeme změny biologické úrovně, ke kterým dochází uvnitř organismu. Nastávají spontánně a zákonitě tehdy, jestliže člověk dosáhne určitého vývojového stupně korespondujícího s jeho věkem a jsou-li zachovány základní podmínky zdravého života organismu (přiměřená výživa, teplo, stimulace apod.). Zmíněný proces je vlastní celé živé přírodě a nedá se podstatným způsobem urychlit.

Například malé dítě se odvažuje kolem dvanáctého měsíce svého života učinit první samostatné krůčky a ani tím nejlepším vedením nelze tento vývoj uspišit o několik měsíců.

Biologické zrání je funkcí **genetického programu**, ovlivňujícího i předpoklady k vytvoření určitých psychických vlastností a projevů člověka, ovšem způsobem **polygenním**, kdy je ve hře celá řada genů působících současně a jako jeden celek. Vytvářejí dispozice ke vzniku určité vlastnosti (osobnosti, chování), ovšem jejich konečná podoba je zformována prostředím (např. mechanismem učení) a mnohdy i aktivní snahou a rozhodováním jednotlivce (mechanismus sebetvorby–sebeřízení). Nutno podtrhnout, že tělesná výbava lidského jedince (konstituce), s níž přichází na svět, je nejen výsledkem genetických vlivů, nýbrž i všeho, co na zárodek a plod působilo skrze tělo matky. Dále pak je všeobecně známo, že lidskou konstituci ovlivňují a mění dlouhodobé vlivy podnebí a ovzduší, strava, prodělaná onemocnění, atd. Lidský genom (s výjimkou genů majících na starosti základní funkce organismu)

modifikuje svoji strukturu – např. na molekulární úrovni může docházet pod vlivem vnějších okolností ke změně genetické informace, jež se pak trvale uchovává. Takto vznikají mutace.

Také proto v medicíně zdůrazňujeme její bioekopsychosociální paradigma.

Biologické zrání je předpokladem změn fundovaných převážně biologicky a výrazem **přírodní určenosti člověka**.

Učení je druhým předpokladem změny. Rozumíme jím schopnost a z ní plynoucí procesy, jimiž jedinec získává nové zkušenosti a posléze i vlastnosti. Bez schopnosti učení by nebyla možná zkušenost. Psychologové se zvláště zajímají o **sociální učení**, jež je zprostředkováno druhými lidmi. Převážná část toho, co je specificky lidské (např. vědomí, slovní komunikace), je získána životem ve společnosti právě pomocí sociálního učení. Ve srovnání s ostatními přírodními druhy, u člověka podíl učení při osvojování vlastností ve srovnání s biologickým zráním naprosto a jednoznačně převládá. Zdá se, že pro jeho socializaci, adaptaci a rozvoj je nejvýznamnější nezáměrné učení **nápodobou** (tzv. *imitační učení*). Lidský jedinec v určitých věkových (tzv. *senzitivních*) obdobích přejímá velmi snadno, pravděpodobně i na základě jednorázové zkušenosti chování, vlastnosti a postoje druhých lidí, s nimiž je v blízkém citovém vztahu, nebo kterých si váží. Lze zde vidět analogii s učním vtiskem, prokázaném srovnávací psychologii a etologií u zvířat. Proto má na formování povahy dítěte tak nesmírný vliv osobnost rodičů a jejich chování.

Díky sociálnímu učení, ať již záměrnému (např. vzdělávací systémy), nebo nezáměrnému, se člověk stává člověkem, tedy osvojuje si kulturu a lidskost.

Učení je u jedince zejména předpokladem změn, jež jsou fundovány společensky a jsou výrazem **společenské určenosti lidské bytosti**.

Sebetvorbou-sebeřízením rozumíme, že u člověka proces rozhodování probíhá uvědoměle, tedy především na základě sebereflexe. Záměrně pak sebe v něčem mění, což se nakonec projeví i na jeho jednání.

Takto např. vzniká ta část svědomí, jež není tvořena introjekty z vnějšího sociálního prostředí (zejména vlivem rodičů, školy, vrstevníků). To, co považujeme za správné či nesprávné a co působí jako vnitřně závazný regulativ chování, nemusí být jen výsledkem převzatých norem a zásad (platné morálky), nýbrž i součástí a projevem naší autonomie, tedy i svobody.

Nepochybujeme o tom, že zdravý lidský jedinec je od určitého věku schopen postupně se ve světě i v sobě samostatně orientovat, a to především na základě myšlení a zkušenosti. Tento vývojový mechanismus se začíná uplatňovat v době dospívání (přítomno je abstraktní myšlení, prohlubuje se introspekce), i když jej lze jako tendenci pozorovat již dříve (např. v podobě snahy po samostatnosti a zvyšování kompetence u předškolních dětí v období tzv. prvního vzdoru).

Sebetvorba–sebeřízení jsou pojmovými konstrukty, jež ve filozofii souvisejí s problematikou svobodné vůle a svobody jako takové. V našem případě (a v rozvinuté podobě) znamenají, že chápeme vlastní podmíněnost, uvědomujeme si vnitřní nebo vnější determinaci, které podléháme, a toto nové poznání nás od ní nejednou osvobozuje. Může dojít k tomu, že volíme a jednáme nově: rozumně, odpovědně, eticky, a je-li třeba, tak i odvážně.

V člověku se sféra nepodmíněnosti a podmíněnosti kříží. Sebetvorba-sebeřízení poukazuje na oblast dotýkající se lidské svébytnosti, která ve svém spontánním jednání a tvorbě odkazuje na to, co je specifikem člověka a co je pro zdravou psychiku nejen charakteristické, ale zásadní. Pravděpodobně zde je třeba hledat „tajemství subjektivity“. Jinak řečeno: člověk a jeho jednání jsou nejen determinované, ale také svobodné. Lidský jedinec takto může překonávat sféru přírodní i sociální podmíněnosti tím, že zasahuje do světa řízením sebe sama.

Sebetvorba-sebeřízení vychází z poznání možnosti vlastního spontánního jednání a je výrazem **svébytnosti a svobody** člověka.

Jaký je vztah mezi biologickým učením, zráním a sebetvorbou–sebeřízením? Odpověď lze jen naznačit. Vrozená je genetická výbava a celá konstituce, jež jsou však do určité míry ovlivnitelné a měnitelné vlivy prostředí, tedy i vlivy psychosociální povahy. O přímé ovlivnitelnosti biologické stránky člověka lze uvažovat v souvislosti s reflexním učením a vegetativním systémem, čehož se využívá u relaxačních metod, biologické zpětné vazby apod. Převážně biologicky podmíněné charakteristiky jsou v široké míře usměrnitelné psychologickou cestou (učením, sebetvorbou–sebeřízením). V jejich projevu a přes tento projev, jak se domníváme, lze zpětně modifikovat i jeho podstatu, tedy biologickou stránku. Zásadně je to možné proto, že jakýkoliv komplexnější lidský projev je mnohostranně podmíněn, tedy i činiteli přístupnými psychologickému působení.

Nové metodologické možnosti používané při výzkumech na molekulární úrovni naznačují, že se v těchto oblastech dožijeme velkých překvapení, protože se ukazuje, že dokonce neuroanatomické, neurohumorální a psychofyzilogické charakteristiky CNS jsou ovlivnitelné psychosociální zkušeností (např. vlivem senzorické a citové deprivace nebo cílenou psychologickou stimulací pozornosti a paměťových funkcí u osob vyššího věku). Je známo, že i zrání neuronů je urychlováno nebo dokonce podmiňováno psychosociální stimulací.

Hlavní předpoklady vývoje a změny duševního života a chování lidské bytosti mají tedy trojí zakotvení: **přírodní, sociální a subjektivní** (svobodné rozhodování a jednání).

Zamýšlíme-li se nad vývojem přírody a člověka, tak nelze nevidět, čeho si všimli a co v novější době ve filozofii rozvíjeli např. vitalisté. Přírodě i lidské bytosti je vlastní **růstová tendence**, tedy tendence směřující k dosahování vyšší kvality, což se konkrétně uskutečňuje naplňováním a rozvíjením pozitivních možností. Jinak vyjádřeno: potenciality se aktualizují. U člověka to pak znamená tendenci po zvyšování a rozšiřování vlastní autonomie, tedy

sebeurčování a zdokonalování sebe sama spolu s druhými na základě poznávání a aktivního zasahování do světa, a to v souladu s tímto světem. Jinak lidské zasahování může být ve svých důsledcích destruktivní. Dále pak ve vývoji sledujeme snahu po rozšiřování vlastní **kompetence**, čili psychologického prostoru, jemuž rozumíme, kde se uplatňujeme a jsme „doma“. Není bez zajímavosti, že tyto charakteristiky jsou považovány za protektivní faktory v souvislosti s lidským zdravím a odolností (viz pojem *salutogeneze*). Zároveň tvoří obecné cíle psychoterapeutického působení.

Kromě **růstové tendence**, jež je zdrojem stálé obnovy života a rozšiřování vlastní kompetence, je to **akceptace**, bez níž by nebyly možné zdravý lidský život a vývoj.

Akceptace (lat. *accepto*, tj. přijímám, rozumím) znamená, že lidská bytost je druhými přijímána nejlépe bezvýhradně (bezpodmínečně). Akceptovat znamená přijmout druhého z principu jako bližního, tedy jako toho, kdo je mi blízký, koho mám rád a komu jsem ochoten nezištně pomoci a cítím vůči němu (a někdy i za něho) odpovědnost. Bezvýhradné přijetí patří k **fenoménu domova**, neboť doma jsme tam, kde jsme druhými přijati, domov je místem spolehlivým, bezpečným i jistým a dovoluje nám být sami sebou. Dítě i dospělý potřebují být druhými přijati, aby se mohli rozvíjet, čili naplňovat své pozitivní možnosti. Pro člověka naší kultury je takovým místem především **rodina**.

Z didaktických důvodů si dále rozdělíme lidský život do několika úseků, jež budeme jen velmi stručně psychologicky charakterizovat. Relativně samostatně pojednáme o prenatálním období a porodu, v druhé části textu si povšimneme dětství, potom dospívání, dospělosti a závěrem stáří člověka.

2.2 Prenatální období a porod

O počátcích lidského života toho víme z psychologického hlediska již mnoho – ale zároveň i málo, neboť jsme odkázáni jen na vnější pozorování vyvíjejícího se zárodku a později plodu. V této souvislosti bývá tradičně zmiňován **biogenetický zákon**, podle kterého je ontogeneze zkrácenou fylogenezí. Tedy alespoň náznakem prochází jedinec ve svém prenatálním vývoji stadii, jimiž vznikl lidský druh.

Stejně tak na obecné úrovni v psychologii a medicíně platí, že čím je vzniklý život (**organismus, jedinec**) vývojově mladší, tím je **zranitelnější, případná poškození jsou fatálnější povahy a obtížněji napravitelná**.

Psychologicky vzato považujeme za vývojový mezník **šestý měsíc** od početí dítěte. U plodu v tomto období již sledujeme celou řadu individuálně odlišných aktivit zejména z oblasti jeho psychomotorických reakcí. V posledních týdnech před porodem jsou již bohatě rozvinuté – ještě nenarozený jedinec pociťuje chuť, slyší, přítomna je orientačně pátrací aktivita i schopnost reflexního učení. Po šestém měsíci nabývá vyvíjející se plod psychické individuality (zachycujeme elektrickou aktivitu mozku), již předcházela individualita genetická (ta nastává vlastním splynutím zárodečných buněk), vývojová (daná nidací) a individualita funkční (vzniká čtyři týdny po početí vytvořením základních tělesných orgánů).

Během prenatálního období má zdravě se vyvíjející zárodek a posléze plod dokonale uspokojeny všechny potřeby. Obrazně řečeno se má tak, jako se již nikdy později mít nebude. Proto bývá toto období nazýváno „ideálním stavem“ a „původním rájem“, vlastní porod pak „vyhnáním z ráje“.

Nenarozený jedinec tvoří s matkou **symbiotickou jednotu**, je **aktivní** a mezi ním a matkou probíhá stálá **interakce**. Aktivitou nemíníme jen aktivitu pohybovou (např. kopání), nýbrž skutečnost, že na matku působí od samého počátku gravidity vůbec svojí existencí, a to psychicky (např. těhotenství je chtěné či nechťené) i biologicky (např. humorálně). Matka jej naopak ovlivňuje zvláště tím, že její nálada a výraznější emoční reakce (radost, hněv apod.), provázené biochemickými změnami, se krví přenášejí na zárodek a plod. Kromě zmíněného fyziologického působení je zde i působení smyslové (hlas matky, tlak na břicho masážemi apod.), na které ještě nenarozené dítě v posledním trimestru reaguje pohyby a kopáním.

Z psychologického hlediska je celý vývoj zárodku a plodu přípravou na život po narození, stejně tak těhotenství je přípravou rodičů a často i prarodičů na rodičovství, případně roli babičky a dědečka, což se týká zvláště při očekávání prvního dítěte (vnoučete).

Za velmi důležitý považujeme **vztah rodičů ke graviditě a ještě nenarozenému dítěti**. Vytváří se již v jejich vlastním dětství a dospívání, tedy je především zkušenostní povahy. Osvojují si jej v nukleární rodině nápodobou, výchovou a díky celkové atmosféře a hodnotové orientaci rodičů. Velmi zjednodušeně řečeno: děti biofilních rodičů (život a meziosobní vztahy jsou pro ně vysokou hodnotou) snadno a samozřejmě přijímají nový život – vlastní děti. Naopak děti nekrofilně orientovaných rodičů (nejvyšší hodnotou je pro ně majetek, moc, peníze apod.) mohou snadno brát nový život jako „věc mezi věcmi“, možnou komplikaci svých záměrů a nikoliv jako dar, o který je třeba pečovat a rozvíjet jej. Nekrofilní hodnotovou a postojovou orientaci lze překonat vědomou sebereflexí a osobnostním zráním, ovšem vůbec to není snadné, byť by si to mnozí přáli.

Zdůrazňujeme, že je to matka, na které leží většina „úkolů“ během těhotenství. Přihlédneme-li k tomu, že kromě dětí plánovaných (většinou proto předem psychosociálně i materiálně zajištěných) se rodí velké množství dětí

neplánovaných, znamená pro mnoho žen období gravidity čas psychické, tělesné a mnohdy i sociální zátěže. Zejména v případě prvního těhotenství mívají obavy z porodu a musí přijmout změnu svého tělesného schématu. Těž vztah mezi matkou a otcem může, kromě radostného očekávání, psychické blízkosti a společné přípravy na obrovskou změnu v životě, kterou bezesporu narození dítěte je, zakusit krizi, neboť rozvinuté roli rodičů se oba teprve učí a společenské okolnosti v současné době rodičovství příliš nepřejí. Pro ženy je role matky náročnější, i když k ní mají více předpokladů zakotvených již biologicky – na rozdíl od mužů, kteří si otcovství osvojují z větší části až komunikací a péčí o potomka.

Důkaz o velkém vlivu chtěnosti či nechtěnosti těhotenství přináší zkoumání více než 200 evidentně nechtěných dětí, které se spolupracovníky uskutečnil jeden ze zakladatelů české dětské klinické psychologie Zdeněk Matějček (nar. 1922). Nechtěné děti byly v tomto zcela ojedinělém longitudinálním výzkumu sledovány od narození do svých devětatvaceti let. Ve srovnání s kontrolní skupinou vykazovaly signifikantně více problematických vztahů k sobě i sociálnímu okolí. Jejich postižení „nechtěností“ se tedy více projevilo v psychosociální oblasti a v chování, které nazýváme psychosociálně zralé (odpovědné) či nezralé (neodpovědné). Například ženy z této skupiny byly častěji rozvedené a mívaly již v časném věku zkušenost s přerušáním těhotenství. U mužů bylo shledáno ve srovnání s kontrolní skupinou signifikantně více problémů v dětství. Zdá se, že nechtěnost, tedy vnitřní nepřijetí, se projevuje nejen díky citové subdeprivaci (citové strádání, bývá u dětí vyrůstajících sice s rodiči, ale „bez lásky“), nýbrž i tím, že rodič není dobrým modelem partnerského chování a plní deficitně své rodičovské povinnosti.

Můžeme konstatovat, že od samého počátku gravidity se u matky i otce vytváří individuální a stále sílící vztah k dítěti. Samozřejmě může mít podobu žádoucí (věrlé přijetí, odpovědnost za život), ale i podobu nežádoucí (chladné odmítání, neodpovědnost za život). Zpravidla tomu bývá tak, že i děti neplánované bývají nakonec akceptované a chtěné. Zmíněná skutečnost je dána asi tím, že těhotenství opravdu výrazně nechtěná a odmítaná končí interrupcí, dále pak, že nový život rodiče spojuje, tedy přes různá úskalí se jejich vztah posiluje, zlepšuje a obecně platí, že **jaké partnerství, takové rodičovství**.

V případě nechtěných těhotenství jsou překvapivě časté také spontánní potraty. Zde předpokládáme, že samovolný abortus je výrazem „vnitřního odmítnutí“ těhotenství, jež se projeví „vypuzením nežádoucího“.

Také vývoj dítěte v matčině těle (růst plodu a jeho projevy–pohyby) vede k přijetí nového života a rozvoji rodičovských postojů, jež pak potvrzují interkulturální postoj vyjádřený úlovím, že děti jsou požehnáním. Je to přirozené, neboť znamenají naše individuální i druhové pokračování. Odmítání dětí je odmítáním života.

Vlastní porod, přicházení na svět, je prvním klíčovým momentem a prvou převratnou událostí v životě lidské bytosti. Je pro dítě spojen se zcela nezvyklými podněty (bolest, dosud nepoznané taktilní a světelné podněty, vlastní dýchání, změna krevního oběhu, napřímení trupu atd.) a není divu, že v psychologii se hovoří o **porodním traumatu** a vzniku úzkosti, která je také reakcí na separaci – oddělení z jednoty s matkou. Člověk je vržen do světa. Z psychologického hlediska lze pak jediné a jednoznačně uvítat všechny snahy po „poredech bez násilí“, při nichž se projevuje maximální snaha po šetrném zacházení s matkou a dítětem, které se postupně a pomalu přivyká na život mimo tělo své matky. Stejně tak je z hlediska vztahového vysoce žádoucí přítomnost otce při porodu (samozřejmě po jeho náležité přípravě a při fyziologickém průběhu), neboť jde o silný zážitek, který přispívá k prohloubení vztahu mezi rodiči a pro vztah otce k dítěti bývá určujícím momentem, jenž „startuje“ a rozvíjí jeho rodičovské chování.

2.3 Dětství

Následující část kapitoly zahrnuje poměrně rozsáhlé a na změny bohaté období života člověka. V prvních třech letech života se např. u dítěte vytvoří v hlavních rysech základy osobnosti, na kterých se později (vlastně až do smrti) dále staví, a to se týká i vztahových kvalit.

Nyní stručně probereme hlavní psychologické charakteristiky vyvíjejícího se dítěte – od jeho narození po dospívání. Tedy prvních jedenáct až třináct let života.

Novorozenecké období

Jde o časový úsek (včetně perinatálního stadia trvajících sedm dnů) vymezeným prvními čtyřmi týdny života člověka. S trochou nadsázky lze říci, že je pokračováním intrauterinálního vývoje. Těsně po porodu je chování novorozence i matky regulováno biologicky, tedy instinktivně. U dítěte se např. objeví sací reflex, matka novorozence okamžitě poskytuje péči a neopustí je (proto je už nyní tolik důležitá stálá přítomnost matky u dítěte). V tomto biologicky daném **senzitivním období** se vytváří pevný vztah mezi dítětem a matkou. Časný kontakt, včetně kojení, stimuluje mateřské instinktivní chování.

Obecně platí, že projev novorozence dítěte vyvolává a rozvíjí rodičovské chování obou rodičů, proto má být mezi nimi bohatá interakce již od samého počátku. Novorozenata a později kojenci jsou ve vztahu ke světu **aktivní** a často určující chování svých rodičů. Od samého počátku se jedná o **selektivní interakci** (dítě a rodiče reagují selektivně).

Základní poporodní materská péče může být komplikována přechodnou změnou nálady matek (*baby blues*), která postihuje v různé intenzitě až 70 % žen. Projevuje se zejména emoční labilitou, plačtivostí a poruchami spánku. Vyskytuje se mezi druhým až desátým dnem po porodu a spontánně odezní. Je něčím přirozeným, neboť znamená psychosomatickou odpověď na prudké hormonální změny následující po narození dítěte (pokles hladiny progesteronu u matky těsně po porodu). V tomto náročném období je proto velmi důležitá citová podpora ze strany otce, jež přispívá ke stabilizaci matky.

Z psychologického hlediska je pro dítě i matku důležité zejména kojení, vzájemný kožní i oční kontakt (vznik a rozvoj prvních sociálních reakcí dítěte). Zdá se, že nejmenší děti také velmi brzy poznávají–diferencují čichem. Péče o nemluvně má probíhat v souladu s jeho individuálním a biologickým rytmem (intervaly krmení, spánku apod.). Dospělý se přizpůsobuje dítěti – a ne naopak.

Kvalitě vztahu mezi matkou (či osobou ji zastupující) a dítětem je psychology přikládán značný (a mnohými rozhodující) význam pro vytváření základní struktury osobnosti i způsobu, jímž se jedinec vztahuje k druhým lidem i v dospělosti (a tedy i například k lékařům). Zdůrazňována je tzv. primární vazba, čili silné emoční pouto (angl. *attachment*), jímž je lidský jedinec vázán k blízkým osobám jeho života. Považujeme za prokázané, že dítě má vrozenou potřebu, projevující se od narození, vcházet do účinného kontaktu s prostředím reprezentovaným matkou, či osobou ji zastupující. Také u rodičů pozorujeme potřebu na tyto tendence dítěte komplementárně reagovat (např. mimikou, modulací a zabarvením hlasu). Jejich vzájemná nekoordinovanost, či dokonce absence pak mohou nepříznivě ovlivnit formování osobnosti dítěte od samého počátku jeho života. Toto nebezpečí hrozí u neempatických či silněji depresivních matek, a také u matek závislých na návykových látkách, případně akutně psychotických.

Dosud byly rozlišeny tři základní typy vazeb mezi dítětem a matkou. Také zde platí psychologické pravidlo, že s čistými typy se setkáváme zřídka. Většinou se jedná o typy smíšené, kdy určitá složka bývá výraznější a převládá. Ve značné zkratce a zjednodušeně je lze popsat takto:

1. **Vazba bezpečná–jistá:** Tato vazba je v populaci relativně častá a pro dítě znamená optimální start do života. Matky skýtající bezpečí a jistotu jsou empatické (rozumějící potřebám dítěte) a v jednání s dítětem klidné a vyrovnané. Předpokládáme, že děti těchto matek jsou vnitřně stabilní, ke světu (i sobě) mají předpoklad se vztahovat s důvěrou a být sociabilní.
2. **Vazba nejistá–ambivalentní:** Péče těchto matek o dítě kolísá (velké zaujetí–nezájem), což souvisí s tím, jak se matka sama cítí a zda je či není spokojená. U dítěte se vytváří nedůvěra jako základní charakteristika jeho vztahu k sobě i okolí, jež vnímá spíše jako nevypočitatelné. Častěji bývá úzkostné či vzdorovité, mívá tendenci k prožitkům viny.
3. **Vazba nejistá–vyhýbavá:** K tomuto typu vazby dochází s velkou pravděpodobností ve vztazích, kdy matky jsou vůči dítěti svým postojem odmítavé, reagují na jeho potřeby s delší prodlevou či s hněvem. Jejich děti bývají nepřátelské vůči vrstevníkům, urážlivé a snadno agresivní.

Předchozí zjištění potvrzují i praktické poznatky a „typologie“ dětských lékařů, kteří se nejčastěji setkávají s dětmi stabilními a sociabilními, jež jsou neproblémové, dobře s dospělými spolupracují a snadno se zařazují mezi vrstevníky. Dětská psychologové a pedopsychoiatrii naopak mívají větší zkušenost s dětmi zvýšeně úzkostnými, bojácnými, sice nezlobivými, ale vedoucími „nešťastný“ život s komplikovanými vztahy k vrstevníkům. Třetí skupinu pak tvoří děti problémové, zejména neklidné, zlobivé, které jsou často agresivní vůči vrstevníkům i věcem. Obvykle se jedná o chlapce s diagnózou hyperaktivní syndrom, u nichž bývá perinatální poškození CNS a nepevné rodinné zázemí.

Je vysoce pravděpodobné, že časná vztahová zkušenost dítěte s nejbližší osobou spoluvytváří tendenci vnímat druhé i sebe určitým způsobem, přičemž zde hraje významnou roli úzkost a její dynamika, tedy subjektivní možnosti a styl, jak se s ní jedinec vyrovnává. Nejedná se však o zkušenost zcela fatální (byť poměrně rezistentní), neboť dalšími vztahovými zkušenostmi, ale i např. psychoterapií a výchovou, se může ovlivňovat a měnit příznivým způsobem ve směru vnitřní a vztahové stability.

Kojenecký věk

Jde o časový úsek zhruba do dvanácti měsíců od narození. Pro dítě je v tomto období typická stále bohatší snaha komunikovat s okolím. Mezi dětmi se již také projevují výrazné individuální rozdíly dané temperamentem. Některé jsou čilejší, jiné klidné, různé je i jejich emoční ladění a aktivační úroveň, jež je předpokladem učení.

Z oblasti sociální je pro kojence životně důležitý **vztah s matkou**. Tento vztah, zprvu symbiotický, se postupně zvolna uvolňuje a dítě teprve zhruba od šestého měsíce života začne mezi lidmi rozlišovat (vyděljuje matku od ostatních – více či méně známých osob). Pro zdravý psychosociální vývoj je nezbytné, aby mu matka byla plně a stále k dispozici a empaticky uspokojovala všechny jeho potřeby. Její péče má být pravidelná a ritualizovaná. Dítě potřebuje ke svému zdárnému rozvoji jednu stálou (neměnnou) osobu – a tou je matka, či osoba ji zastupující (mateřská postava). Právě na pozadí vztahové stálosti a ritualizované pravidelné péče se kojeneček začíná přesvědčovat, že není součástí mateřské bytosti, dochází k jeho „psychologickému narození“, tedy počíná vznikat identita, jež později umožňuje vytvořit sebeobraz a následně sebepojetí dítěte. Předpokládáme, že kvalita vztahu s matkou v prvním roce života určuje míru jeho vnitřní stability a základní postoj k druhým lidem i světu vůbec v dimenzi **důvěra–nedůvěra**. Empatická, stále přítomná a dítě plně zabezpečující matka vytváří u nemluvněte bazální životní důvěru. Naopak necitlivá matka pravděpodobně dítě znejišťuje, což má za následek bazální životní nedůvěru, s níž se jedinec musí později vyrovnávat.

Jako ukázka nezbytnosti stále přítomnosti empatické a pečující matky (či osoby ji zastupující) pro harmonický vývoj osobnosti slouží smutný příklad dětí psychicky

deprivovaných, jež bývají navíc deprivovány citově, sociálně a mnohdy i částečně senzorycky (trpí nedostatkem přiměřených podnětů díky životu ve smyslově chudém, nestimulujícím prostředí). Zmíněnou problematiku u nás bohatě rozpracovali významní dětská kliničtí psychologové J. Langmeier a Z. Matějček.

O psychické deprivaci, jejíž následky jsou zvláště neblahé, vznikne-li v kojeneckém věku, mluvíme tehdy, jestliže dítě postrádá stálou, láskyplnou péči a příklon neměnné mateřské postavy. Následky rané psychické deprivace, není-li hluboká a dlouhodobá, lze dobře kompenzovat a reparovat, pokud je dítě včas dáno do láskyplného prostředí. Následky dlouhodobé a hluboké psychické deprivace, zvláště je-li kombinována s dalšími poruchami (např. s organickým postižením CNS) či defekty (např. smyslovými) lze i tou nejlepší následnou péčí napravit jen částečně. Projevují se zejména v citové a vztahové oblasti člověka. Deprivovaní jedinci mnohdy jen nesnadno v dospívání a dospělosti udrží déletrvající blízký partnerský vztah, takto postižení lidé bývají citově „nenasytní“ apod. Psychická deprivace nepříznivě zasahuje i do dalších oblastí vývoje osobnosti, jako jsou kognitivní funkce a rozvoj řeči.

S rizikem částečné psychické deprivace se setkáváme i dnes v kojeneckých ústavech u dětí „bez matek“ a v dětských domovech zejména kolektivního typu. Řešením této situace je pro dítě zajištění včasné náhradní rodinné péče (adopce apod.).

Termín **psychická subdeprivace** se používá v analogii s pojmem psychická deprivace. Vymezen je však volněji a znamená, že dítěti se nedostává v dostatečné míře emočního příklonu a času ze strany blízkých dospělých osob. Vztahové a citové jsou zanedbávány s následkem ochuzení vlastního citového a vztahového života, ovšem toto poškození není tak hluboké, jako je tomu u dětí psychicky deprivovaných. I děti z běžných rodin mohou být subdeprivované, pokud si na ně rodiče neudělají dostatek času, který společně tráví. Významnou a pozitivní roli zde sehrávají prarodiče, jež často tuto absentující stránku rodičovského chování a rodinného života kompenzují.

Pojmem, blízkým pojmu psychická deprivace, je hospitalismus.

Hospitalismus vzniká tehdy, jestliže člověk (malý i dospělý) žije dlouhodobě izolován ve zdravotnickém (či sociálním) zařízení, v němž chybí programy, které by přinášely psychosociální stimulaci. U pacientů (chovanců) trpících hospitalismem můžeme pozorovat apatii, automatismy, zdánlivě nemotivované projevy agresivity vůči druhému, sebepoškozování či nekonečné sledování televizních programů bez jakéhokoliv výběru.

U mnoha dospělých mužů s diagnostikovanou disociální poruchou osobnosti lze anamnesticky vysledovat dlouhodobou psychickou deprivaci (díky pobytům v kojeneckých ústavech, dětských domovech, u dětí týraných a zanedbávaných rodiči apod.), která se projevuje sníženou schopností empatie (tedy i soucitu s druhými), anetickými postoji a vyšší agresivitou. Pravidlem bývá, že výraznější psychická deprivace je zde kombinována s některou z forem organického postižení CNS (často lehkou mozkovou dysfunkcí, hyperkinetickým syndromem). Toto spojení může mít za následek velmi nepříznivý osobnostní vývoj s následnou krutostí a asociálním chováním.

Zdravě se vyvíjející kojenec na konci prvního roku života je již individualitou, která vnímá sebe odděleně od okolního světa. Začíná se pohybovat ležením a dělá první samostatné krůčky. Děti zpravidla vyslovují i první smysluplná slova. Jsou plně odkázány na péči okolí, v němž hlavní roli hraje matka, či náhradní mateřská postava. Potřebují stále a pro ně předvídatelné prostředí, důležitá je zvláště jeho stabilita, jež je synonymem bezpečí a spolehlivosti. Je-li nutná hospitalizace dítěte, pak jedině společně s matkou, jinak je vystavujeme nebezpečí psychického poškození. Přítomnost matky či jiné osoby,

kteřá o dítě pečuje, považujeme za nezbytnou i při ambulantní péči, což platí i pro další dvě vývojové fáze – období batolecího a předškolního věku. Důvodem je mírnění úzkosti a nadměrného strachu, působících jinak psychotraumatically.

Materský vřelým chováním se dítěti dostává základní životní jistoty, která v něm stimuluje poznávací a pohybovou aktivitu, umožňující další fázi vývoje – od „já jsem“ k „já mohu a dovedu“.

Období batolete

Tento úsek odpovídá prvnímu až třetímu roku života dítěte. S rozvojem pohybových dovedností se z kojence stává batole. Pohybová aktivita (lezení, později chůze a běhání) je určována nejen zráním a vrozeným temperametem, nýbrž také tím, jak je ze strany dospělých podněcováno a jak dítěti poskytují jistotu a bezpečí. Pohybem v prostoru se od matky odpoutává, její přítomnost kontroluje zrakem a opět se k ní samostatně přibližuje a vrací. Fyzické oddalování vede svým způsobem k psychickému oddělování dítěte od matky, což je nesmírně důležité. Při svých návratech by se mělo setkávat, obrazně řečeno, „s leskem v oku milující matky“. U dětí pohybově handicapovaných proto očekáváme pomalejší osobnostní vývoj – ovšem kompenzační schopnosti lidské psychiky a organismu jsou obrovské.

V tomto vývojovém období dítě používá dospělého „jako nástroje“, začíná se prosazovat, typické jsou jeho výkyvy nálady a hněv, když se něco nedaří. Pro rodiče bývá nepochopitelné, že je potomek zároveň „chce i nechce“. Právě tato ambivalence je mohutným prostředkem vnitřní diferenciaci osobnosti a osamostatňování.

Batolecí věk je věkem vytváření **autonomie**, tedy nezávislosti, emancipace a zároveň sebekontroly, neboť se učí např. zachovávat čistotu. Rubem této charakteristiky je stud a zárodky pochybností o sobě, jež později mohou ústít v pocity méněcennosti.

V prvních třech letech života se u dětí setkáváme se separační úzkostí, tedy typickým reagováním na nepřítomnost matky či důvěrně známého dospělého. **Separační úzkost** se projevuje zprvu protestem dítěte (pláč, křik, neklid, volání matky, psychosomatické reakce), dále přichází fáze zoufalství (apatie, pasivita, depresivní projev), která je dříve nebo později vystřídána fází odpoutání (dítě hledá a navazuje kontakt s dostupnou osobou, která matku „nahrazuje“). Zkušenost separace v časném dětství (úmrtí matky, její delší nepřítomnost apod.) může vést k vytvoření typického a opakujícího se postoje k subjektivně blízkým lidem, kdy lidé poznamenání zážitky separační úzkosti velmi špatně snášejí rozchody, rozvody apod.

Období prvního vzdoru se dostavuje zhruba u dvouletých dětí a projevuje se negativismem. Souvisí právě s vytvářením autonomie a s uvolňováním z těsné vazby s matkou. Lidský jedinec, obrazně řečeno, roste v odporu a vzdor je zde jedním z prostředků utváření osobnosti. „Já“ osobnosti člověka se zrodí, řekne-li poprvé vědomě, tedy situačně správně, „ne“.

V batolecím věku si dítě na základě zkušeností se světem a zejména s tím, jak jej rodiče hodnotí, vytváří o sobě elementární představu a posléze **sebe-pojetí**. Tedy to, jak se vnímá, hodnotí a za koho se považuje. Bývá to proto, že v tomto věkovém období se dítě s blízkým dospělým počíná **identifikovat**, napodobuje jej a přejímá jeho pohled na sebe. Identifikace následuje teprve po uvolnění symbiotické vazby s matkou.

Tím, že dítě akceptujeme nedirektivním, povzbudivým a empatickým způsobem, usnadňujeme vnitřní strukturaci jeho osobnosti. Zejména přispíváme k vytvoření pozitivního sebeobrazu a později sebepojetí – a to je základ duševního zdraví. Rodiče proto musí dávat dítěti najevo svoji náklonnost a umožňovat mu zažívat úspěch. To považujeme za „výživné látky“ psychického růstu.

Na konci třetího roku dítě obvykle již mluví (v rozvoji řeči jsou však mezi dětmi velké rozdíly), běhá a je osobností s individuálním svérázem. Převládá u něho hra manipulativní, experimentální, později napodobivá (např. dívka krmí panenku). Ke konci tohoto období nastupuje hra sociální – tedy s druhými dětmi.

Předškolní věk

Jedná se o časové údobí mezi třetím rokem a nástupem dítěte do školy. V tomto věku jsou děti neobyčejně zvědavé, podnikavé, neúnavné a milé. Pohádky a vyprávění dospělých poslouchají vděčně a soustředěně. Chtějí se rodičům zalíbit, touží po pochvalě a snaží se být „hodné“, tedy chvályhodné. Nastává mohutný rozvoj dětského myšlení, řeči, fantazie a také přibývají nové vztahové zkušenosti, protože okruh osob, s nimiž přicházejí do styku, se rozšiřuje.

Předškolní věk také nazýváme **magickým obdobím**, neboť myšlení dítěte bývá metaforické, personifikující, intuitivní, zcela názorné a podobné myšlení přírodních národů. Je dobrým příkladem **psychogenetického zákona**, jenž je obdobou dříve zmíněného biogenetického zákona. Jednotlivě, totiž, ve zkratce a náznakově prochází ve svém psychickém vývoji tím, čím prošel lidský druh, a tato „zkušenost lidstva“ je v něm uchována – např. ve formě archetypů, které jsou interkulturálně a interindividuálně shodné.

Zmíněné období bývá označováno jako věk **iniciativy**, kdy aktivity a poznávání jsou samy cílem. U dítěte se vyvíjí **svědomí**, jež vzniká zejména interiorizací (zvnitřněním) rodičovských příkazů a zákazů. Vytvářejí se zde pocity **viny**, jež jsou nesmírně důležité, neboť se stávají vnitřním regulativem chování. Postoje a názory dítěte přejímá zejména od rodičů tím, jak se s nimi **identifikuje**, zvláště s rodičem stejného pohlaví, a rozvíjí se tak i jeho pohlavní identifikace. Sebe již nejen zcela bezpečně označuje jako „holčičku“, nebo „chlapečka“, nýbrž ke konci tohoto vývojového období již u dětí sledujeme počínající chování „předepsané“ rolí dané pohlavím a kulturou. Potřeba

identifikace je neobyčejně silná a pro tuto fázi typická. Proto předškolní děti velmi špatně snášejí rozvody a odchod jednoho z rodičů z rodiny. Takový svět pro ně přestává být harmonický, srozumitelný a jistý. Identifikace a nápodoba jsou hlavními prostředky socializace dítěte. Zde zdůrazňujeme význam pozitivních vzorů a prosociálního–altruistického chování, které dítě přes své zatím autocentrické zaměření snadno přejímá a zvnitřňuje, rádo druhým pomáhá, dělí se apod. Musí být ovšem k tomu vedeno.

Upozorňujeme i na vliv sourozenců na psychický vývoj dítěte. Sourozence může vnímat jako rivala, ale také jako svého spojence, s nímž je solidární, jako druhu ve hře apod. Mezi dětmi bývají ambivalentní vztahy, v nichž posléze převáží pozitivní složka. Problematika postavení a vlivu místa v sourozenecké řadě je v psychologii rozpracována a pochopit ji lze jen s přihlédnutím k celkové dynamice rodiny (např. vytváření koalice jednoho rodiče s dítětem).

Všechny předchozí charakteristiky psychiky dítěte předškolního věku se promítají do jeho hry, která je bohatá, pestrá, rozvinutá. Typické jsou hry námětové, oživené fantazií a probíhající ve spolupráci s druhými dětmi. Hra je pro ně tou hlavní činností sloužící k osobnostnímu rozvoji a psychohygieně (např. při ní odreagovávají své strachy, obavy a různé „křivdy“).

Před nástupem do školy je dítě již rozvinutou osobností a jeho sebepojetí je odrazem především rodičovského hodnocení. Školní zralost zahrnuje fyzickou, somatickou zralost a vytvoření nejen určité nutné úrovně mentálních schopností, nýbrž i osobnostní zralost, kdy dítě je schopno po delší dobu dobře koncentrovat pozornost, pracovat samostatně, vynakládat volní úsilí a nepostrádat nepřítomnost blízkých osob. Magické myšlení ztrácí na síle (dříve u chlapců, později u děvčat) a nastává **decentrace** – jedinec si dokáže stále lépe představit pozici druhého člověka a chápat jeho potřeby. Také v tomto vývojovém období dítě potřebuje být ze strany rodičů a dalších významných osob svého života (např. prarodičů) plně akceptováno a povzbuzováno.

Školní věk

Úsek života, který začíná nástupem dítěte do školy a v tomto členění končí počátkem dospívání, pro které je signálem první menstruace (*menarché*) u dívek a noční poluce u chlapců, což bývá ve věku od jedenácti do třinácti let.

Škola je světem práce, povinností a v našich podmínkách je stále zdůrazňován výkon a snaha. Děti jsou mezi sebou srovnávány a vedeny k soutěživosti a nekritickému podřízení autoritě učitele. Dokonce i v jejich hrách sledujeme soutěživé prvky, jež ostatně k tomuto období náležejí. Ze školy přichází hlavní zdroj uznání, potvrzení, ale také osobní újmy a znehodnocení, a to nejen pro dítě, nýbrž i pro jeho rodiče. Role školáka se pro jedince stává důležitou součástí jeho sebepojetí a identity.

Zmíněné vývojové období bývá nazýváno věkem **snažení**. Dítě je v něm, díky neustálému srovnávání s vrstevníky, ohroženo pocity méněcennosti, jež se mohou stát pevnější součástí jeho sebepojetí a charakteru.

Děti se těmto trýznivým pocitům brání, například chlubením, vytahováním, šaškovaním. Takto se chtějí zároveň prosadit mezi vrstevníky. Nadměrné požadavky školy a rodičů vedou zpravidla k neurotizaci dětí. Zvláště zhoubné bývá, když se proti dítěti jen průměrně nadanému spojí ctižádostivost rodičů se ctižádostivostí školy. Z tohoto tlaku není úniku. Následkem je jeho přetěžování a dříve či později se u jedince projeví zdravotní obtíže (např. školní fobie, ranní zvracení, noční pomočování), případně nastane nerovnoměrný vývoj osobnosti.

Pro zdravý vývoj školáků je nezbytné, aby byli svými rodiči, ale i školou akceptováni a prožívali úspěch. Potřebují chválu, uznání, tedy potvrzení ze strany druhých. Jestliže se jim pozitivní akceptace nedostává ve škole, o to více by měli být přijati doma a dosahovat úspěchu v rámci mimoškolní zájmové činnosti.

Na počátku školního období (zhruba v první a druhé třídě) je sebehodnocení dítěte převážně závislé na mínění dospělých – rodičů a učitelů. Postupně však nabývá na důležitosti hodnocení vrstevníků, s nimiž se dítě identifikuje a snaží se mezi nimi prosadit. Sebepojetí tak obsahuje hodnocení dospělých, pohledy vrstevníků i další zkušenosti se sebou, které dítě v životě udělalo. To, do jaké míry si věří a sebe akceptuje, záleží především na tom, jak je akceptováno druhými, a na jeho uplatnění mezi vrstevníky. Díky rozvoji myšlení a stále bohatším zkušenostem si postupně vytváří ideály, jimž se chce podobat a s nimiž se srovnává.

Ve školním období se dítě také učí základním rolím daným jeho pohlavím. Sexuální identifikaci již získalo a nyní si osvojuje a rozvíjí dívky ženskou a chlapci mužskou roli. Proto je důležité, aby děti viděly doma dobré vzory vzájemného jednání. Zde máme na mysli především vzájemný respekt obou rodičů, neboť jejich interakce je pro dítě vzorem a modelem partnerského chování.

Při nepřítomnosti některého rodiče, či jeho kvalitní náhrady v rodině mohou u dětí vzniknout deficity v chování i vztazích, jež se promítnou do jejich pozdějšího partnerského a manželského života. Soužití v rodině vyžaduje ústupnost, vycházení vstříc a ohledy, stejně tak jako „umění“ řešit spory způsobem, aby nikdo nepřicházel příliš zkrátka. Tomu však se člověk učí; dobrý vztah nestačí, neboť ten se rozvíjí či chradne právě na základě toho, jak se lidé spolu naučí domlouvat a vycházet.

V tomto vývojovém období jsou již děti samostatné a poměrně dobře snášejí lékařské zákroky i pobyt v nemocnici. Jsou však mezi nimi značné individuální rozdíly, které je nutno respektovat. Jinak dochází v nepříznivém případě

k nárůstu strachu dítěte, jenž činí jeho ošetření obtížným. Úzkost a strach jsou také faktory, které obecně zhoršují průběh a léčbu onemocnění. Zvýšenou ohleduplnost a trpělivost zasluhují děti v mladším školním věku (první a druhá třída), dále pak děti, jejichž dřívější zkušenost s lékařem byla subjektivně nepříznivá – např. při opakovaných středoušních zánětech s nutností paracentézy, která je pro dítě značně nepříjemná.

Také strach ze zubního ošetření – po předchozí negativní zkušenosti – může být až fobického charakteru a pokračovat do dospělosti s následným vyhýbáním se stomatologické péči. Chrup takových pacientů je silně zanedbán, vzácností nejsou ani další zdravotní komplikace.

V rámci přípravy dítěte na nepříjemný zákrok je třeba těsně spolupracovat s rodiči a nepočítat s tím, že bez naší pomoci a instrukce tuto situaci zvládnou.

Při celkovém posouzení je školní věk časem poměrně harmonickým a klidným. Je dobou přípravy na zaměstnání, ale i na partnerství a rodičovství. Vrstevníci (dětská skupina) jsou pro dítě stále důležitější a postupně je děti dokonce často upřednostňují před rodiči. Sebepojetí se vytváří na základě zkušeností dítěte a podstatným způsobem závisí na mínění okolí. Formuje se i ideální obraz, jenž je jeho důležitou součástí. Dítě je schopno se vcítit do druhého a touto cestou se zajímá zejména o to, co si o něm vrstevníci myslí, neboť chce být oblíbené a úspěšné.

2.4 Dospívání

Dospívání probíhá v období zhruba mezi jedenáctým a dvacátým rokem života (prepuberta od jedenácti do třinácti let, puberta od třinácti do patnácti let, adolescence od patnácti do dvaceti let). Znamená radikální období a obrát v životě lidského jedince. Cestou a vývojovým úkolem dospívání je proměna dítěte v dospělého. Dospívání probíhá jako intenzivní tělesný a psychosociální rozvoj provázený neurčitou touhou, hledáním a zvýšenou psychickou zranitelností. Tělesné dospívání předchází dospívání psychosociálnímu a tato diskrepance má tendenci se stále prohlubovat.

Zde je na místě zmínit jev zvaný **sekulární akcelerace** (z lat. *saeculum*, tj. století, věk, lidský život), čili skutečnost, že postupně dochází k urychlování tělesného i duševního vývoje dětí a mládeže. To je dáno nejen dostatkem hodnotné stravy, zdravotní péčí, ale i bohatší stimulací. Avšak zároveň se zkracuje dětství a prodlužuje dospívání, neboť na život v dospělosti se mladý člověk připravuje déle, než tomu bylo dříve.

Dospívání lze z psychologického hlediska charakterizovat jako hledání nové vlastní **identity**, tedy nalézání sebe a svého místa ve světě. Dospívající hledá odpověď na otázky typu: „Kdo jsem já?“ a „Jaký je smysl mého života?“,

o sobě se toho chce co nejvíce dozvědět, zajímá se proto často o psychologii. Jeho sebepojetí se formuje zejména přes **vnitřní rozpory, pochybnosti a nejistoty**, dále pak přes **odmítání autority** dospělých a zvláště rodičů. Hyperkritičnost, tendence polemizovat a řešit věci absolutně, stejně jako hodnotový perfekcionismus (černobílé vidění světa, neochota ke kompromisům) jsou zde vývojově podmíněné a zcela normální jevy. Proto bývá období dospívání také nazýváno obdobím **druhého vzdoru**, prostřednictvím kterého mladý člověk nalézá sám sebe a separuje se vnitřně a posléze i vnějškově od rodičů. Současně se však touží přimknout a identifikovat s autoritou, kterou „uznává“ a je jím hodnocena jako „opravdová“, byť je mnohdy na úrovni snění a mimo možnost reálného kontaktu. Nevytvoří-li se u jedince osobní identita v období dospívání, hledá pak, jak se zdá, po celý zbytek života sám sebe a prožívá pocit nezakotvenosti. Pevná identita vede k autonomii, kdy člověk rozhoduje „sám za sebe“ a s ohledem na důsledky svého jednání, čili odpovědně. Autonomie představuje názorovou, citovou i hodnotovou nezávislost.

Vyplyvá z ní i teorie tzv. místa řízení (angl. *locus of control*), jejímž autorem byl v šedesátých letech 20. století americký psycholog J. B. Rotter. U lidí autonomních bývá řízení „vnitřní“ a u osob méně autonomních je „vnější“, což se týká i způsobů překonávání náročných situací (viz kap. 3.2). Tento způsob uvažování nalezneme již ve starších pracích – např. u amerického sociologa D. Riesmana, který v padesátých letech 20. století rozlišil osoby řízené vnitřně, vnějškově a osoby vycházející při rozhodování z tradice a klasických etických hodnot a principů.

Kromě boje o vlastní identitu, jež se děje cestou sebepoznávání a v rozporech se světem dospělých, má období dospívání další důležité specifikum – je jím hledání a přijímání vyšších hodnot vlastním úsilím. U člověka se probouzí a rozvíjí **duchovní dimenze** (zájem o umění, filozofii a náboženství). Zmíněná dimenze patří k rozvinuté osobnosti a smysluplnému životu.

Pro dospívajícího je nesmírně důležitý jeho **vnější zjev** a vůbec **tělesné schéma**, jež se stávají důležitou součástí sebepojetí. Typická je i jeho snaha se odlišovat a také dosahovat intenzivních a mimořádných prožitků. Zároveň potřebuje být součástí skupiny vrstevníků, která jej uznává. Také proto jsou mladí lidé mimořádně náchylní k experimentování s drogami, jež může přejít ve vytvoření závislosti.

V době dospívání nastává objevení vlastní **sexuality**, což se projevuje ve vztazích majících fantazijní a posléze reálnou podobu. Uskutečňují se autoerotické aktivity, dojde k sexuální iniciaci a počátku heterosexuálního života. Sexuální iniciace je mladým člověkem často vnímána jako dosažení dospělosti a je vysoce prestižní záležitostí.

Dospívání je také obdobím citově nesených **přátelství**, tedy navazování vztahů mezi lidmi, kteří sdílejí obdobné hodnoty i pohled na svět a mají shodné zájmy. Tato podobnost („dvojnicí“) umožňuje sdílení psychické intimity, vede ke vzájemnému potvrzování a posilování.

Při jednání lékaře s dospívajícím je třeba mít na paměti, že jeho sebehodnocení je nevyrovnané a labilní (kolísání mezi přeceňováním a podceňováním), a proto je velmi citlivý a vnímavý ke všemu, co se jej týká. Výrazněji prožívá stud, ponížení, a proto může jednat způsobem, který se bez pochopení psychiky dospívajícího zdá být situaci nepřiměřený. Takový mladý člověk je „drzý“, zbytečně přecitlivělý apod. Je třeba vědět, že se u mládeže vyskytují depresivní stavy vázané na dospívání a jeho citlivá místa. Obrazně řečeno je třeba „vydržet všechno“ a myslet na to, že náš pacient se nalézá v permanentní krizi, jež se může naším nevhodným jednáním prohloubit. Chováme se proto k němu s respektem, jako k „dospělému“, poskytujeme to, co subjektivně velmi potřebuje – uznání a akceptaci.

Z psychologického hlediska končí adolescence a začíná dospělost tehdy, jestliže jedinec rozumí sobě, přejímá odpovědnost za následky svého jednání a svět se mu jeví jako smysluplný celek. Předchozí charakteristiky, stejně jako identita jedince, těsně souvisejí s úrovní sebepoznání. Zároveň je schopen se otevřít druhému, a to je podmínkou vytvoření pevného partnerského vztahu.

Ze sociálního hlediska nastává dospělost ukončením základního profesního vzdělání a nástupem do zaměstnání, což má za následek existenční (tedy i ekonomické) osamostatnění. V případě vysokoškoláků zde shledáváme nerovnoměrnost, neboť jejich psychická zralost předchází sociální dospělosti.

2.5 Dospělost a stáří

Dospělost a stáří jsou období velmi různorodá, zároveň však na sebe kontinuálně navazující, přičemž dospělost za běžných okolností pokrývá nejdelší časový úsek života člověka. Přesto o nich pojednáme z důvodu rozsahu a zaměření práce společně a zmíníme jen to, co je pro orientaci lékaře v této oblasti opravdu nejdůležitější.

Dospělost

Z časového hlediska mluvíme o dospělosti časně (20–30 let), střední (30–50 let) a pozdní (50–65 let). Stáří počítáme od 65 let výše.

Setkáme se i s dělením lidského života na životní dopoledne – zhruba do 35 let a následující životní odpoledne. V životním dopoledni, charakteristickým expanzí do světa a extrovertní orientací, lidský jedinec zakládá rodinu, věnuje se výchově dětí a profesionální kariéře, v odpoledni svého života se introvertizuje a postupně obrací směrem k duchovním oblastem. Pro střední zralou dospělost je příznačná vnitřní stabilita, konsolidace a časově leží v průniku tvořeném životním dopolednem a odpolednem.

Dospělost lze označit i jako věk, ve kterém se stýkají a potýkají vývojové síly rozvoje (*progrese*) a stárnutí (*regrese*). Rozvoji i stárnutí, jež je však nevratné, podléhají všechny stránky člověka (duševní, tělesná, sociální, duchovní), byť značně nerovnoměrně a individuálně. Rovnoměrné duševní a tělesné stárnutí znamená pro člověka štěstí a nebývá časté.

Například duchovní stránka s přibývajícím věkem nabývá na kvalitě i významu, naopak lidská tělesná výkonnost klesá a tělo je člověku stále více „na obtíž“. Také mentální schopnosti podléhají změnám. Nejvyšší výkon v testech inteligence podávají mladí lidé ve věku 20–25 let, poté dochází postupně k úbytku (*deterioraci*) intelektových funkcí, a to nerovnoměrně. Nejříve se zhoršuje vstřípivost paměti, percepční pohotovost a senzomotorická koordinace. Z vlastností myšlení pak jeho pružnost. Důležitou roli zde však také hraje zkušenost a motivace, kterými lze přirozenou (fyzilogickou) *deterioraci* kompenzovat, dále pak stále využívání a cvičení psychických funkcí, jež proces stárnutí zpomalují. Platí, že co se cvičí, to se rozvíjí a i ve stáří zůstává relativně dobře a dlouho zachováno. Lidský jedinec, je-li zdravý a motivovaný, je schopen se učit novému – i když mu to trvá déle – opravdu až do pozdního stáří.

Síly *progrese* podporuje také způsob života, který vedeme. Je-li náš život smysluplný a tvořivý (při zachování běžných pravidel životosprávy, psychohygieny a dobré konstituční výbavě), lze očekávat pomalejší stárnutí.

Hlavními úkoly dospělosti jsou **založení rodiny, výchova dětí a profesionální zakotvení**, což probíhá společně s rozvojem vlastní osobnosti. Ten se děje zároveň s rozvojem nejbližších vztahů, jimiž člověk žije. Opravdu existujeme jen ve vztahu k druhému a spolu s ním.

Dospělost je postavena na dvou sloupech – rodinném životě a zaměstnání. Klenbu a základ pak tvoří hodnotová orientace jedince a jeho rodiny. Proto je tak důležité, aby manželé sdíleli shodné životní hodnoty a ve vztahu, zejména pokud jde o dimenzi dominance–submise, tvořili komplement. Takové vztahy jsou trvalé a mají největší „šanci na přežití“. Žije-li člověk sám, je jeho situace jednodušší a zároveň chudší v tom, že postrádá trvalé subjektivně těsné vztahy, které k nám bytostně patří. Osamělý člověk, stejně jako bezdětní manželé, však mohou vyjadřovat sebe sama službou druhým, prací, tvořivostí a rozvojem zájmů.

Partnerství, manželská a rodičovská stránka dospělosti jsou tématem, které by zasloužilo samostatné zpracování. Na nich především spočívá život v dospělosti. Pro naši potřebu jenom zmiňme, že i tyto oblasti podléhají vývoji, jenž však nemusí procházet regresivní fází (tedy trvalým zhoršováním, na rozdíl od krizí, jež jsou reverzibilní a k soužití patří) za předpokladu, že je vědomě, tedy reflektovaně pěstujeme a stále rozvíjíme. Je nutné o ně neustále pečovat, neboť co se nerozvíjí, to dříve či později upadá. To by měl mít lékař na paměti i pokud jde o jeho vlastní osobní život.

Kolem čtyřicítky dochází u některých lidí k tzv. **krizi středních let**, kdy svůj dosavadní život negativně bilancují a mnohdy přicházejí myšlenky na smrt. Bývá to období depresivních nálad, vyjádřených v eufemistické větě „Mládí pryč a do důchodu daleko“. Krize středních let signalizuje, že člověk



nežije podle svých možností hodnotně a krize skýtá šanci si tuto skutečnost jasně uvědomit a odpovědným způsobem napravit. Někdy k tomu potřebuje podporu psychoterapeuta nebo duchovního.

Dalším důležitým mezníkem, tentokrát ležícím v období pozdní dospělosti, je **klimakterium**, které nastupuje po padesátce, u žen dříve a u mužů obvykle později. Bývá to náročná doba a „chvíle pravdy“ dosavadního života a individuálního vývoje. Pro jedince vnitřně zralé a pevné nepředstavuje z psychologického hlediska větší problém, což však nelze říci o těch, kteří dosud žili spíše hodnotami vázanými časově, jako jsou sociální preference typu „věčného mládí“ a „úspěchu“.

Stáří

Jde o způsob naplnění a o kvalitu života v závěru životního běhu člověka, závisí především na **zdravotním stavu, hodnotové orientaci, možnosti uplatnění** a také na **přijetí člověka nejbližšími lidmi**. Sklízíme, co jsme zaseli. Smysl a moudrost získávají pro jedince tehdy pravou váhu a osobní význam, nalézají-li uplatnění ve vztahu k druhému, v jejich poskytování. Proto jsou starší lidé tak citliví na **osamělost a izolaci**, jež snadno vedou k zoufalství.

Na stáří, které zpravidla začíná odchodem do důchodu, je třeba se vědomě připravovat již v období střední dospělosti tím, že si vytváříme zázemí pro aktivní způsob života (např. myslíme na případnou „druhou kariéru“ a trávení volného času), jež je ovšem podstatně limitován psychickým a somatickým zdravotním stavem. Jsme-li tělesně zdraví, psychicky integrováni a druhými akceptováni jako potřební, lze se osobnostně vyvíjet a růst až do smrti. To je pak stáří moudré a lidsky důstojné, chápající a přijímající vlastní život v širších souvislostech jako součást nadosobního řádu.

Závěrem lze o stáří konstatovat, že je dobou **přípravy na smrt**. Starý člověk se více než smrti obává bezmoci, pasivní závislosti na druhých a fyzického utrpení při umírání. Stáří je časem, kdy se život uzavírá v jeden celek, který obsahuje jednotící prvky. V případě života je to **smysl** artikulující se v návaznostech. Ve stáří jde o uvědomění si smyslu vlastního života (mnohdy života vůbec!) a jeho naplňování. Jinými slovy je to cíl, jemuž se blížíme a jehož dosahujeme, nebo jej mjíme a vzdalujeme se mu. Pochopení vlastního života v celku vede k **subjektivnímu vyrovnání a uklidnění**, jako když nalezneme něco nesmírně cenného. Snadněji se umírá tomu, jehož život měl smysl.

SOUHRN

Vývoj lidského jedince se uskutečňuje kontinuálními a diskontinuálními změnami v čase. Rozeznáváme tři základní vývojové mechanismy u člověka: biologické zrání, učení a sebetvorbu. Biologické zrání je funkcí genetického programu, učení projevem společenské určenosti člověka a sebetvorba výrazem jeho svébytnosti a svobody. V prenatálním období tvoří zárodek a plod s matkou symbiotickou jednotu a má optimálním způsobem uspokojeny všechny potřeby. Vlastní porod je pro dítě traumatizující, proto je na místě maximální šetrnost. V novorozeneckém období se vytváří pevný vztah mezi matkou a dítětem a tento vztah od samého počátku má ráz selektivní interakce, která je vrozená. V kojeneckém období se dále tento vztah rozvíjí, žádoucí je empatické chování matky, jež je vždy k dispozici, a pravidelnou a ritualizovanou péčí vychází dítěti vstříc. V prvním roce života se vytváří důvěra dítěte ve svět. Pro batolecí období je typické úsilí po autonomii a počíná identifikace s rodiči, jež se dále rozvíjí v předškolním věku. Pro ten je příznačná iniciativa – velká aktivita dítěte a utváření jeho svědomí. Věk školy je dobou práce, snažení, srovnávání s druhými a pro zdravý osobnostní vývoj je třeba, aby dítě bylo úspěšné a vrstevníky i dospělými akceptováno. Osvojuje si role dané pohlavím. Během fáze dospívání, jež je údobím vnitřních rozporů, nejistot a překonávání mnoha úskalí, si jedinec vytváří novou identitu a nakonec nalézá i své místo mezi dospělými. Hlavními vývojovými úkoly v dospělosti je založení rodiny, výchova dětí a profesionální zakotvení. Kvalita života v dospělosti, včetně rodičovství, záleží zejména na úrovni partnerského vztahu, jenž je třeba vědomě pěstovat a rozvíjet. Způsob prožití posledního úseku lidského života – stáří závisí na zdravotním stavu jedince, jeho hodnotové orientaci, možnosti uplatnění a sociálním začlenění. Vysoce nežádoucí je sociální izolace starého člověka. Pro celoživotní vývoj jedince jsou nejdůležitější meziosobní vztahy (subjektivně blízké, akceptující) a to, aby jeho život měl smysl.

Osobnost

Třetí kapitola je myšlena jako teoretický úvod do psychologie osobnosti. Vymezíme pojem osobnosti, dovíme se, co je to „já“ člověka a sebepojetí, blíže se seznámíme s náročnými životními situacemi a psychickými obrannými mechanismy. Závěrem se stručně zmíníme o psychické reaktivitě nemocných.

3.1 Význam a vymezení psychologie osobnosti

Problematika osobnosti lidského jedince patří mezi základní témata psychologie člověka. Do značné míry je tato oblast stále otevřená, i když v současné době nabízí teoretická psychologie řádově desítky různě pojatých propracovaných modelů a výkladů osobnosti. V různých teoriích osobnosti se setkáváme s výrazy jako charakter, vrstva osobnosti, konstituce, temperament, rys osobnosti atd. Zde upozorníme jen na pojem **temperamentu**, souvisejícího s lidskou konstitucí (tedy i vrozeností) a projevujícího se v lidské emocionalitě a chování. Vzpomeňme např. na starověké rozlišování temperamentů podle poměru jednotlivých „tělesných šťáv“ (sangvinik, melancholik, cholerik, flegmatik). Temperament určuje obecné vlastnosti duševní dynamiky – např. sílu a trvání pocitů, aktivitu či pasivitu člověka. Psychologickými prostředky je jen nesnadno a do té míry ovlivnitelný, do jaké míry vlastnosti a chování s ním spojené zřetelně poznáme a vědomě, tedy na základě rozhodnutí, se je snažíme regulovat. Samozřejmě lze projevy temperamentu ovlivňovat i jinými než psychologickými prostředky – např. psychofarmakologicky, avšak tyto změny jsou jen přechodné, krátkodobé a vázané na aplikaci chemické látky.

Temperament zmiňujeme proto, že manifestace vztahu k druhému (a částečně i k sobě) je jím zprostředkována, stejně jako naší konstitucí, vývojovým obdobím a zdravotním stavem.

Vzhledem k rozsáhlosti a různorodosti psychologie osobnosti se na následujících stránkách zaměříme jen na některé pojmy, související s lékařskou psychologií.

Osobnost je člověk jako psychologický celek, do kterého patří zejména jeho povaha včetně osobnostních rysů, schopností, konstituce a zjevu.

Člověk sám, přísně vzato a – vzhledem k možnosti manipulace negativním směrem – naštěstí, zůstává záhadou. Na druhé straně nám psychologie poskytuje celou řadu poznatků a praktických postupů, jimiž lze lidskou individualitu rozvíjet, člověku pomáhat ze subjektivních nesnází či při vyrovnání s náročnými životními situacemi. To je úkolem psychologického poradenství a psychoterapie, ale i lékařské psychologie, která je spíše oborem aplikovaným, majícím ovšem zároveň svoji teoretickou základnu, do které patří také elementární poznatky z psychologie osobnosti.

V medicíně má psychologie osobnosti uplatnění zejména při hledání souvislostí v následujících oblastech:

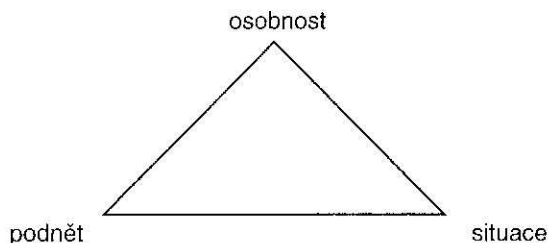
- zkoumání vlivu onemocnění a léčby na osobnost pacienta,
- zkoumání osobnostních charakteristik pro vznik a průběh onemocnění.

Velký teoretický zájem je věnován otázce determinace lidského prožívání a chování. Je spíše výsledkem **osobnostních dispozičních vlastností a sklonů**, či více záleží na situaci, v níž se jedinec nalézá? Odpověď přináší syntéza obojího, nazývaná interakcionismem. Podle ní jde o výsledek oboustranného působení a ovlivňování. Zjednodušeně a schematicky lze vidět lidské chování a vnitřní duševní život člověka (psychické procesy – prožívání, myšlení, vůli apod.) jako výslednici vzájemné interakce:

- a) určité **kvality podnětů**, které na jedince působí,
- b) **osobnosti**, jež podněty vnímá jako informace, které vyhodnotí na základě vrozených a získaných dispozic včetně předchozí zkušenosti. Nastane pak jednání, jež závisí i na
- c) **situaci**, v které se odehrává, a příslušné roli, která je vlastní jednajícímu jedinci.

Jako příklad uveďme člověka, který u sebe začne pozorovat nežádoucí tělesné změny (bod a), jež si vyloží jako počínající onemocnění (bod b). Zpravidla se pak radí s nejbližšími příbuznými či dobrými známými, vytvoří si „laickou diagnózu“, pokusí se o autoléčbu, a pokud je neúspěšná, přichází k lékaři a stává se pacientem (bod b a c). Nebo jiný příklad: Člověk vkročí bez rozhlédnutí do silnice a těsně před ním zabrzdí auto (bod a). Lekne se a uskočí. Může se pak zlobit na sebe,

řidiče či anonymně na ty, kteří zde nezřídili přechod pro chodce. Nebo může zůstat „jako opařený“ (bod b a c). Tímto příkladem chceme zároveň upozornit na to, že vyhodnocení situace a reakce v případě přímého ohrožení mohou proběhnout bleskově a další reakce na úlek – vyrovnání se s prožitým nebezpečím – pak probíhá podle typické strategie (obviňuji sebe, nebo druhé).



Obr. 1 Determinanty duševního života

Pokud jde o osobnost člověka, upozorňujeme na dvě důležité oblasti, jež někdy rozhodujícím způsobem usměrňují a řídí náš duševní život, rozhodování a chování. Jsou to nevědomé procesy a sebereflexe.

Nevědomé procesy

probíhají mimo naše vědomí, nejsou tedy běžně reflektovány a jsou přístupné jen prostřednictvím určitých psychologických technik (např. asociačních testů, projektivních diagnostických postupů, technik volných asociací), nebo převážně při změnách stavu vědomí (při vysokých horečkách, probouzení z narkózy, intoxikaci, nočních snech). Existenci nevědomých procesů lze dešifrovat i tehdy, když pokusné osoby zdůvodňují vlastní jednání po posthypnotické sugesci – své situačně nelogické jednání (které jim bylo v hypnóze nařízeno) dávají do logických souvislostí a hledají pro ně rozumné vysvětlení.

Nevědomými procesy se zabývá zejména hlubinná psychologie, jejímiž zakladateli jsou S. Freud (1856–1939), A. Adler (1870–1937) a C. G. Jung (1875–1961). Se S. Freudem je spjata psychoanalýza, s A. Adlerem individuální psychologie a s C.G. Jungem analytická psychologie.

Sebereflexe

je projevem síly lidského myšlení. Znamená, že při ní člověk prostřednictvím myšlení kriticky posuzuje určitou osobní problémovou situaci, a to z různých úhlů a s pochopením jejích podstatných aspektů, včetně vlastní motivace a širší souvislosti. Tím se „vnitřně osvobozuje“ a jedná, pokud se k tomu roz-

hodně, racionálně. Racionální čin má akcent svobodného jednání. Člověk v něm zpravidla překračuje své obvyklé autocentrické zaměření.

Zaměřme naši pozornost opět k **osobnosti člověka**. Tento pojem stručně vymezíme uvedením několika základních charakteristik:

Osobnost je celek lidských psychických a fyzických vlastností. Tento celek má svůj svéráz a tvoří určitý typ, který je jedinečný a neopakovatelný.

Není bez zajímavosti, že někdy bývá psychologie osobnosti nazývána diferenciální psychologií, neboť se zabývá rozdíly–diferencemi – mezi lidmi.

Obrazně si lze osobnost člověka představit jako **strukturu** vlastností (např. povahové vlastnosti, schopnosti), mezi nimiž jsou vztahy. Vlastnosti na sebe vzájemně působí a ovlivňují se, mohou se oslabovat, rušit, či naopak podporovat a zesilovat. Některé se mění, pro jiné je naopak příznačná stálost, trvalost (např. temperament). Stálost a změna k sobě patří, změnu pozorujeme jako proces v čase a na pozadí určité stálosti, která je předpokladem srovnání a zachycení změny. Kromě struktury má osobnost také svoji **dynamiku**.

Jako příklad dynamiky si lze představit ambivalentní (nevyhraněný) vztah k někomu, koho dobře známe. Dostáváme se do rozporů a napětí, neboť nás dotyčný přitahuje a zároveň odrazuje. Rozehrává se v nás řada pocitů, představ a myšlenek. V určitém období převládá pozitivní náklonnost, která se střídá s odmítáním. Vnitřně prožíváme především tenzi, jež mizí, zvítězí-li určitá tendence.

Kromě struktury a dynamiky vnitřního života je pro osobnost typický její **vývoj**, který probíhá kontinuálně i diskontinuálně (ve vývojových skocích) a v určitých typických vývojových fázích. Tento pohyb se děje ve směru **diferenciace a integrace** vlastností a funkcí –, od jednoduššího ke složitějšímu, a k vyšším funkčním celkům (viz následující kapitola). Zde budiž zdůrazněno, že vývoj-rozvoj je charakteristický pro celou živou přírodu. Člověk je bytostí možností, tedy s tendencí směřující k naplňování svých možností. Rozvojový motiv, neboli tendenci, lze považovat za základní „hybnou páku“ jedince, stejně jako směřování k vyšším kvalitám a ke zdraví. Lidské bytosti je vlastní vlastní rozvoj, zdokonalování a naplňování individuální možnosti, tedy zároveň úsilí po kvalitnějším a smysluplném vedení života. Léčba v mnoha případech znamená podporu těchto tendencí. Na organismus a na

jeho zásadně **pozitivní směřování** se totiž můžeme spolehnout. To se týká psychických i fyzických vlastností člověka.

Jako příklad vývoje a vývojové fáze si uvedeme některé charakteristiky psychiky dítěte ve věku od dvou do tří let.

V tomto věkovém období děti již dobře zvládly lokomoci, jemnou manipulaci a mohutně se rozvíjí řeč. Ve vztazích vyžadují přítomnost či dostupnost stále dospělé osoby, nejlépe matky, od které se však již odpoutávají – nejdříve fyzicky (poodběhnou z jejího přímého dosahu), pak i psychicky, neboť si ji dokáží ve své představě zpřítomnit. Vytvářejí si stále jasnější obraz sebe a odlišují svoji osobu psychickou i fyzickou od ostatního světa. Tato představa je místem, kde sebe prožívají, elementárně myslí a rozhodují se, což odpovídá pojmu „já“ člověka. Nápadná a příznačná pro toto vývojové období je dětská vzdorovitost (typickou reakcí je „ne“), pomocí které si potvrzují svoji osobnost, zkoušejí, co si mohou, či nemohou dovolit. Tato „opozice“ vede zároveň k vnitřní diferenciaci. Dále dochází k identifikaci (ztotožnění) s rodičem obvykle stejného pohlaví. Děti jej napodobují; kromě konstrukční hry vzniká hra námětová (na matku, otce apod.). Dítě si sebe stále pevněji uvědomuje, je hrdé na to, co dovede, hodnotí se jako „hodné“, prožívá již zahanbení, stud, začíná si uvědomovat příslušnost k určitému pohlaví („jsem holčička“, „jsem chlapeček“), postupně se vytváří pocit a pojem vlastní identity, tedy totožnosti se sebou samým. Ve vývojovém období batolecího věku lze velmi dobře pozorovat vývojový trend jdoucí od převážně pasivní závislosti k aktivní nezávislosti. Právě úsilí po aktivní nezávislosti je zde typické.

Závislost–nezávislost jsou důležitou vztahovou dimenzí člověka, ve které se po celý život pohybuje a hledá vyváženost, jejíž předobraz při ní vzniká. Jedná se o skutečnost se silným citovým nábojem a projevující se později zvláště významně v těsných meziosobních vztazích (v manželství, ale někdy i ve vztahu mezi pacientem a lékařem). Pro osobnostní rozvoj a duševní zdraví je zvláště nežádoucí symbiotický vztah a vazba, kdy nastává splývání a nedostatečné rozlišování mezi subjektivitami dvou lidí (např. při vzájemných očekáváních a přáních).

Druhou důležitou vztahovou dimenzí je psychická **blízkost–vzdálenost**. Za příklad velké psychické blízkosti, ba těsnosti či splývání, lze uvést vztah mezi dítětem a matkou v prvním roce života. Vztahy vzdálené jsou vztahy neosobní, kdy se lidé téměř neznají (nemají spolu vzájemnou zkušenost). Také vnímání (a snášení) psychické blízkosti je individuální záležitostí. Z obou zmíněných dimenzí pak rezultuje **pocit bezpečí** (a důvěry) či jeho opak – **pocit nebezpečí** (nedůvěry a ohrožení) ve vztahu, jenž má počátek v časně dětské zkušenosti, především v prvních třech letech života.

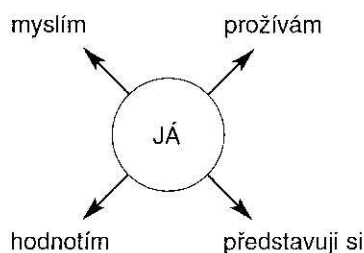
Důležitým pojmem psychologie osobnosti je **pojem „já“**, neboť tvoří centrum, jádro, osu naší osobnosti.

Psychologicky pojaté „já“ obvykle označuje subjekt prožívání, poznávání, hodnocení, chtění a vědomí. „Já“ umožňuje časovou kontinuitu naší osobnosti, čili vědomí a pocit, že jsme to stále my, ať se jedná o události z dětství, nebo přítomnost. Máme k němu nejbližší, protože znamená naše nejnितernější soukromí a místo sebereflexe. Jmenná forma „já“ je zájmenný tvar, jímž se také aktuálně vymezujeme jako subjekt, respektive subjekt jako „já“. V zájmenné formě však identita není rigorózní, což je např.

zřejmé ve vypustitelnosti tohoto zájmena – (já) čtu knihu, (já) vzpomínám na dovolenou. Jinak řečeno: subjekt pojímající se jako „já“ je současně jiné vyjádření **spontaneity**, neboli toho, že vědomí je si vědomo svého vědomí. Tím se vyznačuje jako **neko-nečno**, sevřené jakoby v kruhu, v subjektu. Zde pak lze hledat možnost toho, čemu říkáme **svoboda**.

Pro názornost si uveďme příklad vjemu. Konkrétní vjem jako obsah našeho vědomí je uvědomován jako obsah vědomí. Toto uvědomování je dále uvědomováno ad infinitum, což sice ještě není vymezením subjektu jako nekonečna, poukaz na tuto kvalitu je ovšem patrný. Vidíme, že možnost svobody je reálná, neboť pro ni máme ve vědomí „místo“.

„Já“ známe všichni z vlastní introspekce jako zkušenost, která si uvědomuje, že je zkušeností. „Já“ je současně situováno tělesně–v těle (tělesné prožitky a zvláště bolest jsou pro sebeuvědomování a utváření „já“ malého dítěte asi velmi důležité). „Já“ integruje–sjednocuje náš duševní život a celou osobnost. U lidí s oslabeným „já“ se proto setkáváme s celou řadou psychopatologických fenoménů (např. s extrémní nerozhodností, halucinacemi všeho druhu) a dez-integrovaným chováním (např. se zmateností, s protichůdným a nepředvídatelným chováním). Podmínkou toho, že si uvědomuji, je jasnost vědomí a další důležitou charakteristikou vědomí je **intencionalita**–zaměřenost vždy na něco, na určitý obsah, formu („Já“ si uvědomuji, že...; „Já“ pociťuji, že...; „Já“ si vzpomínám, že...). „Já“ je tedy subjekt (podmět) vztahený ke svému objektu (předmětu). Ve skutečné sebereflexi subjekt a objekt jsou identické. Teoreticky však lze diferencovat a rozlišit „já“ reflektující a „já“ reflektované. Pokud reflektované „já“ chápeme jako osobnost, dostáváme se do oblastí sebepojetí.



Obr. 2 „JÁ“ vztahující se k sobě, nastává uvědomění sebepojetí

Sebepojetí

je tvořeno vztahem k sobě, tím, co si o sobě myslím, co si o sobě představuji, jak se prožívám a hodnotím. Má tedy stránku kognitivní i emoční. Velmi důležitou složkou sebepojetí je představa vlastního tělesného schématu

a vzhledu (zde lze rozlišovat představu „jak jsem pro sebe“ a „jak pro druhé“), což bývá např. problémem souvisejícím se sebehodnocením v dospívání a s případy pacientů, jejichž tělesné schéma je porušené mutilující operací nebo úrazem.

V postoji k tělesnému schématu se projevuje sebezpřijetí a spokojenost se sebou samým (např. při pohledu do zrcadla). U dospělých a zdravých osob bývá nespokojenost s vlastním tělem většinou průvodním jevem osobní nezralosti. Zdá se, že je i pozitivní korelace mezi spokojeností s vlastním tělem a hodnocením svých psychických charakteristik, jež se nakonec promítají do stupně sebedůvěry jedince.

Se sebedůvěrou souvisí i úroveň aspirace, tedy odhad vlastního výkonu (samozřejmě zde hraje roli i zkušenost s určitou činností). U lidí vyrovnaných bývá tento odhad adekvátní. V širším pohledu je to i otázka očekávání vlastního uplatnění, čili vnímaná osobní zdatnost (angl. *self-efficacy expectation*), jejíž nárůst bývá pravidelně výsledkem úspěšné psychoterapie (s výjimkou pacientů, jejichž vysoké sebevědomí je naopak problémem). S pojmem vnímané osobní zdatnosti přišel v sedmdesátých letech 20. století americký psycholog A. Bandura v souvislosti se zkoumáním sociálního učení.

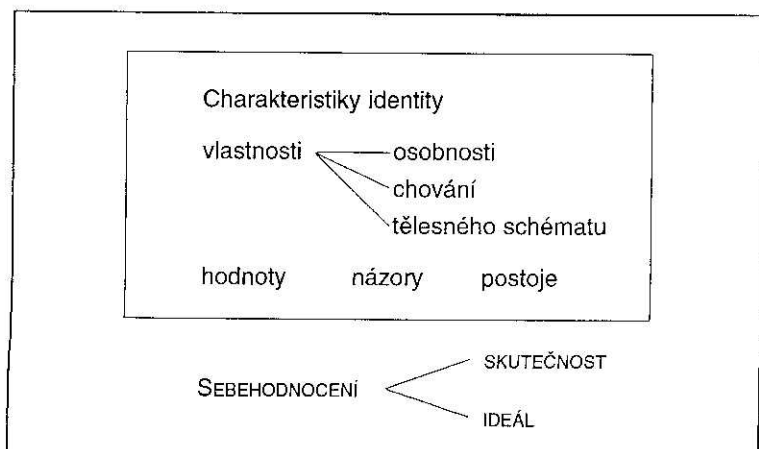
Tělesné schéma a zejména tvář člověka lékař reflektuje všude tam, kde nastává vlivem úrazu či nemoci změna, která je postiženým nepříznivě vnímána a hodnocena. V případě mutilací, a zvláště u popálenin obličeje, je třeba pacienta připravit na „první pohled do zrcadla“ znamenající pro něho akutní psychické trauma. Lidé zmrzačení či jinak znetvoření mívají pochopitelnou tendenci se stranit a vyřazovat ze společnosti a současně si vytvářet hluboké citové vazby k podobně postiženým a k ošetřujícímu personálu. Psychologická péče o tyto osoby se mísí s péčí psychoterapeutickou, kdy pomáháme změnu přijmout a smířit se s ní, zamezujeme jejich sociální izolaci a neuváženému rozhodování či jednání. Psychoterapie u akutních traumat má i preventivní význam, protože zamezíme eventuálnímu rozvoji psychické poruchy a v každém případě mírníme psychické utrpení postiženého.

Sebepojetí obsahuje nejen to, jak se vnímám, myslím, prožívám a hodnotím (tzv. reálné „já“), nýbrž je zde přítomen také ideál, jaký bych měl a chtěl být (tzv. ideální „já“). Diskrepance mezi obojím je jedním ze zdrojů osobnostního růstu a rozvoje. Je-li však příliš velká, bývá jedinec se sebou výrazně nespokojen, nešťasten a trpívá pocity méněcennosti. Zmíněná oblast souvisí s poruchami sebehodnocení (přeceňování, zvýšené sebevědomí – podceňování, snížené sebevědomí).

Sebepojetí člověka se utváří již od časného dětství především na základě hodnocení ze strany dospělých – a v dospívání i vrstevníků – v tom smyslu, že se nakonec cítíme být takovými, za jaké nás mají. Jejich názor přejímáme za svůj – zvnitřníme jej. Tento proces se nazývá **interiorizací**, zvnitřnělé, původně vnější obsahy pak **introjekty**. Sebepojetí je tedy zejména odrazem toho, jak si člověk myslí, že je vnímán druhými lidmi. Řídí se jím i naše chování vůči druhým lidem.

Proto je tak důležitý **akceptující a povzbudivý postoj** rodičů vůči dětem. Později, během dospívání a v dospělosti, si sebepojetí utváříme na základě **sebereflexe** a nových zkušeností a lze říci, že se mění po celý život, i když jeho základy pocházejí z dětství. Člověk je bytostí rozpornou; čím je v jeho sebepojetí méně rozporů, tím je jeho vnitřní obraz stálejší, soudržnější,

a tím více prožívá jistotu. Zvláště bychom rádi upozornili na prožívání sebe, neboť se jedná o skutečnost, jež možná souvisí s preverbálním obdobím jedince a mívá silnou motivační sílu. Často totiž jednáme podle toho, jak se cítíme. Sebecit nám říká „jáci jsme“ a vede k sebeúctě (a naopak, neboť mezi sebeúctou a sebecitem je vzájemné ovlivňování).



Obr. 3 Sebepojetí

Sebeúcta

bývá vyšší u osob, které sebe akceptují a současně je u nich malá diskrepance mezi reálným a ideálním „já“, obě „já“ jsou tedy se sebou zásadně spokojené. S touto oblastí souvisí i svědomí člověka a to, do jaké míry svým životem naplňuje obecně lidské hodnoty zakotvené v etických principech a morálních zásadách (dobro, pravda nebo spravedlnost).

3.2 Překonávání náročných situací a závažných životních událostí psychickými obrannými mechanismy

Náročné situace a závažné životní události jsou jedním ze zdrojů, jimiž se formuje osobnost jedince, avšak představují i rizikové faktory pro vznik a rozvoj, případně udržování řady poruch zdraví. Upozorníme zde na duševní krize (blíže viz 19. kapitola), které vznikají důsledkem jejich chronického či jednorázového působení za předpokladu, že ji postižený jedinec nezvládne, tedy

jsou nad jeho síly. Na individuální úrovni souvisejí náročné situace a závažné životní události se strukturou a dynamikou sebepojetí.

Sebepojetí, jak již víme, je relativně stálé, přesto se však vyvíjí a mění pod vlivem nových osobních zkušeností a způsobů, jak se s nimi člověk vyrovnává. Jestliže je jedinec nemůže přímo, nebo prostřednictvím myšlenkového zpracování zařadit, nastává rozpor mezi sebepojetím a novými zkušenostmi a dochází k tomu, co nazýváme **inkongruencí**. Tento rozpor (nesoulad) je alespoň částečně uvědomovaný.

Inkongruence v psychice dítěte může např. vzniknout jako následek rozporu mezi bytostnou potřebou po bezpodmínečném přijetí a kladném ocenění ze strany rodičů a selektivně hodnotícím rodičovským chováním vůči dítěti. Dítě tyto požadavky nakonec zvnitřní, přijme plně za své, protože potřebuje být rodiči přijaté, milované a chválené. Vznikne inkongruence, která se pak stane zdrojem dalších vnitřních rozporů. Inkongruence, pokud není řešena a překonána, vede zpravidla ke vzniku dalších inkongruencí.

Inkongruence může být pro osobnostní rozvoj člověka také přínosem. Z vlastní zkušenosti známe situaci, kdy se o nás kriticky vyjádří někdo, jehož názoru si vážíme. Tuto kritiku nemusíme být zprvu schopni přijmout, nebo se s ní vyrovnat nějak jinak. Později o sobě začínáme pochybovat a to, čeho se týká, reflektujeme, případně přehodnocujeme. Zmíněnými zkušenostmi může začínat žádoucí „práce na sobě“.

Výraz **kongruence** pochází z latinského *congruens*, tj. shodující se, souhlasný či přiměřený. Inkongruence je pak opakem kongruence, tedy stavem vnitřního nesouladu a rozporu, majícího za následek růst psychického napětí (tenze), které mívá zprvu úzkostné nebo agresivní zabarvení. Je-li dlouhodobá, tak se transformuje v převážně psychické či psychosomatické symptomy a ústí v poruchu zdraví. Inkongruence se obvykle projevují zvýšenou úzkostí, strachem, depresivním prožíváním a myšlením, nižším sebevědomím, pocitem oslabení osobní identity, ale i únavou, bolestmi hlavy, chronickou bolestí apod. Uvádíme ji do přímé souvislosti se somatoformními poruchami (např. neurocirkulační astenií) a s neurózami. Stejně tak se zřetelně vyskytuje u pacientů v duševní krizi. Analogické souvislosti konstatujeme i u tzv. psychosomatických poruch zdraví, u kterých je, na rozdíl od somatoformních poruch, organický nálezný (např. peptický vřed, infarkt myokardu). To však neznamená, že by tento vztah, pokud jde o poruchy zdraví, byl jednoznačně příčinný, spíše jej reflektujeme v rámci **mnohočetné etiologie a cirkulární kauzality** daných poruch. Jako zřetelný příklad lze uvést nemocné s poruchou příjmu potravy, zejména typu mentální anorexie a mentální bulimie.

Rozeznáváme tři hlavní zdroje a typy inkongruencí: dispoziční inkongruenci, sociálněkomunikační inkongruenci a reaktivní inkongruenci. Na vzniku konkrétní inkongruence se většinou podílejí všechny tři momenty.

Dispoziční podíl inkongruence je psychologickými prostředky spíše neovlivnitelný, protože je konstitučního rázu (včetně dědičného). Patří sem např. temperamentové vlastnosti (zvýšená dráždivost), nebo dispozice k depresi vyskytující se jako rodová záležitost.

Sociálněkomunikační podíl inkongruence je především vztahové povahy, neboť vzniká během života člověka působením druhých lidí. Je určen zvláště výchovou, ale i komunikačním stylem. Do této oblasti náležejí např. už dříve zmíněné introjekty. Sociálněkomunikační podíl inkongruence je dobře přístupný a ovlivnitelný psychologickými prostředky. Zde je plně indikována psychoterapie.

Reaktivní podíl inkongruence vzniká jako následek velké psychosociální zátěže (např. ztráta blízké osoby rozchodem, rozvodem nebo úmrtím). Tento podíl je přístupný psychologickému působení a ovlivňování. Pokud převládá v klinickém obraze, indikujeme psychologickou krizovou intervenci (na rozdíl od podpůrné či systematické psychoterapie).

Vidíme, že stejný symptom či znak nemoci (např. anxieta, deprese, oslabení pocitu identity, nepřiměřená únava) mohou mít různé příčiny. Jejich diagnostika je podmínkou nasazení adekvátní léčby *lege artis*.

Zmíněný stav inkongruence je subjektivně nepříjemný, a proto se s ním člověk vyrovnává, „řeší“ jej, prostřednictvím určitých strategií, jež nazýváme **psychickými obrannými mechanismy**. Obrannými proto, že „brání“ sebe-pojetí, jehož otřesení vede k nejistotě a úzkosti. Jestliže sebe-pojetí umožní nové zážitky přímo zařadit a integrovat, říkáme, že jde o vztah kongruence (shody). Nejde-li to, nastane již zmíněná inkongruence (rozpor). Extrémním případem inkongruence je **konflikt**. Inkongruence ovlivňuje vznik mnoha psychických a psychosomatických symptomů, jež jsou psychogenní povahy a souvisejí s tím, že vnitřní rozpory, případně konflikty, nejsou vyřešeny – ať již pomocí psychických obranných mechanismů, nebo tím, že si je člověk **uvědomí** a změnou svého postoje a jednání je překoná a zruší.

Náročné situace a závažné životní události

Konflikt

(lat. *confligere*, tj. střetnout se, utkat se) v psychologickém významu znamená vyhocený střet protichůdných tendencí, ať již vnitřních nebo vnějších, jež jsou přibližně stejně silné a znemožňují rozhodnutí a volbu.

Za příklad konfliktu nám poslouží situace volby mezi dvěma činnostmi, jež nás stejně silně přitahují, a nelze se rozhodnout, které z nich dát přednost. Vzpomeňme na bajku o oslovi, který je teoreticky odsouzen ke smrti hladem, neboť si

nemůže vybrat mezi dvěma otýpkami sena, jež jsou pro něho svojí vůní a množstvím stejně přitažlivé.

Konflikt nastává také mezi dvěma negativními silami (či při kombinaci pozitivních a negativních tendencí), kdy jsme nuceni pod tlakem okolností volit mezi alternativami, z nichž všechny jsou pro nás zcela nepřijatelné (zvolíme v případě požáru raději skok z okna s jistotou smrti, nebo udušení či uhoření?).

Klasický příklad konfliktu v souvislosti s jednou z hypotéz o etiopatogenezi neurotického onemocnění poskytuje psychoanalýza. Dle této teorie z oblasti našeho nevědomí mají tendenci „vzlínat“ do vědomí pudové pohnutky (např. sexuálního rázu), jež jsou pro nás nepřijatelné díky hodnotovému systému a z něho plynoucích morálních zábran. Dochází tak ke konfliktu mezi tendencemi pocházejícími z nevědomí a naším svědomím. Konflikt bývá „řešen“ vytěsněním nežádoucích obsahů zpět do nevědomí, kde se směštnají a vyvolávají úzkost, která se pak transformuje v neurotické symptomy.

Pokud obranná reakce (např. *adrenergní, kortikoidní* při současném působení psychických obranných mechanismů) není úspěšná, nastává únava, útlum a často přichází deprese spojená zejména s pocity bezmoci a beznaděje. Je-li organismus stresován dlouhodobě, lze počítat s tím, že dříve či později dojde u člověka k psychosomatické poruše zdraví. Součástí této situace bývá u jedince nedostatek odpočinku a jednostranný, zpravidla hektický způsob života. Stres je v přímé souvislosti s poruchami zdraví mluví se o něm v rámci jejich **mnohočetné etiologie**.

Frustrace

Slovo *frustrace* znamená česky zmaření/zklamání. Dochází k ní, jestliže při uskutečňování něčeho, na čem nám záleží, narazíme na překážku. Tato překážka může být mimo nás, v okolnostech, či být součástí našeho nitra a znemožňovat dosažení určitého cíle. V situaci frustrace bezprostředně prožíváme zklamání a často pak reagujeme některou z forem agrešivity (verbální, fyzické apod.). Jako příklad frustrace může posloužit akutní onemocnění, které pacientovi znemožní odjezd na atraktivní a vysoce přitažlivou dovolenou.

Deprivace

Pojem *deprivace* lze přeložit jako zbavení/odejmutí. V psychologickém významu deprivace nastává, když se nám nedostává něčeho, co je pro nás subjektivně vysoce významné, až nezbytné. Nejčastěji se hovoří o deprivaci některé z potřeb.

Můžeme zmínit příklad senzorické deprivace, při které se pokusným osobám v rámci výzkumů zamezí pobytem v depriváční komoře v přísunu vnějších podnětů (zrakových, sluchových apod.) a v jejich duševním životě jsou sledovány změny vyvolané touto deprivací. Dříve či později prožívají tito lidé úzkost, dostávají se halucinace, depersonalizační prožitky apod.

V psychologii je dobře popsána psychická deprivace (*karence*). Vzniká, je-li dítě v kojeneckém (ovšem zhruba až od šestého měsíce) a batolecím věku separováno na delší dobu od matky (např. při hospitalizaci). Reakcí bývá *anaklitická deprese* (*hypomimie*, tj. ztráta zájmu o okolí), později může dojít k poruchám v citové a vztahové oblasti, nerovnoměrnému osobnostnímu vývoji a potížím v navazování a udržování těsných meziosobních vztahů. Jedná se o deprivaci základní vývojové potřeby, nezbytné přítomnosti stabilní dospělé osoby, již bývá matka dítěte. Psychickou deprivací a jejími následky jsme se blíže zabývali již v předchozí kapitole.

Přesycení (*supersaturace*)

Supersaturace je opakem deprivace. Znamená nadměrné, věku neadekvátní a možnostem individua nepřiměřené zaplavování podněty ve významu „čeho je moc, toho je příliš“. Přesycení je přetížením a zpravidla vede k útlumu (apatii, nezájmu) či k aktivním vyhýbavým strategiím. Jako příklad přesycení lze uvést rozmazlování a „bombardování“ dítěte láskou.

Stres

Stres/zátěž v psychologickém (nikoliv v původním, fyziologickém) významu znamená, že jedinec se dostává do situace, která je nad jeho psychické síly, a proto ji obtížně zvládá, až nezvládá. Je přetížen a postupně se s ní vyrovnává mimořádnými způsoby. Tato situace pro něho znamená ohrožení a reaguje na ni také fyziologicky. Tento typ zátěže poukazuje na psychosomatickou propojenost a jednotu lidského organismu.

Do krátkodobého a kontrolovaného stresu se například člověk dostává při psychologickém výkonovém testovém vyšetření, kdy psychologové mj. zajímá, jak se vyrovnává s takto vzniklou zátěží. Jako stresor také může na pacienta či jeho příbuzného působit výrazně negativní informace, na jejíž přijetí nebyl připraven, je jí zaskočen a dostává se do psychického šoku.

Pokud obranná reakce (např. *adrenergní*, *kortikoidní* při současném působení psychických obranných mechanismů) není úspěšná, nastává únava, útlum a často přichází deprese spojená zejména s pocity bezmoci a beznaděje. Je-li organismus stresován dlouhodobě, lze počítat s tím, že dříve či později dojde u člověka k psychosomatické poruše zdraví. Součástí této situace bývá

u jedince nedostatek odpočinku a jednostranný, zpravidla hektický způsob života. Stres je v přímé souvislosti s poruchami zdraví mluví se o něm v rámci jejich **mnohočetné etiologie**.

Pro vážněji nemocné znamená největší zátěž období od prohlídek a vyšetřování do stanovení diagnózy, doba krátce před zákroky a operacemi, dále pak vyrovnávání se s chronickou nemocí případně s onemocněním majícím špatnou prognózu a samozřejmě i umírání – zvláště v nemocnici, pokud je člověk při vědomí. Ve všech zmíněných případech proto pacient potřebuje zvláštní **psychologickou péči**, která spočívá v podpůrných psychoterapeutických rozhovorech, s nimiž se blíže seznámíme v druhé části textu. Jedná se mj. o překonávání pocitů osamělosti a opuštěnosti.

Kromě nežádoucího **distresu** rozeznáváme i **eustres**, tedy zátěž, kterou zvládneme a která vede k postupnému „otužování“ a vlastně i k osobnostnímu rozvoji.

Psychoterapeutickou cestou zde působíme zejména ve směru profylaxe a rehabilitace. Z dlouhodobého hlediska jsme úspěšní tehdy, změní-li pacient životní styl, čemuž musí předcházet změna jeho postojů (nikoliv pouze „poslušnost“ ve vztahu k terapeutovi a řízení se jeho „radou“). Dále naučí-li se relaxovat a cíleně regulovat své nežádoucí duševní a tělesné stavy. Kromě relaxačních postupů zde nalézá uplatnění i biologická zpětná vazba (*biofeedback*).

Je zřejmé, že výše zmíněné náročné situace spolu mnohdy souvisejí a vzájemně se překrývají. Lze si představit, že někdo se dostane do vnitřního konfliktu, jenž má za následek zprvu frustraci, která dále ústí v deprivaci některé z jeho důležitých potřeb. To subjektivně znamená psychický stres, neboť skutečnost, na niž člověk nenalézá řešení, doléhá stále více.

Psychotrauma

(řec. *trauma*, tj. úraz) patří mezi nejstarší pojmy související s etiologií zdravotních poruch. Rozumíme jím následek zcela neočekávané a silně negativně působící události, kterou jedinec není schopen přijmout a jež se promítne do jeho duševního a tělesného stavu. Bezprostředně na ni reaguje šokem.

Psychotraumaticky může na pacienta působit chirurgický výkon bez psychologické přípravy, věku nepřiměřená sexuální zkušenost, pocit bezmocnosti a strachu při přepadení apod. Psychotraumatický ráz mohou mít i **závažné životní situace**. Rozumíme jimi spíše jednorázové (či krátkodobě působící) děje, znamenající pro člověka a jeho rodinu zátěž, popř. výrazné negativní ovlivnění. Řadíme sem např. úmrtí blízké osoby, ztrátu zaměstnání, přírodní katastrofu, vážné onemocnění v rodině, problémy se sousedy, stěhování. Z praxe víme, že dekompenzaci zdravotního stavu pacienta mnohdy bezprostředně předchází nějaká závažná životní událost. Nutno však upozornit, že závažná životní událost mívá patogenní účinek jedině tehdy, jestliže ji jedinec, jehož se týká, **hodnotí negativně** a současně je

jeho postoj k budoucnosti spíše **pesimistický**. Vidíme, že rozhodující je subjektivní posouzení v kombinaci s předjímáním budoucnosti v dimenzi otevřenost–uzavřenost, což souvisí i s beznadějí, či naopak s nadějí v příznivý obrat a další vývoj.

Jen obtížně čelíme těmto situacím preventivně cestou psychologickou. Po prodělaném psychotraumatu jsou vysoce účinné a doporučeníhodné terapeuticky působící abreaktivní postupy, usnadňující postiženému jedinci aktuální vyrovnání se s jeho bezprostředními následky. Teprve potom přistupujeme ke zpracování této zpravidla jednorázové traumatické zkušenosti (např. společně reflektujeme vliv znásilnění na vztahy v rodině).

Bylo zjištěno, že dopad závažné životní události na zdraví jedince – a z něho plynoucí vykojení – souvisejí především s kvalitou jeho **sociálního zázemí** (dnes bývá označováno jako sociální opora). Jedná se o vztahy k osobám blízkým, o něž se lze opřít, reálně pomáhající a představující naději, že člověk nezůstane na problém sám. Právě subjektivně prožívaná osamělost spojená se sociální izolací jsou prognosticky nepříznivým faktorem. Pokud sociální zázemí a opora nemocnému chybí, budujeme ji ze zdrojů ležících mimo dosavadní život (např. dobrovolníci), někdy je musí na přechodnou dobu poskytovat i zdravotnické zařízení.

Druhou hlavní okolností ovlivňující dopad závažné životní události na člověka tvoří jeho **dřívější příznivou, či naopak nepříznivou zkušenost** analogickou té, o níž se nyní jedná v konkrétní situaci nemocného. Zvládnutí podobné situace v minulosti působí příznivě – a naopak.

Předchozí skutečnosti působí v oblasti **odolnosti a nezdolnosti** člověka (angl. *hardiness* a *resiliency*), tedy dispozice zátěžové situace vydržet a zvládat. Kromě konstituce, čili genetické (včetně temperamentové) stránky zde hrají roli i naučené způsoby, jimiž se vyrovnáváme se zátěží, a jedincova zakotvenost ve světě (viz kap. 5.4).

Z psychosociálních proměnných lze považovat za vysoce rizikový pro vznik a udržování poruchy zdraví spojení dlouhodobého stresu a závažné životní události.

Samozřejmě za předpokladu, že závažnou životní událostí se nevyřeší dlouhodobý stres (např. úmrtí blízké osoby, o kterou bylo pečováno dlouhodobě, a péče byla značně vyčerpávající).

Základní a nejstarší (původní) způsoby, jimiž se člověk vyrovnává s náročnými životními situacemi a závažnými (kritickými) životními událostmi, jsou tři:

- útěk,

- útok,
- volání o pomoc.

Od těchto strategií se odvozuje mnoho psychických obranných mechanismů, s nimiž se seznámíme na dalších stránkách. Zmíněné prastaré způsoby reagování na nebezpečí jsou vlastní i zvířatům. U člověka je ovšem nelze chápat jen jako něco vnějškově pozorovatelného, je nutno je pozorovat a vnímat také jako vnitřní procesy.

Například útěk nemusí být jen rychlé vzdálení se z určitého nebezpečného a ohrožujícího místa. Člověk se také může stáhnout do sebe a nekomunikovat, jak je tomu u autismu, nebo se lze „stavět mrtvým“, čili nereagovat, jak lze snad obrazně popsat katatonní stupor, chápaný klasickou popisnou psychiatrií jako jednu z forem schizofrenního onemocnění.

Útok neznamena jen fyzické napadnutí toho, kdo člověka ohrožuje, či odstranění nějaké omezující překážky násilím, útok mívá i podobu ironizování, pomluvy nebo agresivního vypořádání se s problémem na úrovni fantazie. Také volání o pomoc nelze chápat jako pouhou reakci mládeže a dětí v situaci ohrožení či samoty. Dochází k němu v případech, kdy se člověk k „záchranné“ autoritě obrací v situaci nouze.

Psychické obranné mechanismy

známe všichni z vlastní zkušenosti, neboť jsou všem lidem vlastní a jsou součástí jejich osobnosti. Označujeme jimi **vnitřní strategie, jimiž řešíme rozpory a vyrovnáváme se se zkušenostmi, které jsou neslučitelné s naším sebepojetím** – tedy s tím, co si myslíme a představujeme o sobě a nakonec i o pro nás významném světě. Lze je přirovnat k funkci imunitního systému, ovšem na psychické rovině. Jejich úkolem je **chránit jedince před ohrožením pozitivního sebepojetí a před vznikem sociálně komunikačního a reaktivního podílu inkongruencí**. Souvisejí tedy s pocity, týkajícími se identity, se sebeúctou a s regulací úzkosti.

Projevují se např. **selektivností vnímání**, což není dáno jen naším osobním (např. profesionálním) zaměřením, ale i tím, že často nevidíme, co vidět prostě nechceme (ve společnosti přehlédneme např. člověka, jehož nemáme rádi). Někdy má **zapomínání selektivní podobu** – snadněji zapomeneme na věci, které považujeme za nedůležité. Občas ale zapomínáme také na věci nepříjemné a na to, na co vlastně chceme zapomenout. Máme pocit, jako by se to vůbec nestalo, jako by to neexistovalo. Zde lze hledat zdroj vzpomínkového optimismu a je zajímavé, že u některých typů osobnosti se setkáváme spíše se vzpomínkovým pesimismem – minulost líčí jako období křivd, utrpení, nepochopení atd.

Ve stručnosti se dále seznámíme s nejčastějšími psychickými obrannými mechanismy. Ve skutečnosti je jich mnohem víc. Zmíníme se o racionalizaci, popření, vytěsnění, projekci, identifikaci, kompenzaci, sublimaci, odčinění, disociaci a regresi. Zopakujme si, že probíhají na rovině subjektivní (intra-psychické), ale i vztahové, v rámci reálného světa, a projevují se, ať již nenápadně či nápadně v jednání člověka. Chrání nás před ohrožením sebepojetí (před úzkostí, strachem a ztrátou duševní rovnováhy) a obvykle se jimi vyrovnáváme s náročnými životními situacemi.

Racionalizace

Vlastně se jedná o chybné myšlení a hodnocení. Zpravidla spočívá v tom, že zdůvodňujeme vlastní chování nebo jednání lidí nám blízkých motivy, které jsou únosné a přijatelné, avšak neodpovídají skutečnosti. Racionalizace má blízko ke lhaní, k němuž se děti i dospělí uchylují, když nemohou mluvit pravdu a jsou-li zvyklí řešit tímto způsobem různé situace. Pravými mistry racionalizace bývají lidé zdůvodňující sami před sebou svůj neúspěch či selhání. Tento psychický mechanismus může způsobovat, že zcela zkresleně hodnotíme situace, druhé lidi i samy sebe a že si lze takto vytvořit i falešné sebepojetí. Při některých psychotherapeutických postupech, jejichž cílem je dosažení prohloubeného sebepoznání a pravdivějšího sebepojetí, se na prvním místě musíme vyrovnávat právě s racionalizacemi. Příklady nejčastějších typů racionalizací poskytují úsloví „sladký citrón“ a „kyselé hrozny“.

U pacientů se v praxi s racionalizacemi setkáváme běžně, mívají ochranný charakter a pacienti si takto vysvětlují a tím i nepřipouštějí nějakou nepříjemnou skutečnost, která by v nich vyvolala strach, pesimistické úvahy, případně psychotrauma.

Například pacientka opakovaně hospitalizovaná a léčená na radioterapeutickém oddělení tvrdí – a sama tomu i věří, že se to vše děje z preventivních důvodů. Tento příklad je zároveň i ilustrací popření skutečnosti.

Popření

Tato psychická reakce znamená výběrové zaměření pozornosti na určité jevy a ignorování jiných, které by nás zneklidňovaly. Popření lze také nazvat „pštroší politikou“, neboť, co se nám nelíbí či co nás znepokojuje – to prostě nevidíme. Tak se chovají např. dvou až tříleté děti, které v situaci pro ně nepříjemné nebo nebezpečné jednoduše zavřou oči – a je to pryč. I u dospělých, tedy nejen u klientů a pacientů psychologických a psychiatrických zařízení, nás překvapuje, jak nevidí, nepřiznávají si a neřeší své zcela evidentní problémy. Popření, tedy nevědomost, nás na jedné straně chrání, na druhé straně však, v přítomnosti reálného nebezpečí, kdy je třeba rychle jednat, škodí.

Někteří nemocní se k lékaři běžně dostavují v zanedbaném stavu, až pod silnějším a nepříjemným tlakem symptomů s tím, že začátek a rozvoj onemocnění přehlédli, nebo mu nepřikládali váhu.

Vytěsnění

Vlastně se jedná o aktivní zapomínání obsahů, které jsou pro jedince z nějakého důvodu nepřijatelné, zpravidla pro svou odlišnost od stávajícího sebepojetí. Na rozdíl od popření byly tyto obsahy alespoň částečně uvědoměny a člověk se jich pak aktivně zbavuje ve smyslu: „ne, to není možné“, „to se mne přece netýká“ atp.

U příbuzného právě zemřelého pacienta se např. můžeme setkat s tím, že jeho smrt nevezme vůbec na vědomí a že toto počínání někdy mívá až ráz přechodného bludu – příbuzný je nevyvratně přesvědčen, že zesnulý žije.

Při vedení těchto lidí však obvykle zjišťujeme, že si zprvu skutečnost uvědomili, byla ovšem pro ně subjektivně natolik nepřijatelná, že informaci záhy vytěsnili. U popření jedinec věc prostě „přehlédne“, při vytěsnění si ji povšimne, ale odmítne a vytěsní ji do nevědomí, kde zůstává a působí na prožívání.

Například pacient informaci o tom, že trpí nevyléčitelným onemocněním, prostě nevezme na vědomí, vytěsní ji, což se projevuje jeho zvýšenou emoční labilitou, při hovoru mívá slzy v očích, ale vůbec si jich nemusí všimnout.

Projekce

Projekce je psychickým obranným mechanismem, který lze nejlépe vyjádřit úslovím: „podle sebe soudím tebe“. Do druhého člověka promítáme, tedy přisuzujeme mu vlastnosti, motivy, úmysly, názory apod., které jsou vlastní nám či lidem blízkým, a tak se jich zároveň „zbavujeme“. Zpravidla se jedná o záležitosti všeobecně považované za negativní a nežádoucí.

Jedno dítě v předškolním věku hovoří o tom, jak v mateřské škole ostatní děti nechtěly po obědě spát – ve skutečnosti samo odmítalo odpočívat. Někdy děti i dospělí „svalují vinu“ na druhého, a ne vždy jim je jasné, že připisují své vlastní počínání či alespoň úmysly ostatním – nejedná se v pravém slova smyslu o lež, neboť lež je vědomá nepravda.

Prostřednictvím projekce se můžeme bránit uvědomění určité vlastnosti, která je v rozporu s naším sebepojetím, proto ji raději připisujeme někomu jinému a vlastně ji tak „předáme“.

Můžeme uvést příklad zvýšeně agresivního člověka, který připisuje nepřátelství druhým a u nějž se může vyvinout *paranoidita* (pocit a posléze přesvědčení, že je druhými ohrožován a pronásledován).

Identifikace

Identifikace je opačný proces než projekce. Do druhého člověka své obsahy duševního života nepromítáme, nýbrž se s nimi naopak ztotožníme a vnitřně přijmeme to, co je vlastní někomu jinému. Mechanismus identifikace, nikoliv však ve významu mechanismu obranného, je jedním z vývojově podmíněných způsobů formování osobnosti – zvláště se vyskytuje v předškolním období a později v době dospívání. V tomto období se mladý člověk pravidelně a zákonitě ztotožňuje se svými vzory. Identifikace se nemusí týkat pouze konkrétních lidí, ale i spolků, idejí apod. Nekritická, a někdy přímo náruživá identifikace – až fixace dospělého jedince s někým nebo něčím bývá projevem nezralosti–nesamostatnosti a často i absencí intimních meziosobních vztahů a vlastně se jedná o náhražku. Typické bývá i ztotožnění postiženého s agresorem, v němž se někdy skrývá zároveň nepřiznaný obdiv k násilí. Nemocní se někdy vyrovnávají s něčím nepříjemným tím, že se s tím prostě ztotožní. Tak vysvětlujeme někdy nepochopitelné sympatie pacientů k nemocnici, kam se těší, cítí se zde být „jako doma“, přestože pobyt pro ně představuje reálné nepohodlí, případně utrpení.

Kompenzace

Jedná se o prožívání, myšlení a jednání, jímž vyrovnáváme nějaký osobní nedostatek, a to buď v oblasti, kde jej přímo pociťujeme (např. tělesně slabší dítě vydatně cvičí a zesílí) či v oblasti jiné, náhradní (např. dívka nemající u chlapců úspěch se pilně učí a je dávana druhým za vzor). Dospívající jsou velmi citliví na svůj tělesný vzhled a všechny, i drobné vzhledové vady, je citelně postihují a jsou předmětem někdy až úporné kompenzace. Někteří jedinci, kteří propadnou „orální náruživosti“ – přejídají se, nadměrně pijí alkohol, silně kouří atp., mohou původně takto kompenzovat nějaký nedostatek a vytvoří si návyk, který sám sebe upevňuje a udržuje ve smyslu funkční autonomie.

Kompenzace bývá příznačná i pro denní snění, pomocí kterého lze „získat“ vše, co je pro naši duševní rovnováhu důležité a čeho se nám momentálně nedostává. Ve světě fantazie, totiž, je možné mnohé. Ve snu přicházejí ke slovu i vytěsňené obsahy, které se objevují v denním snění stejně jako při snění nočním. Kompenzací běžně vyrovnáváme neúspěchy a nedostatky a v neextrémní podobě nám pomáhá nastolovat duševní rovnováhu. Proto mějme na paměti, že i naše pacienty lze vést ke kompenzaci různých projevů a důsledků onemocnění, jež nejsou přechodného, ale dlouhodobého či trvalého charakteru.

Sublimace

Sublimace znamená, že chování a vnitřní tendence, hodnocené subjektivně i společensky jako nežádoucí, nahrazujeme způsoby všeobecně schvalovanými a v tomto smyslu „normálními“. Otázka duševní rovnováhy a duševní hygieny bývá u dětí i dospělých často problémem nalezení vhodné sublimace. Souvislost s rozvojem hodnotných zájmů a koníčků je zřejmá.

Jako příklad si uveďme jedince, kteří jsou konstitučně zvýšeně agresivní, případně se sadistickými sklony (tato kombinace je nebezpečná, a nikoliv tak vzácná). Mohou najít dobré uplatnění v některých agresivních sportech či povoláních, kde se to „tak nebere“.

Opačné reagování

Tento psychický obranný mechanismus bývá nazýván také „reaktivním výtvořem“. Má blízko k sublimaci. Princip spočívá v tom, že nějakou nepřijatelnou vnitřní tendenci nahradíme jejím pravým opakem.

Například úzkostný člověk vyhledává nebezpečí a chová se překvapivě odvážně až riskantně. Takové jednání se někdy označuje jako antifobické chování. Nebo nevědomě negativní vztah k nějakému blízkému člověku přechází v pravý opak a na vědomé úrovni jej máme nesmírně rádi, chováme se k němu s přemrštěnou pozorností, něžností apod.

Pro opačné reagování je příznačné, že je velmi úporné a silné, mívá ráz až nutkavého puzení. V praxi se s ním někdy setkáváme u rodičů, jejichž děti jsou mentálně defektní či z jiného důvodu poškozené a invalidní. Stává se, že zvláště matky k nim zaujímají ambivalentní postoj a pociťují viny a hněvu na dítě, které jim „zkomplikovalo“ život, se preventivně brání a věnují mu až nadměrnou pozornost, péči a lásku. Opačné reagování je ještě umocněné, jestliže se rodič cítí být defektním dítětem sám vnitřně zraněn a „znehodnocen“. Vůbec u lidí, kteří jsou nápadní pro nějaký výrazně a nepochopitelně pozitivní postoj a jednání mající až povahu náruživosti, lze myslet na tento psychický

obránný mechanismus. Tím však rozhodně nechceme říci, že všechno obětavé a altruistické konání má tento zdroj.

Odčínění

Zmíněný psychický obranný mechanismus má pravděpodobně zdroj v dětské zkušenosti, že určitý nedobrý a odsouzeníhodný skutek napravíme jiným „dobrým“ činem. Prostě dítě něco provede, pak to napraví a je „odpuštěno“. Toto konání může probíhat čistě v myšlenkové rovině a něco „špatného“ předbíhat, a tak předem odvrátit. Některé neočekávané a překvapivé „dobré skutky“ jsou motivované právě tím, že odčínujeme něco, co v nás vyvolává pocit viny a špatné svědomí. Znamé je úsloví o „mytí svědomí“. Odčínění má blízko k magickému myšlení, různým rituálům, pověrám, v extrémní psychopatologické podobě se projevuje např. vtíravými myšlenkami (*obsesemi*) a nutkáním něco učinit (*kompulzí*). Jedinec jimi značně trpí a nedokáže je ovládat. Pod tento psychický obranný mechanismus lze zařadit sebetrestání, jehož nejčastější formou je odpírání si něčeho, co mám rád a na čem mi záleží, nebo úmyslné vystavování se nepříjemným vlivům (např. zimě).

Disociace

Jedná se o rozdvojení, rozštěpení člověka v tom smyslu, že vedle sebe např. v sebezpojetí, ale i v jednání, stojí obsahy a skutky protichůdné a přitom to vůbec „nevadí“. Pozorujeme, že na některé skutečnosti bývají tito lidé zvláště citliví, např. se neočekávané a nepřiměřené rozhněvají „kvůli hlouposti“, na druhé straně jsou k mnohému opět překvapivě indolentní a jakoby bez citu. Rádi zaujímají pozici pozorovatele. V extrémním případě nastává depersonalizace, která je pokusem o vyrovnání se se silnou úzkostí, výraznými pocity viny apod.

Disociaci lze pozorovat relativně častěji u zdravotníků, neboť se setkávají se skutečnostmi, jež jsou pro jiné lidi skutečnostmi otřesnými a deprimujícími (utrpení, umírání a smrt) a tímto způsobem se s nimi vyrovnávají, aby vůbec mohli pracovat. Pro vnějšího pozorovatele se mohou jevit až „otrlými“, avšak emoční odstup je často nezbytný a na místě. Také člověk, který se dostane do velkého nebezpečí, někdy zaujímá pozici pozorovatele bez citového doprovodu a účelně jedná. Emoční reakce se dostaví zpravidla později, po vyřešení situace.

Štěpení je příznačné i pro schizoidní osobnosti. Je časté u pacientů s tzv. hraničně (nestabilně) strukturovanou osobností, což je osobnostní porucha vzniklá pravděpodobně v prvních letech života člověka jako důsledek určitých typů interakce mezi dítětem a rodičem (zpravidla matkou). S disociací se setkáváme i u některých velmi vážně nemocných, kteří si plně svůj stav uvědomují, avšak prožívají jej, jako by se jich netýkal.

Somatizace

Z klinické praxe je známý konverzní mechanismus, původně popsany u pithiatických (hysterických) poruch. Znamená, že větší úzkost mizí a je „nahrazena“ nějakým tělesným symptomem; říkáme, že se somatizovala. Dost často tento proces předchází nebo ho doprovází vytěsnění nějakých subjektivně nežádoucích pohnutek mimo vědomí. Je pravděpodobné, že vytěsnění a somatizace mají těsný a možná kauzální vztah – kromě dalších proměnných – pro vznik psychosomatických onemocnění. Pro pacienty se zdravotními problémy vzniklými cestou somatizace je příznačné, že symptomy nevědomky „užívají“ účelově k vyhýbání se určitým činnostem či k manipulaci s okolím. Bývá tomu tak např. u psychogenního ochrnutí končetiny a při některých tenzích bolestech hlavy. Potíže tak pacientovi přináší sekundární zisk, což bývá někdy důvodem jejich úporného přetrvávání, protože se jich na nevědomé úrovni „nechce zbavit“.

Regrese

O regresi mluvíme tehdy, jestliže se jedinec náhle začne chovat způsobem, který jeho věku neodpovídá a který náleží k vývojevě mladšímu období.

Jako příklad lze uvést silný egocentrismus a nepřiměřeně vzdorovitě chování vážněji nemocného dospělého pacienta nebo opětovný výskyt nočního pomočování spojený s patlavostí (*dyslalie* – porucha řeči) u pětiletého dítěte, které již udržovalo čistotu a mluvilo správně a regrese nastala jako reakce na narození sourozence.

Tento psychický obranný mechanismus se neprojevuje pouze vnějškově pozorovatelným chováním, nýbrž se týká celé osobnosti, tedy prožívání a myšlení, i když jsou regresivní změny parciální povahy. U dospělých pacientů se nejčastěji regrese projevuje emoční labilitou se sklonem k afektům, vyžadují zvýšenou pozornost okolí a stálou péči, „sekýruji“, projevují nespokojenost apod. Prožitkově cítí úzkost a osamělost, ve fantaziích se skutečně mohou vracet do dětství a asociovat sebe jako „nemocné dítě“ s touhou „po matce“.

Zdá se, že regrese, jejímž opakem je progresse, není jen psychický obranný mechanismus, nýbrž obecnější psychologický princip vyjadřující vztah člověka k sobě a ke světu. Lidský jedinec, obrazně řečeno, se pohybuje směrem kupředu, nebo naopak dozadu. Kupředu jdeme tehdy, máme-li základní zázemí, tedy jistotu, cesta zpátky je cestou hledající právě toto jisté a bezpečné východisko.

Pacienti mívají tendenci k regresi danou tím, že vážnější nemoc, úraz apod. zneklidňuje a vzbuzuje obavy. Stávají se závislími na pomoci druhých a zásadně mění svůj navyklý životní styl. Nemoc je zvýšenou zátěží. Kromě toho mají zkušenost s nemocí v dětství, kdy obvykle byli ve středu zájmu rodičů, kteří se jim více věnovali, nemuseli do školy a byli zbaveni běžných povinností. Je známo, že děti jsou proto rády nemocné a není divu, že regresivní způsob vyrovnávání se s faktem vážného onemocnění je tak častý. **Navíc regresi, jež spolupráci pacienta s lékařem komplikuje, posiluje autoritativní chování zdravotníků.** Každému člověku je vlastní více psychických obranných mechanismů, jejichž činnost se doplňuje a je vzájemně propojena. Některé však jsou velmi typické a často používané. Hypoteticky se domníváme, že jejich základní „výběr“ je vrozený. Co je dáno, se učíme v dětství používat a rozvíjet na základě zkušeností. **Máme totiž sklon opakovat, co se osvědčilo.** Dále si je osvojujeme **nápodobou** dospělých a starších dětí. Psychické obranné mechanismy pracují automaticky a bez účasti našeho vědomí. Přiměřeně fungují tehdy, jestliže působí preventivně a chrání nás proti úzkostné tenzi nebo zmírňují-li úzkost, pomáhají-li překonávat svízelné a ohrožující životní situace a nastolují-li duševní rovnováhu. Nepřiměřeně fungují naopak tehdy, vedou-li ke zvýšení psychického napětí a úzkosti (např. při nadměrném vytěšňování vnitřních impulzů nebo zavádějícími racionalizacemi), či narušují duševní rovnováhu a komplikují řešení náročných životních situací.

Obecně lze říci, že čím je lidská bytost zralejší, stabilnější a harmoničtější a čím příznivější jsou sociální vztahy, kterými žije, tím méně a tím adekvátněji psychických obranných mechanismů využívá. Přijímá skutečnost nezkreslenou a přímo se s ní vyrovnává rozumem a na základě zkušeností – a to je nejcennější.

Předchozím teoretickým uvedením jsme vytvořili předpoklad ke stručnému pojednání o psychické reaktivitě pacienta. Seznámíme se s tím, co bývá z psychologického hlediska příznačné. Problematiku však jen načrtne v hrubých rysech, podrobněji a více do hloubky se jí budeme věnovat v následující části.

3.3 Psychická reaktivita pacienta

Akutní nebo chronická nemoc, defekt nebo úraz znamenají hrubý zásah do života postiženého člověka a jeho nejbližších sociálních vztahů, zvláště rodiny. Představují zátěž psychickou, fyzickou i finanční. Jak tuto náročnou životní situaci lidé prožívají a jak se s ní vyrovnávají, záleží na **informacích**. Tedy, co vědí o nemoci, její léčbě a prognóze. U pacienta je prožívání nemoci závislé také na jeho **sociální zakotvenosti** – zvláště v rodině, která může, ale také nemusí skýtat bezpečné zázemí a podporu. Další okruh proměnných utvářejících a modifikujících prožívání nemoci souvisí s **vlastní léčebnou a ošetrovatelskou péčí** (především s důvěrou v lékaře a zdravotnické zařízení) a s **průběhem onemocnění**. Všechny předchozí okolnosti se setkávají v **osobnosti pacienta**, protože člověk sám, jeho povaha, postoje a zkušenosti tvoří výslednici a konečnou podobu toho, jak obtížnou situaci vyvolanou nemocí hodnotí, prožívá a jak se nakonec chová.

Vážné onemocnění znamená výzvu pro pacienta i jeho nejbližší, výzvu k vyrovnání se s jeho důsledky a omezujícím způsobem života. Hlavní roli hraje to, jak lidé skutečnost nemoci vnímají a jak ji – co do nebezpečnosti – hodnotí. Člověk, který se cítí být nemocen, se zároveň cítí být ohrožen. Prožívá především **obavy a strach**. Jsou-li reálné, pak tyto emoce diagnosticko-léčebný proces usnadňují (pacient ochotně a spolehlivě spolupracuje), postižený člověk a jeho rodina se učí s nimi žít a překonávat je. Současně přispívají k adaptaci na nemoc, k níž chtě nechtě patří. Problém nastává, jestliže lidé nebezpečí nemoci nevnímají, třeba proto, že ho popírají nebo racionalizacemi bagatelizují. Spolupracují nespolehlivě a lékaři se vyhýbají. Navzdory tomu, pakliže jsou pacientovy životní postoje a osobnost *stenické* (takový člověk je psychicky silný, nezdolný, aktivní), prognóza bývá obecně překvapivě dobrá. Zmíněná skutečnost pravděpodobně souvisí s funkcí imunitního systému. Obdobný jev pozorujeme i u čilých a nezbedných dětí, které jsou většinou pobytem v nemocnici méně psychicky traumatizované než děti hodné a poslušné. Horší spolupráce bývá i s některými výrazně úzkostnými pacienty, kteří se léčbě vyhýbají z řady důvodů – zmiňme např. magické myšlení typu „nepůjdu-li k doktorovi, nebudu nemocen“ nebo předsudky jako „v nemocnici vás zabijí“. Nespolupráce bývá také výsledkem rezignace a depresivního ladění – „je mi to jedno, stejně mi není pomoci“. Úzkostní lidé jsou často pasivně závislí, a od lékaře proto očekávají náklonnost, ochranu, „opečovávání“, protože se ve zvýšené míře cítí osamělí, izolovaní. Taková

úzkost bývá po delší době vystřídána depresí a rezignací směrem k **syndromu bezmoci a beznaděje** (z angl. *helpless–hopeless*). Tento stav pacienta ohrožuje, neboť v tomto případě lze očekávat zhoršení funkce imunitního systému.

U nemocného, který je vážněji nemocen a jehož nemoc přináší výraznější omezení v životním stylu (snížená hybnost apod.), jsou příznačné následující změny psychiky (k tématu viz kap. 12.3):

- a) **Zúžení horizontu vědomí:** Pacient žije nemocí, převážně se v myšlenkách nezabývá ničím jiným než sebou, onemocněním a jeho důsledky.
- b) **Regrese:** Hlavními průvodními rysy jsou egocentrismus, magické myšlení (např. víra v zázračnou moc „aparátů a medicíny“, pocit, že „nemoc je trestem“). Častá bývá i pasivita, závislost, netrpělivost.
- c) **Snížení sebevědomí a ztráta sebeúcty:** Tyto charakteristiky souvisejí s faktickou závislostí, horším ovládnutím a kontrolou duševních a tělesných funkcí, spojené s uvědoměním si vlastní omezenosti, případně možnosti smrti. Omezení, jež nemoc přináší, bývají velkou ranou zvláště pro zvýšeně sebevědomé lidi, či pro ty, kdo dosud žili neproblémově.

Vážnější porucha zdraví je zátěží nejen pro toho, kdo jí bezprostředně trpí, nýbrž i pro významné osoby pacientova života (nejčastěji nejbližší příbuzné). V odborné literatuře nalezneme zobecněné základní způsoby (strategie), s jejichž pomocí se jedinci (ale také rodiny) s touto životní situací vyrovnávají. Anglický název pro zmíněný proces je **coping** (angl. *cope* znamená zdolat, vyrovnat se, překlenout).

K zvládání závažných životních událostí a náročných situací v našem případě slouží určité strategie v jednání s cílem minimalizování nežádoucího vlivu poruchy zdraví na člověka. Lze hovořit o **adaptaci** na skutečnost nemoci – nemocný a jeho nejbližší nemohou totiž na fakt vážnější nemoci nereagovat, obdobně jako nemohou nereagovat na kritickou životní událost, jakou je např. ztráta někoho blízkého. Součástí adaptace je i tendence překlenout a zvládnout toto období.

Na rozdíl od psychických obranných mechanismů, popsanych na předchozích stránkách, je takovéto zvládání **závažných** životních událostí a náročných situací dějem spíše uvědomovaným, záměrným, nebývá iracionální a projevuje se spíše v jednání, protože je i **pokusem o vyřešení zátěžové situace**.

Způsoby zvládání závažných životních událostí a náročných situací, včetně jejich překlenutí, lze rozdělit podle převládajících aktivit subjektu na:

- vnější – externalizaci
- vnitřní – internalizaci

Externalizace

Jedinec (rodina) se orientuje na problém a řeší ho aktivním hledáním pomoci v okolí (informuje se, využívá příbuzenskou nebo institucionální pomoc apod.). Svým postojem je však spíše závislejší.

Odborné rozvíjení zmíněného stylu a pomoc z naší strany pak spočívá v tom, že dodáváme nezbytné informace, učíme se potřebným dovednostem (např. při obsluze ležícího pacienta) a zprostředkujeme praktickou konkrétní pomoc (úzce odbornou, nebo poskytovanou svépomocnými i podpůrnými organizacemi – např. pomoc v domácnosti). Samozřejmostí z naší strany je také emoční podpora a povzbuzování nemocného a jeho blízkých.

Internalizace

Jedinec (rodina) se snaží zvládnout problém tak, že se nejprve zaměřuje na jeho subjektivní dopad a význam (hodnocení). Vzhledem k vnějšímu světu a možností objektivní pomoci se spíše uzavírá a těžkosti si přeje zvládnout vlastními silami na základě osobního rozhodování. To ovšem nevylučuje racionální postup a vyhledání odborné pomoci, ovšem člověk a rodina, jimž je vlastní zmíněná strategie, hledají oporu především sami v sobě, jsou proto nezávislejší.

Tuto strategii rozvíjíme, umožníme-li postiženému a jeho blízkým se se zátěží subjektivně vyrovnat, dále pak posilujeme jejich osobní vliv (kompetenci) a účinnost. Zvláště v těchto případech je nutná průběžná psychologická péče o nemocného i jeho rodinu.

Při praktickém vedení pacientů a jejich rodin lze doporučit ve vyhraněných případech vyrovnávat jejich jednostranný způsob řešení zátěže. U lidí s výraznou tendencí externalizovat poukazujeme na subjektivní stránku celé věci, a naopak tam, kde převládá značná internalizace, vedeme nemocného k tomu, aby vyhledával a přijímal i vnější pomoc.

Zvládání závažných životních situací je pro jedince (i rodinu) typické a poměrně stálé, proto je zařazujeme mezi **osobní a rodinné styly**. Ovšem i specifčnost určité poruchy zdraví, a to se týká zejména oblasti psychopatologie (např. poruchy nálady, myšlení a vůbec vztahu k sobě a ke světu), může tuto strategii a osobní styl podstatným způsobem ovlivnit.

Pro depresivního pacienta je typické, že se chová pasivně, straní se ostatních a nastalou situaci, včetně budoucích událostí, hodnotí nepřiměřeně pesimisticky.

Nelze nevidět, že vážnější onemocnění frustruje pacienta i jeho rodinu, a proto se nedivíme, že si nejednou vytvářejí k lékaři a léčbě **ambivalentní postoje**. Postižení se mohou chovat „nevděčně“, verbálně agresivně, a tak zpětně frustrovat méně zkušeného lékaře. I to patří k situaci a psychice nemocného. Takové projevy nelze odsuzovat nebo dokonce „trestat“, i když se zás mohou dotknout, neboť jsme kritizováni, pacienti nejsou „vděční“ a ani se rychle „nelepší“. Pouze lidé v krajní zdravotní nouzi a v bezprostředním ohrožení života lékařům „slepě důvěřují“. Jinak počítejme raději s tím, že nemocní jsou o nemocech poměrně dobře informováni a jejich pohled bývá skrytý a někdy zjevně kritický, i když si zpravidla ošetřujícího lékaře idealizují. Zmíněná skutečnost je patrně výsledkem práce psychických obranných mechanismů, jimiž překonávají strach z nemoci a ze smrti, neboť jejich lékař je přece „nejlepší“. Nemocí a utrpením se každý člověk mění. Bude-li tato

změna ve svém důsledku pro pacienta a jeho nejbližší znamenat také přínos a vnitřní zrání, nebo naopak degradaci a traumatickou zkušenost, to hodně záleží na **průběžné psychologické péči**, kterou musí každý lékař svým nemocným a jejich rodinám poskytovat. Abychom dokázali pacientům, ale i sami sobě rozumět, je třeba se alespoň částečně vyznat v motivaci člověka, která úzce souvisí s jeho předchozím osobním vývojem i limity, danými vývojovým obdobím, v němž se právě nalézá. V příštích kapitolách se budeme věnovat právě tomuto tématu.

SOUHRN

Lidský duševní život a chování jsou výsledkem osobnostních a situačních proměnných (tzv. *interakcionismu*). Osobnost člověka je jedinečný celek vlastností a vztahů, které mají svou strukturu, dynamiku a vývoj. Centrum osobnosti tvoří „já“, jež vytváří sebepojetí jedince, tedy to, co si o sobě myslí, jak sebe prožívá a hodnotí. K obraně sebepojetí, uchování kongruence a k překlenutí náročných a závažných životních situací (konflikt, frustrace, deprivace, přesycení, stres, psychotrauma) slouží psychické obranné mechanismy: racionalizace, popření, projekce, vytěsnění, identifikace, kompenzace, sublimace, odčinnění, disociace, opačné reagování, somatizace a regrese. Z psychosociálních proměnných lze považovat spojení dlouhodobého stresu a závažné životní události za vysoce rizikové pro vznik a udržování poruchy zdraví.

Psychicky stabilní a zralý jedinec zátěž zvládá převážně přímo – na základě zkušenosti – a rozumově. Nemoc, úraz apod. přinášejí pacientovi a rodině zátěž, s kterou se musejí vyrovnat, neboť ji doprovázejí obavy a omezení. Často u postižených nastane zúžení horizontu vědomí, regrese a dojde ke snížení jejich sebevědomí a sebeúcty. S poruchou zdraví se lze vyrovnávat pomocí strategie externalizace nebo internalizace. K lékařům mohou pacienti a jejich okolí zaujmout ambivalentní postoj. Proto je nezbytná průběžná psychologická péče, poskytovaná ošetřujícím lékařem.

Motivace člověka

Na následujících stránkách probereme některé základní pojmy z teorie potřeb a motivace. Seznámíme se s teoretickým modelem potřeb, jehož klíčovou ideou je jejich hierarchické uspořádání. Dále si povšimneme vlivu onemocnění na motivaci pacienta a motivů, které vedou člověka k tomu, že se rozhodne studovat medicínu a později pracovat jako lékař.

4.1 Základní pojmy teorie motivace

Oblast motivace a lidských potřeb přitahuje prakticky každého, protože jde o oblast, v níž se projevuje snaha člověka porozumět sobě i druhým, případně na základě tohoto poznání zasahovat do sociálního světa: Dostáváme se tak oběma nohama do oblasti motivace lidského snažení. Na jedné straně může tento zájem poukazovat na určitou nespokojenost se sebou a se vztahy, v nichž člověk žije, nebo z něho lze vyčíst snahu po rozšíření vlastního vlivu a sebepotvrzení, případně se tímto zájmem projevuje již zmíněná lidská touha poznávat a žít v porozumění se sebou a druhými, tedy nejbližším okolím, které je pro většinu lidí tím nejdůležitějším a nejpotřebnějším. Předchozí dlouhou větou chceme naznačit, že pohnutky lidského jednání se zpravidla kombinují, působí jich více najednou, byť jedna obvykle dominuje. Zároveň upozorňujeme, že motivaci jednání nelze poznat bez širší znalosti určitého člověka a situace, v níž se nalézá, minulosti, z níž vychází, a budoucnosti, ke které se vztahuje.

Dnešní teoretická psychologie, podobně jako tomu bylo i u psychologie osobnosti, nám skýtá desítky pohledů na problematiku lidské motivace. Avšak přesto (a zároveň proto), při kritickém myšlení, zůstává tato oblast otevřenou a nevytěženou, a dokonce zkušeným psychologům a psychoterapeutům přináší v praxi četná překvapení.

Za účelem přiblížení lidské motivace si uvedeme několik pojmů a souvislostí, aniž bychom je teoreticky diskutovali a zdůvodňovali. Upozorňu-

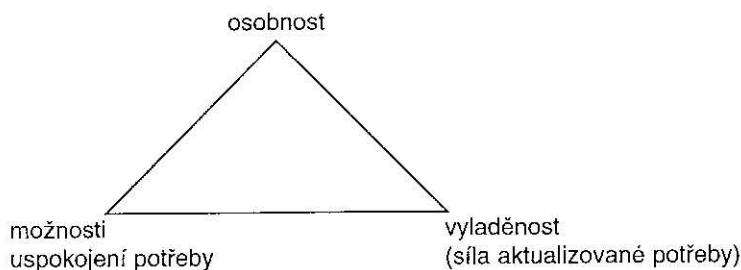
jeme, že se jedná o jedno z možných pojetí. **Motivací** (pohnutkou, důvodem apod.) určitého jednání v psychologii míníme skutečnost, že lidské chování není náhodné, nýbrž vychází z určité **aktualizované potřeby** (či aktualizovaných potřeb), jež zpravidla v lidském organismu vytvářejí napětí. Stává-li se subjektivně nepříjemným, začínáme jednat s cílem napětí odstranit tím, že jeho zdroj – a neuspokojenou potřebu – v dostatečné míře uspokojíme.

Motivy a s nimi spojené potřeby lze dělit podle různých hledisek – např. na vrozené, či získané (převážně naučené), nebo podle toho, zda si je uvědomujeme, či naopak neuvědomujeme. Některé psychoterapeutické směry působí právě tím, že odкрývají nevědomou motivaci člověka, jež nějakým způsobem souvisí s jeho sebehodnocením, vztahy k druhým lidem, životním stylem – a samozřejmě přímo či nepřímo s určitou poruchou zdraví. Motivem jednání může být emoce (např. hněv vedoucí k agresi), záliba, hodnota apod.

Motivace je procesem, který určité, byť složité jednání člověka vyvolává, udržuje (energetizuje) a posléze – po uspokojení dané potřeby (dosažení cíle) – ukončuje.

Je zřejmé, že předchozí pojetí vychází z **homeostatického a hédonistického** pohledu na člověka jako na organismus, který usiluje o co nejmenší vnitřní nerovnováhu a napětí. Zároveň je třeba upozornit, že homeostatický a hédonistický model je postačující k výkladu těch forem chování, které jsou motivované neuspokojením jednodušších, převážně biologicky a částečně sociálně podmíněných zdrojů chování–potřeb. Pro ilustraci zmiňme např. žízeň, hlad, sexualitu, potřebu jistoty–bezpečí. Tento model dobře vysvětluje chování zvířat, včetně jejich složitějších sociálních projevů. Uplatňuje se zde v zásadě tzv. **princip dvojí kvantifikace**, podle kterého určité chování nastane, jestliže momentální vyladenost organismu, daná aktualizací (neuspokojením) nějaké potřeby, se setká s vnějším objektem určité kvality, jenž je schopen tuto potřebu uspokojit. Platí zde nepřímá úměrnost: čím je organismus „potřebnější“, tím „horší“ kvalita vnějšího objektu je postačující k tomu, aby se jednání spustilo a rozvinulo.

Při malé žízni si nápoje „vybíráme“, silnou žízeň uhasíme jakoukoliv tekutinou, která není „odporná“ a je ze zdravotního hlediska přijatelná. Člověk umírající žízní si přestává vybírat a pije cokoliv. Podobné je to při výběru partnera, kdy člověk „potřebný“ si tolik nevybírá, jeho požadavky jsou nižší, a totéž platí o jeho kritičnosti, druhého si idealizuje – a naopak.



Obr. 4 Motivace člověka

S předchozím modelem motivace, *cum grano salis*, vystačíme u toho typu lidského chování, které má zdroj v lidské přírodní a částečně sociální určenosti. U vyššího stupně lidského sociálního chování odhlížejícího od autocentrické zaměřenosti, nebo u chování majícího zdroj ve svobodném rozhodnutí jako výsledku sebereflexe (tzv. svobodný čin, který může jít i proti osobnímu zájmu) je homeostaticko-hédonistický model nepostačující proto, že „vyšší“ vykládá z „nižšího“ a dopouští se tak redukce, která je zavádějící a nepravdivá. Jako příklad uveďme jednání motivované vědomím spoluodpovědnosti za celek nebo altruismus (nezištná pomoc člověka člověku plynoucí z lidské vzájemnosti). Zde máme na mysli také **bytotné určení člověka**, jímž se podstatně liší od ostatního živého světa. Příkladem může být zásadní zájem o způsob vedení vlastního života tak, aby byl smysluplný a aby mu člověk rozuměl a určoval ho, nebo touha po poznání pravdy jako něčeho obecně platného a jistého, pravdy, která je závazná. Jako další případ bytotného určení člověka uveďme snahu o překračování sebe směrem k vyšším hodnotám, na rozdíl od setrvávání jen v biologicky imanentním, utilitárním a pragmatickým pohybu.

Vraťme se zpět k psychologickému výkladu a věnujme se potřebám, které těsně souvisejí s motivací.

Potřeba je něco, co člověk s různou mírou nutnosti, a tedy i naléhavosti, vyžaduje k životu.

Aktualizovaná potřeba uvádí do chodu proces motivace. Označení aktualizované potřeby vlastně splývá s výrazem motiv, což je označení pro vnitřní stav, kdy člověk jedná na základě svých potřeb – motivů. Potřeba je psychologicky v tomto případě spíše **statické** povahy (vyskytuje se v různé míře a kvalitě), motivace je psychickým dějem, a proto jí patří atribut **dynamický**.

Potřeby lze dělit podle různých kritérií – např. na tzv. **primární**, převážně vrozené (potřeba určité kvality prostředí, jako je teplo nebo stimulace), či **sekundární**, vzniklé a utvářené převážně na základě zkušenosti (např. potřeba dosahování úspěšného výkonu). Z jiného hlediska lze dělit potřeby podle předmětu uspokojení na **cílové** (např. potrava) a **instrumentální**, které dosažení cíle umožňují (např. peníze).

4.2 Třídění lidských potřeb

Třídění potřeb je celá řada. Seznamme se s klasifikací, která inspirována teorií potřeb a motivace amerického psychologa ruského původu **A. H. Maslowa** (1908–1970). Maslow vypracoval originální teorii, ve které rozdělil potřeby a s nimi korelující motivy jednání na nedostatkové (deficitní) a růstové (rozvojové). Potřeby nedostatkové se hlásí tehdy, jestliže organismus postrádá něco, co je podmínkou k přežití a životu (např. potrava, ale i sebeúcta a nutnost někam sociálně a psychicky patřit). Jsou-li tyto potřeby postačujícím způsobem uspokojené, hlásí se ke slovu potřeby růstové a kvalitativně vyšší (tvořivost, vztah ke kráse, pravdě apod.).

A. H. Maslow se dále domníval, že v člověku jsou dvě základní a protikladné tendence: **progresivní**, znamenající další růst a rozvoj, a **regresivní**, neboli sklon k setrvačnosti a upínání se k dosaženému, což nastává při ztrátě bezpečí a jistoty (v této souvislosti si vzpomeňme na regresi jako psychický obranný mechanismus).

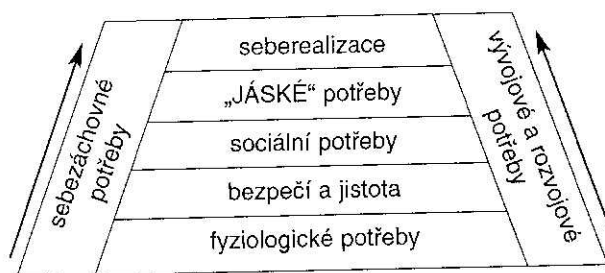
Za účelem prvního seznámení se s teorií potřeb a motivace lze potřeby vidět jako pyramidu o více patrech.

1. Základna pyramidy je tvořena potřebami, které umožňují přežití člověku jako jedinci a biologickému organismu. Patří sem **fyziologické potřeby** a potřeba určité **kvality prostředí** (např. přiměřené teplo, kyslík, potrava a tekutiny, absence bolesti. Volně bychom sem mohli přiřadit i úměrnou smyslovou stimulaci).
2. Následuje skupina potřeb, které nabývají na významu, jsou-li předchozí potřeby do určité míry uspokojeny. Zahrňme je pod souhrnný pojem **bezpečí a jistota**. Projevují se vyhledáváním bezpečí, jistoty a vyhýbáním se tomu, co je neznámé a má akcent hrozby. Bezpečí a jistota vznikají nejen jako důsledek bezpečných a jistých meziosobních vztahů, ale i tehdy, je-li žitý svět strukturovaný, smysluplný a relativně stálý.
3. Třetí oblast potřeb volně navazuje na předchozí a umožňuje přežití člověka jako druhu. Jsou to potřeby převážně **sociální** nebo zásadně vázané na sociální formu jejich uspokojování. Patří sem nutnost někam a k někomu náležet a s tím související potřeba pozitivní citové odezvy a vztahové vzájemnosti, dále potřeby rodičovské a sexualita. U člověka jsou rodičovství a sexualita z hlediska stále se prodlužující péče o potomky úzce spojené, neboť jsou jedním z momentů (spolu s odpovědností), které

- prispívají k vytvoření a udržení stabilní rodinné struktury, která je nejlepší zárukou výše zmíněné péče.
4. Další místo v této hypotetické pyramidě náleží potřebám vázaným na „já“ **člověka**. Je to především snaha vytvořit a udržet pozitivní sebepojetí, oblast sebeúcty – tedy kladného vztahu a respektu k sobě, což zpravidla úzce souvisí s tím, do jaké míry zažíváme pozitivní odezvu, uznání a ocenění ze strany druhých lidí. Lze sem situovat i potřebu dobrého výkonu a tendenci být v účinném vztahu nejen k sobě (sebevláda, sebekontrola), ale i k okolí (sebeprosazení, zvyšování a rozšiřování vlastní kompetence).
 5. Nemá-li jedinec předchozí oblasti potřeb deprivovány, nastupují pak potřeby rozvíjející osobnost, tj. potřeby **seberealizační**. Lidská bytost usiluje o to, aby se stala takovou, jakou se v pozitivním významu stát může a má. Autocentrická zaměřenost, tak příznačná pro předchozí úroveň, se oslabuje, což je jednou ze známek osobnostní zralosti. Nastupuje tvořivost a zájmy z duchovní oblasti se známou triádou touhy po pravdě, kráse a dobru. Sem řadíme podstatný zdroj motivace k vědecké, umělecké a filozofické práci, stejně jako náboženskost člověka (nalézání a rozvoj sebe ve vztahu k Bohu a druhým lidem). Zde je pramen altruistické činnosti mnoha prakticky a sociálně orientovaných lidí.

Kromě uvedených a hierarchicky uspořádaných potřeb hrají roli také **potřeby vývojové a rozvojové**, jako např. zvědavost (explorativní chování, experimentování, hra), či potřeba identifikace, nutnost vazby na určitou neměnnou a spolehlivou osobu, jak je tomu u nejmenších dětí. Vývojové potřeby jsou specifické pro určitou věkovou vývojovou fázi a představují směřování k vyšší kvalitě.

Sebezáchovné potřeby, jak již říká sám název, mají za úkol uchovat jedince zdravého a při životě. Není třeba zdůrazňovat, že představují neobyčejně silnou a stále působící motivaci.



Obr. 5 Lidské potřeby

Z tohoto poněkud didakticky zjednodušeného a schematického modelu plyne, že lidský jedinec se vyvíjí a jedná jakoby směrem „vzhůru“, **vertikálně**

a jeho pohyb je **pozitivní**. Aktualizace potřeb z vyššího stupně této pomyslné hierarchie předpokládá dostatečné uspokojení potřeb vývojově nižších (ležících níže). Dále je třeba upozornit, že ne každý člověk dosáhne všech potřeb, tedy i pomyslné špičky pyramidy. Dochází také k přeskočení jednotlivých stupňů, pak se jedná o kompenzaci či o to, co psychologové nazývají „náhradním uspokojením“.

Člověk postrádající dlouhodobě intimní meziosobní vztahy hledá sebeúctu, a vlastně tyto vztahy, tím, že vyhledává činnosti, v nichž se může silně sociálně angažovat, chová se obětavě, a tak posléze získává uznání a i kontakty, které původně postrádal a které ho motivovaly.

4.3 Motivace pacientů

Onemocnění nebo jiná újma na zdraví, jak jsme již opakovaně zmínili, znamená vždy negativní zásah do života člověka, zásah, týkající se i psychické stránky – osobnosti a motivace pacienta. Hodnotí ji a prožívá tím hůře:

- a) čím nepříjemnější bezprostřední subjektivní dopad onemocnění má (bolesti, horečky apod.);
- b) čím menší je perspektiva brzké změny k lepšímu;
- c) čím je člověk bezmocnější a závislejší na okolí. Víme, že jedna, možná nejvýraznější tendence lidského organismu, je směřování ke zdraví a plné funkčnosti, tedy k rozvinutému životu. Na tuto tendenci se lze spolehnout, proto se pacient principiálně chce léčit a uzdravit, pokud si svůj stav uvědomuje, lékaři důvěřuje a ví, jakým způsobem si má počínat. Výjimku tvoří výrazněji depresivní nemocní, lidé značně vyčerpaní dlouhou nemocí a případně léčbou „zničení“, a poslední skupina je tvořena nemocnými, jimž nemoc přináší sekundární zisky.
- d) čím je onemocnění závažnější, tím více zasahuje do lidské motivační struktury, a to nerovnoměrně.

Nerovnoměrnost je dána:

- druhem potíží (např. potíže spíše psychické nebo více somatické);
- osobností nemocného (povaha, schopnost snášet negativní změny včetně bolesti apod.);
- úrovní sociálního zázemí (pomáhající rodina, osamělost).

Velkou roli zde hraje psychologický přístup a vedení ošetřujícím lékařem. Pokud bere soustavně zřetel na psychiku nemocného, pomáhá nést břemeno utrpení, které tak činí snesitelnějším. Pacienta a jeho blízké přitom povzbuzuje ve vyrovnávání se s omezeními, negativními změnami a strachem z budoucnosti. Znamená pro ně naději. Touto problematikou se budeme

podrobněji zabývat ve speciální části této knihy. Vážnější onemocnění podporuje v člověku regresivní tendence a vyvolává touhu a potřebu bezpečí, jistoty a psychického zázemí. Je tomu tak proto, že **nemoc ohrožuje základní potřeby** a čím je „horší“, tím jsou tyto tendence a touhy silnější. Obrazně řečeno se pacient ve svém prožívání a nastavenosti vůči sobě a druhým stává „dítětem“ a komplementárně vyžaduje, aby zde byl „rodič“, který jeho postoje a potřeby bude průběžně uspokojovat a poskytovat, čeho se mu subjektivně nedostává. Tímto rodičem, jak lze zjistit z pacientových fantazií, denního snění, ale i chování, se stávají zdravotníci, případně rodinní příslušníci. Čím více jsou ohrožené nejzákladnější lidské potřeby (fyziologické, hodnoty prostředí a potřeba bezpečí a jistoty), tedy sám život, tím větší regresi lze očekávat. Proto je tak důležité rodinné zázemí pacienta, které mu jednoznačně a ustavičně signalizuje náklonnost a dodává jistotu, že zde má a bude mít své místo. Pacient musí vědět, že je přijímán se vším všudy a že nebude opuštěn. Hůře proto snášejí zdravotní újmu lidé osamělí, bez rodiny a domova v pravém slova smyslu. V takových případech jim tyto vztahy do určité míry nahrazují zdravotníci – osamělí lidé se k nim pravidelně také takto vztahují.

Onemocnění znamená zásah do sebepojetí a zvláště sebeúcty pacienta, neboť jím utrpí to, z čeho se pozitivní obraz sebe sama tvoří a udržuje. Máme na mysli např. běžné vykonávání „životních povinností“, pozitivní odezvu v okolí, sexuální život.

Snadno si lze představit prožívání a vůbec subjektivní postavení člověka, který v rodině a zaměstnání dominoval a nyní, např. po iktu, se stal fyzicky bezmocným a v obstarávání elementárních tělesných potřeb závislým na péči ostatních. Kromě toho se může ještě obávat, že bude partnerkou opuštěn, dán do pečovatelského zařízení apod. Zpravidla platí, že čím je člověk bezmocnější a závislejší, tím horší mínění o sobě mívá a tím více regreduje.

Swízelná je situace žen–matek, které se starají o malé děti a onemocní. Péči musí převzít jiní lidé a jsou-li matky reálně ohrožené na životě a uvědomují si to, patří zmíněná zátěž mezi vůbec nejhorší, neboť se týká zároveň dětí, a na těch matkách zpravidla záleží více než na vlastním životě. Mají totiž reálné obavy o jejich další osud, neboť jsou, a ještě dlouho budou, nesamostatné a nezaopatřené.

Z uvedených příkladů plyne, že zdravotní újma skutečně mění potřeby a psychiku lidí, tedy i jejich motivaci. Dosud jsme probírali záležitosti kolem potřeb a motivace z nepříliš optimistického hlediska. Ukazovali jsme spíše negativní dopad nemoci na člověka tak, jak se s ním setkáváme v praxi. Lékaři a ostatní zdravotnický personál tuto problematiku nejednou přehlíží nebo se jí vyhýbají, neboť se jí osobně dotýká. Její hlubší reflexe obsahuje výzvu k pomoci – ale lékaři často nevědí jak, protože na pomoc tohoto druhu nebyli kvalifikovaně připraveni. Vážnější zdravotní újma deprivuje a frustruje řadu lidských potřeb. Na druhé straně však pacientovi, pokud právě příliš netrpí a je v relativní psychické a fyzické pohodě, může pomoci v diferen-

cování mezi tím, co je v životě důležité a podstatné, od toho, co je důležité jen zdánlivě. V tomto smyslu může nemoc přinést subjektivní obohacení, a to i ve vztahu nemocného k nejbližším lidem, neboť utrpení zároveň „pročišťuje“, čili kvality lidí se stanou zřejmými. Lze uzavřít, že v některých případech těžší onemocnění pozitivně působí na meziosobní vztahy i ve směru rozvoje osobnosti pacienta. Zmíněné problematice věnujeme větší pozornost v souvislosti s péčí o těžce nemocné a umírající.

4.4 Motivace lékařů

Proč se člověk stává lékařem, který se věnuje jenom určité specializaci? Jsou lékaři, pokud jde o jejich motivaci k práci, ve srovnání s jinými profesemi něčím zvláštní? Tyto a podobné otázky jsou pro budoucího lékaře zajímavé proto, že napomáhají sebepoznání a vytváření profesionální identity. Každý, kdo se chce stát lékařem, si musí osvojit rozsáhlé všeobecné i úzce odborné znalosti a naučit se základním dovednostem z oblasti sociální komunikace. Musí se také naučit některým manuálním dovednostem. Neméně důležité je přijetí **lékařské role** a dosažení **vnitřní identity s povoláním** – teprve pak se z člověka s akademickým titulem stane opravdu lékař. Roli se učí a identitu získává spíše ke konci studia a po nastoupení do praxe. Celý tento proces, z kterého se sice zkoušky neskládají, ale je samozřejmostí, usnadní průběžná sebereflexe – také proto věnujeme pozornost oblasti motivace práce lékaře.

Proč lidé studují medicínu? K zodpovězení této otázky jsme uskutečnili v letním semestru 1992 na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze malý anonymní průzkum formou písemného dotazování. Studenti třetího ročníku (šestý semestr studia) se vyjadřovali písemně ke třem otázkám:

- „Proč myslíte, že lidé jdou studovat medicínu?“,
- „Jaké důvody vedly vás osobně k volbě lékařské fakulty?“ a
- „Co bezprostředně předcházelo vašemu rozhodnutí podat přihlášku ke studiu na lékařské fakultě?“

Odpovědi byly zpracovány a vyhodnoceny prostřednictvím tzv. **verbální analýzy jazykového projevu**, kdy se vytvoří určité významové kategorie, do kterých se pak odpovědi zařazují. Jedná se o kombinaci kvalitativního a kvantitativního přístupu.

Výběr studentů byl v podstatě náhodný a vzhledem ke studentům ze třetího ročníku 1. lékařské fakulty UK reprezentativní.

Vyplněné dotazníky byly zpracovány od 72 studentů – původem z českých zemí a ze Slovenska –, jejichž věk se pohyboval mezi 20–22 lety, z toho bylo 44 žen a 28 mužů. Celkový počet odpovídal přibližně 18 % všech studentů tre-

tího ročníku, čili téměř každý pátý student třetího ročníku se účastnil průzkumu motivace volby povolání. Pokud jde o studentky–ženy, tak 21 % pocházelo z rodiny, kde alespoň jeden z rodičů byl lékař, u studentů mužů bylo toto procento vyšší a dosáhlo 31 %.

Hlavní výsledky průzkumu:

- a) Při celkovém zhodnocení lze konstatovat, že k volbě lékařské fakulty vede studenty více důvodů, z nichž jeden dominuje a stává se hlavním motivem studia.
Výňatek z odpovědi jednoho dvaadvacetiletého muže: „Ohromná potřeba pomáhat starým, nemocným a nemohoucím a zároveň velikánská ctížádost a touha vyniknout a stát se někým víc než ostatní.“ „Definitivní rozhodnutí přišlo ve třetím ročníku gymnázia, kdy se probírá biologie člověka – to byl pravděpodobně bezprostřední podnět, který mě přiměl studovat lékařství.“
- b) Pokud jde o motivační preference, studentky a studenti uvedli na prvních dvou místech následující kategorie (rozdíl v četnosti výskytu obou kategorií není signifikantní): „chtít pomáhat druhým – altruismus“ a „prestižnost a atraktivnost povolání“. Na třetím místě se umístila kategorie: „osobní negativní zkušenost s nemocí a smrtí“.
- c) Studentky medicíny uvedly jako důvody motivace vstupu na lékařskou fakultu téměř totéž, co v bodě b).
- d) Studenti medicíny však na první místo řadí kategorii: „ctížádostivost – snaha vyniknout“, na druhé místo se dostává kategorie: „chtít pomáhat druhým – altruismus“ a na třetí a čtvrté místo (rozdíl není signifikantní) se dostávají kategorie: „přírodovědný zájem“ a „prestižnost a atraktivnost povolání“.

Pro obsahové přiblížení a zpřesnění nejčastěji se vyskytujících kategorií uvádíme některé typické odpovědi zkoumaného vzorku osob.

Chtít pomáhat druhým – altruismus: „Nejvíce tu mohu uplatnit svůj vztah k lidem, kteří jsou nešťastní a trpí“; „Podvědomé sociální cítění, snaha pomoci ostatním“.

Prestižnost a atraktivnost povolání: „Získat vážené postavení mezi lidmi, autoritu“; „atraktivnost chirurgických oborů, vyrůstal jsem v lékařské rodině“; „obrovský význam práce lékaře a očekávaná úcta ve společnosti“.

Osobní negativní zkušenost s nemocí a se smrtí: „Maminka je vážně nemocná, důvodně jsem chtěla pomoci jí“; „Zřejmě mě k tomu vedl můj neustálý pobyt v nemocnici jako pacienta, a to už od dětství“; „Smrt dvou příbuzných na rakovinu, chtěl jsem se dovědět, proč je rakovina tak zákeřná a jak pomoci druhým“.

Ctížádost, snaha vyniknout: „prestiž vystudovat tak těžkou školu“, „byl jsem jeden z nejlepších studentů gymnázia, myslel jsem si, že výběr nejtěžší školy je to nejšťastnější“, „ctížádost, naše fakulta je nejtěžší škola“.

Přírodovědný zájem: „Vždy jsem se zajímal o přírodu, biologii, o vědy nějakým způsobem spřízněné s přírodními zákonitostmi – např. chemie, fyziologie, ať již člověka nebo rostlin. Proto jsem se rozhodl studovat lékařství, neboť je to vlastně

propojení a praktické uplatnění všech těchto přírodních věd.“ „Teoretický zájem o biologii, přírodní vědy“; „Vždy se mi to líbilo, bavila mě biologie“. Kvalitativní vyhodnocení odpovědí dotazovaných bylo také zajímavé. Např. v odpovědích studentek z lékařských rodin jsme ve více případech shledali, že byly přímo rodiči ke studiu donucené. Jinak však výrazně převládala pozitivní identifikace s povoláním rodičů, kdy rodič lékař(ka) byl(a) a je pro studentku či studenta vzorem. Jako podnět k zamyšlení slouží i odpovědi, které vyjadřují osobní negativní zkušenost s nemocí a smrtí – ať už s vlastními zdravotními obtížemi a jejich léčbou, nebo z okruhu subjektivně nejbližších lidí. Studentů, kteří uváděli zmíněné důvody při rozhodování o volbě povolání, bylo poměrně dost, zvláště ze skupiny žen. Je možné, že velmi subjektivní důvody mohou sehrát větší roli, než vyplývá z průzkumu formou dotazování, jež nevylučuje běžnou lidskou snahu stavět se do lepšího světa. V souhlase s výsledky z obdobných průzkumů v Německu a USA se umísťuje jako prvořadá motivace snaha pomáhat druhým, v našem případě spolu s přírodovědným zájmem. Lze konstatovat, že i jinak jsou tyto výsledky vzájemně dobře srovnatelné a obdobné i co do „rodinného pozadí“, velké píle mnoha studentů a jejich přetěžování. Studium medicíny představuje nesmírnou psychickou zátěž asi všude na světě a je „nezdravé“. U našich studentů–mužů je nápadnější motivace ctižádostí, která je však velmi dobře psychologicky pochopitelná vzhledem k vývojovému období adolescence a časně dospělosti, kdy se tento motiv, většinou u mužů, uplatňuje ve větší míře.

S vůdčí altruistickou motivací a zdůvodněnou snahou vytvářet mezi pacientem a lékařem méně asymetrický vztah, který by reflektoval pacientovo prožívání, poněkud kontrastuje realita, že na našich lékařských fakultách, a také v Německu a v USA, stále silně převládá přírodovědecké pojetí studia medicíny (na rozdíl od praxe, která je už diferencovaná a vlastně výuku předbíhá). První zkušenost studenta medicíny s pacientem je zkušeností pitevního stolu, kdy se demonstrují části lidského těla konzervované formalínem.

Chtít pomáhat druhému člověku je – jak se zdá – všeobecně důležitým motivem při volbě povolání lékaře. Proto altruismu věnujeme zvláštní pozornost a upozorníme na nebezpečí – pro pacienta i lékaře –, která v sobě jedna z jeho forem skrývá. Avšak zdůrazňujeme, že se jedná o velmi žádoucí motivaci pro práci ve zdravotnictví.

Altruismus

Výraz pochází z lat. *alter-uter*, tj. jeden jako druhý. V psychologii řadíme altruismus mezi tzv. **prosociální chování**, tedy **nezištnou pomoc** druhému člověku, jenž je v situaci nouze. Etymologie výrazu naznačuje (*alter-uter*), že má svůj zdroj především v lidské vzájemnosti, jejímž je také projevem. Úzce souvisí se **soucitem** – abych druhému pomohl, musím si umět představit, jak mu je a že je potřebný pomoci – a dále s **empatií** (porozuměním na základě vcítění). Empatie je totiž předpokladem soucitu, neboť se musím do druhého a jeho situace vcítit a porozumět mu, potom soucítím a nakonec jedním nápomocně, altruisticky.

Nezištná pomoc druhému člověku je naší křesťanské kultuře vlastní. Traduje se výchovou a stala se kulturní sociální normou jako něco vysoce žádoucího. Koresponduje se svědomím člověka, neboť jedinec našeho kulturního okruhu a běžné výchovy zpravidla prožívá „špatné svědomí“, jestliže potřebnému člověku v nouzi nepomohl, a naopak cítí určité zadostiučinění, spokojenost, někdy hrdost, pomohl-li člověku v tísní. Svědomí je důležitým regulativem jednání, zvláště pokud jde o meziosobní vztahy.

Na vznik a účel altruistické motivace jsou různé názory. Například **sociobiologie** (obor zabývající se výkladem chování na základě lidské biologické určenosti) se domnívá, že prosociální jednání je vysoce účelné a podmínkou přežití člověka jako biologického druhu. Rovněž **evoluční psychologie** považuje reciproční i vnitrodruhový altruismus za nesmírně významný ve vývoji *homo sapiens*. **Psychoanalýza** v něm pak vidí mechanismus opáčeného reagování, nebo jiných psychických obranných mechanismů, jimiž se člověk „brání“ svému založení, jež je podle této teorie pudové a egocentrické, vlastně nebezpečné. Výchovou v nejširším slova smyslu své asociální možnosti krotí, případně kultivuje.

O člověku víme, že je bytostí možností a rozpornou, průsečíkem více tendencí. Proto lze i prosociální chování altruistického typu, pro něž je příznačná nezištnost, vidět a hodnotit jako projev jedné z lidských možností, která je v elementární formě přítomna u nejmenších dětí (např. účastná emoční reakce novorozeňat). U dospívajících a dospělých mívá již bohatou a rozvinutou podobu. **S altruismem lze počítat všude tam, kde se vyskytuje empatie, soucit a lidská blízkost, pro kterou je příznačná vzájemnost umožňující člověku existenci mezi a spolu s druhými.** U člověka je něčím zcela přirozeným. Proto nepřekvapuje, že u studentů medicíny jsme tendenci „pomáhat druhým“ zachytili jako jeden z nejčastějších důvodů a motivů studia na lékařské fakultě. Psychologové se zajímají o jedince, u kterých jsou nezištnost a obětavost výraznými rysy jejich povahy a jednání. Bylo zjištěno, že na jedné straně jsou to lidé vnitřně bohatí, harmoničtí, s velmi kvalitním osobním zázemím. Vlastně tak rozdávají, čeho jsou sami plní. Jejich altruismus zde vystupuje jako zcela přirozená lidská intence a výraz lidské vzájemnosti a sociálnosti. Vedle této skupiny byl popsán u části obětavých a nezištných lidí tzv. **syndrom pomahačů** (z něm. *Helfer-Syndrom*). Tento syndrom představuje zvláštní strukturu a vývoj osobnosti některých lidí, kteří mají velmi intenzivní potřebu se o druhé plně starat. Bývá pro ně typické, že ve vztazích – ani soukromých – nepřipouštějí reciprocitu a nutí tak ostatní k **pasivní závislosti**. Sami třeba nenápadně dominují a druhému svoji až svazující péči vnucují, a tím jej infantilizují. Vytvářejí vztahy typu „hodný a obětavý rodič“ vyžadující „hodné, bezmocné a poslušné dítě“. Lze předpokládat, že se potřebují starat proto, aby si uchovali vlastní duševní rovnováhu a „dobrý pocit“.

Pro jejich osobnostní vývoj je příznačné, že v dětství byli svými rodiči přísněji vedeni a častěji prožívali pocit viny, neboť výchova probíhala v atmosféře ctižádostivosti. Bývali srovnáváni s druhými a vychováni „výčitkou“. Takový postoj a styl je živnou půdou pro vytváření pocitů **méněcennosti a provinění**, protože rodiči nejsou respektovány základní dětské psychické potřeby. Děti se cítí být „špatné“, odmítané a osamělé. Rodiče v nich svoji výchovou zároveň vytvářeli pevný systém norem, zákazů a příkazů, kdy jsou nezištnost a obětavost ve vztahu k druhým nejvyššími povinnostmi a vnuceným pravidlem. Dítě je pak, aby si získalo rodičovskou přízeň a lásku, muselo dodržovat, což je činilo a interiorizovalo jako pevnou součást osobnosti, avšak tyto zásady vlastně byly výchovou vnucené. U lidí s tzv. syndromem pomahačů je nápadné, že jsou v běžném kontaktu až **příliš** hodní, neagresivní, nesobečtí, nerespektující a neprosazující vlastní potřeby a nároky. Vůbec sami sebe nehájí a jako by jim samým na sobě nezáleželo, stále jsou jen „pro druhé“. Nedivíme se, že jejich spontaneita a kreativita bývají snižované, též prožívání je chudší. V kontaktu konstatujeme „nečitelnost“,

v kolegiálních vztazích nevíte, na čem jste, protože jednají spíše nepřímou a svojí nesmírnou obětavostí vás mohou zahanbovat a vyvolávat obavu, že byste se jich mohli dotknout. Z předchozích charakteristik plyne, že jsou náchylnější i ke specifické citové vyčerpanosti, kterou jsme nazvali „syndromem vypálenosti“, neboť jejich emoční „výdaje“ výrazně převyšují emoční „příjmy“.

Z psychologického hlediska mohou být „nebezpeční“ těm nemocným, které je zapotřebí psychicky stenizovat a vést k aktivitě a samostatnosti (např. v rámci rehabilitace, v pozdější fázi pooperační péče u „velkých“ zákroků). Naopak u bezmocných pacientů nebo všude tam, kde je na místě všestranná péče, mohou svoji potřebu dobře uplatnit a plně realizovat.

Věnovali jsme se volbě povolání lékaře, čili tomu, proč se mladí lidé rozhodnou studovat lékařskou fakultu. Pokusme se nyní přemýšlet o tom, z jakého důvodu zvolí určitý obor, v němž dále pracují.

4.5 Motivace volby oboru

Během studia se zájem o jednotlivé obory u naprosté většiny studentů mění. V prvních semestrech zpravidla „vědí“, co chtějí po dostudování dělat, v klinické části studia se odborné zájmy vyvíjejí, případně stávají realističtějšími. Velký vliv na zájmy mají také osobnosti učitelů a zkušenosti získané během praxe. Výrazný učitel dokáže zájem vyvolat a prohloubit, méně kvalitní vyučující studenty opět odradí. Před ukončením lékařské fakulty zpravidla budoucí lékaři preferují jeden či dva obory, kterým se chtějí věnovat, a vyhlašuje se u nich přístup spíše buď „vědecký“, nebo „klinický“.

Nástup na první pracoviště po dokončení studia býval dosud v naprosté většině případů určován spíše **objektivními možnostmi a reálnou pracovní příležitostí**, než odborným zájmem začínajícího lékaře. Často bývá volba pracoviště a oboru dána racionální úvahou – vzdálenost bydliště od pracoviště, preference velkoměsta, ženy někdy nevolí místa a obory s „nočními službami“, protože počítají s mateřstvím a péčí o malé děti, nebo je preference v případech ryze osobních vymezena negativně. Například lidé, kteří z etických a světonázorových důvodů odmítají umělé přerušování těhotenství, si nevolí gynekologii.

Po nástupu na první pracoviště je pro mladého lékaře významná sociálně-pracovní atmosféra oddělení, vztah mezi pracovníky a především osobnost **prvního primáře**. Tak se začínající lékař prostřednictvím identifikačních vzorů odborně vyvíjí a jeho zájem o obor, zvolený třeba i pod tlakem vnějších okolností, roste, neboť **všechny obory jsou zajímavé, a kvalitní práce**, jež je myslitelná jen v „sehraném týmu“ bez vážnějších rozporů a tenzí, nakonec **přináší subjektivní uspokojení**, protože významnou měrou přispívá k **osobnímu rozvoji**. Také **pomoc druhému člověku je v nás zakořeněna jako něco vysoce žádoucího**. Bylo zjištěno, že spokojenost lékaře s prací a způsob jeho vyrovnávání se se zvýšenou zátěží záleží především na **meziosobních vztazích na pracovišti a na terapeutickém úspěchu**.

Proto na těch odděleních, kde je prognóza zdravotního stavu nemocných horší (geriatrie, onkologie), nabývají dobré meziosobní vztahy na pracovišti, vytvářející vzájemně podpůrnou a přátelskou atmosféru nesenou v duchu humanismu, prvořadou úlohu, nemá-li zájem o práci a nemocné degenerovat. Současná praxe je taková, že lékaři mění původně zvolený obor spíše výjimečně a právě v něm získávají speciální kvalifikaci (odborné atestace). To je dobře pochopitelné, protože prohlubující se vědění, zvyšující se vlastní kompetence, včetně jisté zvyklosti a sociálněprofesního začlenění člověka, se stabilizují v oboru, ve kterém pracují.

Odborná životní dráha je zpravidla určována svým začátkem, a tento začátek – nástup na první místo –, jak se zdá, záleží více na objektivních možnostech a pracovních příležitostech než na subjektivních, vnitřních pohnutkách. Vlastní motivace k práci a vztah k pacientům se během praxe v určitém oboru vyvíjejí na základě řady okolností, jež jsou naopak spíše subjektivního charakteru. Seznámíme se s nimi v kapitole o vztahu pacient–lékař.

Menší část budoucích a začínajících lékařů má však vyhraněný a výlučný zájem o určitý obor a zpravidla se k němu dříve či později dostane a nalezne v něm dobré uplatnění a subjektivní uspokojení. Někdo prostě nemůže být ničím jiným než dermatologem, ftizeologem, chirurgem či sexuologem. Volba bývá dána převážně, až výlučně, **subjektivními pohnutkami**, ať již je to např. rodinná tradice (někdo z rodičů je odborníkem v oboru, který pak dítě upřednostní), nebo setkáním u sebe sama či v okruhu blízkých osob s určitým onemocněním, vadou, kdy je volba příslušného oboru snahou „poznat a vyléčit“.

Subjektivní motivaci si přiblížíme na oboru, jehož volba a setrvávání v něm velmi často vycházejí z osobní motivace člověka, a nikoliv z vnějších okolností. Tímto oborem je **psychiatrie**.

Psychiatrie má v rámci všech ostatních oborů poněkud zvláštní postavení. Toto zvláštní postavení souvisí mj. s tím, že pouze biologický model duševního onemocnění se ukázal být neúnosný, neboť psychogenní a sociogenní momenty bývají u převážné většiny duševních poruch a onemocněním tím určujícím. Jejich zanedbávání při diagnostice, léčbě a rehabilitaci jsou nejčastějším důvodem **revertence nemocných**. Lékaři ostatních oborů zvláštní postavení psychiatrie cítí. Ovšem v hierarchii preferencí lékařských oborů zaujímá nižší pozici, protože, jak slyšíme, „psychiatrie není medicína“. Pravidelně se setkáváme i s negativním a vlastně laickým postojem nepsychiatrické lékařské veřejnosti k duševně nemocným. Proč si tedy lékaři psychiatrii obor volí? Tážeme-li se psychiatrů, čím je obor tak zajímavý, a jaké byly pohnutky k jeho volbě, získáme tři kategorie odpovědí.

1. Někteří kladou důraz na **vnější okolnosti**. Například zprvu hrála roli pouhá náhoda (výrazná osobnost učitele psychiatrie, materiální či bytové výhody) a pak si zvykli a práci si oblíbili. Odpovědi tohoto typu nebývá mnoho a jsou příznačné pro mladší lékaře. Pravidelně se opakujícím důvodem setrvávání v oboru je: setrvačnost, obava ze změn, získaná odborná kvalifikace (atestace).

- b) Většina psychiatrů však podává vysvětlení důvody **subjektivního rázu**. Je tomu proto, že reflektují vlastní motivaci. S větší rozvahou odpovídají lékaři, kteří prodělali psychoterapeutický výcvik, a lékaři starší a zkušenější. V prvním případě je zdůraznění subjektivních pohnutek pochopitelné, neboť jedním z cílů tohoto speciálního vzdělání je pravdivější a bohatší sebepoznání, tedy porozumění sobě a své motivaci. V druhém případě hraje hlavní úlohu odstup let, kdy se ve vlastním životě lépe orientujeme, méně podléháme emočnímu zkreslování, racionalizacím apod. Zralá osobnost vidí ve svém životě a rozhodování méně náhod a objektivních příčin. Jako příklad subjektivních pohnutek k volbě oboru uvádíme: očekávání větší možnosti seberealizace a osobní angažovanosti, snahu po vlastním sebepoznání a vyrovnání se s vnitřními rozpory (autoléčba volbou oboru), touhu po zajímavém a pestrém životě. Psychiatr mnohdy zjišťuje, že praxe a teorie jsou něčím jiným, než předpokládal a očekával. Je překvapen, může prožívat skepsi, zklamání, ale i nadšení a pociťovat silný zájem o práci, kterou vlivem zkušenosti začíná vidět jinak a nově. Dostáváme se tak ke třetímu okruhu důvodů, proč lékař někdy obor volí, ale především proč v něm zůstává.
- c) **Zaujatost jevem duševní choroby a lidského duševního života**, který obsahuje tajemství, problematičnost a rozpornost lidské existence. To nás oslovuje, přitahuje, ale zároveň i znejšťuje a může vyvolávat obavy. Je nasnadě, že fenomén duševní choroby propůjčuje psychiatrii ve srovnání s ostatními lékařskými obory zcela zvláštní postavení, protože tradiční a výlučně přírodovědně založenou medicínu přesahuje. Proto také stojí psychiatři u zrodu **bioekopsychosociálního přístupu** při léčbě pacienta obecně, přístupu, který odpovídá **současnému teoretickému poznání lékařských věd**. Fenomén duševní choroby, obrazně řečeno, „volí“ lékaři podle své osobnosti, jež je výslednicí celého jeho předchozího vývoje. Zpočátku shledáváme u mnoha začínajících psychiatrů zvýšenou vnímavost k vlastnímu „já“, citlivost v souvislosti se sebepojetím a hodnocením ze strany druhých lidí, spolu se zvidavostí. To vše pak pod vlivem mnoha okolností může ústít v **porozumění duševní nemoci a duševně nemocnému**, nebo naopak dojde k transponování problému do roviny pouhých fakt a citlivost vzhledem k druhému člověku se snižuje. Zde se skrývá nebezpečí jeho poškození–iatrogenizace.

Na předchozích stránkách jsme se zabývali otázkami souvisejícími s volbou určitého oboru, zpravidla volbou životní. Zdůrazňujeme, že lékařské povolání je pro člověka velikou šancí k vlastnímu osobnostnímu rozvoji a k práci na kvalitních meziosobních vztazích, které lékař prožívá ve svém soukromí. **Seberozvoj totiž probíhá ruku v ruce s rozvojem nejbližších**. Předchozí šance je dána východiskem a hlavním principem medicíny, jímž je pomoc trpícímu člověku. Při pomoci druhému nalézáme sami sebe a pokud

jsou naše počínání a životní cesta reflektovány, stává se lékařova práce skutečným povoláním a místem jeho rozvoje.

SOUHRN

Motivace je proces, který určité jednání člověka vyvolává, udržuje a ukončuje. Cílem je uspokojit přijatelným způsobem nějakou potřebu či naplňovat vývojové tendence organismu. Potřeby–motivy rozeznáváme buď nedostatkové, nebo růstové. Nedostatkové slouží k zachování jedince a druhu. Náleží k nim potřeby sociálněcitové a potřeby z oblasti „já“. Prostřednictvím růstových potřeb a tendencí člověk naplňuje vlastní možnosti, přesahuje sebe a vztahuje se k vyšším hodnotám. Psychický růst zpravidla probíhá tehdy, jsou-li alespoň elementárně uspokojené nedostatkové potřeby. Zvláštní skupinu tvoří potřeby sebezáchovné, vývojové a rozvojové (např. zvědavost). Základní pohyb lidského jedince je vertikální a pozitivní. Zdravotní újma zasahuje do motivační struktury nerovnoměrně; nerovnoměrnost je dána druhem potíží, osobností nemocného a jeho sociálním zázemím. Vážnější onemocnění podporuje v člověku regresivní tendence a znamená zásah do sebepojetí a zvláště sebeúcty pacienta. Bývá provázeno úzkostnými obavami z budoucnosti. Pacienta, který je v relativní psychické a fyzické pohodě, může nemoc subjektivně obohacovat (diferenciace mezi nedůležitým a důležitým v životě apod.). Lidé si volí studium medicíny často proto, že mají silnou motivaci pomáhat druhým, dále proto, že povolání lékaře je prestižní a u mnoha studentů se projevuje vyšší ctížádostivost. Důležitou roli hrají i subjektivní důvody – setkání s nemocí, utrpením a smrtí. Altruismus je ke zdravotnické práci vysoce žádoucí motivací. Je projevem lidské vzájemnosti a něčím, co je člověku bytostně vlastní. Jeho podmínkou je empatie a soucit. U obětavých lidí se někdy setkáváme s tzv. syndromem pomahačů – jeho nebezpečí pro pacienty spočívá v tom, že jsou tlačeni do pasivně závislé role. Obor, ve kterém bude pracovat, si lékař zpravidla volí pod vlivem vnějších okolností (pracovní příležitost). Jen malá část lékařů pracuje v oboru na základě výlučně subjektivních důvodů (rodinná tradice, auto léčba). Pracovní spokojenost bývá výsledkem meziosobních vztahů na pracovišti a terapeutických výsledků. Lékařské povolání poskytuje šanci k osobnímu rozvoji a k vytváření vlastních kvalitních meziosobních vztahů.

Rodina a její význam pro jedince

V páté kapitole zprvu zdůvodníme místo a význam rodiny v současné medicíně a vymezíme ji z hlediska systémového uvažování. Seznámíme se s funkcemi rodiny, její strukturou, vývojem a dynamikou. Závěrem si povšimneme některých konkrétních souvislostí mezi rodinou, zdravotními potížemi a lékařskou péčí. Mnozí dnešní lékaři jsou nespokojení, mají-li používat přístroje staré několik let. Zároveň si však neuvědomují, že jejich pojetí medicíny je dítětem minulého století.

Pro skutečně moderní medicínské uvažování, tedy medicínu *lege artis*, je příznačný **bioekopsychosociální přístup**. Ten lze zdůvodnit i tím, že žádný živý organismus nežije uzavřeně a jen pro sebe, nýbrž v neustálé interakci s okolím. Proto jej nelze vysvětlit pouze z něho samého, nýbrž jako interakci svého druhu a výměnu s prostředím (vnitřním i vnějším). Pro člověka je to především sociální prostředí s ústředním vlivem rodiny. Z předchozího vyplývá, že do diagnostického, léčebného a případně rehabilitačního procesu musíme zahrnout také pacientovu rodinu. To je ovšem možné pouze v různé míře, ale v zásadě platí, že **pacientem není výlučně tzv. identifikovaný pacient, tedy nositel potíží, symptomů, nemoci, ale rodina jako celek**. Je tomu proto, že lidský jedinec od svého narození až do smrti je členem lidského společenství, jehož subjektivně nejvýznamnější součástí je nejmenší sociální jednotka—rodina. V psychice člověka je dokonce přítomna i tehdy, jestliže v ní nežije, protože původní—**nukleární rodina** formuje podstatným způsobem jeho osobnost a chování. Člověk se stává člověkem životem ve společnosti, a to zvláště pod vlivem rodiny. Psychická stabilita lidí a stabilita rodin spolu úzce souvisejí a navzájem se podmiňují. Stejně tak je tomu v případě zdravotní újmy někoho z rodiny. Tradiční medicínský model se opíral o dyadický vztah pacient—lékař, kdy lékař vše jednoznačně určoval a na pacientovi se pouze vyžadovala poslušnost. Rodina sice byla v práci lékaře přítomna, ale její přítomnost znamenala jen zdroj doplňující anamne-

stické údaje nebo skupinu potenciálních pečovatелů o nemocného. Tradiční přístup k rodině přetrvává dodnes. Je často příčinou nesnází v diagnostice a vylučuje rodinu z účinné formy terapie – kdy je třeba spolupráce všech. Tuto kapitolu zařazujeme do knihy proto, že vztah mezi pacientem a lékařem – zvláště při dlouhodobém vedení nemocného – závisí i na jeho rodině. Lze jen doporučit, aby lékař skutečně ve všech vážnějších případech pracoval s ohledem na celou rodinu pacienta.

5.1 Funkce rodiny

Rodina je systém a zároveň instituce. Prvky tohoto systému tvoří jedinci spjatí manželstvím, pokrevním příbuzenstvím nebo adopcí. Nejmenší rodinnou jednotku představuje jeden rodič a jedno dítě. Obvykle se však jedná o svazek ženy, muže a jejich dětí.

Hlavním úkolem rodičů je přivést na svět potomstvo a postarat se o ně až do samostatnosti dětí.

Jak lze charakterizovat současnou rodinu? Pro rodiny v zemích s rozvinutou průmyslovou civilizací je typické, že řadu svých tradičních funkcí (výrobu, vzdělávání, výchovu) předávají ve stále větším rozsahu společenským institucím a samy mají stále víc **spotřební charakter**. Konsumní způsob života vede k tomu, že ubývá času na **intimní rodinný život** a děti i jejich rodiče často strádají nedostatkem **rodinného citového života**. Televize a video jej nenahradí. Vřelý vzájemný vztah členů rodiny mezi sebou, spolu s odpovědností dospělých, jsou hlavními vnitřními pouty, držícími rodinu pohromadě a zajišťujícími její stabilitu. Uvolňování tohoto pouta může být jednou z hlavních příčin velké rozvodovosti (ve velkoměstech se u nás rozvede přibližně každé druhé manželství, v menších městech a na venkově každé třetí až čtvrté).

Základní funkce rodiny jsou:

- a) **Reprodukční:** Slouží k udržování lidského druhu prostřednictvím historií osvědčené instituce–rodiny. Jinak řečeno – pro vývoj a výchovu dítěte je nejlepší, vyrůstá-li v úplné a harmonické rodině. V rámci této funkce jsou uspokojovány i sexuální potřeby rodičů. Je zajímavé, že pohlavní styk u člověka jako u zatím jediného známého živého tvora neslouží pouze reprodukci, ale jeho účelem je i udržovat pozitivní citové vazby mezi rodiči a optimalizovat tak prostředí, kde děti vyrůstají. Délka společného života dětí a dospělých je limitována jejich sociální zralostí a samostatností, ze všech tvorů je nejdélsí a stále se zvolna prodlužuje.
- b) **Ekonomicko-zabezpečovací:** Rodiny sice v současné době přestaly být samostatnými výrobními jednotkami, bez základního materiálního zajištění ovšem rodina nemůže existovat. Při hypertrofii této funkce dojde

dříve či později k deformaci rodinného soužití, jež je určováno a profilováno „shromažďováním“, hromaděním finančních prostředků a životním stylem ve směru „co si můžeme dovolit“.

- c) **Socializačně-výchovná:** Zde jde především o poskytnutí výchovy a vzdělání dětem s cílem jejich bezproblémového zařazení do širší společnosti. Na druhé straně i dospělí členové rodiny se stále učí přizpůsobovat se novým okolnostem, např. v souvislosti s dospíváním dětí.
- d) **Citově intimní:** Rodina poskytuje všem svým členům jistotu, zázemí, vzájemně důvěrné a intimní vztahy, spolu s vědomím sounáležitosti. Je místem, kde si tyto hodnoty její členové „nemusí zasloužit“, ale jsou součástí každé funkce rodiny. Tvoří domov, jehož základními atributy jsou akceptace a bezpečí. Tato akceptace je zásadní. Zmíněná charakteristika ovšem nevylučuje nedorozumění, konflikty apod., ovšem rámec veškerého dění v dobré rodině tvoří vzájemné přijetí. Dnes se ukazuje stále zřetelněji, že význam citově intimní funkce rodiny roste, je však „křehká“. Nastane-li krize, bývá tato funkce jejímu náporu vystavena jako první a v soužití manželů (rodičů) a dětí bývá nejnázneji narušena.

Všechny čtyři základní funkce rodiny jsou naplňovány současně. Dlouhodobé zvýraznění jedné funkce nad druhými vyvolává v rodinném soužití poruchu a může vést až k rozpadu rodiny.

Rodina je dynamický systém usilující o aktivní rovnováhu, tedy o přizpůsobování prostřednictvím zásahů do okolního světa, což se uskutečňuje zvláště komunikací.

Mezi základní znaky rodinného systému patří **vzájemná propojenost** a **kommunikačně-interakční ovlivňování** všech jeho prvků (členů rodiny). Vztahy mají ráz **cirkulární kauzality** (*interdependence*). To znamená, že ovlivňování je vzájemné a nelze zpravidla určit jeho začátek.

Dítě s hyperkinetickou poruchou, dříve nazývanou syndrom lehké mozkové dysfunkce, svou nesoustředěností, motorickou instabilitou a „zlobením“ rodiče dráždí a „nutí“ k výchovným postojům a zásahům (omezování, fyzickým trestům), jež dítě neurotizují. Zdravotní potíže se prohlubují, chování se zhoršuje do nezvladatelnosti a rodič opět stupňuje nátlak, s nímž při zpětné reflexi nesouhlasí. Probouzejí se v něm pocity viny vůči dítěti a posléze se upevňuje jeho ambivalentní postoj, jenž v dítěti vyvolává nejistotu a úzkost. Zdravotní a výchovné potíže rostou atd. Rodina spojuje své členy intimními pocity a vztahy, vzájemnou spoluprací a pomocí. Z psychologického hlediska je nejdůležitější funkcí naší současné rodiny uspokojování citových potřeb všech jejích členů – dětí i dospělých. Zde totiž sledujeme nejvíce dluhů a „slabých míst“. Citová opora a vzájemná jistota, pocit sounáležitosti, umožňují rodičům i dětem překonávat překážky a konflikty, s nimiž

se setkávají ve světě mimo rodinu a nakonec i v rámci vlastní rodiny. Jsou předpokladem kvalitního sebezvoje a realizace vnitřního potenciálu každého člena rodiny, ale i rodiny jako celku. Rodiče připravují dítě pro život, dítě (i dospívající) je potřebuje ze všech lidí nejvíce. Někdy se zapomíná, že také rodiče potřebují dítě, protože mezi základní psychosociální potřeby každého zralého dospělého člověka patří péče o potomky a předávání zkušeností a vlastní osobnosti dětem. Tím je zajišťována **duševní a kulturní kontinuita** generací, neboť rodiče mají v dětech své pokračování.

5.2 Vzájemný vztah rodičů

Svorníkem každé úplné rodiny je vztah mezi rodiči, který vytváří rodinnou atmosféru a podstatně určuje i ostatní vztahy, např. vztahy rodičů k dětem. Dobrý vztah mezi rodiči není samozřejmostí a není jednou provždy daný, nýbrž vytváří se každodenní zkušeností a prožitky, které tyto zkušenosti doprovázejí při vzájemném soužití celé rodiny. **Vztahy se musí vědomě pěstovat**, jinak jsou vystaveny nebezpečí „koroze“, která má nejčastěji podobu lhostejnosti či malicherných sporů. Schopnost každého z nás žít s druhými je dána především **ranou dětskou zkušeností** z původní nukleární rodiny. Řídíme se tím, co jsme viděli u svých rodičů a co jsme sami na sobě zakoušeli. Nukleární (původní) rodina je vlastně modelem společnosti. Tento vliv však není fatální, protože na základě **poznání** lze své postoje a zvyky vědomě měnit a chovat se jinak. Tato skutečnost je např. jedním z cílů psychoterapie.

Podmínkou kvalitního soužití a plnění rodičovské funkce je vzájemné porozumění a shoda v hlavních **životních hodnotách a názorech**. Dále bylo zjištěno, že ve velmi dobrých rodinách pociťují oba partneři k sobě **úctu a respekt**, tolerují se a každý z nich si váží druhého. Ve všem důležitém jsou k sobě **taktně upřímní a otevření**. O významných společenských věcech **rozhodují společně** a na základě diskuse, popř. má každý z nich svou „sféru kompetence“, do které druhý nezasahuje a kterou respektuje. V zásadě se shodují v otázkách **společného hospodaření rodiny, výchovy dětí a užívání volného času**. Různá nedorozumění a náročné situace, jež se samozřejmě vyskytují v každém vztahu, řeší bez dlouhého odkládání a s dobrou vůlí se dorozumět. Nalézají kompromisy, nevyžadují od druhého poslušnost a necítí potřebu druhého kontrolovat, měnit podle vlastního obrazu a kritizovat. Nebojí se hovořit spolu přímo a vznikající napětí odstraňují hned v zárodku tím, že je prohodí a řeší jeho příčiny. Intimní **sexuální život** probíhá k plné spokojenosti obou manželů. Lidé žijící ve velmi dobrém vztahu si mají po letech manželství stále co říci, protože jako dvě samostatné a plnohodnotné bytosti si udržují také svůj vlastní svět, svá **soukromí**, jež se vzájemně překrývají, ale nesplývají. Bylo zjištěno, že kvalita vztahu

a jeho stabilita je lepší v **otevřeném manželství**, kdy se manželé navzájem nekontrolují a důvěřují si. Nežádoucí je rodinná izolace, která pravidelně vede zejména mladé manžele do konfliktů a zbytečných nedorozumění a u starších manželství mívá za následek zlhostejnění, popř. výraznou nespokojenost jednoho z partnerů.

Obecněji bychom charakterizovali kvalitní vztah mezi partnery jako vztah, kdy **jeden neznamená pro druhého pouze prostředek k uspokojování jeho vlastních potřeb a zájmů, nýbrž je mu cílem.**

Vždyť člověk se může realizovat a plně žít pouze ve vztahu k druhému, který jej doplňuje a je předpokladem spokojeného života i dobrého rodičovství. Vztahy mezi lidmi, jak se s nimi setkáváme v praxi, však nebývají ideální, proto se krátce zmíníme o matrimoniopatologii.

Matrimoniopatologie (z lat. *matrimonium*, tj. manželství) se zabývá poruchami **manželského a rodinného soužití**. Problémem bývá zvláště spolupráce a komunikace mezi partnery, což souvisí se vzájemným prosazením, tendencí „mít pravdu“ a s pocity křivdy, nepochopení a ublížení.

V rodině musí lidé **kooperovat**, což nelze bez vzájemného domlouvání a **respektování** svých rolí a svého místa. V každé, i v té nejlepší rodině, jsou všichni vystaveni **konfliktům** pramenícím z protikladných snah a střetu zájmů. **Stabilita rodiny souvisí zvláště s tím, jakým způsobem se tyto konflikty řeší pomocí zavedených pravidel a jejich dodržováním.** Důležité je nesouhlas či jiný záměr včas ventilovat a tím zabránit koncentraci záporných emocí, jež jinak snadno ústí ve zhoubný a chronický konflikt, rozvracející vztahy v rodině.

Zhoubné konflikty se zpravidla týkají rozhodování a vůbec „mocenských“ rodinných záležitostí. V praxi se nejvíce setkáváme s kalamitními a debaklovými vztahy mezi manželi.

Kalamitní vztah značí, že oba partneři usilují a bojují o moc a ovládnutí druhého. Typické jsou chronické a stálé hádky „o maličkost“ či „o princip“ s občasnými těžkými konflikty, jež mohou ústít až do *brachiálního* (násilného) *průběhu*. S kalamitními vztahy se spíše setkáváme v mladších manželstvích.

Debaklový vztah znamená, že vzájemná mocenská rovnováha se výrazně polarizovala a stabilizovala. Jeden z manželů značně dominuje a druhý je ve výrazně submisivní pozici, což mu však nevyhovuje. V debaklovém vztahu, který se vyskytuje spíše po víceletém manželství, nemusí probíhat otevřené konflikty, ale vládne zde chronická nespokojenost.

Oba typy patologických vztahů, pokud nejsou včas rozpoznány, diagnostikovány – a léčeny rodinnou psychoterapií, ústí nejčastěji do navázání mimomanželských (*extra-matrimonálních*) vztahů a rozpadem manželství.

Zdůraznili jsme, že základ rodiny tvoří vztah mezi manželi, jenž má být **vzájemně komplementární a nepřiliš asymetrický** v žádném směru, či „dobrovolně“ asymetrický, kdy asymetrie emočně oběma partnerům vyhovuje. Zpravidla to bývá tehdy, jestliže jejich vzájemný výběr a očekávání odpovídají modelu, který zažili v nukleární rodině. V našich kulturních podmínkách jsou postavení a role ženy a muže v rodině **rovnocenné, avšak odlišné**. Žena zde spíše zajišťuje **emoční stránku**, muž opět je nositelem **řádu a pravidel**. Prvek citový a prvek rozumový se zde spojují v jeden celek,

jenž je doplňován a vyvažován. Například matka bývá tím, kdo průběžně dítěti odpouští, otec zase „vyžaduje“ a skládají se mu účty.

5.3 Typy a vývojové stupně rodiny

Přibližme si rodinu pomocí jejích systémových znaků. Rodina jakožto systém se průběžně mění a vyvíjí. Tato vlastnost – **schopnost transformace a vývoje** – je pro ni charakteristická (změny ve vztazích si např. vynucují dorůstající děti, ale i vážné onemocnění někoho z rodiny). Dále je pro ni příznačná **částečná (selektivní) otevřenost**, tedy prostupnost vzhledem k okolí a **interakce** se světem mimo rodinu, bez níž by přestala existovat (např. kontakt se sousedy, školou, spolupracovníky). Typická jsou i **pravidla a řád**, které zaručují její funkčnost a také ji udržují při životě. Na základě předchozích kritérií lze rozlišovat několik základních typů rodin.

- a) **Rodina uzavřená:** Pro takovou rodinu je typická nepropustnost vůči okolnímu světu a jeho vlivům. Uvnitř vládou rigidní a přesně dodržovaná pravidla opírající se o rodinné mýty a legendy („lidem nelze věřit“, „rodič má vždy pravdu“ apod.). Základní struktura je konzervativní – jeden z rodičů zpravidla výrazněji dominuje, děti (případně i dospělé děti) se musí podřizovat. Členové rodiny nemívají vlastní soukromí, nápadná je vzájemná kontrola. Vnější svět je vnímán spíše jako nebezpečný, ohrožující, proto mu není důvěřováno, rodina se izoluje, návštěvy jsou nežádoucí apod. Takto uzavřená rodina nemá možnost se vyvíjet. Vycházejí z ní zpravidla podivní, pro které je typická podezřivost, vztahovačnost, případně vyšší úzkostnost.
- b) **Rodina koaliční:** Tato rodina je vnitřně rozdělena a členové tvoří „tábory“, mezi kterými bývá napětí a neshoda. Koalice se mohou v čase a vývojem proměňovat, např. rodiče usilují o přízeň dětí, vyskytují se zde otevřené konflikty či dlouhodobá tenzní příměří při minimální vzájemné komunikaci mezi koalicemi. Chybí zde společný rodinný život a vzájemnost, nebývají zde přítomna všeobecně zavazující a dodržovaná pravidla. Pravidla si vytváří jednotlivé koalice, navzájem se liší a jsou nesourodá, někdy i vylučující (např. „děti musí chodit večer včas domů“ – „děti nemusí chodit večer včas domů“). Vnitřně rozdělená rodina je málo funkční a často spěje k rozvodu, pro děti je patogenní, neboť je neurotizuje.

Zvláštní případ tvoří rodiny, kdy jeden rodič je idealizovaný a druhý demonizovaný (za všechno může, vše jen kazí, dělá ostudu apod.). Děti z rodin tohoto typu mívají tendenci utvářet a vyhledávat v dospělosti obdobné vztahy a obtížně se jim po delší dobu žije v pohodě. Bývají zjevně či skrytě konfliktní.

- c) **Rodina chaotická:** Je nápadné, že v takové rodině „nic neplatí“ a „všechno je jinak“, postrádáme u ní základní pravidla soužití. Anebo se

určité zásady dodržují, či nedodržují zcela nevypočitatelně. Chaos platí všeobecně, členové rodiny se těžko na něčem dohodnou, bývají zde četné spory, ale nikomu příliš nevadí, svým způsobem se mají všichni rádi („italské rodiny“) a při vnějším ohrožení se rychle sjednotí a společně „brání“ (např. problémové dítě ve škole). Vzhledem k vnějšmu světu je značná prostupnost – návštěvy jsou časté a vítané. Obrazně lze takovou rodinu nazvat hysterickou a také dost často má některý z rodičů výraznější povahové rysy, jež s touto poruchou souvisejí.

- d) **Rodina vyrovnaná a stabilní:** Tento typ rodiny je žádoucí zvláště pokud jde o osobnostní vývoj dětí. Vzhledem k vnějšmu světu je rodina propustná při zachování jasné hranice mezi ní a okolím. Postupně a neustále se vyvíjí, protože disponuje zpětnovazebnými mechanismy a takto získanými informacemi se řídí a neustále se učí. Systém vnitřních pravidel tvoří řád, který se dodržuje, je pro všechny závazný, avšak občasné odchylky jsou tolerované. Pravidla se mohou měnit, pokud přestávají být funkční. Vztah mezi rodiči – a to je typické – je vyrovnaný a komplementární, převažuje pohoda. Nedorozumění se řeší hlavně včasnou diskusí, nebývají zde časté autoritativní postupy (vyžadování poslušnosti dětí „bez řečí“ apod.). Typ vyrovnané a stabilní rodiny poskytuje jejím členům domov – bezpečí, zázemí a jistotu, pro děti je dobrým modelem pro život v dospělosti.

K předchozím typům rodin by bylo možné přidávat ještě další, např. podle výrazných povahových nápadností někoho z rodičů, nebo bychom mohli utvořit typologii řídící se převažující komunikací. Důležité je si uvědomit, že rodiny mají svůj styl, který se přenáší na děti a děti jej zpravidla v dospělosti vyhledávají a vytvářejí.

Rodina, kromě svých základních funkcí, uskutečňovaných určitým způsobem, který je pro každou rodinu příznačný a trvalejší, působí také v čase. Rodina vzniká, rozvíjí se a zaniká, proto rozlišujeme vývojové fáze rodiny, jež mají obecnou platnost.

Základní vývojové fáze rodiny jsou následující:

1. **Seznámení partnerů** končící přípravou na sňatek. V této fázi si jedinci ověřují, zda spolu budou moci žít a založit rodinu. Proto by měli spolu bydlet „pod jednou střechou“ nejméně rok, aby se opravdu poznali a naučili řešit „všední problémy“.
2. **Sňatek a formování párového soužití** po sňatku. Je to období dalšího zvykání si na sebe, poznávání a přípravy obou partnerů na rodičovství.
3. **Narození prvního dítěte** a adaptace rodičů na život ve třech. Součástí je i příprava rodičů na případné narození druhého dítěte.
4. **Narození dalších dětí včetně posledního** bývá nejrozvinutější fází života rodiny doprovázenou péčí o děti a jejich výchovou.

5. **Odchod prvního dítěte z domova**, ať již jde o dočasný odchod (na internát apod.), nebo trvalé osamostatnění již dospělého jedince.
6. **Odchod posledního dítěte z domova** bývá pro rodiče problémem a mnohdy je doprovázen vztahovou krizí nazývanou „syndrom prázdného hnízda“.
7. **Odchod jednoho a posléze druhého partnera do důchodu** a adaptace na tento změněný život, jenž bývá obohacován rolí prarodičů vzhledem k vnoučatům.
8. **Smrtí jednoho z manželů** původní rodina zaniká, žijící partner si zvyká na vdovství či vdovectví a mnohdy se více zapojuje do širší rodiny – svých dětí.

Předchozí zjednodušenou periodizaci vývoje obvyklé rodiny uvádíme proto, že přechod z jednoho vývojového stadia do druhého bývá provázen konflikty a krizemi v manželském soužití. Bývá tomu tehdy, jestliže u jednoho či obou partnerů převládají „síly regrese“ nad „silami progresu“ a novou fázi zprvu nepřijímají.

Narození prvního dítěte může být pro otce problémem, neboť se někdy dostane „na druhou kolej“ a špatně novou pozici snáší. Nezralí otcové situaci mnohdy řeší navázáním mimomanželského vztahu, nebo se snaží více, než je rozumné, přebírat péči o dítě a matku „vytlačují“, což bývá zdrojem konfliktů, zvláště když do situace začnou zasahovat babičky. Také se nedoporučuje jednotlivé vývojové fáze přeskakovat. Jako příklad lze upozornit na situaci, kdy se narodí dítě rodičům, kteří pro společný život nevytvořili základní podmínky, tedy nemají byt a vybudovanou samostatnou domácnost.

Pro naši současnou mladou rodinu je příznačná těsná spolupráce, někdy i závislost rodičů na prarodičích. Babičky a dědečkové hrají významnou a pozitivní roli za předpokladu, že mezi „mladými“ a „starými“ nejsou zásadnější spory a že bydlí odděleně. Nesmí zde vznikat vztah psychické ani materiální a funkční závislosti. Považujeme proto za méně vhodné, když prarodiče v širším rozsahu přebírají rodičovské funkce a poskytují mladým manželům větší materiální podporu. Vztah rodičů k dětem a dětí k rodičům se vytváří při každodenní péči a společným životem. Jsou-li nedostatečné, navzájem si na sebe nemohou zvyknout a setkáváme se s tím, že prarodiče psychicky rodiče nahrazují, což je nežádoucí z hlediska perspektivního života rodiny a vývoje dítěte.

Velkým zdrojem nedorozumění a konfliktů bývá společné bydlení mladých manželů s rodiči. Společné soužití dvou dospělých generací, popř. dvou rodin v jedné domácnosti v sobě nese četná rizika a nejednou zanechává na všech stranách pocit trpkosti, křivdy a nervozity. Bylo by správné držet se zásady, že lidé se mají brát jen tehdy, když mají zajištěno samostatné, třeba i jen

skromné bydlení. Je pravda, že by se mnoho sňatků vůbec neuskutečnilo, ale neuskutečnilo by se jistě ani mnoho rozvodů.

Seznámili jsme se s rodinou z psychologického hlediska a na obecné úrovni. Je zřejmé, že rodina velmi výrazně, dlouhodobě až trvale formuje a ovlivňuje lidského jedince a vlastně se stává jeho osudem. Závěr kapitoly proto bude patřit seznámení se s některými základními poznatky o vztahu mezi rodinou, jedincem a jeho zdravím.

5.4 Rodina a zdraví

Rodina, ať již úplná či neúplná (chybí jeden z rodičů, nebo rodina bezdětná), poskytuje svým členům domov. Dětem dává osobnostní základ pro celý další život, protože se zde učí sociálním vzorcům a způsobům reagování, učí se rozlišovat, co je dobré a co špatné, co se musí, má, může a nesmí. Vzpomeňme očekávání a vztah člověka vzhledem k autoritám a způsob, jak je prožívá a jak s nimi jedná. Nebo vyrovnávání s vlastními agresivními impulzy – ať už je u sebe připustíme a projevíme, nebo naopak vytěsníme či převedeme do jiné podoby (např. pracovní hyperaktivity). Také směřování agresivity je převážně naučené v rodině – ať už „chybu“ hledáme spíše u sebe, nebo u druhých, a podle toho pak jednáme. V rodině se formuje i základní zdravotní povědomí a hygienické návyky.

Rodiče a rodina, obrazně řečeno, otevírají dítěti dveře do dalšího života, ukazují mu možnosti a staví je na začátek určité životní dráhy. **Rodina jako domov** je místem bezpečným a východiskem pro všechny aktivity mimo ni. Proto je její stabilita tak důležitá pro člověka v jakékoliv dimenzi a údobí jeho života.

Význam rodiny pro zdraví člověka lze názorně ukázat v souvislosti se závažnými a kritickými životními situacemi.

Závažné a kritické životní situace

Jsou to takové situace, jež znamenají výraznou subjektivní zátěž. Bylo opakovaně zjištěno, že často předcházejí vzniku různých onemocnění a dekompenzací zdravotního stavu. Druh těchto náročných životních situací jednoznačně poukazuje na lidskou úroveň sociálního prostředí – tj. meziosobními vztahy a životem v rodině. Výzkumy potvrdily praktickou zkušenost, že pro dospělého člověka je největší tragédií úmrtí životního partnera nebo podobná ztráta (rozchod, rozvod, opuštění). U dětí je to zase ztráta rodičů. Nutno však upozornit, že statistické četnosti a souvislosti málo vypovídají o jednotlivém, konkrétním případě. Například odchod rodiče–alkoholika z rodiny přináší ostatním klid a je úlevou.

Kvalita rodiny se promítá do zdravotního stavu jejích členů v oblasti **prevence, etiopatogeneze, léčby a rehabilitace**. Jedná se o vlivy různorodé a rozsáhlé. Na tomto místě se okrajově zmíníme jen o některých z nich.

Pokud jde o **prevenci** onemocnění, poučení nám poskytuje novější přístup ke zkoumání této problematiky z psychosociálního hlediska nazývaný *salutogeneze*.

Salutogeneze

(z lat. *salus*, tj. zdraví, blaho), na rozdíl od tradiční *patogeneze*, se zabývá zkoumáním podmínek **pevného, nezdolného zdraví** vzdor nepříznivým vlivům prostředí. Jak to, že někteří lidé jsou odolní a neonemocní, zatímco většina jiných onemocní? Kromě biologické odolnosti, určitých hygienických návyků a stavu organismu zde hrají významnou úlohu i psychologické faktory, úzce vázané na sociální určenost člověka, kterou si osvojuje a prožívá především v rodině. Jedná se o základní postoje k sobě a světu, které mají stránku poznávací (kognitivní) a prožitkovou (emocionální).

Patří sem:

- a) smysluplnost v pohledu na svět a vlastní činnost, tedy vidění světa a svého života jako smysluplného obrazu;
- b) důvěra a víra v pevnost, stabilitu osobního a okolního světa;
- c) srozumitelnost, porozumění – tedy především racionální orientace vycházející z existence zákonitostí, jimiž se řídí svět a které lze poznat;
- d) zvládnutí a kontrola dění, jehož jsem součástí, tedy osobní kompetence a vliv.

Nadřazeným pojmem předchozích charakteristik je **zakotvenost v životě**, jež vychází zpravidla z pevného místa jedince v rodině, mající atributy domova. Autorem pojmu salutogeneze je Američan **A. Antonovsky** (1923–1995), který jej dal do souvislosti s dalším svým pojmem „*sense of coherence*“ (SOC, tj. chápání obrazu světa jako smysluplného celku). U nás tuto významnou oblast uvedl a rozpracoval psycholog **J. Krivohlavý** (nar.1925), který se zabývá psychologií zdraví a přeložil *Antonovského dotazník SOC*, jímž zjišťujeme u jedince úroveň této důležité charakteristiky, spolupodmiňující lidské zdraví (i jeho poruchu).

Pro další přiblížení problematiky uvedeme několik položek ze zmíněného dotazníku:

Smysluplnost (*meaningfulness*) v pohledu na svět, mající zejména emoční komponentu, je zachycována položkami:

Život je:

- velice zajímavý;
- jen běžná a rutinní záležitost.

Máte pocit, že se v podstatě moc nezajímáte o to, co se děje kolem Vás?

- velmi zřídka mám ten pocit;
- mám jej velmi často.

Většina věcí, které v budoucnosti budete dělat, bude

- vzrušujících;
- velice nudných.

Váš život doposud;

- neměl jasný smysl a cíl;
- měl velice zřetelný a jasný smysl a cíl.

Když myslíte na svůj život, pak velmi často:

- cítíte, jak je dobré, že můžete žít;
- ptáte se sám (sama) sebe, proč vlastně žijete (existujete).

Srozumitelnost (*comprehensibility*) je spíše kognitivní povahy a vyjadřuje, do jaké míry člověk rozumí (či nerozumí) světu.

Stalo se v minulosti, že jste byl/a překvapen/a chováním lidí, o nichž jste se domníval/a, že je dobře znáte?

- nikdy se to nestalo;
- tak tomu bylo vždy.

Máte pocit, že jste v neobvyklé situaci a nevíte dost dobře, co dělat?

- mám tento pocit velmi často
- tento pocit mám velmi zřídka nebo nikdy.

Když stojíte před obtížným problémem, pak jeho řešení se Vám zdá:

- vždy nejasné a těžko se hledá
- vždy zcela jasné.

Stane se Vám, že máte pocit, že nevíte dost dobře, co se bude dále dít?

- velmi často se mi to stane.
- stane se mi to velmi zřídka nebo nikdy.

Když se někdy něco stalo, zjistil/a jste obvykle:

- že jste buď podcenil/a nebo přecenil/a důležitost toho, co se dělo;
- že jste viděl/a věci ve správném světle (správně).

Zvládnutelnost (*manageability*) jako třetí a instrumentální dimenze SOC je zachycována položkami:

Když něco děláte, co Vám dává dobrý pocit, jste si jist/a:

- že se tak dobře budete cítit i nadále;
- že se něco stane, co Vám tento dobrý pocit pokazí.

Když jste v minulosti měl/a dělat něco, kde spolupráce s druhými lidmi byla nezbytná, měl/a jste pocit:

- že to jistě nebude uděláno;
- že to jistě bude uděláno.

Když se Vám v minulosti stalo něco nemilého, pak Vaše snaha byla:

- „užírat se“ a trápit se nad tím;
- říci si „ano, stalo se to, nedá se nic dělat, musím prostě s tím žít a jde se dále“.

Domníváte se, že vždy budou lidé, na něž se budete moci v budoucnu spolehnout?

- jsem si jist/a, že zde budou takoví lidé;
- pochybuji, že zde budou takoví lidé.

Když pomyslíte na obtíže, s nimiž se setkáváte v důležitých úsecích života, máte pocit, že:

- vždy nad obtížemi zvítězíte a krize zvládnete;
- obtíže nezdoláte a nezvítězíte nad nimi.

Salutogeneze a chápání obrazu světa jako smysluplného celku (SOC) patří mezi důležité pojmy nově vzniklého oboru **psychologie zdraví**.

Psychologický význam rodiny pro **etiopatogenezi** onemocnění a poruch zdraví lze přiblížit na různých příkladech. Nejdříve zmíníme smutný

a extrémní příklad dětí, spadajících v mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN 10) pod syndrom **týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte**.

Se **zanedbávanými dětmi** se setkáváme ve velmi primitivních a zároveň asociálních rodinách, kde rodiče nadměrně pijí alkoholické nápoje. Jejich děti (předškolního věku) jsou proto ponechány samy sobě. Nedostatek péče se projevuje v tom, že bývají podvyživené a sociálně nerozvinuté. Situaci dětí vyřešíme jejich umístěním do některého typu náhradní rodinné nebo ústavní péče.

Pokud jde o děti týrané, bývají zpravidla jedním z rodičů zcela nepřiměřeně fyzicky trestané a druhý rodič je není schopen či ochoten ochránit. Dochází k **vážnému ublížení na zdraví**, nebo dokonce k **zabití dítěte**. Často se jedná o rozvrácené rodiny alkoholiků spíše nižšího sociálního statusu nebo o rodiče s poruchou osobnosti, která se projevuje oslabením rodičovských a vyšších citů (např. soucitu) nebo explozivitou (rodič se nedokáže ovládnout, zpětně jej jeho chování zpravidla mrzí, ale je „pozdě“).

Kromě fyzického týrání rozlišujeme i psychické týrání. Spočívá v tom, že rodič (či jiná dospělá osoba) vyvolává svým jednáním v dítěti opakovaně trýznivé pocity, tj. vystupňovaný strach, úzkost, hrůzu či zoufalství. Patří sem i ponižování a deptání. O psychickém týrání lze hovořit i tehdy, je-li dítě vystaveno podnětům, jež se jej přímo netýkají, avšak týkají se osoby, jejíž utrpení vnímá jako utrpení vlastní (např. otec v přítomnosti dítěte týrá matku či sourozence).

Je zřejmé, že v konkrétním případě, pokud se nejedná o extrém, se nesnadno určuje hranice, jejíž překročení již lze označit za týrání – ať již fyzické, nebo psychické, přičemž se obě tyto vysoce nežádoucí skutečnosti často prolínají.

Sexuální zneužívání dětí

(stejně jako jejich zanedbávání či týrání) je trestným činem a míní se jím nepatřičné vystavení osoby mladší patnácti let sexuálnímu kontaktu, činnosti či chování, a to zpravidla dospělým či starší osobou (např. čtrnáctiletý chlapec zneužívá menší dítě, avšak vzhledem ke svému věku je samozřejmě právně beztrestný). Vzhledem k tomu, že sexuální zneužívání dětí je relativně časté (ročně je policií v České republice vyšetřováno více než 1000 případů, což je jistě jen zcela nepatrný zlomek dětí takto postižených), věnujeme této problematice relativně větší pozornost.

Sexuální zneužívání se dělí na bezdotykové a dotykové.

Bezdotykové zneužití zahrnuje zejména setkání s exhibicionistou a účast na sexuálních aktivitách, kde nedochází k žádnému tělesnému kontaktu – např. dítěti je promítán pornografický videozáznam nebo je s tímto úmyslem samo natáčeno.

Kontaktní zneužití je takové, kde dochází k pohlavnímu kontaktu, zejména k pohlavnímu styku, orálnímu či análnímu sexu, ohmatávání na intimních místech apod.

Důležité je, že ve všech případech aktivity slouží k pohlavnímu vzrušování pachatelů, případně k jejich jinému prospěchu (např. finančnímu, při natáčení dětské pornografie), a jsou s tímto záměrem konány.

Nejčastěji jsou děti vystaveny nepatřičným sexuálními aktivitám v rámci užší a širší rodiny (zkušenost s pedofilem není tak častá a nebudeme se jí zde věnovat).

V praxi se lékař nejspíše setká s tzv. nepravým incestem, tedy pohlavním zneužíváním dítěte (nejčastěji dívky) nevlastním otcem, nebo matčíným druhem.

Pro přiblížení této závažné problematiky uvedeme kazuistický zlomek, kdy se jednalo o prokázané sexuální zneužívání.

Znalecky – psychologicky, psychiatricky a sexuologicky v rámci policejního vyšetřování – byl zkoumán šestatřicetiletý muž a psychologicky i psychiatricky jeho šestnáctiletá nevlastní dcera, mezi nimiž docházelo po delší dobu k sexuálním stykům. Obžaloba se tentokrát nemýlila a obviněný nevlastní otec se k inkriminovanému jednání také přiznal.

Posuzované dívce bylo v době znaleckého zkoumání šestnáct let a od svých zhruba čtrnácti let měla s otčímem jednou až dvakrát týdně pohlavní styk. Policie se vyšetřování případu ujala z podnětu ženské lékařky, neboť dívka otěhotněla, byla u ní provedena interrupce a v rámci těchto událostí označila za otce svého otčíma.

Často se stává, že u dospívajících dívek následuje oznámení a vyšetřování po nějaké závažné životní události, jako byla v našem případě interrupce. Jindy to je sebevražedný pokus dívky, odchod či útěk z domova a vůbec náhlá a neočekávaná, záporně hodnocená změna chování. Mnohdy to souvisí s tím, že se dívka zamiluje do někoho věkem jí přiměřeného, kdy pohlavní styky s příbuzným výrazně vadí v novém, počínajícím vztahu.

Psychiatrické znalecké vyšetření vyznělo negativně, u posuzovaných osob nebyla zjištěna porucha osobnosti, ani duševní onemocnění. Pouze u otce sexuolog konstatoval psychosociální nevyzrálост projevující se nedostatečnou schopností diferencovat mezi sexuálními objekty dospělých žen a dospívajících dívek.

V našem případě se jednalo o čtyřčlennou rodinu, dívka pochází z prvního manželství matky, které skončilo rozvodem pro údajný *etylismus* (chronické toxické stavy) biologického otce, jenž prý o dceru neprojevoval zájem a dívka jej prakticky nepoznala. Vychovávala ji střídavě matka a babička. Když jí bylo asi osm let, do rodiny přišel nyní obviněný nevlastní otec, záhy byla svatba a zanedlouho se dívce narodil bratr.

Matka posuzované dívky je osmatřicetiletá úspěšná podnikatelka (pronajala si restauraci), je inteligentní, rázná, dominantní a bez zdravotních problémů.

Obviněnému otčímovi je šestatřicet let, pracuje na dráze, je povahově tichý, klidný, spíše introvert a velký čtenář s bohatými kulturními zájmy. V podniku manželky odmítl pracovat. Po zdravotní stránce je bez problémů.

V rodině je ještě osmiletý bratr, kterého všichni hodnotí jako rozmazlovaného a rozmazleného – jinak bez nápadností.

Posuzované dívce bylo v době psychologického vyšetření šestnáct let, je průměrně inteligentní, pohledná, ženských tvarů, dobře vyvinutá a s náběhem ke kyprosti. Svým zjevem se výrazně podobá matce, krom jiného rázností v jednání. Žádné vážnější zdravotní obtíže, kromě nedávné interrupce, dosud neměla. Učí se servírkou (s ohledem na matčino podnikání), velmi dobře prospívá, neproblémová. Je společenská, má hodně kamarádek a kamarádů.

V době znaleckého zkoumání byl její nevlastní otec již druhým měsícem ve vyšetřovací vazbě. Dívka se mezitím seznámila s věkově jí přiměřeným chlapcem, pohlavní styk s ním dosud neměla. K nevlastnímu otci projevovala při vyšetření výrazně ambivalentní postoj. Zejména s nelibostí vzpomínala, jak ji v posledním roce omezoval a dával i facky, když přišla pozdě domů. V současné době dívku nejvíce mrzela interrupce, ke které ji víceméně přiměla matka. Po interrupci nejdříve pociťovala úlevu, později se připojily výčitky svědomí, že zabila živý plod.

Pro porozumění celé problematice je důležitá zejména dynamika a vývoj vzájemných vztahů.

Vzájemné vztahy se odvíjely, jak se zdá, bez větších nápadností až do roku 1990, kdy matka v duchu nové doby začala energicky podnikat a péči o rodinu i obě děti přejal nevlastní otec. Dívka mu postupně s přibývajícím věkem stále více pomáhala. V rodině jinak vždycky dominovala matka, žena výrazně konzumně a podnikatelsky orientovaná a se zájmem o to, co nejvíce vydělávat. Matka měla citově nejbližší k synovi, s dcerou mívala spory v rámci běžných vztahů mezi dospívající dcerou a matkou. Manžela si příliš nevážila, považovala jej za člověka, jenž se spokojí s málem a není schopen se v nové době prosadit. Sexuálně spolu žili sporadicky, často se do noci zdržovala mimo domov v práci a navíc se stýkala s německým podnikatelem – nejen obchodně, ale i intimně. Matka nepozorovala mezi obviněným a dcerou náklonnost, spíše se prý spolu hádali a manžel měl tendenci dceru kontrolovat a být na ni přísný, v tomto směru mu i domlouvala.

Obviněný muž v rodině citově upřednostňoval nevlastní dceru před vlastním synem. I ve vazbě si o dívku dělal starosti, žárlil a při vyšetření plakal. K pláči možná přispěla i skutečnost, že by mohl být za svůj čin odsouzen trestem odnětí svobody až na 10 let nepodmíněně. Inkriminované jednání přiznává, neumí si je sám vysvětlit, věděl, že dělá, co nemá. K prvnímu styku došlo po prázdninách, poté, co dívku několik týdnů neviděl. Všiml si, že je vyspělá, neovládl se a došlo ke styku, jež neplánoval. S manželkou předtím nesouložil několik týdnů pro nezáměr z její strany. Dívka, jak posuzovaný sdělil, se později stykům nebránila a při pohlavním styku aktivně spolupracovala.

Pokud jde o vývoj vztahu mezi dívkou a nevlastním otcem, dívka jej po příchodu do rodiny, kdy jí bylo osm let, velmi vítala, cítila se být jako ostatní děti. „Konečně jsem měla také tátu,“ řekla doslova. Její biologický otec, jak již bylo zmíněno, o ní nejevil zájem. Postupně se mezi obviněným a nevlastní dcerou rozvíjel subjektivně těsný vztah, vyprávěli si, ona se mu svěřovala, obviněný ji poučoval i ohledně ženské hygieny, připravil ji na první menstruaci apod. Matka se dostala zcela na okraj rodinného dění.

K sexuální iniciaci došlo, když jí bylo něco přes čtrnáct let. Dívka vzpomíná: „Byli jsme sami doma, uhodil na mě, že nevím nic o sexu, že bude mým učitelem, že mě to naučí. Začal mě osahávat, trochu jsem se bránila, nevěděla jsem, co vlastně chce. Sundal ze mne všechny věci, pak mě odpanil, hladil mě a říkal, že je ze mne teď ženská, taky říkal, že mi povyrosla prsa. Byla jsem zakomplexovaná, že mám malý prsa. Pak jsem šla do koupelny se umejt, všechno mě pállilo, bolelo, tekla mi krev.“

Při pohlavních stycích s obviněným, jak říká, s ním spolupracovala a dosahovala většinou orgasmu. Žádnou ochranu nepoužívali. Prý mívala špatné svědomí vůči matce, že ji podvádí. Na druhou stranu se k ní otec choval po delší dobu velmi pěkně, dával jí dárky, kapesné, také sexuální styk se jí líbil. V posledním roce mezi nimi však docházelo k roztržkám, obviněný žárlil, zakazoval jí chodit mezi vrstevníky – nesměla na diskotéky, při neposlušnosti ji fyzicky trestal (fackoval). Začal se jí líbit jeden chlapec, k otčímovi pocítovala stále silnější fyzický odpor a snažila se proto intimním stykům vyhýbat.

Na dotaz, proč o tom všem nikomu neřekla, dívka odpovídá, že to zprvu považovala za normální, později se bála, že by rozbila rodinu a že by její bratr ztratil zázemí. V této souvislosti se slzami v očích vzpomíná, jak se sama dříve trápila, že nemá tátu. V současné době nechce prý otce ani vidět, sblížila se s matkou, která se jí nyní hodně věnuje. O nevlastním otci prohlašuje, že je „úchyl“, matka jí prý také řekla, že je „na děti“. Říká: „Lituji ho i nenávídím za to, co mi udělal, mám ho svým způsobem ráda, vychovával nás, staral se, měli jsme s bráškou rodinu, zázemí, vězení mu nepřeju, měl by se léčit.“

Uvedený příklad je typický pro nežádoucí průběh vztahů mezi dcerou a nevlastním otcem či matčíným druhem. Vztah mezi nimi se stává citově velmi blízký, zato vztah mezi manželi nefunguje, ale nebývá výrazněji konfliktní, spíše žijí vedle sebe než spolu. Dospívající dívka se nakonec dostane do role manželky se vším všudy. Mnohdy matky vše tuší, ale po pravdě nepátrají. Dítě nevlastního otce zprvu přijímá a vše považuje za přirozené. Jde o „tajemství“, které nesmí nikomu prozradit. Otčím má nad ní přirozenou převahu, dívka ho má ráda a vztah pak postupně přeroste ve vztah sexuální. Subjektivně je pro dívky největší zátěží prožívaná ambivalence vůči nevlastním otcům a silný pocit bezmocnosti, jenž někdy ústí v zoufalství a sebevraždené pokusy či jinou formu protestu a volání o pomoc. V našem případě překonala dívka ambivalenci tím, že se ztotožnila s názorem a postojem matky, že otčím je „úchyl“, tj. nemocný, a měl by se léčit.

Následky pohlavního zneužívání dětí a mládeže bývají různé, od prakticky žádných, je-li oběť konstitučně emočně stabilní, jestliže došlo k jednorázové atace a oběť má k pachateli převážně pozitivní vztah – a následující vztah s intimním partnerem je harmonický. U obětí se však mohou vyvinout těžké poruchy osobnosti s neschopností udržet kvalitní a dlouhodobý partnerský vztah, což bývá doprovázeno funkčními sexuálními poruchami a sebehodnocením ve smyslu „zkaženého zboží“. V takových případech stupeň a rozsah poškození souvisí zejména s délkou a způsobem zneužívání.

Podle našeho názoru a zkušenosti jsou pro duševní zdraví nebezpečnější situace, kdy při pohlavním zneužití nastane opakovaně **psychotraumatizace dítěte**. Bývají to dlouhodobé sexuální aktivity, při kterých dítě zažije hrůzu, jež může být spojena s fyzickou bolestí. V rámci sexuálního zneužívání probíhajícího v prostředí užší či širší rodiny je to opakované znásilnění nezletilého příbuzným. Zde jde především o situace, kdy dívka je znásilněna opilým příbuzným – nejčastěji opět nevlastním otcem či matčíným druhem. Takové případy se vyskytují obvykle v rodinách s nízkou socioekonomickou a kulturní úrovní. Vzniklý zážitek je silně traumatický a vždy vyvolá psychický šok, odborně podle mezinárodní klasifikace poruch a nemocí hovoříme o **akutní reakci na stres**. Nejčastěji má podobu úzkostného a depresivního stavu s prožitky děsu, zmatku, bezmocnosti a následného pocitu znehodnocení. Ty mohou pokračovat vážnými poruchami chování, jako je sebevraždné jednání, panické reakce a útoky z domova, řazenými mezi **krátkodobé následky v rámci posttraumatické stresové poruchy**. Zmíněné stavy při nezpracování psychotraumatu se dostávají řádově po týdnech až měsících po událostech. Proto je nesmírně důležité včasné poskytnutí psychologické první pomoci, o které se blíže dozvíme v jedné z dalších kapitol knihy. **Dlouhodobé následky** se v případě nedostatečného vyrovnání se s psychotraumatem promítají do osobnostního (tedy i vztahového) vývoje postiženého jedince. Zejména se jedná o poruchy sebehodnocení ve směru pocitů *insuficience*, vyhýbání se subjektivně těsným vztahům, sexuální dysfunkce (obvykle pseudofrigiditu), jindy naopak shledáváme promiskuitní tendence se „sexem bez citu“, případně vyhledávání problematické mládeže (toxikomanické party apod.).

Nutno zdůraznit, že pohlavně zneužívané děti, stejně jako děti týrané či zanedbávané, potřebují speciální psychologické, případně i pedopsychiatrické vedení, jež má být zahájeno co nejdříve po zjištění této skutečnosti.

Závěrem nelze nezmínit problematiku **falešného nařčení**, kdy žena nebo muž jsou označeni a policejně vyšetřováni pro trestné činy pohlavního zneužívání, soulože mezi příbuznými, ohrožování mravní výchovy mládeže, zanedbání povinné péče, týrání svěřené osoby apod. Předchozí obvinění jsou natolik závažná, že domnělý či skutečný pachatel je zpravidla umístěn do vyšetřovací vazby. Nedivíme se proto, že nejčastěji se s falešným obviněným setkáváme v rodinách, kde jsou bouřlivé rozvodové či porozvodové spory mezi rodiči, zejména ohledně svěření dítěte do výchovy a při dělení majetku. Na druhém místě to bývá msta ze strany dospívajícího dítěte vůči dospělému a na třetím místě přichází ke slovu, pokud jde o pohlavní zneužívání,

případně o znásilnění, bohatá fantazie a zamilovanost dívek v pubertě, kdy realita je zaměněna za fantazii, jíž samy tyto dívky věří, někomu se svěří a následuje uvěznění a vyšetřování idolu. První indicií falešného nařčení bývá, že domnělá oběť líčí události bez patřičného emočního doprovodu a při opakované výpovědi svědectví bohatě rozvíjí či mění původní výpověď. Naopak pro věrohodnost svědčí přiměřený emoční doprovod a uvedení detailů, s nimiž bez skutečného prožití události nemůže mít zkušenost.

Jako jiný příklad vlivu rodiny na dítě si dále uvedme velmi častou **neurotizaci dětí** (bojácnost, neklid apod.), jež je důsledkem **konfliktního manželství** rodičů. Ať již se spory odehrávají před dítětem nebo v jeho nepřítomnosti, jak to vidáme v počátečních stádiích rozvoje konfliktního vztahu nebo u „kultivovaných“ rodičů, dítě se nakonec do hry dostává. Bývá zmatené, protože má oba rodiče rádo a znamenají pro ně vše. Nejhuře snáší otevřené konflikty děti předškolního věku (tři až šest let) a dospívající mládež. Zvláště nepříznivě působí, jestliže se oba rodiče snaží získat přízeň dítěte a přetahují je na svou stranu. Pozorujeme, že mnohdy nejde ani tak o dítě, jako o snahu druhého zranit, pokořit, vyříditi si s ním účty a pomstít se mu. Někdy se větší dítě naučí situace využívat, neboť zjistí, že od rodiče, s kterým momentálně „drží“, získává různé výhody, a tak dochází k deformaci jeho charakteru. Nevyrovnané, **otevřené či skryté konfliktní a tenzní vztahy** mezi manželi se často negativně promítají do zdravotního stavu **závislejšího partnera**, tedy toho, kterému jako by více citově na druhém záleželo a jenž situací více „trpí“. Nemusí se vždy jednat o zhoršení psychického zdravotního stavu (např. deprese), nýbrž stále častěji se v této souvislosti vyskytují funkční obtíže, psychosomatický klinický obraz (stavy nepřiměřené únavy, kolísavá hypertenze atd.) a dekompenzace somatického stavu (např. vředové onemocnění). Proto bychom se měli dívat na rozvádějící se manželství jako na manželství a rodiny zdravotně ohrožené a toto ohrožení se týká všech – dospělých i dětí. **Dlouhodobý nesoulad v partnerském vztahu** nemusí být na první pohled nápadný (nejde o otevřené konflikty ani „rozvodové tendence“), a přesto může znamenat jednu z hlavních okolností vyvolávajících a udržujících určité zdravotní obtíže.

Například gynekolog se v praxi setkává s pacientkami středního věku, jež trpí chronickými tlakovými a bodavými bolestmi v podbřišku a z hlediska úzce lékařského „nic neshledává“. Tyto funkční potíže (*pelipathie*) bývají vázané na nespokojenost v manželském soužití, ženy sebe prožívají jako manželem nepochopené a „na druhé koleji“, doma vážne komunikace, přestávají intimně žít, manželský vztah „vyhasíná“, děti je již nepotřebují – bývají mimo domov, život ztrácí smysl a nastává pak somatizace této celkové nespokojenosti a vlastně manželské a osobní krize. Role nemocné pak dává vztahu přijatelnou dimenzi. Vzniklou vztahovou prázdnotu lze dobře zdůvodnit zdravotními obtížemi, které začínají dávat náplň – a smysl. Pro mladší ženy trpící těmito bolestmi zase bývá příznačná *exhausce*, která je způsobena neustálou péčí o druhé („vždy k dispozici“), takže

téměř neznají odpočinek. Výjimku tvoří vystupňování bolestí, jež je „přinutí lehnout si do postele“. Tyto ženy často příliš nedbají na svůj vzhled a nemají ani zájem o intimní život. Také jejich manželské soužití není spokojené.

Kromě nespokojenosti v manželském soužití nebo exhauscce však mohou zmíněné zdravotní potíže souviset se syndromem *pánevní kongesce* (překrvení), kdy dochází k sexuálnímu vzrušení „naprázdno“. Bývá to u vzrušivých žen, u kterých pro vlastní zábrany, relativně předčasnou ejakulaci partnera nebo nevyhovující techniku pohlavního styku (zejména u klitoridálního typu reaktivity) nedochází k uvolňujícímu orgasmu. Avšak i v tomto případě potíže signalizují možnou vztahovou problematiku, projevující se např. nedostatečnou otevřeností v komunikaci mezi partnery.

Již dříve zmíněný a v praxi upotřebitelný je pohled na rodinu jako na **homeostatický systém**, jehož účelem je udržovat v rodině a vzájemných vztazích rovnováhu. K tomu může sloužit onemocnění či určitý symptom někoho z rodiny. Jinými slovy řečeno, zdravotní obtíž zachovává rodinu v relativně stabilním stavu, nemocného jedince rodina jako celek „potřebuje“, aby se nerozpadla, a proto zdravotní potíže „udržuje při životě“. Na tuto možnost můžeme myslet v případě nemocných, u nichž dochází k chronickému průběhu onemocnění. Tato chroničnost ovšem není plně zdůvodněná objektivními nálezy a ústí v částečnou či úplnou invaliditu.

Léčba a rehabilitace ve vztahu k rodině nás zajímají zejména proto, že nejbližší příbuzní nepůsobí neutrálně. Buď pacienta ovlivňují příznivě a při nutných opatřeních a léčbě spolupracují, nebo je jejich vliv nežádoucí a působí proti záměrům lékaře.

V pediatrii se stalo samozřejmostí zahrnovat rodiče (zpravidla matky) do celého diagnosticko-léčebného a rehabilitačního procesu. Čím je dítě mladší, tím je tato spolupráce nezbytnější, neboť lékařova opatření a doporučení jsou zpravidla uskutečňována prostřednictvím rodičů. U pacientů v období dospívání a u dospělých to již takovou samozřejmostí nebývá. Vzniká zde prostor ke spontánnímu a nekontrolovanému vlivu rodiny, jenž nemusí být vždy žádoucí. V současné nesprávné praxi na rodinu nemocného nemyslíme a ani jí nevěnujeme zvláštní péči. Tento postoj vychází z předpokladu, že všichni mají zájem na rychlém uzdravení identifikovaného pacienta a že dokonale rozumí pokynům lékaře, který je pro ně autoritou, jíž důvěřují. Na předchozí předpoklad se v praxi nelze spoléhat, zvláště u pacientů se zdravotními potížemi, jež jsou závažné a dlouhodobé. Nejen nemocného, ale i nejbližší a subjektivně nejvýznamnější **členy rodiny je nutné pro spolupráci průběžně získávat**. Je nezbytné, aby zdravotní újmu člena rodiny akceptovali a uvědomili si její rozsah a dopad včetně toho, co sami mohou a mají dělat. Neakceptace vede k nespolupráci. Je správné rodinu „na rovinu“ informovat, ať již postupným, či jednorázovým sdělením nejzávažnějších informací. Projevujeme osobní zájem a navozujeme dialog, tedy nikoliv (v naší praxi žel převažující) jednostranné a autoritativní sdělování z pozice odborníka, který

„nemá čas“. Nejen s pacientem, ale i s jeho nejbližšími se „musí mluvit“. Takto získáváme důvěru rodinných příslušníků, která je podmínkou jejich spolupráce i spolupráce pacienta s námi, protože jinak je pacient blokován.

Nemocný totiž důvěřuje lékaři a léčbě tehdy, jestliže lékaři důvěřují nejbližší příbuzní.

Jen velmi obtížně si v tomto směru lze představit rozpornou dlouhodobou situaci. Působení na pacienta ze strany lékaře a příbuzných musí být jednotné, což opět vyžaduje vzájemnou domluvu (nikoli jednostranné nařizování), která bez důvěry v lékaře není možná. Pro léčebný úspěch u vážnějších poruch zdraví je vysoce žádoucí, aby se pacient i nejbližší osoby s léčbou ztotožnily.

Každá vážnější zdravotní újma některého z členů rodiny zasahuje a ovlivňuje celou rodinu, všechny její členy.

To je další důvod, proč musíme mít na zřeteli rodinu nemocného. Vliv nemoci na rodinu může být pozitivní – např. v rodinách dialyzovaných pacientů dochází často ke zmenšování vnitřního napětí, zvětšuje se názorová shoda a vytváří příznivé emoční klima, čili vážné a život ohrožující zdravotní obtíže rodinu sjednocují. V praxi se setkáváme, byť méně často, s opakem, kdy vážná zdravotní újma někoho z rodiny působí zhoršení vztahů, případně rozpad původní rodiny. Tak tomu však bývá v rodinách více narušených již před vznikem onemocnění, úrazu nebo defektu. Bez práce s celou rodinou a znalostí možných vlivů nelze podporovat vyrovnání se s faktem onemocnění.

Rodina umožňuje nemocnému **sociální integraci** (zařazení), kterého opakem je vysoce nežádoucí **sociální izolace**. Dokáže pacientovi poskytnout nejlépe nejpřirozenější **podporu**, jejímž cílem je měnit a učinit subjektivně snesitelným určitý stav a životní období, i když se možná objektivně nedá mnoho změnit.

Podpora ze strany rodiny může mít nejrůznější podobu. Příbuzní drží s nemocným dietu, přestanou s ním kouřit, uzpůsobí celkový rodinný životní styl nově vzniklé situaci a s ohledem na možnosti nemocného tak, aby se nedostal do izolace a byl v rámci svých možností aktivní. V rodinách chronicky a dlouhodobě nemocných bývá významné plánování a prožívání společné či „dělené“ dovolené.

Dosud jsme uvažovali o souvislostech mezi rodinou, léčbou, rehabilitací, pokud jde o spolupráci rodiny a dopad zdravotní újmy na rodinné soužití. Je nezbytné zmínit také **bioekopsychosociální přístup** k problematice, který vychází z předpokladu zásadně společného působení biologických, ekologických, psychologických a sociálních okolností na etiopatogenezi a průběh zdravotních obtíží. Jejich vzájemný podíl je však různý. Z tohoto hlediska a při značném zjednodušení lze rozdělit onemocnění na **somatopsychická** (těžiště je v biologické a ekologické stránce) a **psychosomatická** (těžiště je v psychosociální stránce). Vlastní léčba (nikoliv průběžná psychologická péče) a případná následná rehabilitace pak probíhají více kolejně – **současně** ovlivňujeme předpokládané stránky onemocnění. Při působení na psychosociální stránku onemocnění v souvislosti s rodinou (co do struktury, vzájemných vztahů a dynamiky) se v praxi osvědčuje pohled preferující **homeostatický princip**, kdy vedle zdravotních obtíží přemýšlíme **také** o psychologických předpokladech, které napomáhají udržovat v rodině rovnováhu a „klid“. Musíme se proto ptát, komu a čemu konkrétně slouží a jakou roli v rodině mají.

Například *agorafobie*, tedy nepřiměřený strach z veřejných prostranství a větších shromáždění lidí (obchodních domů, front, jízdy dopravními prostředky ve špičce), bývá doprovázena záchvatovitou úzkostí prožívanou pacientem jako panika. Z hlediska rodinné a vztahové dynamiky to nejednou souvisí s tendencí nemocného vázat na sebe, „hlídat a kontrolovat“ nejbližší rodinné příslušníky a také sebe. Je tomu tak proto, že nemocný vyžaduje prostřednictvím symptomů jejich stálou přítomnost. V rodinách pacientů s *asthma bronchiale* se setkáváme se vzájemně ambivalentními vztahy a „zákazem“ silnějších emočních projevů (pláče, hněvu apod.). U dospělých pacientů shledáváme vážně narušený partnerský vztah a zdravotní potíže pak bývají účelově „využívány“. Nemocný se např. „musí“ ze zdravotních důvodů zdržovat dlouhodobě mimo rodinu ve vyšší nadmořské výšce, lékař mu „zakázal“ se rozčilovat atd.

Jako třetí příklad vlivu rodinných vztahů na vznik a udržování zdravotních potíží zmíníme noční pomočování u dětí. Z praxe je známo, že někdy děti (zvláště chlapci) přestávají udržovat již navyklou čistotu tehdy, jestliže se dostanou v rodině do změněné role či větší subjektivní zátěže spojené s úzkostí a strachem. Podnětem může být narození dalšího sourozence, nástup do školy apod. Účelová stránka zdravotních potíží je zřejmá. Lze doporučit, aby si lékař u všech onemocnění, kde lze předpokládat složitější etiologii, vzal na vědomí, jakou úlohu hrají v rodině vztahové konstelace. Tedy v čem onemocnění život rodiny změnilo, jak vypadaly vzájemné vztahy před propuknutím klinických příznaků, kdo v současné době pacientovi nejvíce z rodiny pomáhá, a naopak kdo je k němu spíše lhostejný nebo kritický.

Cílem rodinného přístupu je zprvu identifikovat účelovost symptomů z hlediska struktury rodiny a její dynamiky. Vztahová diagnostika je východiskem psychotherapeutických zásahů, kdy chceme nežádoucí rovnováhu zrušit a nastolit rovnováhu zdravou, která „nepotřebuje“ ke svému udržování zdravotní obtíže. Je zřejmé, že se do popředí dostává otázka komunikace členů rodiny mezi sebou a jejich vzájemných vztahů. Rodinným přístupem a terapií celé rodiny se speciálně zabývá **psychoterapie rodiny** a tzv. **rodinná psychosomatika**. Zdůrazňujeme, že se jedná o poměrně náročné postupy,

jejichž základy si již dnes mohou lékaři osvojit v rámci specializovaného psychoterapeutického vzdělávání.

SOUHRN

Pro moderní medicínu je příznačný bioekopsychosociální přístup, který do prevence, diagnostického, léčebného a rehabilitačního procesu zahrnuje i pacientovu rodinu. Základními funkcemi rodiny jsou reprodukce, ekonomické zabezpečení jejích členů, funkce socializačně výchovná a citově intimní. Rodina je dynamický systém usilující o aktivní rovnováhu. Mezi jeho hlavní znaky patří vzájemná propojenost každého s každým a komunikačně interakční ovlivňování. Vztahy zde mívají ráz cirkulární kauzality. Nejdůležitější pro dobrou funkci rodiny je soužití rodičů, jež by mělo být takového rázu, že jeden pro druhého neznamena pouze prostředek k uspokojování jeho vlastních potřeb a zájmů, nýbrž je mu cílem. Poruchami soužití se zabývá matrimoniopatologie. Nejčastějšími nežádoucími vztahy mezi partnery jsou vztahy kalamitní a debaklové. Rozeznáváme čtyři základní typy rodiny: uzavřenou, koaliční, chaotickou a vyrovnanou–stabilní. Rodina vzniká, rozvíjí se a zaniká v čase. Ve vývoji prochází zpravidla osmi fázemi, kdy zvláště na přechodu mezi jednotlivými obdobími dochází ke krizím. Rodina poskytuje svým členům domov. Její kvalita se promítá do zdravotního stavu příslušníků rodiny a souvisí s prevencí, etiopatogenezí, léčbou a rehabilitací zdravotních obtíží. Význam rodiny je doložen i výzkumně (závažné a kritické životní situace, zkoumání podmínek pevného, nezdolného zdraví–salutogeneze), stejně jako empiricky (vliv rodiny na zdravotní stav dítěte i dospělého). Lékař nesmí zapomenout na skutečnost, že se při své praxi může setkat s dětmi týranými, zanedbávanými a zejména sexuálně zneužívanými. Chceme-li, aby s námi nemocný kvalitně spolupracoval, je žádoucí získat ke spolupráci celou jeho rodinu. Základ zde tvoří důvěra v lékaře a ve způsob léčby. Při léčbě a rehabilitaci je užitečné vycházet z homeostatického pojetí rodiny a neopomenout účel, jenž může mít zdravotní újma pro udržení rodinné rovnováhy a relativního klidu. Diagnostikou a léčebným ovlivňováním rodiny se zabývá psychoterapie rodiny a rodinná psychosomatika.

Vztah pacient–lékař a jejich vzájemná komunikace

V následující části se seznámíme s pojmy role, imago a stereotyp. Blíže pojednáme o roli lékaře a roli pacienta, včetně jejich vzájemných očekávání. Dále se dovíme o důležitých vztahových vlastnostech, jako jsou koluze, přenos a protipřenos, potřeba akceptace a bezpečí. Druhá polovina kapitoly patří problematice komunikace – řeči slov a řeči těla, dále pak podmínkám a úskalím žádoucí spolupráce pacienta s lékařem. Upozorníme na dva základní modely vztahu pacient–lékař: na model orientovaný na lékaře a nemoc a model orientovaný na pacienta. Závěrem kapitoly se dovíme o supervizních balintovských skupinách.

Vztah mezi pacientem a lékařem vytváří prostor, v němž probíhá jakýkoliv kontakt a péče o nemocného (pokud je při vědomí a živý), včetně nejbližších osob jeho života. Proto hned v úvodu nabízíme k zamyšlení varovnou poznámku z pera jednoho z předchůdců a snad i zakladatelů lékařské psychologie, K. Jasperse. V roce 1958 napsal: „Čím větší je vědecké poznání a možnosti, čím výkonnější zařízení pro diagnostiku a terapii, tím obtížnější je najít dobrého lékaře, ba lékaře vůbec!“ A pokračujeme větami anglického kardiologa C. Walse z roku 1986: „Dříve měli lékaři málo vědeckých informací, zato však pomáhali životní moudrostí, soucitem a porozuměním. Čekali na nové vědecké objevy. Po druhé světové válce se s nimi roztrhl pytel. Ty však zasypaly moudrost, porozumění a lidský vztah. Je načase, abychom tu hromadu přebrali a vytáhli z ní již řádně přidušeného a pošramoceného lékaře. Bude však asi ještě chvíli trvat, než se nám nebožák z toho šoku vzpamatuje!“ Předchozí citáty poukazují na nebezpečí jednostrannosti moderní, tedy i současné medicíny – a její nerovnoměrný vývoj. Na vztah mezi nemocným a lékařem klademe proto tak velký důraz, protože **medicína „bez psychologie“ přestává být medicínou lidské bytosti – *lege artis*.**

Vzpomínám si na jednu přednášku medikům, kdy jsem vymezoval rozdíl mezi humánní a veterinární medicínou odkazem na skutečnost, že humánní medicína bere na vědomí také subjektivitu člověka, tedy jeho psychické potřeby a prožívání. Jedna přítomná studentka mne hned opravila slovy, že kdyby veterinář nepřihlížel k psychologii zvířat, byl by záhy pokousán, poškrábán a poklován.

Meziosobní vztahy a komunikace, čili dorozumívání, se vyskytují při všech lidských setkáních. V situaci zdravotnické praxe jsou specifické tím, že zde přichází do kontaktu člověk ve zdravotní a často i psychosociální nouzi, tedy někdo, kdo potřebuje pomoc, s tím, kdo tuto pomoc poskytuje. Vztah mezi pacientem a lékařem a jejich komunikace vstupují do celého diagnosticko-léčebného procesu, neboť tvoří prostředí, v němž léčba probíhá, a jsou i jedním z prostředků, jimiž se uskutečňuje. Celou problematiku si přibližme prostřednictvím několika psychologických pojmů, které dobře vystihují pozici člověka jako sociální bytosti.

Role

je očekávané a vyžadované chování, související s určitým postavením člověka ve společnosti. Neboli jedinec se zhošťuje své role, pokud se chová tak, jak je od něho očekáváno. Lze tak hovořit o roli matky, otce, dítěte, ale i o roli lékaře a pacienta. S pojmem role úzce souvisejí pojmy imago a stereotyp.

Imago

z lat. *imago*, tj. obraz, vzor, ideál, je vědomá, ale i neuvědomovaná představa, kterou jsme si vytvořili o určité skutečnosti. Významná je její neuvědomovaná část, mající motivační sílu, protože je nesena emočně. Lze hovořit o imagu určitého výrobku, imago mají i společenské role, jako je role lékaře a pacienta. S tímto pojmem se do určité míry překrývá výraz používaný v sociální psychologii a sociologii, totiž stereotyp.

Stereotyp

v našem případě znamená mínění či soubor názorů, které se týkají určité skupiny individuí, avšak nevycházejí z vlastního posouzení a zkušenosti, nýbrž jsou šablonovité a obecné. Stereotyp je převzat ze sféry „říká se“, „to ví každý“ atd.

Autostereotyp

Jde o mínění o skupině, jíž je posuzovatel členem (např. autostereotyp lékaře), **heterostereotyp** se naopak týká cizí skupiny (např. heterostereotyp pacienta).

Role je něco, co je tradováno, zároveň však má při vnímání, hodnocení a prožívání i zkušenostní složku, tedy vlastní představu (imago) a určité klišé (stereotyp). Výsledkem pak je postoj, čili pohotovost a tendence reagovat v obdobné situaci určitým opakujícím se a typickým způsobem.

Postoj

je psychologickým označením pro obecnou i individuální zkušenost člověka s určitou skutečností, jež se projevuje v hodnocení této skutečnosti a posléze v jednání, které může být hodnocením motivováno.

Je zřejmé, že o pacientovi a lékaři lze hovořit prostřednictvím všech předchozích pojmů a vzájemný vztah jimi vykládat.

Po tomto stručném vymezení se vraťme opět k pojmu role.

Každá role obsahuje polární dimenze: dominance – submise, pozitivní hodnocení – negativní hodnocení, aktivita – pasivita. Jak dále uvidíme, lze jimi popsat a přiblížit roli lékaře a pacienta.

6.1 Role lékaře

Lékař–doktor (z lat. *doctus*, tj. učený, vzdělaný) je nejen v naší kulturní oblasti, ale všude na světě hodnocen tradičně vysoce pozitivně. Má významné etické a sociální postavení, i když dochází – pravděpodobně nejen u nás – do určité míry k detronizaci tohoto povolání a k jeho střízlivějšímu posuzování. Lékař ještě před několika desítkami let byl tím, kdo „přinášel a obnovoval zdravé“, vracel nemocného „od smrti zpátky k životu“ a v představách lidí býval „pánem nad životem a smrtí“, „dělal zázraky“ a připisovala se mu až magická moc. Od lékaře byla a je očekávána nezištnost a obětavost, v představě lidí „musí být vždy k dispozici“. V zásadě si ho druzí váží a kladou na něho zvýšené požadavky, i když pravděpodobně v menší míře, než tomu bylo dříve. Hodnocení je střízlivější. Vidíme, že role lékaře se postupně mění, bývá považován za **odborníka** v duchu přírodovědeckého obrazu světa. Dále si k němu aktuální či potenciální pacient vytváří **osobní** vztah (v představě nejednou patří mezi jeho známé a tak trochu „do rodiny“). Lidé od lékaře očekávají spíše **dominanci, rozhodnost a aktivitu**, zároveň pro sebe **pochoopení** a z jeho strany **osobní zájem**. A samozřejmě má **rychle** a nejlépe **bezbolestně pomoci**. Mísí se zde racionální a iracionální očekávání, iracionální pak zejména tehdy, jestliže se cítí pacient opravdu zle, nebo je-li na tom objektivně špatně. V tom případě často u nemocného i u příbuzných vzniká k lékaři vztah jako k „velkému léčiteli“. **Magické zabarvení** obrazu lékaře je téměř stále přítomné, lékař s ním musí počítat a střídme je využívat.

V současné době nabyly na oblibě alternativní formy medicíny, kde hrají důležitou terapeutickou úlohu právě magické prvky v očekávání pacienta vzhledem k lékaři a jeho „umění“. Zvláště účinní jsou pak lidé, kteří v očích veřejnosti disponují zvláštními schopnostmi a „tajemnými prostředky“. Zajímavý je i fenomén přírodního léčení, kdy lékař zprostředkovává „moudrost a zdraví“ přírody. Nemusí se ani tolik jednat o potřebu „magična“, nýbrž v zásadě o racionální postoj a vyrovnávání jednostranné neosobní a vědecké orientace, ke které se může rád uchýlovat i nejistý lékař.

Představa lékaře o sobě, tedy jeho sebeobraz a **profesionální identita** (ztotožnění s povoláním), jsou psychologicky nesmírně zajímavé a mají dalekosáhlý dopad na jeho práci. U úzce zaměřených, a zvláště „přístrojových“ specialistů se pravidelně setkáváme s tím, že jejich profesionální identita je oslabena či se nemůže pevněji vytvořit, neboť nepřístupují k pacientovi jako k celku a také často nejsou schopni se o něho kvalitně komplexně postarat. Kontakt s „běžnými“ pacienty se vyhýbají a jsou v něm nejistí. U mladých lékařů po promoci, pokud přicházejí pracovat do lůžkových zařízení, bývá jejich sebeobraz mnohdy nesen imagem chirurga jako někoho, kdo rázně, rychle a účinně pomůže. U začínajících lékařů se poměrně častěji setkáváme s pocity a fantaziemi, jež lze nazvat **iluzí všemohoucnosti**, mívající za následek přeceňování osobních i léčebných možností. Takový lékař se cítí být velmi důležitý a pacientům slibuje více, než může splnit. Oboustranná zklamání jsou proto častá. Pacienty, kteří se „nelepší“, pak vnitřně odmítají, projevují netrpělivost, nebo nemocné zatěžují zbytečnými vyšetřeními apod. Zvláštní skupinu tvoří **nejistí lékaři**, kteří prožívají požadavky praxe, zvláště spojené s rychlým rozhodováním, jako těžko splnitelné. Obávají se, že pacienty poškodí, což je zúzkostňuje a svazuje jejich ruce i myšlení. Odpovědnost a nerozhodnost je tíží, avšak pod vedením zkušenějšího kolegy se stávají velmi dobrými lékaři, protože se nepreceňují a mají tendenci se stále učit. Předchozí poněkud problematické hledání vlastní a profesionální identity jsme zmínili proto, že nalezení „sebe v práci“ je pro začínajícího lékaře něco jako „vývojový úkol“. Mimořádně důležité je zařazení lékaře po dostudování na takové pracoviště, kde nalezne kvalitní identifikační vzory pro tento profesionální „imprinting“, neboť první dlouhodobou praxi lze považovat za formující pro celý následující profesionální vývoj.

Role lékaře, jak jsme již zmínili dříve, v sobě zahrnuje **dominanci** („mocnost“), ale i **obětavost** a **nezištnost** vůči pacientovi, na jehož straně má zásadně stát (etická rovina a z ní plynoucí pozitivní hodnocení), a **aktivitu** v počínání, za kterou nese **odpovědnost**. Pacient očekává, že má lékař k němu pozitivní vztah a touží po jeho osobním zájmu, stejně jako po ničím neomezené ochotě pomoci. Pacient lékaři „předem“ věří a vyžaduje, aby byl odborně kompetentní (např. zpravidla považuje svého ošetřujícího lékaře za „lepšího“, než jsou ostatní).

Vztah mezi lékařem a pacientem je vždy **asymetrický**. Asymetričnost je přirozená, protože pacient přichází za lékařem, a ne naopak, byť i lékař bývá závislý na spokojenosti pacienta, který se někdy stává „zákazníkem“. Ovšem pacient je na lékaři závislý podstatněji tím, že trpí zdravotní újrou, kterou lékař odstraňuje. A zdraví je jednou z nejvyšších hodnot, neboť určuje kvalitu života a vůbec život, což jsou skutečnosti obtížně převoditelné a vyjádřitelné jiným způsobem – např. penězi, které mají vždy jen charakter „prostředku“.

Asymetrické vztahy jsou zároveň **komplementární**, vzájemně se doplňují. Také role a pozice lékaře, stejně jako role a pozice pacienta, odpovídají tomuto vztahu.

6.2 Role pacienta

Jakmile člověk onemocní a stane se pacientem (z lat. *patiens*, tj. snášející, otužilý, vytrvalý), mnohé se zpravidla v jeho životě změní, a to ve vztahu, který má k sobě, i ve vztahu k relevantním skupinám, jako jsou rodina, spolupracovníci a přátelé. Zaujímá také určitou roli vzhledem k zaměstnavateli, zdravotní pojišťovně apod. V dalším textu se zaměříme převážně na roli pacienta vůči lékaři.

K roli pacienta, „nemocného“, „bez-mocného“, patří jeho **podřízenost**, což souvisí s latinským výrazem *patientia*, tj. schopnost něco snášet, trpělivost, vytrvalost a tradičně **trpná pasivita**. Tato pasivita je však v novější době odmítána jako něco nežádoucího, pacient má být **aktivní**, ovšem v intencích lékařova úsilí po jeho uzdravení – toto úsilí má být **společné**.

De facto je však v mnohém určující a aktivní pacient. Rozhoduje např. zpravidla o tom, u koho a zdali se vůbec bude léčit, na něm je dodržování ordinace. Léčbu může přerušit, změnit lékaře atd.

K roli pacienta dále patří i očekávání určité **pozitivní sociální odezvy** – bývá pardonován, litován, nemusí plnit běžné povinnosti (doma i v práci), nosí se mu dárky. Podobně i nemocnému dítěti se dostává více emoční náklonnosti a pozornosti ze strany okolí a zvláště rodičů, což je pro ně cenné zvláště tehdy, má-li sourozence a jde-li o školáka, neboť nemusí do školy a zůstává doma. Zde lze hledat i původ výhod, jež bývají nazývány **sekundárním ziskem z nemoci**, který někdy přispívá k chronicitě – onemocnění, invalidnímu důchodu apod. Pro úplnost dodejme, že rozeznáváme ještě **terciární zisk z nemoci**, který lze pozorovat u příbuzných nemocného – např. matka ráda zůstane s nemocným dítětem doma a jeho nemocnost prodlužuje, čímž se vyhne pobytu v zaměstnání, kde se necítí dobře.

S rolí nemocného bývá spojen názor, že na své nemoci **nenese vinu**, stejně tak že **nemůže za své projevy**, jež jsou v přímém vztahu a důsledku s jeho onemocněním. Není od něj ani očekáváno, že se uzdraví z vlastního rozhodnutí a pouze vlastním přičiněním, protože člověk „opravdu“ nemocný

potřebuje lékaře, musí jej proto vyhledat a přijmout jeho službu. K roli pacienta dále patří, že se **chce uzdravit** a že bude ve všech směrech s lékařem **spolupracovat**.

6.3 Vztah lékař–pacient

Vztah mezi pacientem a lékařem je do značné míry určován vzájemným očekáváním a tím, do jaké míry jsou tato očekávání naplňována oběma stranami této interakční dyády. Zde bývá také zdroj mnoha vzájemných komunikačních a postojoyých nedorozumění, na druhé straně i silného terapeutického potenciálu. Proto této otázce budeme věnovat větší pozornost a částečně zopakujeme to, co bylo uvedeno výše.

Pacient od lékaře očekává

zvýšený zájem o svoji osobu a především, že mu bude rychle pomoheno tím, že lékař jeho symptomy rychle zmírní a posléze odstraní. Počítá s lékařským tajemstvím, a proto je ochoten svěřit lékaři vše, o čem se domnívá, že souvisí s jeho nemocí. Dále očekává podporu ze strany lékaře, že ho bude o všem důležitém informovat a že se na lékaře může opravdu plně spolehnout. Zde je třeba upozornit, že na základě běžné praxe a zkušenosti mnoho pacientů nevěří, že by je lékař informoval o velmi špatné prognóze a spíše očekávají nějaký druh „milosrdné lži“, což spolupráci velmi komplikuje. Čím více se cítí být nemocen, tím je pacient více pacientem a tím ochotněji se podřizuje a plní lékařova doporučení a nařízení. Lékař je pro pacienta člověkem, jehož si váží a zároveň se ho i obává.

Jedná se patrně o zobecněnou dětskou zkušenost – lékař způsobuje bolest (např. při aplikaci injekce) a ani matka dítě před ním neochrání. Málo kultivovaní rodiče rádi straší „doktorem“. Tento strach děti překonávají hrou na doktora (nemusí se vždy jednat o projev sexuální zvědavosti) a hra je též vhodným prostředkem, jak dítě lze připravit na setkání s lékařem a na případný pobyt v nemocnici.

Úcta a obavy jsou i reálné, protože lidé jsou v případě vážného zdravotního stavu na lékaři závislí a vydání „na jeho milost a nemilost“.

Lékař od pacienta očekává

podřídivost a vděčnost, a že se jeho zdravotní stav bude rychle lepší až do údravy. Proto v případě vleklých a „neúspěšných“ léčeb bývá lékař frustrován a může mít ne zcela uvědomovanou tendenci pacienta vnitřně odmítat a eventuálně hledat „chybu“ v malé spolupráci pacienta, případně jeho

rodiny, může je neprávem obviňovat apod. Lékař počítá, že s ním nemocný plně spolupracuje, což je **jeden z největších omylů**, jichž se dopouští, neboť běžný pacient skutečně spolehlivě spolupracuje tehdy, jestliže se cítí být pacientem. Při subjektivním zlepšení jeho zdravotního stavu musíme pacienta neustále ke spolupráci motivovat, protože jinak přestává naše pokyny dodržovat.

Důkazem toho bývají „sbírky léků“, jež sestry pracující v nemocnicích u nemocných nalézají, a „ušetřené léky“, včetně antibiotik, které mají lidé doma ve svých lékárníčkách.

Uvádí se, že 30–50 % pacientů léčených ambulantně doporučení a medikaci nedodržuje. Zkušenost ukazuje, že ženy spolupracují lépe než muži, stejně tak děti jsou v tomto směru spolehlivější než dospívající.

Lékař od pacienta očekává, že mu sdělí pravdivě všechny vyžádané informace, včetně informací důvěrného rázu (duševní a pohlavní onemocnění apod.), a že se nechá vyšetřit i v nejintimnějších oblastech. Dále má lékař tendenci považovat za samozřejmost, že nemocný strpí narušování vlastní tělesné integrity, bolestivé i zraňující manipulace, jež „statečně vydrží“, stejně jako že se podrobí úkonům, které jsou nebo mohou být pro něho nebezpečné (např. rentgenové vyšetření, jaterní punkce).

V německy mluvících zemích údajně očekává lékař od svého pacienta řešitelnost a jasnost jeho nemoci, připravenost nechat si pomoci, soustředěnost, klidnost, spokojenost a čilost. Naproti tomu se však setkává s tím, že je současný pacient spíše unavený, vážný, potřebuje opakovaně povzbuzovat, je málomluvný, rozvláčný a nesympatický.

V anglosaských zemích jsou z hlediska lékaře žádoucí pacienti označovaní zkratkou YAVIS (young, attractive, verbal, intelligent, successful, sexy) – mladý, pohledný, slovně pohotový, inteligentní, úspěšný a sexuální přitažlivý. V praxi se však více vyskytují nemocní označovaní zkratkou HOUND (homely, old, unattractive, nonverbal, dumb) – jednoduchý člověk, starý, nepohledný, slovně nepohotový, mlčenlivý.

Vzájemný vztah mezi pacientem a lékařem je utvářen i jejich případným **osobním svérázem**. Lékař i pacient mohou být úzkostní, depresivní, mohou mít sklon k podezíravosti, pedantství apod. Lidé obdobných vlastností (stejně jako zájmů) se zpravidla navzájem lépe chápou, rozumějí si, jsou si blízcí a sympatičtí. Na druhé straně člověka někdy přitahuje pravý opak – tedy to, čemu nerozumí. Proto lékaři mohou v praxi subjektivně upřednostňovat nemocné se shodnými osobnostními charakteristikami (např. pokud jde o zmíněnou úzkostnost a depresivnost), nebo naopak pacienty komplementární (např. pedanty přitahuje impulzivnost a naopak).

Předchozí tendence však může mít pro pacienta negativní dopad. Například depresivně laděný lékař snadno podcení depresi u svého pacienta, neboť díky své osobnosti ji považuje za něco obvyklého, normálního, a „nevidí“ ji.

Každý z nás máme svoji „**osobní rovnici**“, jež nás ovlivňuje v osobním i pracovním životě – a promítá se i do vztahu k nemocnému. Je velmi žádoucí, aby lékař sebe dobře znal i ve smyslu svých „slepých skvrn“ a „skotomů“ při posuzování druhých lidí. Tento požadavek, tedy sebepoznání, zvláště vynikne v souvislosti s následujícími vlivy, jež spoluurčují vztah mezi pacientem a lékařem. Jsou to koluze, přenos a protipřenos.

Koluze

Z lat. *colludere*, tj. hrát si spolu, znamená, že lidé mívají tendenci v meziosobní sféře navazovat zvláštním způsobem komplementární a těsné vztahy, jež se stávají jejich „osudem“. Komplementarita, potřeba „určitého typu“, je **neuvědomovaná** a něčím, co jedince motivuje, vztahově předurčuje a přitahuje. Je to jeho základní „vztahový program“ s cílem udržení duševní rovnováhy.

Koluze např. souvisí s již dříve zmíněným syndromem pomahačů a syndromem vyhoření. Lidé aktivně závislí mají nutkavou potřebu se o druhé starat a „obětovat se“, čili vyhledávají a naopak přitahují jedince, kteří jsou pasivně závislí a rádi nechávají druhé, aby se o ně starali. Kromě toho lidé aktivně závislí mohou být snadno zneužíváni těmi, kdo tuto jejich tendenci vycítí.

Lze si představit i vztahovou situaci, kdy je lékař vlastní výrazná snaha se prosazovat, určovat, prostě ovládat, a tuto tendenci projevuje i tam, kde překračuje svoji kompetenci – např. radí zcela subjektivně lidem v otázkách jejich osobního života a vyžaduje poslušnost, což může některým pacientům komplementárně vyhovovat. Ztrácejí však odpovědnost za vlastní život, neboť nechávají o sobě rozhodovat (a rádi) někoho jiného. Jestliže se však takový lékař setká s pacientem, který tuto jeho tendenci nepřijme, může mezi nimi vzniknout napětí, případně konflikt, jenž zhorší péči lékaře o pacienta a naruší pracovní společenství.

Tento neuvědomovaný sklon má pravděpodobně původ v dětství, kde se vytvářejí naše základní způsoby sociálního reagování a očekávání. Přenáší se, byť různě složitě, až do dospělosti. Dostáváme se tím k problematice přenosu a protipřenosu.

Přenos a protipřenos

Oba tyto pojmy jsou původně psychoanalytickými termíny k vyjádření vlivu dětských vztahů a zkušeností k subjektivně významným osobám (zvláště

rodičům a sourozencům) na chování člověka v dospělosti, na které je „přenáší“ – proto přenos. Pro přenos ze strany lékaře na pacienta se vžil název protipřenos. Podobně jako u koluze, jde o postoje a způsoby chování – ale i prožívání a myšlení –, jež jsou iracionální povahy, nápadné a běžně nesrozumitelné.

Mladá lékařka se velmi dobře po všech stránkách stará o starší pacientku, která je jí na jedné straně vděčná, na straně druhé „dětsky vzdorovitá“, což může souviset s tím, že přes věkový rozdíl na ni přenáší svůj ambivalentní vztah k již zesnulé matce, která pro ni byla autoritou, stejně jako lékařka.

Přenos vůbec usnadňuje situace vážněji nemocného, kdy dochází lehce alespoň po určitou dobu k **regresi**, tedy k prožívání, chování a myšlení pacienta, jež jsou vývojově mladší. Kdyby lékařka reagovala protipřenosem, mohla by např. vzhledem k pacientce prožívat pocity viny a sebe hodnotit jako „špatnou“, pokud ve vlastním dětství častěji prožívala totéž ve vztahu ke své matce.

Rozeznáváme tři základní typy přenosu (protipřenosu):

- a) **pozitivní** – projevuje se myšlením, prožíváním a chováním, kde výrazně převažuje sympatie, láskyplná náklonnost a radost;
- b) **negativní** – v myšlení, prožívání a chování je přítomen hněv, nepřátelství, zklamání, strach a podezřivost;
- c) **ambivalentní** – v myšlení, prožívání a projevu člověka se současně projevují výše zmíněné kvality v pozitivní i negativní formě.

Netřeba zdůrazňovat, že tyto fenomény mohou vztah mezi lékařem a nemocným velmi komplikovat, pokud s nimi, stejně jako s jejich možným projevem u ostatních lidí, lékař není dobře obeznámen.

Specifičnost situace

Interakce mezi nemocným a lékařem probíhá ve zvláštní situaci, která obsahuje celou řadu proměnných, které tento vztah dotvářejí, zabarvují a někdy i podstatně určují. Jsou to okolnosti týkající se např. **věkové kategorie pacientů** (dětské oddělení, dorostové oddělení, geriatric apod.), ale i **oboru a typu** onemocnění. Pacienti se často „předem“ bojí chirurga, že jim způsobí bolest, onkolog vyvolá obavy ze strastiplného umírání a bezmocnosti, návštěva venerologa, obdobně jako psychiatra je mnohými chápána jako ostuda. Tyto pacientské postoje mají někdy ráz předsudků, rozhodně vztah k lékaři poznamenávají a nutno si tuto skutečnost uvědomovat.

Závěrem bychom rádi zdůraznili, že v meziosobních vztazích, tedy i ve vztahu mezi pacientem a lékařem, se projevuje velmi důležitá lidská potřeba a tendence, a to touha po **akceptaci (přijetí) a uznání**. U pacienta, který bývá znejistěn a zpravidla prožívá úzkostné obavy a strach, se proto aktualizuje **potřeba bezpečí a jistoty**, kterou ve vztahu očekává a hledá. U lékaře

je to naopak snaha po potvrzení profesionální zdatnosti, což souvisí s vytvářením a upevňováním jeho **identity a sebevědomí**.

Vztah mezi lékařem a pacientem není něčím jednou provždy daným, nýbrž se vyvíjí. Velmi přitom záleží na vzájemné komunikaci mezi oběma stranami.

6.4 Komunikace a spolupráce pacienta s lékařem

Komunikace, čili výměna informací znamená, že mezi lidmi dochází k **předávání významových obsahů** prostřednictvím řeči a současně je tato situace **sdílena**. Komunikace je procesem realizovaným **ve vztahu a prostřednictvím vztahu**. Probíhá zpravidla tak, že lékař většinou dominuje (ptá se, určuje téma rozhovoru) a pacient se přizpůsobuje a podřizuje. Lékař mívá komunikační výměny pod kontrolou, proto jej v našich podmínkách znejistuje, jestliže se nemocný stává aktivním se snahou určovat průběh a obsah rozhovoru.

Upozorňujeme, že pacienti někdy nenápadně, ale velmi účinně přebírají iniciativu tím, jaké symptomy „nabízejí“ a jak o svém zdravotním stavu a léčbě referují – lékaře vlastně řídí a vztah metakomplementárně určují („dovolím ti, abys o mně rozhodoval“). Takto si počínají zvláště „zkušení“ pacienti.

Komunikace se uskutečňuje prostřednictvím jazyka, který je systémem pravidel integrujícím kognitivní, emoční a sociální faktory.

Rozeznáváme řeč slov (verbální) a řeč těla (paraverbální, nonverbální složka komunikace) zprostředkovanou mimikou, pohledy, gesty apod. Třetí řečí, v přeneseném významu, je **řeč skutků a činů**, jež je nejjasnější a nejpersvědčivější. Řeč těla, spolu s tónem a zabarvením hlasu, dává slovům pravý význam tím, že je upřesňuje a vypovídá i o vzájemném vztahu mezi hovořícími lidmi.

Například věta: „Tak vás tu pěkně vítám“ může být pronesena vřele, opravdově, ale také ironicky s podtónem agresivity či tak, že je zřejmé, že nás přichází obtěžuje. To vše dosahujeme především tónem a hlasovým zabarvením spolu s výrazem tváře včetně pohledu a držení těla. Rozpor mezi verbální a neverbální složkou komunikace přináší nejasnosti, napětí a případná nedorozumění.

Jistě si lze představit lékaře, který říká pacientovi či jeho příbuzným závažnou informaci nedůrazně a ledabyle, z čehož pak vznikne u příjemce informace chybný dojem, že „o tolik nejde“.

Diagnosticko-léčebný proces, pokud je pacient při vědomí, je bez komunikace nemyslitelný. Pro lékaře jsou rozhovor a pozorování nemocného východiskem dalšího rozhodování, neboť jimi získává obvykle první informace, jimiž se řídí.

Jednou ze základních potřeb pacienta je touha po informacích. Chce znát diagnózu, příčiny svých zdravotních obtíží, jejich prognózu a terapii – včetně jejího zdůvodnění, čili „co se děje“, „proč“ a „co se dá dělat“. Je tomu proto, že si potřebuje vytvořit „soukromou představu nemoci“, čili subjektivní hypotézu o vzniku a druhu svého onemocnění, a zařadit ji do svého života a zároveň proti potížím postupovat.

Právě tato základní informační situace vyvolává mezi lékaři a jejich pacienty nejednou nespokojenost a pocit trpkosti; pacienti mívají dojem, že je lékař neinformuje, lékaři naopak pocit, že jim nemocní neodpovídají na dotazy, informují je zkresleně, nedostatečně atd. Jestliže vážne domluva, vznikají nedorozumění a vztahové „šumy“, což mívá za následek, že pacient lékaři přestává důvěřovat, s jeho péčí není spokojen a hůře spolupracuje.

Spolupráce pacienta s lékařem

je výsledkem vzájemného vztahu a komunikace mezi oběma. V odborné literatuře se k jejímu vyjádření užívá na mezinárodní úrovni anglického výrazu **compliance** (vyhovění, splnění, dodržení). Zároveň je žádoucí jeho aktivita ve směrech pro léčbu či rehabilitaci žádoucích – není trpným objektem, ale aktivním subjektem péče.

Vzhledem k asymetrii vztahu a přirozené převaze je to právě lékař, kdo ji podstatným způsobem určuje, i když jsou známy různé „manévry“, jimiž nemocní lékařem z různých důvodů manipulují (např. nesprávně jej informují o účinku léku se snahou dostat podle jejich názoru lék „lepší“).

Náročnější a zpravidla obtížněji ošetřitelní bývají pacienti, s nimiž se nesnadno domlouváme – což má nejrůznější příčiny. Stručně zmíníme **kommunikační bariéry** související s věkem pacienta (malé děti, starší lidé), se smyslovými a mentálními defekty, s duševní poruchou a s jazykovou limitovaností (cizinci).

Vyšetření a kontakt s **malými dětmi** nebývá snadný zejména tehdy, jestliže má s nimi lékař malou osobní zkušenost. Počítejme s tím, že děti, které nás neznají, se k nám vztahují spíše s obavami a strachem (tento postoj, je-li vyhraněný, je dán jejich předchozí negativní zkušeností a vlivem rodičů). Děti předškolního věku zásadně vyšetřujeme a ošetřujeme v přítomnosti doprovodu, u starších dětí lze respektovat jejich přání. První kontakt lze navázat tak, že se dítěti subjektivně přiblížíme a oslabujeme jeho předpokládaný strach. Uklidníme ho tím, že ho pohladíme, vlídně se zeptáme, jak se jmenuje, naznačíme hru apod. Je samozřejmé, že jsme informačně závislí na

jeho doprovodu, proto lze výchozí situaci vyšetření uspořádat tak, že zatímco hovoříme s rodičem, dítě kreslí nebo si hraje, a tak si na prostředí postupně zvyká. Vlastní komunikace s dítětem vychází z jeho vývojové úrovně, zdravotní problematiky i aktuálního stavu. Trpělivost, klid a pochvala jsou těmi hlavními charakteristikami žádoucího chování lékaře. Při odchodu z ordinace si má dítě odnášet malý dárek (obrázek apod.).

U věkově **starších pacientů** (orientačně nad sedmdesát let) počítejme s úbytkem smyslových funkcí (častá je nedoslýchavost) a mnohdy s jejich depresivním laděním, které souvisí s jejich sociální situací (zvláště u vdov a vdovců s pocity osamělosti, zbytečnosti a nedostatečné pozitivní citové odezvy ze strany příbuzných). Zmíněné skutečnosti spolu s aktuálními zdravotními obtížemi pak tvoří komunikační bariéru. Ze strany lékaře je důležité, aby se starším člověkem jednal především jako s plnohodnotnou bytostí. Proto pozor na infantilizaci nemocného vedoucí k regresi, pasivitě, případně vzdorovitosti. Nutno se průběžně přesvědčovat, zda nám starší pacient plně rozumí a umožnit mu si s námi „popovídat“.

S **handicapovanými pacienty** se praktičtí lékaři setkávají a budou se setkávat stále častěji. Obtížné dorozumění a spolupráce je zejména u kombinovaných smyslových a mentálních defektů. U dospělých pacientů lehce mentálně retardovaných (úroveň debility) odpovídá např. jejich intelektová úroveň orientačně mezi devíti a deseti lety vývojového věku. U jedinců těžce mentálně retardovaných jsme informačně odkázáni na jejich doprovod a na observaci. S pacienty trpícími smyslovými vadami (zrak, sluch) jednejme zcela přirozeně a s ohledem k handicapu – nemocné se zbytky zraku a nevidomé o všem průběžně informujeme, nezvyšujeme hlas a obracejme se na ně ve všem přímo i v přítomnosti doprovodu. U hluchoněmých jsme odkázáni na tlumočení, stejně tak v případě cizinců, pokud nemluvíme řečí, kterou obě strany opravdu dobře ovládají. U **cizinců** je vysoce žádoucí až nezbytné respektovat jejich kulturní, etnická, případně náboženská specifika (např. nahota u věřících muslimů) i zvláštnosti, plynoucí z jejich postavení v České republice. Předchozí skutečnosti se týkají i mnohých Romů, pokud se neasimilovali či neintegrovali do české majoritní společnosti. U lidí trpících **duševní poruchou** (zejména psychózou) vyplývají komunikační bariéry z typu a aktuálního stavu jejich psychického onemocnění. Můžeme se setkat s tím, že s námi odmítnou hovořit z důvodu mutismu, těžké deprese, úkorných bludů apod. Zde pak jsme odkázáni na jejich doprovod, případně lze doporučit konzultaci s ošetřujícím psychiatrem. I u nemluvivých pacientů a těch, kteří se zdají být „mimo kontakt“, však raději počítejme s tím, že nám rozumí. Jednejme proto zdvořile, klidně a věcně, obracejme se na ně s pokyny přímo, můžeme je opakovat. Stává se, že duševně nemocný a nekomunikující pacient se stane sdílným teprve v nepřítomnosti doprovázející osoby, což je zároveň pro nás diagnosticky cenné a vypovídající o jejich vztahu.

Celkově lze konstatovat, že komunikační bariéry překonáváme vlídností, trpělivostí, klidem a jednáním s druhým jako s plnohodnotnou bytostí. Respektovat musíme mentální úroveň, případně specifickost defektu a aktuální zdravotní stav pacienta.

Jaké jsou nejčastější důvody **špatné dlouhodobé spolupráce pacienta**, případně jeho příbuzných s lékařem, mající zdroj v nedostatečné komunikaci? Máme zde na mysli „běžné“ situace a „běžné“ nemocné.

1. Velká asymetrie vztahu – lékař výrazně dominuje a od pacienta očekává racionální jednání a bezvýhradnou poslušnost. Nezajímá se o jeho psychiku a pacient z něho má strach.
2. Pacient čekal na ošetření dlouhou dobu.
3. Neochota lékaře s pacientem (příbuzným) hovořit, zpravidla v kombinaci s nedostatkem času („tlak čekárny“). Aby nemocný (příbuzný) upřímně sděloval relevantní informace, musí být vytvořen základní prostor důvěry a nelze stát pod diktátem času.
4. Lékař mluví způsobem, že mu pacient (příbuzný) nerozumí, či špatně rozumí. V tomto směru se vyplácí druhé „podceňovat“, vyhýbat se odborným termínům, důležité zopakovat a přesvědčit se, že nemocný skutečně rozumí a nepřikyvuje např. z pouhé zdvořilosti.
5. Lékař se velmi často pacienta vyptává, neumožňuje dialog.
6. Lékař po nemocném požaduje rychlou změnu životního stylu.
7. Lékař pacienta kritizuje, vyčítá, má tendenci v něm vyvolávat pocity provinění.
8. Není respektován stav pacienta. Nemocný, jemuž je zle fyzicky nebo psychicky – často se obojí kombinuje, mnohdy není schopen ani vnímat, co lékař sděluje.
9. Pacientův zdravotní stav se neočekávaně zhoršil.
10. Pacient (příbuzný) je v zajetí starosti, která v jeho vědomí dominuje, a je jí natolik zaujat, že vše k ní vztahuje a nic jiného nepřijímá (neposlouchá). Bývají to nejčastěji obavy týkající se zdravotního stavu a prognózy, včetně subjektivní hypotézy o onemocnění.
11. Komunikační bariéry mezi pacientem (příbuzným) a lékařem jsou častým zdrojem špatného dorozumění a plynou z větší sociální distance mezi oběma členy dyády. To se týká zvláště pacientů – nevysokoškoláků, tedy naprosté většiny nemocných. Mezi lékařem a nemocným (příbuzným) je odstup daný akademickým vzděláním v kombinaci s okolností, že lékař vzbuzuje respekt, obavy, a zároveň je na něm pacient (příbuzný) závislý. Tuto distanci a komunikační bariéru zvětšuje používání odborných výrazů, případně neobvyklého jazyka, jak je tomu v případě lékařského „žargonu“.

Vlastní spolupráce (kooperace) mezi pacientem (platí i o příbuzným) a lékařem má být taková, že nás nemocný o všem důležitém plně a včas informuje a spolehlivě dodržuje naše doporučení a nařízení včetně ordinace.

Bylo zjištěno, že **dobře dlouhodobě spolupracuje a s léčbou se ztotožňuje** nemocný, který:

- a) svému lékaři plně **důvěřuje**, domnívá se, že pro něj dělá maximum, a s léčbou je **spokojen**.
- b) Když se lékař nechová autokraticky, asymetrie mezi oběma není velká, čili pacient je lékařem brán za odpovědného a principiálně **rovnocenného** partnera spolupráce.
- c) Je-li atmosféra při návštěvách uvolněná, přátelská, vede-li se dialog. Lékař se zajímá o **subjektivitu** nemocného a jeho životní situaci. Průběžně s ním hovoří o obavách, strachu a vůbec o vznikajících negativních prožitcích.
- d) Jestliže lékař nemocného o všem důležitém **informuje předem** (aniž by byl žádán), pacient se pak dotazuje po osobně důležitých detailech. Pacient je tak pravdivě informován o svém stavu a prognóze, ví, co má dělat a proč, jsou mu známy krátkodobé a dlouhodobé léčebné cíle a cesta, po níž k nim lze dospět. Je zajímavé, že zevrubněji chtějí být informováni pacienti mladší než starší.
- e) Pacient přijímá **spoluodpovědnost** za svůj zdravotní stav a léčbu, což bývá snadněji dosažitelné u lidí tzv. **vnitřně řízených**, nesoucích více odpovědnosti za své jednání, než je tomu u jedinců tzv. **vnějškově řízených**, kteří mívají tendenci spíše dát na názor okolí než na svůj vlastní.
- f) Pacient spolehlivě spolupracuje a dodržuje doporučení tehdy, nejsou-li v **příkrém rozporu** s jeho zvyky a životním stylem. Proto je zpravidla vhodnější postupovat po menších krocích. **Špatně dlouhodobě spolupracující nemocný** lékaři nedůvěřuje, lékař ve vztahu výrazně dominuje a s nemocným se příliš „nebaví“, nemocného přehlíží a nezajímá se o jeho prožívání. Ve vztahu pozorujeme napětí, nebo je nemocný v regresi (pasivita, „dětské“ projevy, neodpovědnost apod.), kterou lékař nevidí, či ji dokonce podporuje (používá v hovoru zdrobněliny apod.).

V návaznosti na předchozí text lze upozornit na dva základní modely vztahu pacient–lékař. První je, s trochou nadsázky, „na lékaře a nemoc orientovaný“ (paternalistický), druhý je „model na pacienta orientovaný“ (partnerský).

Na lékaře a nemoc orientovaný model

Často se tento model nazývá také **paternalistický**. Jde o model tradiční a u nás výrazně převažuje. Lékař jednoznačně ve vztahu vede a určuje, je **direktivní**, vyžaduje pacientovu poslušnost. Mezi ním a nemocným nebývá dialog, spíše stručně informuje a dává příkazy či návody k jednání (rady). Mezi oběma není osobní vztah, resp. lékař jej nepřipouští a pokusům pacienta o jeho navázání se brání. Lékař usiluje o zcela věcný a racionální přístup, pacientovi nenaslouchá a řídí se výlučně sebou a tím, co je třeba dělat z hlediska onemocnění, jež chápe výlučně jako biologickou záležitost. O subjektivitu nemocného se nezajímá, pacient je „objektem“ péče.

Na pacienta orientovaný model

Tento model se také nazývá **partnerský**. Je novější, opírá se o psychologické poznatky a pěstuje se v rámci bioekopsychosociálního přístupu. Lékař vymezuje vztah s pacientem **partnersky** a zajímá se také o **rodinu** a osobní život nemocného. V projevu je spíše **nedirektivní**, na spolupráci se domlouvá, nabízí více možností a společně s pacientem hledají nejlepší variantu. Nemocný a jeho rodina jsou pro něho spolupracovníky při léčbě, nabízí jim své odborné znalosti, jež jsou hlavním místem jeho převahy. Je mezi nimi **osobní vztah**, lékař pacientovi naslouchá a zajímá se i o subjektivní stránku onemocnění.

Lékař je v roli vlídného a „lidského“ odborníka. Pracovní společenství takto vytvořené lze považovat za stabilní a pro průběh a výsledek diagnosticko-léčebného procesu je ve srovnání s předchozím modelem vhodnější.

Na pacienta orientovaný model znamená pojmání nemoci jako nemoci **celého člověka**, tedy bytosti, jež prožívá, myslí, má vůli a je zasazena do meziosobních vztahů. Je to **medicína celostní** na rozdíl od medicíny tradiční, která je fragmentární.

Kvalita vztahu mezi pacientem a lékařem má pro průběh a výsledek léčby značný význam. Proto by mu měli lékaři rozumět a v tomto směru jej mít pod kontrolou a využívat ve prospěch nemocných. Jednou z možností, jak svůj vztah k pacientům poznat a kultivovat, poskytují balintovské supervizní skupiny.

6.5 Balintovské supervizní skupiny

M. Balint (1896–1970) byl maďarský lékař–internista a psychoanalytik, který začal v padesátých letech 20. století pořádat v Londýně supervizní semináře určené praktickým lékařům. Na rozdíl od tradičních seminářů, jež tematizují diagnostické a léčebné problémy v duchu přírodovědné a „tech-

nické“ medicíny, se jednalo o semináře zaměřené na psychologickou a vztahovou stránku tak, jak se vyskytuje mezi lékařem a pacientem. Tento typ seminářů se během posledních desetiletí rozšířil do celého světa a poskytuje lékařům v praxi vydatnou pomoc. M. Balint zdůraznil, že sama osobnost lékaře působí jako lék („droga lékař“) a že je nutné, nechceme-li nemocného poškodit, tento prostředek poznat a umět dávkovat.

Cílem balintovských supervizních skupin je pomoci lékařům orientovat se ve vztazích a postojích, jež mají k těm ze svých pacientů, které považují z nějakého důvodu za problematické či jinak nápadné.

Bývají to např. nemocní, kteří jim jsou protivní či naopak až příliš sympatičtí, nebo nemocní, kteří přes veškerou péči se z neznámých důvodů „nelepší“, lékaře znejsňují apod.

Jedná se vlastně o zvláštní druh odborného vedení a pomoci (supervize).

Ukazuje se, že důvodem horší spolupráce bývá zpravidla vytvořený vztah mezi pacientem a lékařem spolu s různými komunikačními nedorozuměními. Důležité bývá si uvědomit, jaká jsou vzájemná očekávání mezi oběma a co z psychologického hlediska vzájemně požadují. Často se jedná o nerozpoznané a neuvědoměné vztahové momenty z oblasti dříve zmíněné koluze, přenosu a protipřenosu, jež způsobují, že pacient lékaře vnitřně zneklidňuje, léčba se nedaří, nebo se nemocný na lékaře až příliš naváže, vznikne mezi nimi latentní erotický vztah apod. **Poznání těchto souvislostí přináší lékaři úlevu a především poučení, jak dále pacienta vést.**

Rozeznáváme různé typy balintovských skupin s více možnými průběhy. **V našich podmínkách se osvědčil následující scénář:**

1. Skupinu tvoří 8–12 lékařů spolu s dvěma vedoucími.
2. Na začátku skupiny, která trvá devadesát minut, nabídnou zájemci „svůj případ“ formou velmi stručné charakteristiky v několika větách. Vyjádří, v čem je problém.
3. Skupina si vybere hlasováním případ, jímž se chce zabývat.
4. Protagonista popíše během 5–10 minut pacienta, jeho historii a problémy s akcentem na vzájemný vztah, jeho vývoj a sporná místa.
5. Účastníci skupiny se potom protagonisty vyptávají na podrobnosti a na vše, co je zajímá. Protagonista dotazy zodpoví, ale nediskutuje se.
6. Členové skupiny postupně sdělují nahlas své nápady, myšlenky, fantazie a asociace, protagonista poslouchá a mlčí, stejně jako v následující fázi.
7. Účastníci skupiny sdělují, co by dělali, kdyby byli v situaci protagonisty. Jedná se o jejich subjektivní stanoviska a názory, jež nejsou myšleny jako rady, nýbrž poskytují podněty k zamyšlení.
8. Protagonista sdělí, jak na něho seminář působil, s čím z toho, co slyšel, souhlasí, nebo naopak nesouhlasí, co nového si uvědomuje apod.

9. Nakonec mohou účastníci včetně vedoucích zhodnotit práci celé skupiny, případně udělat závěr.

Není bez zajímavosti, že se tímto způsobem poskytuje supervize i studentům medicíny, kteří již mají klinickou zkušenost s pacienty (tzv. juniorské skupiny). Skupiny lze též kombinovat v tom smyslu, že většinu tvoří účastníci z praxe a menšinu studenti.

SOUHRN

Vztah mezi pacientem a lékařem je určován jejich rolími (zvykově vyžadované a očekávané chování). U nás dosud převládá představa dominujícího lékaře „zachránce“ a pasivního, vděčného a závislého pacienta. Skutečnost je však složitější, protože pro jejich vztah je spoluurčující osobnost obou z nich – její svéráz a nevědomé procesy, jež se projevují i koluzí (neuvědomovaný komplement), přenosem a protipřenosem (tendence prožívat, myslet a neadekvátně reagovat způsobem osvojeným v dětství). Vztah je dále prostoupen potřebou akceptace, uznání, bezpečí a jistoty. U lékaře je významné ověřování si vlastní profesionální způsobilosti. Vztah se vytváří a udržuje prostřednictvím komunikace, která má verbální a neverbální rovinu. Diagnosticko-léčebný proces u pacientů při vědomí je bez komunikace rozhovorem nemyslitelný. Nutná je pacientova spolupráce, jež závisí na řadě okolností, které má ve své moci převážně lékař. V praxi u nás převládá direktivní, autoritativní, vlastně paternalistický model základního vztahu mezi pacientem a lékařem, pro průběh a výsledek léčby je však vhodnější model na pacienta orientovaný, partnerský. Balintovské supervizní skupiny jsou osvědčeným prostředkem, s jehož pomocí se lékaři orientují ve svých vztazích a postojích k pacientům, umožňují jim čelit různým nedorozuměním a optimalizují vzájemný vztah.

Psychologický přístup k nemocnému a důležitým osobám z jeho života

V první kapitole speciální části se budeme věnovat hlavním rysům psychologického přístupu, jimiž jsou autorita a pravdivost lékaře, jeho úcta a respekt k druhému a snaha mu porozumět. Tak se vytváří dobré pracovní společenství, které psychoterapeuticky působí. Zmíníme se o dvou důležitých pojmech z oblasti zdravotnické péče, a to o důvěře a naději.

7.1 Vymezení základních pojmů

Psychologický přístup je záměrné využívání psychologických prostředků lékařem k ustavení dobrého pracovního společenství a k psychoterapeutickému působení. Utváří se tak optimální vztah mezi lékařem, nemocným a případně některými významnými osobami z jeho života (příbuzní, přátelé apod.). Zároveň navozujeme jejich dobrou spolupráci.

Psychologické prostředky jsou hlavně aplikované poznatky klinické psychologie související především s komunikací, pomocí které navozujeme změnu v osobnosti a chování druhého člověka.

Pracovní společenství

je tvořeno vztahy a spoluprací mezi lékařem, nemocným a významnými osobami z jeho života – nejčastěji příbuznými – s cílem dosažení jejich dobré spolupráce a optimálního diagnosticko-léčebného nebo rehabilitačního výsledku. Pracovní společenství je určováno všemi zúčastněnými za prioritního postavení lékaře.

Dobré pracovní společenství znamená:

- a) Lékař, pacient a příbuzní mají zájem na pozitivním průběhu a výsledku diagnosticko-léčebného nebo rehabilitačního procesu.
- b) Pacient a příbuzní s lékařem aktivně spolupracují, dodržují pokyny, doporučení a vše, na čem se dohodli.
- c) Pacient a příbuzní jsou upřímně sdílní a pravdomluvní.

Psychoterapeutické působení se uskutečňuje prostřednictvím lékařova chování a slov. Mělo by být záměrné a jím uvědomované. Ovlivňujeme jím:

- a) Nežádoucí psychické stavy, jako je úzkost, strach, tenze, depresivní prožívání.
- b) Osobnost integrujeme–komponujeme, činíme ji tedy celkově odolnější a stenickou.
- c) Napomáháme druhému v orientaci v sobě a v jeho současné životní situaci.
- d) Učíme pacienta rozhodovat a jednat v souhlase s jeho založením, možnostmi a s ohledem na ostatní lidi tak, aby se nedostával do zbytečně konfliktních a tenzních situací.

Zde je namístě připomenout známé úsloví, že „působíme buď psychoterapeuticky, nebo psychotraumaticky – třetí způsob neexistuje“.

Klíčovým slovem charakterizujícím vztah mezi lékařem a pacientem je **důvěra**. Z ní plyne i pro vztah nutná atmosféra bezpečí, přijetí a intimity. Utváření a prohlubování důvěry patří k dobrému pracovnímu společenství.

Slovo důvěra pochází etymologicky ze staročeského ‚viera‘, jež má základ v latinském ‚verus‘–pravý, opravdový, pravdivý. Důvěryhodný člověk je sám sebou, vypočitatelný–bez přetvářky. Pacient důvěřuje lékaři, jenž je kromě své přirozené převahy pro nemocného také odbornou autoritou. Důvěra v odbornou autoritu je důvěrou „předem“ a rozvíjí se či zaniká vlastní zkušeností pacienta s lékařem a jeho postupy. Důvěra roste i s tím, do jaké míry nemocný cítí, že má o něho lékař osobní zájem a že mu rozumí, stejně jako jeho životní situaci. Souvisí tedy také s empatií lékaře, o které pojednáme později. Důvěryhodný lékař je spolehlivý, subjektivně blízký a představuje naději.

Naděje

Jde o další důležitý pojem z oblasti vztahu, léčby a pracovního společenství. Znamená, že **pacient doufá ve změnu k lepšímu**, které dosahuje pomocí lékaře, ale i vlastním přičiněním. Úzce souvisí s důvěrou a je důležitou až nutnou podmínkou léčebného působení, i když ji nemocný nemusí díky

svému psychickému zdravotnímu stavu vždy připouštět. Dokonce ji může i odmítat, jak tomu bývá u depresivně nemocných.

V psychologii rozlišujeme u naděje její kognitivní a emocionální aspekt. **Kognitivním aspektem** rozumíme racionální kalkulaci a z něho plynoucí míru pravděpodobnosti, pokud jde o dosažení a naplnění určitého cíle. Právě tuto stránku naděje máme na mysli.

Emocionální aspekt je pozitivním a stenickým citem, jenž se objevuje tehdy, vnímáme a hodnotíme-li dosažení cíle jako možné (ať již reálně, či iracionálně). Zmíněnou stránku naděje cítíme spíše intuitivně. Vidíme, že se opravdu jedná o dvě strany jedné mince.

Z pohledu zdravotníků bývá rozlišováno mezi nadějí reálnou (racionální) a nereálnou (iracionální). **Reálná naděje** vyplývá z pozitivního zhodnocení situace nemocného. **Nereálná naděje** se dostává na místo reálné naděje tehdy, jestliže objektivní pravděpodobnost změny k lepšímu je nízká až nulová. Je to „víra v zázrak“, a jak z praxe víme, neočekávané a překvapivé změny zdravotního stavu pacienta ve směru uzdravy jsou častější, než běžně předpokládáme, což překvapuje zvláště u těžce nemocných.

Reálnou i nereálnou nadějí vysuzujeme z „chorobopisu a dekurzu“, tedy ze zdravotního stavu pacienta a vývoje jeho poruchy zdraví. Zdravotníci se pochopitelně více zajímají o reálnou naději, u pacientů (a jejich blízkých), zvláště jsou-li na tom opravdu vážně, vystupuje do popředí spíše iracionální stránka věci. To se týká i zdravotníků (včetně lékařů), pokud jsou v situaci pacientů s horší prognózou vývoje onemocnění.

Naděje zde znamená základní reálnou možnost, patří k životu, je projevem pozitivních sil v člověku a jejím prožitkem jedinec participuje na pozitivním v obecném smyslu, vyvěrajícím ze společenství lidských bytostí. Naděje ve změnu k lepšímu je vždy, a to principiálně přítomná, i když může mít iracionální podobu, což je vyjádřeno úsvětlivě, že „naděje umírá poslední“. Naděje je jedním z možných vyjádření zdrojů pozitivní změny, již je již dříve zmíněná základní růstová tendence lidské bytosti po dosahování vyšší kvality a dokonalosti – nejen své, ale i druhých, a společně s nimi. Znamená přítakání životu za všech okolností. Lze proto vyvodit, že pro **hodnotné pracovní společenství je přítomnost důvěry a naděje ve vysoké míře nezbytnou podmínkou.**

Psychologický přístup lékaře k pacientovi vychází z **principu lidské vzájemnosti**, který lze zjednodušeně vyjádřit takto:

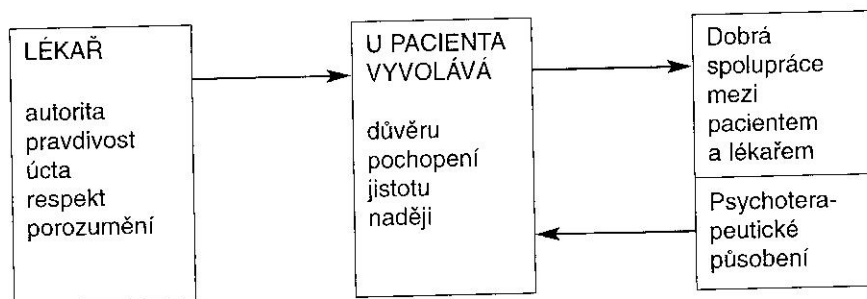
Jednejte sami tak, jak byste si přáli, aby s vámi bylo ve stejné či obdobné situaci jednáno.

Touto zásadou se lze řídit i v časové tísní, do které se lékař dostává.

Psychologický přístup lékaře k pacientovi a důležitým osobám jeho života se konkrétně projevuje těmito postoji lékaře:

- Autorita a pravdivost ve vztahu k nemocnému, příbuzným.

- Úcta a respekt vzhledem k nemocnému, příbuzným.
- Porozumění pro nemocného, příbuzné.



Obr. 6 Psychologický přístup lékaře a jeho vliv na pacienta

7.2 Autorita a pravdivost

Lékař je **autoritou** (z lat. *auctoritas*, tj. záruka, jistota, vzor, moc), tedy tím, kdo má odpovědnost a stará se, což není pouhá role, nýbrž faktický stav. K autoritě – kromě odpovědnosti a starosti – patří, že vede, neboť ví, umí a má prostředky. Autorita je přirozená převaha, již se druhý přirozeně podvolí. Působí uklidňujícím způsobem a podílí se na vytvoření vztahu důvěry. Je také základem sugestivního působení, jež jsme již dříve zmínili např. v souvislosti s placebo efektem. Víme, že pouhá přítomnost lékaře má „uzdravující vliv“ a mírní pacientovy bolesti a nevolnost.

Lékař musí pro pacienta zůstat autoritou i lidskou, aby si ho mohl vážít. Z jeho projevu by měla vyzařovat jistota (nikoliv suverenita či autoritářství, jež bývají známkou osobní nezralosti), klid a převaha. **Lékař bez autority není plně lékařem.** S autoritou je nerozlučně spjata **pravdivost**. Opírajíce se o filozofii můžeme říci, že lidský jedinec je jedinou bytostí, které jde o pravdu, k níž bytostně náleží. Z toho plyne, že bychom ji principiálně neměli upírat ani nemocnému člověku a jeho příbuzným a že bychom měli být ochotni a schopni je pravdivě informovat o zdravotním stavu, prognóze a perspektivě, diagnostických a léčebných opatřeních. Lékař, o kterém se pacienti dovědí, že informuje vědomě zkresleně, ztrácí jejich důvěru.

Propojenost autority a pravdivosti je podstatná a znamená, že jsme vůči pacientovi a příbuzným taktně a ohleduplně upřímní.

Pravdivost je principem našeho vztahování se k druhému, principem, projevujícím se i v komunikaci.

Kromě této informační pravdivosti je žádoucí, aby i lékařův projev byl pravdivý, tudíž nerozporný ve smyslu „být sám sebou“. Takto ryzí lékař je nezáhadný a transparentní. Pacienti omluví i mnohý lékařův svéráz, pokud cítí, že před nimi „nehraje“ pouhou roli a má k nim pozitivní vztah.

Autorita spojená s pravdivostí v obou zmíněných významech přispívá k vytvoření vztahu, jenž je pro druhé vztahem **spolehlivým**. Nemocní a jejich příbuzní se vnitřně zklidňují, cítí oporu a bezpečí. Lékař působí sugestivně, zvyšuje se váha jeho slov a jednání.

7.3 Úcta a respekt

Tato kvalita je nutnou součástí psychologického přístupu k pacientovi a důležitým osobám jeho života proto, že **podporuje a rozvíjí u člověka jeho lidskou důstojnost i úctu k sobě samému**. Úcta a respekt jsou předpokladem vytvoření žádoucího pracovního společenství a rámcem, v němž by měla probíhat interakce mezi lékařem a nemocným.

Úcta a respekt k druhému jsou postoje zakotvené v duchovním vývoji naší kultury, v níž lidská individualita patří k nejvyšším hodnotám.

Jedná se o pohled na lidského jedince jako na bytost jedinečnou, cennou a hodnotnou, a to i kdyby byla v nesnázích.

Projevovat stabilně úctu a respekt, jako profesionálně žádoucí postoj, není snadné a samozřejmé, protože nejde pouze o tzv. „slušné chování“ s atributy vlídnosti, zdvořilosti, trpělivosti a ohleduplnosti. Jde o mnohem více, totiž o **pohled na pacienta jako na plnohodnotnou bytost nám principiálně rovnou**, jíž si vážíme, ačkoliv s ní nemusíme ve všem souhlasit, dokonce nám může být i nesympatická v běžném slova smyslu. I k nesympatickému člověku se lze vztahovat s respektem – k jeho lidské jedinečnosti. Chovat se k druhému s úctou a respektem nevylučuje případné různé vystupování, které ovšem musí probíhat v demokratickém duchu, a nikoliv neosobně, mocensky, tedy zjevně či skrytě agresivně a manipulativně.

První setkání s pacientem zpravidla určuje jak jeho vztah k lékaři, tak je také určující pro jeho spolupráci. Proto je třeba od samého počátku s nemocným jednat jako s vítaným hostem (opakem je prosebník, který je přehlížen, obtěžuje apod.), o něhož se **osobně zájímáme** a na nějž se **plně soustředíme**. Tato skutečnost je vyjádřena i pečlivě provedeným somatickým vyšetřením a zevrubnou anamnézou, kde se „na nic nezapomene“. Z psychoterapeutické praxe je známo, že tento příklon a projevovaný osobní zájem

působí *anxiolyticky* a *antidepresivně*, protože pacient přestává být lidsky sám a dostává se mu naděje ve změnu k lepšímu, neboť lékař jasně naznačuje, že je nemocnému k dispozici. Je důležité, aby pacient z našeho postoje a jednání cítil, že jednoznačně stojíme na jeho straně a že jsme těmi spolehlivými lidmi, od nichž může očekávat reálnou pomoc. Diskutovaný postoj však neznamena nekritické přijímání všeho a souhlas se vším, co druhý říká a dělá. Zde platí v plném rozsahu rčení, že „chápat bychom měli všechno, tolerovat mnohé, ale souhlasit s málem“.

Úcta a respekt se týkají i oblasti **fyzické a psychické intimity** pacienta. U lékaře se během pregraduální přípravy a praxe zpravidla oslabuje pocit fyzického studu a vzhledem k nemocným se může stát méně ohleduplným. Není bez zajímavosti, že psychický stud bývá zachován. Lékař orientovaný svým studiem převážně somaticky se bohužel o niterné problémy pacientů tolik nezajímá. Psychické soukromí, „třináctá komnata“, bývá u nemocných někdy i více emočně obsazené studem než fyzická nahota. I lékaři, kterému důvěřují, se mnohdy v přítomnosti sestry nesvěří. Na druhé straně i některý lékař se může „stydět“ zeptat a hovořit s pacienty a jejich příbuznými o otázkách jejich soukromí a intimních vztahů, které souvisejí se zdravotní problematikou nemocných. Nebo ji dokonce nepřipouští, a tím se vyhýbá nutnosti se jí zabývat.

Projevovanou úctou a respektem **zmenšujeme asymetrii vztahu**, což **usnadňuje komunikaci**. Pacient se nebojí říci, co považuje za důležité, zeptá se, vyjádří svůj názor apod. Také tento postoj integruje a komponuje, a to dobře vidíme u silně úzkostných pacientů, při mírnějších (kvantitativních) poruchách vědomí a u pacientů nalézajících se v duševní krizi. V psychologii je známa nejen pocitová, ale i postojová **indukce**, která bývá příznačná pro asymetrické vztahy, tedy i vztah pacient–lékař.

Klid lékaře navozuje klid u nemocného, naopak agresivita vyvolává agresivitu. Věřme-li pacientovi, roste jeho důvěra a sdílnost vůči nám, považujeme-li ho za odpovědného, postupně se odpovědným také stává. Vztahujeme-li se k nemocnému a jeho rodině s úctou a respektem, posléze i oni zaujmají vůči sobě osobně i navzájem obdobný postoj, což je nesmírně důležité v případech, kdy se cítí být znehodnoceni zdravotními potížemi.

Již dříve jsme opakovaně zmínili, že vážnější onemocnění u nemocného aktivizuje psychické obranné mechanismy a zvláště regresi. Pacient se chová, obrazně řečeno, „dětsky“ a u zdravotnického personálu vyvolává „rodičovské“ postoje. To pro vzájemnou spolupráci nebývá dobré, protože k dětskému projevu, jak již víme, patří malá odpovědnost, trucovitost, nespolehlivost, impulzivita, nesamostatnost, egocentrismus atd. Jednáme-li s takovým pacientem jako s dospělým, včetně projevované úcty a respektu, infantilní chování se oslabuje, případně mizí.

Snížené respektování lidské důstojnosti v jednání zdravotníků se častěji vyskytuje tehdy, ztrácí-li pacient lidské charakteristiky (např. nemluví, je znečištěn, zmatený,

v bezvědomí). Také zde je třeba dodržovat přinejmenším zásady „slušného“ zacházení, neboť postižený často vnímá a rozumí našemu projevu mnohem více, než bychom vzhledem k jeho zdravotnímu stavu a chování očekávali. Jestliže základní postoj úcty a respektu nedodržujeme (např. u pacienta v hlubokém bezvědomí, při amenním stavu u demenčního pacienta), poškozujeme nevhodným jednáním sebe, snižujeme vlastní citlivost k sobě samým i blízkým našeho soukromého života. Vzniká tak jedna z forem profesionální deformace obvykle nazývaná **cynismus**, jenž přesahuje zákonitě i do soukromí lékaře a narušuje jeho osobní život.

Celkově lze konstatovat, že projevovaná úcta a respekt vzhledem k pacientovi jsou nutnou podmínkou postoje a jednání lékaře, pokud chce vytvořit dobré pracovní společenství a působit psychoterapeuticky.

7.4 Porozumění

Porozumění jakožto významnou součást psychologického přístupu k pacientovi a jeho příbuzným chápeme ve trojím významu: lidské porozumění na základě empatie, porozumění vztahu mezi pacientem a lékařem a porozumění ve smyslu identifikace psychosociálních vlivů podílejících se na *etiopatogenezi* onemocnění a jejich udržovacích mechanismech.

1. **Lidské porozumění na základě empatie** znamená, že se pomocí vcítění snažíme pochopit, proč člověk jedná tak, jak jedná, čili jaké jsou motivy jeho chování. Zajímá nás, jak se cítí a co jej vede k tomu, že věci vnitřně nahlíží a hodnotí právě takto, a ne jinak. K porozumění patří tedy orientace v prožívání a ostatních oblastech duševního života (v konkrétních radostech a starostech, vztazích a jejich prožívání, v hodnotách a hodnocení apod.). **Psychologicky porozumět znamená především lidsky porozumět.** Psychologické porozumění založené na empatii ústí v niterné pochopení druhého, což prohlubuje další lidský zájem a toleranci.

Při tomto porozumění klademe důraz na empatii (z řeckého *empathia*, tj. vcítění), jež patří mezi lidské schopnosti – podobně jako např. inteligence. Stejně jako ostatní lidské schopnosti má předpokládaný podíl vrozený a podíl získaný vlivem výchovy v nejširším slova smyslu. Empatii lze tedy rozvíjet a kultivovat, což je např. jedním z cílů psychoterapeutického vzdělávání. Lidé vysoce empatičtí dokáží neobyčejně přesně a ve značném rozsahu vycítit a pochopit psychické stavy druhých lidí, včetně toho, čím jsou způsobené a jak se dále budou vyvíjet. Jsou schopni i správně předpovídat jednání druhého člověka v budoucnosti, neboť vědí, co jím „hýbe“ a jak je vnitřně nastaven.

Porozumění vcítěním by nemělo vést ke ztotožnění (identifikaci) s druhým člověkem, čili ke ztrátě subjektivního odstupu. Vnitřní ztotožnění s pacientem totiž představuje komplikaci a může pro nemocného znamenat reálné ohrožení ze strany lékaře, který ztrácí objektivitu při poznávání, hodnocení a rozhodování. To je hlavním důvodem, proč

je vyloučeno, aby lékař ve vážnějších případech léčil lidi, ke kterým má subjektivně velmi blízko (např. vlastní příbuzné).

Empatický lékař vyvolává v druhém dojem subjektivní blízkosti a osobního zájmu a tímto postojem redukuje úzkostné obavy, tenzi a vůbec nežádoucí prožívání nemoci a jejího dopadu ve všech směrech. Empatický lékař je důvěryhodný, chápající, uklidňující a subjektivně posilující. Kromě psychoterapeutického působení má empatie i stránku poznávací – diagnostickou, kdy se nám některé dosud nepochopitelné projevy pacienta, přihlédneme-li k tomu, jak prožívá a myslí, stávají srozumitelnými.

Apatický pacient nemusí být „bez zájmu“ či depresivní, ale může se trápit obavami o svůj zdravotní stav a čekat na vysvětlení ze strany lékaře. Nebo kritizující a stále nespokojený nemocný chce tímto „nevhodným“ způsobem upoutat pozornost a větší zájem o svoji osobu a zdravotní stav, jestliže se cítí být zanedbáván. Pacientka trávající na předčasném propuštění z nemocnice může být motivována ve skutečnosti nereálnými obavami o své děti, pokud jde o zajištění základní péče apod.

Domníváme se, že vyšší schopnost vcítění by měla být samozřejmou psychickou výbavou lékaře, který je v komunikačním kontaktu s pacienty. Lékař málo empatický je lékařem sociálně a lidsky nechápavým a přinejmenším nemůže při práci využívat psychoterapeutického a diagnostického potenciálu schopnosti porozumění vcítěním.

2. Porozumění vztahu mezi pacientem a lékařem je pro léčbu a vedení nemocného velmi důležitá okolnost. Poukázal na ni již výše zmíněný lékař M. Balint, který vztah k lékařově osobnosti považoval plným právem za opomíjený prostředek léčby. Zde nalézáme nejednou klíč k poznání typu spolupráce a často i k základnímu postoji nemocného ke své nemoci.

Jako příklad si lze uvést situaci dlouhodobého a neodůvodněného vedení nemocné lékařem, kdy osobní vztah k lékaři nahrazuje pacientce na fantazijní úrovni partnerský vztah. Lékař je opět motivován k pokračování v terapii tím, že mu pacientka dává najevo obdiv a chodí přitažlivě a vkusně upravená. Během návštěvy hovoří o společných zájmech, lékaři je to příjemné a na její příchod se těší, ale nepřekračují rámec společenského kontaktu, odpovídajícímu vzájemným rolím. Tyto vztahové momenty vedou k prodlužování terapie. V praxi se často setkáváme s tím, že nemocní referují o účinku léčby a také spolupracují na základě svého vztahu k ošetřujícímu lékaři. Stejná medikace „zabere“ u sympatického lékaře, jemuž chtějí vlastně udělat radost a „nezabere“ u nesympatického lékaře, jemuž tím dávají najevo, že je jim protivný a že mu nedůvěřují. Toto hodnocení pacientů není svévolné a vědomé, ale nemocní velmi často prožívají léčebný proces a jeho účinek podle svého vztahu k tomu, kdo se o ně stará.

Lékař by měl věnovat pozornost veškerému nápadnějšímu chování nemocného ve vztahu k sobě – např. proč se až příliš ochotně podřizuje, nebo naopak protíví a zdánlivě bezdůvodně vzdoruje. Důvodem bývají mnohdy nejen fantazijní očekávání pacienta, pokud jde o léčbu a lékaře, ale i subjektivní postoj lékaře k nemocnému – o kterém lékař není zvyklý přemýšlet v těchto dimenzích. Tím, že si uvědomíme, jak pacienta prožíváme a co v nás subjektivně vyvolává, můžeme své jednání a postoj změnit, či přinejmenším dostat pod kontrolu.

V této souvislosti si povšimneme polární dimenze mezosobního vnímání, prožívání a jednání, kterou můžeme stručně nazvat **sympatie–antipatie**. Pacient sympatický je nám subjektivně bližší, jsme ochotni a také lépe schopni se do něho vcítit. Máme o takového člověka zájem, projevující se mimo jiné tendencí s ním více komunikovat a při terapii si jej „pěstovat“. Sympatie vzniká z různých důvodů – např. na základě soucitu (v původním významu řecké slovo *sympatheia* vyjadřuje soucítění), nebo proto, že s druhým máme podobné názory, postoje apod. Významný bývá i tzv. faktor „společného osudu“ (stejně rodiště apod.), sympatii cítíme i vůči tomu, kdo se nám nějak výrazněji „vnitřně“ podobá. Naopak pacient méně sympatický je nám subjektivně vzdálenější, obtížné se do něho vcítujeme a mnohdy nám připomíná někoho, s kým jsme dříve udělali nějakou špatnou zkušenost, i když tato podoba může být jen vnější a náhodná. Komunikujeme s ním co nejúsporněji a analogicky mu poskytujeme méně pozornosti a péče.

Vztah mezi lékařem a pacientem se vyvíjí. V případě obtíží je vhodné, abychom s nemocným otevřeně, a nikoliv autoritativně, o spolupráci promluvíli a společně hledali příčiny, jež ji komplikují. **Bez porozumění vztahu není porozumění pacientovi.** K pochopení nápadností a případně problémů, které mají zdroj ve vzájemném vztahu, slouží nejlépe již dříve zmíněné balintovské supervizní skupiny.

3. Identifikace psychosociálních vlivů je třetí rovinou, na níž se pohybuje porozumění pacientovi. Je postaveno na teoretickém vědění a hypotézách, které se týkají **etiopatogeneze onemocnění**, a jejích udržovacích mechanismech. Znat psychosociální stránku nemoci je žádoucí z důvodů preventivních i léčebných, neboť celá řada významných zátěží přichází právě z této oblasti. Dnes lze považovat za prokázané, že

každé onemocnění, změna tělesného schématu apod. se týká člověka jako celku, tedy jeho somatické i psychické stránky současně – o vzájemné propojenosti a ovlivňování psychických funkcí není nejmenších pochyb.

Proto u žádného vážnějšího onemocnění nemůžeme opomenout psychosociální faktory.

Nalézají uplatnění i tam, kde se to nepředpokládalo, např. při spazmu koronárních tepen v souvislosti s psychickou zátěží, případně velkým strachem. Pozoruhodné jsou i poznatky **psychoneuroimunologie**, která zkoumá vliv životní zátěže a osobnostních znaků na funkci lidského imunitního systému, která se projevuje ve výskytu infekčních onemocnění nebo autoimunních onemocnění. Studenty medicíny bude zajímat, že byla shledána snížená aktivita přirozených buněk sloužících imunitní obraně – tzv. zabijáků (z angl. *natural killer cells*) u studentů na začátku zkouškového období ve srovnání s jejich funkcí měsíc před zkouškami. Podobně byla nalezena snížená aktivita těchto buněk a větší náchylnost k infekčnímu onemocnění u studentů, kteří byli psychologickým vyšetřením shledáni „osamělí“ a zároveň prodělali náročnou životní situaci. Výzkumy potvrzují všeobecně známou zkušenost, že lidé v psychické pohodě a stabilní jsou odolnější vůči onemocněním než lidé labilní, nespokojení a v psychosociální zátěži.

Považujeme dále za prokázané, že na vzniku psychosomatických poruch se podstatným způsobem podílí psychická tenze působící delší dobu, a to někdy až chronicky. Vzniká zpravidla z toho, jak člověk žije, jak se vyrovnává se sebou a požadavky života. Z psychologického hlediska je to především otázka meziosobních vztahů – rodinného a pracovního života, hodnotového systému a funkce psychických obranných mechanismů. Ztráta životní perspektivy či nějaké důležité hodnoty v životě člověka mívá za následek přirozené truchlení, jež někdy přechází v depresi projevující se diskrétně a dlouhodobě (řádově více měsíců), někdy se manifestuje do tělesné oblasti a pravděpodobně ústí do funkční poruchy imunitního systému, větší náchylnosti k infekčním onemocněním atd.

Lidská řeč, různá úsloví poukazují na „psychosomatické myšlení“ a zkušenost. Podle toho, jak a v jakých souvislostech jich pacient užívá, lze opatrně vytvářet hypotézy týkající se vzniku potíží, případně další léčby. Např. „Leží mi v žaludku. Mám ho plné zuby. Je mi z toho na zvracení. Pije mi krev. Mám toho po krk. Tam je dusno, tam se nedá dýchat. Bolí mě z ní hlava.“ apod.

Porozumění pacientovi má tři úrovně: osobnostní, vztahovou a tu, která se týká poznání psychosociálních faktorů souvisejících s etiopatogenezí nemoci. Jestliže v lékařské praxi běžný přístup obohatíme o psychologický pohled, dostaneme plastický obraz nemocného člověka zasazeného do sociálních vztahů. Rejstřík diagnostických a terapeutických možností se tak rozšíří, léčba se může stát adekvátnější a účinnější.

Psychologický přístup lékaře k pacientovi a důležitým osobám z jeho života znamená respektování a reflektování jejich osobnosti, psychického stavu a meziosobních vztahů, do kterých jsou zasazeni a jimiž žijí. **Vytváříme tak atmosféru pochopení, jistoty, důvěry a naděje**, jež zůstávají i v moderní medicíně rámcem, ve kterém by se měla uskutečňovat jakákoliv práce s pacientem.

SOUHRN

Psychologický přístup je záměrné využívání psychologických prostředků k ustavení dobrého pracovního společenství a k psychoterapeutickému působení. Žádoucí psychologický prostor, kde se péče odehrává, lze charakterizovat výrazy porozumění, důvěra a naděje. Psychologický přístup vychází z principu lidské vzájemnosti a konkrétně se projevuje těmito postoji lékaře: autoritou a pravdivostí, úctou, respektem a porozuměním – to vše ve vztahu k pacientovi a jeho nejbližším. Lékař bez autority není plně lékařem; také jeho pravdivost a opravdovost považujeme za principy, kterými se vztahuje k druhému – ale i k sobě. Autorita spojená s pravdivostí vytváří pro pacienta spolehlivý vztah, kde cítí oporu a bezpečí. Úctou a respektem podporujeme a rozvíjíme v člověku jeho lidskou důstojnost a tento postoj se projevuje i v respektování jeho fyzické a psychické intimity. Tímto postojem zmenšujeme také asymetrii vztahu a usnadňujeme komunikaci. Jeho nerespektování může být jedním ze zdrojů profesionální deformace. Porozumění chápeme v trojím významu: lidské porozumění na základě empatie, porozumění vztahu mezi pacientem a lékařem, identifikace a pochopení psychosociálních vlivů, které se týkají etiopatogeneze onemocnění a jejího udržování. Porozumění v těchto třech rovinách je pro diagnostiku, terapii a rehabilitaci důležité proto, že vážnější onemocnění, úraz, defekt apod. se vždy týkají člověka jako celku. Psychologickým přístupem vytvoříme atmosféru pochopení, jistoty, důvěry a naděje, jež zůstávají i v moderní medicíně rámcem, ve kterém by se měla uskutečňovat jakákoliv práce s pacientem.

Rozhovor lékaře s pacientem

V osmé kapitole vymezíme pojem rozhovoru a všimneme si jeho dynamiky, včetně kladení otázek. Seznámíme se se základními typy lékařských rozhovorů a s dimenzemi, na jejichž základě lze rozhovor hodnotit. Důkladněji se zaměříme na nedirektivní empatický rozhovor a závěrem podrobně proběheme zevrubný explorativní rozhovor. Rozhovor lékaře s pacientem, případně s důležitými osobami jeho života, nabývá stále více na významu, neboť je cenným prostředkem k vytváření **pracovního společenství**, jehož páteř tvoří vztah mezi lékařem a nemocným. Pacient vycítuje postoj lékaře nejen z jeho konkrétního jednání, nýbrž především z toho, jak s ním lékař mluví. Spokojenost pacienta s lékařem a léčbou bývá do značné míry tvořena spokojeností se „zacházením“, jehož hlavní součástí je právě komunikace.

Pacient spokojený je pacientem průběžně a spolehlivě spolupracujícím.

8.1 Rozhovor a otázky

Člověk užívá jazyka – naslouchá a mluví, píše a čte, prostřednictvím řeči rozumí. Řeč je natolik významným předpokladem celé jeho existence (individuální, druhové, dějinné apod.), že není přehnané říci, že člověk je bez řeči nemyslitelný. Slovem lze potěšit, povzbudit, ale i zarmoutit a zranit. Slovo slouží k domluvě a prostupuje celou meziosobní interakci.

Rozhovor

Je to způsob řečové komunikace mezi dvěma či více účastníky, jde tedy o zvláštní případ sociální interakce, kdy sdělujeme a sdílíme určité významy, což se děje účelově. Vytváříme jím vztah, pracovní společenství, pacienta prostřednictvím rozhovoru ovlivňujeme, dodáváme a získáváme potřebné informace.

Rozhovor má vlastní **dynamiku**, tedy průběh, jenž je určován oběma partnery, avšak převahu má lékař, který jej přímo či nepřímo řídí (např. může nemocnému převzetí iniciativy „dovolit“). Důležitým prvkem dynamiky rozhovoru je indukce.

Indukce znamená, že jeden člen interakční dyády vyvolává v druhém psychické děje, jež právě probíhají u něho samého, nebo jsou i trvalejší povahy (např. názor).

Klidný lékař přenáší klid na pacienta, optimista vyvolává optimismus. Indukce je silnější v případě sugestivního působení, kdy pacient vnímá lékaře jako důvěryhodnou autoritu (autorita nemá nic společného s autoritářstvím, jež bývá projevem lékařovy nejistoty, potřeby se „vytahovat“ nebo mívá blízko k osobnostnímu rysu nazývanému dogmatismus). Vliv indukce je i opačný. V tom případě přechází z pacienta na lékaře. Bezradný nemocný může vyvolávat bezradnost a nejistotu u lékaře. Pacient, který své potíže bagatelizuje, někdy způsobuje, že lékař se stává méně pozorným a přikládá jim menší váhu, než ve skutečnosti mají. Lékař se indukcí negativních pocitů a postojů ze strany pacienta mnohdy brání tím, že vytváří a udržuje vzhledem k nemocnému větší sociální distanci, nebo negativa bere méně vážně. Nenechává se jimi zasáhnout. Někdy je to do značné míry nutné – např. u zoufalých a velmi trpících nemocných, ale měli bychom si toho být vědomi a na základě takových zkušeností si nevytvářet obecný postoj k nemocným.

Pro průběh rozhovoru mezi lékařem a nemocným bývá příznačné **selektivní naslouchání a reagování**, což znamená, že partneři určité obsahy vůbec nevnímají, nebo na ně nereagují adekvátně. Může tak docházet k informačnímu zkreslení, případně si lékař vytvoří obraz, jenž potvrzuje jeho hypotézu, ale neodpovídá skutečnosti.

Lékař „přeslechne“ všechna sdělení pacientova příbuzného, která poukazují na jeho horšíci se zdravotní stav, a vůbec na ně nereaguje. U příbuzného vznikne dojem, že lékař situaci nebere dostatečně vážně, nebo že ho pacient nezajímá. Jiný příklad: Úzkostně depresivní pacient při vstupním vyšetření spontánně hovoří o těžkostech, jež má v rodině, a o obavách ze ztráty zaměstnání. Lékař tuto oblast neexploruje a soustřeďuje se svými dotazy na znaky, jež potvrzují jeho teoretický názor o endogenní (biologické) příčině depresí.

Otázky a způsob tázání

Pro průběh rozhovoru jsou nesmírně důležité, neboť získáváme nové informace a projevujeme jimi svůj zájem, jsou přirozenou součástí lidského rozhovoru. Nutno však upozornit, že v současné praxi se lékaři až příliš často ptají velmi direktivně, jako u výsledku, někdy i netrpělivě, a nedávají druhému příliš prostoru k vlastnímu vyjádření. Nebývá to tím, že mají málo času, nýbrž spíše tím, že se to naučili a do určité míry tím projevují dominující, autoritativní postoj k nemocnému.

V klinické praxi rozeznáváme tyto základní způsoby dotazování a otázek:

- a) **Otázky otevřené:** Dávají prostor druhému k volnějšímu vyjádření. Jsou méně konkrétní, avšak vhodné při navazování kontaktu.

„Můžete mi říci, co vás ke mě přivádí?“, „Byla byste tak hodná a co nejpodrobněji mi ty potíže popsala?“

- b) **Otázky doplňující a detailní:** Získáváme jimi bližší informace o oblasti, která nás zajímá. Tážeme se po zcela konkrétním jednotlivém jevu.

„A kdy je ta únava nejhorší?“, „V kterém místě jsou bolesti největší?“, „Kde je ten tlak nejsilnější?“, „Spal jste dnes dobře?“

- c) **Otázky katalogové:** Pacienta necháváme vybrat z více než dvou možností.

„Ty bolesti vás trápí už roky, měsíce, týdny, či jen poslední dny?“, „Ta bolest je vystřelující, tupá, bodavá nebo pálivá?“

- d) **Otázky alternativní:** Nabízíme nemocnému odpověď mezi dvěma možnostmi.

„Ta špatná nálada je horší ráno, nebo navečer?“, „Táhne vás to při chůzi spíše dopředu, nebo dozadu?“

- e) **Otázky účastné:** Těmito otázkami dáváme najevo, že s pacientem cítíme a zároveň se dovídáme o tom, co je pro něj subjektivně důležité.

„Říkáte, že doma se necítíte zrovna nejlépe. Víte, a jak je tomu z vaší strany, jaký je váš vztah k rodičům?“

„Myslím, že jste tím výsledkem rehabilitace trochu zklamán. Hodně jste se snažil a asi jste čekal, že všechno bude zase na sto procent, a ono tomu tak není. Můžete mi k tomu říci něco více? Říkám si, co to pro vás může osobně znamenat, že ta pohyblivost není úplně jako dříve...“

- f) **Otázky sugestivní:** Před těmito otázkami varujeme, neboť pacientovi vnucujeme určitou odpověď, kterou zpravidla také uslyšíme (nechce si nás pohněvat, jsme autoritou).

„Není to tak, že se ty bolesti při zátěži zvětší?“, „To je divné, ten lék vám ani trochu nezabral?“

Pokud jde o techniku tázání, je nutné dodržovat za všech okolností zdvořilost a ptát se naprosto srozumitelně, trpělivě a stručně. Ptejte se jen tehdy, je-li to nutné a držme se zásady, že **méně znamená více**, neboť otázkami brzdíme spontánnost rozhovoru a při direktivním a autoritativním tázání způsobíme, že pacient mlčí a čeká na otázky. Nedovolí se zeptat, vyjádřit svůj názor apod. Někdy se lze přímé otázce vyhnout tím, že jej požádáte, aby určitý stav nebo situaci popsal. Pacient tak sám určuje, co je pro něho významnější, co více pociťuje apod. V praxi se doporučuje volit při dotazování **strategii „trychtýře“**, kdy se nejdříve tážeme po obecnějším (otázky otevřené) a postupně přecházíme upřesňováním až k důležitým detailům. Zjištění, důležitá pro další rozhodování o léčbě, případně týkající se zatěžující diagnostiky, upřesňujeme otázkami z více stran, abychom měli jistotu, že skutečnost je opravdu taková, jak nám ji pacient vylíčil a jak jsme ji pochopili.

8.2 Typy lékařského rozhovoru a jeho dimenze

Každý rozhovor má stránku věcnou (informace získáváme a dodáváme) a stránku **sociálně emoční**, která je dána postojem lékaře k pacientovi (lékařovou otevřeností, transparentí, či naopak uzavřeností a neosobností), mírou jeho direktivity a schopností vcítit se do nemocného. Předchází stránky vytvářejí **osobní styl** vedení rozhovoru lékařem, jenž je pro něho typický a nejvíce vyhovující. Promítá se do všech jeho verbálních aktivit s pacienty a jejich příbuznými, tedy do různých typů rozhovorů, s nimiž se seznámíme. Osobní styl pak lze posoudit podle dimenzí, které jsou vlastní každému rozhovoru.

Podle účelu a cíle lze rozdělit rozhovory používané v lékařské praxi na ty, jimiž:

- informace získáváme,
- informace dodáváme,
- navozujeme změnu psychického stavu, osobnosti a chování.

1. **Informace získáváme** např. prostřednictvím **prvního rozhovoru**, kdy lékař přichází zpravidla poprvé do kontaktu s nemocným a někdy i s jeho příbuznými. Informace získané z prvního rozhovoru použijeme k eventuálnímu

sepsání orientačního příjmového vyšetření, což je častá praxe při práci v lůžkových zařízeních a v denních stacionářích.

Anamnestický rozhovor bývá hlavním zdrojem informací, proto musí být zevrubný. Zajímáme se o tři základní roviny dat:

- o data týkající se biologické stránky onemocnění ve vývoji (současných obtíží, vývoje onemocnění, prodělaných onemocnění a úrazů v minulosti, heredity atd.);
- o psychologickou rovinu (osobnost pacienta a jeho základní vztahy ve vývoji, co jej formovalo, prožívání a postoj k nemoci atd.) a
- o sociální rovinu (vzdělání, zaměstnání, bydlení atd.).

Anamnéza je nezbytnou součástí lékařského vyšetření.

Diagnostický rozhovor se překrývá s anamnézou a bývá významný zvláště tehdy, když nemáme k dispozici příliš mnoho jiných diagnostických metod. Spolu se sledováním pacienta je hlavní psychiatrickou vyšetřovací metodou.

Rozhovor explorativní: U tohoto rozhovoru se zaměřujeme na určitou oblast života pacienta nebo jeho potíží a důkladně s ním o ní hovoříme (např. o sexuálním životě, stravovacích zvyklostech).

2. Informace dodáváme prostřednictvím objasňujícího a vysvětlujícího rozhovoru, při němž nemocnému sdělujeme výsledky vyšetření, seznamujeme ho s léčebným plánem a prognózou onemocnění. Radíme sem i **podávání pokynů** týkajících se doporučení co do životosprávy a dodržování různých nařízení, týkajících se biologické, fyzikální či chemické terapie, rehabilitačních cvičení apod.

Závěrečný rozhovor před propuštěním ze zdravotnického zařízení, nebo v souvislosti s ukončením léčby jako takové, bývá na informace bohatý. Pacientovi, případně jeho příbuzným musíme dát dostatečný prostor pro jejich otázky.

V praxi bývá běžné vzájemné propojování se obou základních typů rozhovorů, kdy své informace současně doplňujeme a pacienta, případně jeho blízké, průběžně informujeme. Za objasňující příklad nám slouží informační **rozhovor s příbuznými a lékařská vizita**, při kterých se zpravidla informace pohybují oběma směry.

Poradensko-informační rozhovor je dobrým příkladem kombinace obou kritérií. Jeho cílem je s pacientem prohodit to, co jej subjektivně zatěžuje a dodat mu chybějící informace, pokud jsou objektivního rázu (např. na koho se má v určité problematice obrátit a jaká jsou jeho omezení v souvislosti se zaměstnáním). Pohybujeme se převážně na racionální, věcné úrovni. Pokud se jedná o problematiku osobního života (sňatek, rozvod apod.), není vhodné dávat rady. Je vhodnější pouze probrat možnosti, které má, přičemž rozhodnutí a jednání jsou zcela v rukou pacienta. Nenecháme se vmanipulovat do radění a přejímání odpovědnosti, jež nám nepřísluší. Upo-

zornujeme, že právě v této oblasti lékaři překračují svoji kompetenci a pacienti poškozuji, protože ve věcech osobního života promítají do druhého vlastní zkušenosti a názory, což je neadekvátní.

Při rozhovorech za účelem získávání a dodávání informací je třeba se držet zásady naprosté **srozumitelnosti** (neužíváme odborné termíny), která souvisí také s tím, že se snažíme vyhnout **redundanci**, čili informační nadbytečnosti (důležité opakujeme a vyjadřujeme různým způsobem). Samozřejmě musíme plně respektovat **intelektovou úroveň** toho, s kým hovoříme, jeho **vzdělání** a **aktuální zdravotní stav**, neboť rozhovor nesmí pacienta zatěžovat a musí být veden šetrně. Vhodná je názornost a konkrétnost.

3. **Změnu psychického stavu, osobnosti a chování** navozujeme prostřednictvím různých typů **psychoterapeutických rozhovorů**, z nichž se stručně o některých zmíníme. Pacienta, případně jeho rodinu, se snažíme ovlivnit přímo během interakce, a to dodáváním informací, jež vedou ke změně.

- a) **Nedirektivní empatický rozhovor:** Do pacienta a jeho situace se průběžně vcítujeme a naše porozumění sdělujeme. Podporujeme jeho sebeexploraci, tedy hledání psychologických souvislostí mezi subjektivně významnými a zatěžujícími skutečnostmi.
Empaticky vedeným nedirektivním rozhovorem navozujeme atmosféru blízkosti, bezpečí a důvěry. Pacienta tím vnitřně „držíme“, subjektivně přestává být v izolaci, a zároveň mu napomáháme lépe se orientovat v jeho duševním životě. K nedirektivnímu empatickému rozhovoru se vrátíme ještě později.
- b) **Interpretující rozhovor:** Lékař pacientovi sděluje, jak pravděpodobně jeho projev a myšlenky, případně i některé zdravotní obtíže souvisejí s motivací. Takním a pro pacienta přijatelným způsobem mu naznačuje, „co za tím vším může být“. Zkušenosti ukazují, že je důležité, aby se takto postupující lékař a pacient drželi reality a zásady, že „méně znamená více“. Pacient se tak učí rozumět různým souvislostem ve svém životě a povaze.
- c) **Podpůrný a uklidňující rozhovor:** Lékař pacienta povzbuzuje a dává najevo, že je na jeho straně a že ho neopustí. Vyjadřuje postoj, že nakonec „všechno dobře dopadne“ a že se „věci nesmí tak dramatizovat a vidět černě“. Optimistický pohled a projevená naděje ve změnu k lepšímu nesmí být neúměrné realitě, tedy falešné. Pacientovi tak pomůžeme překlenout obtížné období či duševní otřes, ovšem nikoli za cenu vytváření iluzí.
- d) **Presvědčující rozhovor:** Takový dialog je direktivně vedený a jde v něm o to, pokusit se využít autority a darů racionality – kritického, logického a zvažujícího myšlení. Pacienta směřujeme zpravidla k opaku toho, co si na základě déletrvající nálady myslí a co říká. Pokoušíme se

mu také vyvrátit různé iracionální domněnky a představy. Plně využijeme naší autority, vědeckých poznatků, někdy i emočního přesvědčování pomocí názorných a působivých příkladů. V zásadě chceme pacientovi ukázat, v čem se mylí a z jakých falešných předpokladů vychází. Logické a další argumenty se spojují se sugestivním působením. Přesvědčující rozhovor bývá nazýván též **persuází** (z lat. *persuadere*, tj. přemlouvat, přesvědčovat) a změna významů určitých slov pro člověka se nazývá **reatributací** (na rozdíl od reatribuce, již míníme změnu v kauzálním nazírání).

Depresivní pacient se domnívá, že se nalézá v bezvýchodné situaci; psychoterapeutickým rozhovorem jej lze přivést ke změně názoru a hodnocení – konstatuje, že se mu jeví jeho situace **momentálně** bezvýchodná, což je důležitý významový posun.

Psychoterapeutickým rozhovorům se lze naučit v rámci psychoterapeutického výcviku, nebo pod vedením zkušeného kolegy. Varujeme před jejich „zkoušením“ na pacientech bez vedení, i když někteří lidé si mohou počínat intuitivně správně.

Rozhovory lze dále dělit podle jiných kritérií. Zde se stručně zmíníme o dvou z nich.

Jedná se o **vnitřní uspořádání** rozhovoru. V tom případě může být dialog přesně strukturován ve smyslu standardního interview, anebo struktura, pořadí otázek a probíraná témata mohou být zcela volné. Jako příklad lze uvést různé typy diagnostického rozhovoru a anamnéz.

Jiným kritériem rozdělení je **počet účastníků** rozhovoru. V lékařské praxi převládá rozhovor ve dvou – **dyadický**. Přitom je v mnoha situacích doporučen hodný rozhovor s **nemocným a celou jeho rodinou** současně, případně s **celou rodinou bez pacienta**. Zamezíme tím zkreslování informací a záležitostí, které jsou věcí všech a které se mají řešit společně. V případě rozhovoru s více lidmi lze doporučit, aby lékař k rozhovoru přibral ještě jednoho zdravotníka – cítí se jistější a poskytnou si zpětnou vazbu, mohou případně lépe poradit, podělit se o „nátlak rodiny“ apod.

Lékařský rozhovor si lze přiblížit a v jeho možnostech se orientovat i popisem charakteristik, jež jsou přítomné v jakémkoliv jiném rozhovoru.

Dimenze rozhovoru jsou kvality vyjádřitelné i kvantitativně, a proto vzájemně srovnatelné. V každém rozhovoru lze nalézt následující polární dimenze (z lat. *dimensio*, tj. rozměření, vyměření), jimiž jej lze popsat. (Viz následující tabulka.)

Charakteristiky nalézající se na levé straně tabulky odpovídají postojům, které vyplývají z přístupu na pacienta orientované medicíny (partnerský vztah). Body v pravé straně tabulky poukazují na postoje blízké přístupu, v němž hrají dominantní roli lékař a medicína (paternalistický vztah).

I. Nedirektivita

Lékař méně mluví, občas se na něco zeptá, neprosazuje se, nemocný bývá aktivní, vyskytuje se dialog, nemocného spíše „doprovází“.

II. Emoční blízkost

Lékař dává najevo osobní zájem, pacienta nehodnotí a bez výhrad jeho projev (a tedy i samotného nemocného) akceptuje.

III. Empatie

Lékař se do nemocného vcítuje a vidí skutečnosti jeho očima, pozorně a aktivně naslouchá.

IV. Ryzost (autenticita) lékaře

Lékař je v projevu sám sebou a transparentní. Je zřejmé, že co říká a činí, myslí vážně a „za sebe“, nestylizuje se do žádné role.

V. Informační bohatost

Lékař průběžně a srozumitelně pacienta informuje, přizpůsobuje svůj projev a odborné výrazy jazyku, úrovni a komunikačním možnostem nemocného

Direktivita

Lékař se vptává, projevuje se autoritativně, vede spíše monolog, rozhovor drží „pevně v rukou“, vystupuje jako „expert“.

Emoční vzdálenost–distance

Lékař je vnitřně neangažován, udržuje od pacienta odstup, užívá hodnotící kategorie typu: správný–nesprávný, dobrý–špatný.

Chladná racionalita

Lékař se nezajímá o prožívání a vnitřní svět pacienta, přísně se drží objektivity.

Role lékaře

Lékař vystupuje neosobně a stylizuje se do „autority bílého pláště“. Drží se tradiční a „předepsané“ lékařské role.

Informační střídmost

Lékař s pacientem mluví málo, používá odborný jazyk, nerespektuje úroveň a komunikační možnosti nemocného.

Jednoduše lze vliv postojů lékařem na utváření vztahu vyjádřit následujícím obrázkem:



Obr. 7 Postoje lékaře k pacientovi a jejich vliv na utváření vztahu

Každému lékaři je bližší určitý způsob vedení rozhovoru s nemocným, jenž zároveň vypovídá o jeho vztahu k druhým a v konkrétním případě jím vztah vymezuje. Lékařská praxe je díky rozličným pacientům a situacím natolik různorodá, že by měl lékař ovládat více stylů a podle potřeby je používat. Někdy je vhodné, aby byl „hodný a chápavý“, jindy je však na místě větší „přísnost a kontrola“.

Domníváme se, že pro budoucího lékaře je užitečné se seznámit se způsobem vedení nedirektivního empatického rozhovoru, s nímž se u nás v praxi zatím příliš nesetkáme. Nedirektivní empatický rozhovor vyjadřuje přístup na pacienta orientované medicíny.

8.3 Nedirektivní empatický rozhovor

Jde o určitý způsob rozmluvy s pacientem, který má svá pravidla, vycházející z vlivného psychoterapeutického směru nazvaného **psychoterapie rozhovorem** (na osobu zaměřená terapie), jehož zakladatelem a plodným teoretikem je nestor americké psychologie **C. G. Rogers** (1902–1987).

Nedirektivní empatický rozhovor obsahuje mnohé z toho, co je příznačné pro psychologický přístup k nemocnému. Při jeho vedení je snahou lékaře vytvořit přátelskou a pro pacienta bezpečnou atmosféru, jež zvyšuje důvěru a sdílnost. Má ráz reálné a přirozené rozmluvy s cílem porozumět tomu, co je pro pacienta subjektivně významné a co zpravidla souvisí s jeho zdravotními a životními problémy. Iniciativu necháváme spíše na nemocném, jemuž dáváme najevo, že s ním sympatizujeme, že akceptujeme to, co říká, projevujeme zájem a snažíme se být empatičtí. Ve sdělování vlastních názorů a postřehů jsme opatrní, zdrženliví. Autoritu nezdůrazňujeme, neboť ji máme, a člověk v nouzi bývá zvýšeně sugestibilní, rozhovorem bychom jej mohli zavádět do poloh, jež mu nejsou vlastní. Příznačný je nedirektivní postoj, který nebývá snadné si osvojit, neboť profesionální jednání lékaře běžně direktivitu vyžaduje.

Nedirektivita zde neznamená pasivitu či lhostejnost, nýbrž to, že lékař důsledně vychází ze subjektivity nemocného a vzdává se jakékoliv formy manipulace. Rozhovor řídí nepřímým svým empatickým projevem a pacienta tak vede k hovoru o pocitech, jež vedou k subjektivně významným tématům. Lékař rady poskytuje jen výjimečně, otázky klade tehdy, jestliže jimi podpoří sebepoznávání nemocného, či dotazem vyjadřuje svůj zájem, účast. Pacient z nich nesmí cítit nátlak, zvědavost nebo diagnostickou intenci. Nedirektivní postoj tlumočí přesvědčení, že člověk je schopen nejlépe řešit své problémy vlastními silami a úlohou lékaře je pouze vytvořit optimální podmínky k uskutečnění tohoto procesu. Lékař pacienta nevede, nýbrž doprovází a je mu oporou při jeho hledání.

Ukázky ilustrující nedirektivní empatický rozhovor:

a) Jedenatřicetiletá vdaná žena, bolesti hlavy nejasné etiologie, poruchy usínání; úryvek ze začátku 1. rozhovoru:

Pacientka (dále P): „Ty bolesti hlavy jsou hrozný. Někdy si myslím, že se mi rozskočí hlava, jak mi třeští. Jako by mi hlavu svírala železná obruč.“

Terapeut (dále T): „Hm,...bolesti hlavy, ty vám komplikují život, někdy je to až k nevydržení.“

P: „A nic mi nepomáhá. Byla sem na těch natáčkách (P. má na mysli EEG vyšetření) a řekli mi, že je všechno v pořádku. A tak mě pan doktor poslal k vám. Že to je nervového původu.“ (V hlase pacientky zaznívá nelibost, protože se nalézá na psychiatrickém oddělení.)

T: „Trochu vás to asi překvapilo, možná se vás to i dotklo.“

P: (Přerušuje T.) „Ano, nejsem přece žádné blázen!“

T: (Se souhlasným pokývnutím.) „Hmm, hmm.“

P: „Z čeho myslíte, že by to mohlo bejt, to přece není samo sebou?“

T: „Myslíte ty bolesti hlavy?“

P: „Ano, z něčeho to přece bejt musí, to přece není samo sebou?“

T: „Je to pro vás záhada, starost, ráda byste byla v pořádku.“

P: „No jistě, můžete mi poradit?“

T: „Ta nejistota, ta vás trápí... Chcete znát příčinu... Ráda byste se bolestí zbavila, ale jak na to?“

P: „Proto jsem vyhledala lékaře, ale ti říkají, že je všechno v pořádku. Ale kdybych byla zdravá, tak mi ta hlava přece nebude tak bolet, ne?“

T: „To vás asi neuklidnilo a říkáte si, že to musí mít nějaký důvod.“

P: „Právě. Můžete mi říct, z čeho to mám?“

T: „Zatím nikoli, protože to nevím, stejně jako vy. Jedno je jisté, že bolesti hlavy nejsou tělesného původu, a proto vás pan doktor poslal ke mně. Víte, někdy i takové nepříjemné příznaky vzniknou z toho, jaké má člověk starosti, jak žije, co by chtěl a co nezvládne...“

P: (Zaražená, mlčí.)

T: „Mám pocit, že jsem se vás něčím dotknul, možná jsem vám něco připomněl.“

P: (Stále mlčí, začíná se projevovat tenze.)

T: (Klidně, vstřícně.) „Cítím z vás napětí, říkám si, co se stalo..., co se děje?“

P: „Vy to víte?“

T: „Nevím, ale asi to bude pro vás důležité. Možná, že na začátek by bylo dobré si o tom promluvit.“

Z rozhovoru vyplynulo, že manželství pacientky je v krizi, manžel se odstěhoval od rodiny. Bolesti hlavy souvisely s tím, že nemocná nedokázala projevit pociťovaný hněv a lítost, jež pak byly zdrojem tenze.

b) Pětapadesátiletá vdova, protrahovaná depresivní reakce na úmrtí manžela, úryvek z druhého rozhovoru:

P: „...On pořád jen pracoval a neodpočinul si...ani toho důchodu se nedožil.“ (Pacientka má slzy v očích.)

T: „Říkáte si, nebylo to tak správné, ale nejde to vrátit.“

P: „Já jsem si kolikrát myslela, že to takhle dál nejde, že se uštvu, manžel má nemocné srdce... Vlastně měl... Ty léky určitě neužíval.“

T: „Nechci se vás, paní N., dotknout, ale mám takový pocit, že jeho smrt stále nemůžete přijmout; jako byste si něco vyčítala.“

P: „Ano, neměla jsem se na to jen dívat a mohl tu být. Osmapadesát let přece není žádný věk. Vždyť on to dělal kvůli nám...“ (Pláče.)

T: (po chvíli) „Možná si vyčítáte, že jste nezasáhla, aby se víc šetřil. Když na to teď myslíte, cítíte bolest.“

(Pacientka pláče, terapeut ji asi po minutě mlčení přerušuje.) „Je vám těžko, musíte na to myslet a...“

P: (Skočí mu do věty.) „Ale já jsem mu to říkala, aby se šetřil, ale on chtěl kvůli dětem... že když stáví...“

T: „Na vaše upozornění nedbal a přepínal síly.“

P: „Ano, ano, to jsem neměla dopustit.“

Psychologický mechanismus udržování deprese a neschopnost se vyrovnat s manželovou smrtí pravděpodobně spočíval v tom, že pacientka cítila vinu za jeho úmrtí a zprvu o tom nedokázala s nikým hovořit.

Z ukázek je zřejmé, že nedirektivní empatický rozhovor se značně liší od běžných rozmluv odehrávajících se mezi pacienty a zdravotníky, kteří udílejí pokyny, vyptávají se, aby získali informace, a radí. Platí, že čím se pacient cítí subjektivně hůře (důvod nerozhoduje), tím větší pozornost lékaře a rozmluvu potřebuje. Nedirektivní empatický rozhovor představuje **jeden z možných způsobů** poskytování psychologické péče, již přinášíme nemocnému úlevu, uklidnění a často i poznání příčin změněného psychického stavu.

Kromě nedirektivního empatického rozhovoru má v klinické praxi zvláště praktického lékaře velký a zatím nedoceněný význam zevrubný explorativní rozhovor. Proto se s ním důkladněji seznámíme.

8.4 Zevrubný explorativní rozhovor

V zevrubném explorativním rozhovoru (z latinského *explorare*, tj. zkoumat, pátrat) se spojuje diagnostický a terapeutický záměr se snahou pacienta lépe poznat a adekvátněji mu pomoci.

Konkrétní cíle jsou tři:

- zjistit možné souvislosti mezi psychikou pacienta a zdravotními potížemi, jimiž trpí;
- blíže určit nápadnější psychickou odezvu nemocného na fakt onemocnění i způsob, jak se s ním vyrovnává;
- psychoterapeutické působení.

Zevrubný explorativní rozhovor nepatří mezi standardní a zcela běžné postupy, které v ambulantní praxi užíváme a poskytujeme většině nemocných.



Indikace rozhovoru

Indikujeme jej tehdy, jestliže z běžného kontaktu s nemocným a jeho příbuznými vzniká dojem, že je pacient nějak psychicky nápadný. Vhodným postupem je také tehdy, trpí-li převážně somatickými obtížemi, které nemají organický podklad a není pro ně vysvětlení. Pro zevrubný explorativní rozhovor jsou indikováni i pacienti, kteří se aktuálně nalézají ve svízelné, zátěžové životní situaci, která je spíše dlouhodobé povahy a může s velkou pravděpodobností negativně ovlivňovat jejich zdravotní stav. Jedná se např. o pacienty, kteří se nalézají v rozvodovém řízení nebo soudních sporech, nebo žijí v chronickém partnerském nebo manželském konfliktu. Poslední, avšak neméně častá indikace k tomuto postupu je u nemocných, kteří sami žádají prohoření svých subjektivních a životních těžkostí, v nichž se chtějí lépe orientovat.

Pacienti psychicky nápadnější mohou být ve svém projevu značně různorodí – od těch nekomunikujících a vlastně „nápadně nenápadných“, až po nemocné, upozorňující na sebe, strhávající pozornost lékaře a okolí, *agruvující* (přehánějící potíže), vytvářející nevěrohodný dojem atd. Lékaři jsou v očích takových pacientů spíše nepřijemní, a proto mají tendenci s nimi zkrátit kontakt jen na nezbytně nejnutnější míru. Pozornost je třeba věnovat zvláště těm, kteří jsou zvýšeně úzkostní a depresivní (smutní, plativí, pesimističtí), pacientům bezradným a lhostejným a lidem, kteří přes opakované vysvětlení projevují nepřiměřené obavy o svůj zdravotní stav. Nemocné, u kterých máme podezření na duševní poruchu či onemocnění, samozřejmě posíláme co nejdříve na základě předchozí konzultace do péče odborného lékaře – psychiatra. Někdy však k tomuto podezření dospějeme právě na základě zevrubného explorativního rozhovoru.

Pacienti, kteří trpí převážně somatickými obtížemi bez adekvátního organického podkladu, nebo u nichž je klinický obraz proměnlivý a těžko diagnosticky zařaditelný, tvoří překvapivě velkou část klientely ambulantního lékaře. V takových případech vždy – po pečlivém a opakovaném somatickém vyšetření – myslíme také na psychosociální pozadí obtíží, které klinický obraz spoluvytvářejí a udržují. Tito nemocní zpravidla jen neradi připouštějí, že by jejich zdravotní stav mohl souviset s jejich psychikou a životním stylem. Výrazná je zde tendence **somatizovat**, tedy veškeré konflikty, úzkosti apod. převádět do „řeči těla“. U zmíněných pacientů je důležité, abychom je učili hovořit o jejich pocitech a eventuálních psychických a vztahových problémech, které je momentálně trápí, byť jsou jen na okraji jejich vědomí.

Pacienti ve svízelné životní situaci jsou k této formě pomoci vhodní zejména tehdy, neznáme-li bližší okolnosti zátěže a jde nám především o diagnostický záměr. Jestliže je nám situace jasná, volíme raději podpůrný uklidňující nebo empatický nedirektivní rozhovor, nebo jim zprostředkujeme specializované poradenství či psychotherapeutickou péči.

Pacienti žádající sami prohovoření svých psychických a životních obtíží a starostí jsou ke spolupráci dobře motivováni a nestydí se před lékařem. Velmi často se jedná o nespokojenost se sebou nebo s partnerskými vztahy. Zevrubný explorativní rozhovor, mající na zřeteli především diagnostickou stránku, je namístě, jestliže nejsou jasné příčiny jejich nespokojenosti. Jinak volíme spíše podobná opatření jako v předchozím případě (podpůrný, uklidňující, empatický, nedirektivní rozhovor, či specializované poradenství nebo systematickou psychoterapeutickou péči poskytovanou někým jiným).

V jedné z následujících kapitol probereme stud týkající se především fyzických intimních zón člověka, tedy lidské nahoty. Existují také psychické intimní zóny, tedy psychická obnaženost a nahota. Také zde je lidský jedinec zvýšeně citlivý a jejich překročení druhými vyvolává stud, pocit trapnosti, zahanbenosti, ale třeba i nevoli a hněv. O těchto „třináctých komnatách“ nebývá ochota komunikovat – s výjimkou lidí zcela důvěrných, kde cítíme bezpečí a zachování „tajemství“. Jedná se zvláště o záležitosti sexuálního života (opakem je verbální sexuální exhibicionismus), privátních a méně konformních názorů a vůbec sebehodnocení, pokud se jedinec nepřeceňuje. Tato psychická privátní sféra patří do oblasti sebepojetí. Sebepojetí, tedy to, co si o sobě myslíme a představujeme a jak sebe hodnotíme – není většinou určené „zrakům a uším druhých“. Lékař, psycholog, a u věřících lidí duchovní, jsou při překračování této hranice psychické intimní sféry tolerováni, ovšem jsou v tom značně individuální rozdíly, neboť někdy i v tomto případě chce člověk „dělat dojem“, stavět se do lepšího světla, nebo si říká, že opravdu nikomu „do toho nic není“.

Při vedení rozhovoru platí jako hlavní zásada, že postupujeme pomalu, obezřetně, taktně, tedy **empaticky a nedirektivně**. Obrazně řečeno jdeme pouze tam, kam nás druhý „pustí“ na základě důvěry a sympatií, jež vůči nám cítí; je to tedy opět otázka **vztahu mezi pacientem a lékařem, který určuje sdílnost a spolupráci**.

Častým důvodem počáteční neochoty hovořit o své subjektivitě a důvěrných vztazích je mnohými lidmi sdílená domněnka, že se to „nehodí“ a že to lékaře nezajímá. Proto někteří pacienti, u nichž je zapotřebí psychologické péče, zprvu ze zvyku „nabízejí“ lékařově pozornosti somatické symptomy.

Za ilustrující příklad nám poslouží někteří starší a osamělí lidé, kteří za lékařem chodí ze společenských důvodů a ze sympatií. Potřebují se „vypravit k doktorovi“ a chvíli si v čekárně se spolupacienty a s lékařem samotným popovídat. Pokud to lékař nepochopí, samozřejmě mu mohou nabídnout nepřeborné množství tělesných stesků, jejichž léčba je úspěšná či neúspěšná podle toho, chtějí-li lékaři udělat „radost“ a „pochválit“ jej, nebo naopak.

Komunikaci může znesnadňovat i to, že mnozí lidé (častěji muži) **nejsou zvyklí a neumějí diferencovaně hovořit o svých prožitcích (mají**

malou schopnost introspekce) a vůbec se špatně orientují ve svém vnitřním světě. Nebývá to neochota, nýbrž neschopnost se zabývat vlastní subjektivitou, která je spíše leká, neboť se občas „přihlásí“ silnějším prožitkem až emocí, která je „zaskočí“ (např. nezadržitelný pláč, za který se stydí, „záchvat“ úzkosti či výbuch hněvu). Úroveň introspekce nutno respektovat a vlastně pacienty „učíme“ o sobě přemýšlet a uvědomovat si, co prožívají a co vlastně chtějí.

Fáze rozhovoru

Zevrubný explorativní rozhovor lze schematicky rozdělit do tří částí: úvod rozmluvy, vlastní rozhovor a jeho ukončení se závěrem.

V dalším textu se budeme paradoxně zabývat pacienty, kteří jsou pro tento typ pomoci méně motivovaní, protože je jich většina.

1. Zahájení rozmluvy

O vnitřním světě druhého člověka a jeho nejbližších vztazích s ním lze hovořit teprve tehdy, jestliže nám plně důvěřuje a nebojí se. Pak se může sobě i nám otevřít a mluvit skutečně upřímně a bez zábran. Podmínkou zevrubného explorativního rozhovoru je, že se s druhým již známe a že nám důvěřuje. Vlastní přípravu na rozhovor „předem“ neděláme, jenom si pro rozmluvu rezervujeme klidnou místnost a ničím nerušených 50–60 minut času.

Rozhovor zahájíme tím, že pacientovi sdělíme náš záměr si s ním „popovídat“ o něm a o tom, jak žije, že jej chceme blíže poznat, abychom mu mohli lépe pomoci. Nesmíme vzbudit dojem, že chceme „pátrat“ v jeho soukromí a hledat vztahy mezi psychikou a zdravotními potížemi. Mohli bychom narážet na odpor, protože psychogenita je spojována buď s tím, že jsou lidé duševně nenormální (dochází k ohrožení pozitivního sebepojetí), či se simulací (vzniká obava, že jejich obtíže nebudou léčeny a že pacienta máme za „simulanta“, který si „vymýšlí“). Třetí důvod nechuti zabývat se vlastní subjektivitou a důvěrnými vztahy bývá to, že pacient tyto souvislosti tuší nebo si je přímo uvědomuje, ale stydí se za ně, případně se domnívá, že se s tím „nedá nic dělat“, nebo s tím „nic dělat nechce“. Pacient však celkem ochotně připustí, že se jeho zdravotní stav může zhoršovat či souviset se stresem. Může mít na mysli přepracovanost, nebo v případě otevřených meziosobních konfliktů to, že mu někdo „ubližuje“ a vlastně tak nese za jeho zdravotní stav „vinu“. Na začátku rozmluvy lze tedy vyjít právě ze stávající životní situace. Rozhovor musí mít ráz **přirozené rozpravy**, dialogu, lékař je empatický, přátelský, povzbudivý, pozorně naslouchá tomu, co druhý říká, a ptá se šetrně, aby otázkou nezaskočil a aby umožnil odpověď.

Vlastní rozhovor lze po uvítání pacienta začít takto: „Dnes vás, pane X, asi trochu překvapím. Říkám si, že by bylo dobré, kdybychom si spolu trochu pohovořili o vás. Víte, o tom, jak žijete, o vašich radostech, ale také starostech. To jsou

všechno věci, které mají vliv na to, jak se člověk cítí. Můžete mi něco o sobě říci? Tak docela volně, co vás napadne, nedělejte si s tím starost." Jiná možnost uvedení rozhovoru: „Paní X, už se známe spolu nějakou dobu a mám takový pocit, že žijete v ustavičném shonu. Vrháte se z práce do práce a vlastně jste na všechno sama. Pokud budete souhlasit, mohli bychom si dneska o vás a o vašem životě promluvit. Mnoho povinností a ta věčná uspěchanost člověku ke zdraví nepřidá.“

2. Vlastní rozhovor

Pacienta necháme volně mluvit a přerušíme jej taktně jedině, když příliš odbočuje a hovoří o věcech evidentně nedůležitých. Někdy to však bývá způsob, jak se vyhnout tomu, co je významné, ale pro něho z nějakého důvodu nepříjemné. Jde o to, najít a pochopit jeho **náročné životní situace** (zátěže a konflikty). Chceme vystopovat **životní příběh** pacienta a porozumět, jak se jeho **osobnost a vztahy** od dětství formovaly a vyvíjely a v jaké **subjektivní situaci se momentálně nalézá a co pro něho onemocnění, jímž trpí, znamená**.

Po otevření rozhovoru je vhodné pokračovat „pozitivně“ a projevit zájem o koníčky. Zeptat se na to, co rád dělá, co čte apod. I to nám o druhém leccos napoví. Těžiště rozhovoru však bývá v exploraci jeho nejbližších meziosobních vztahů, dříve se však zeptáme na povahu a požádáme jej, aby sám sebe charakterizoval („Jaký jste byl jako dítě?“, „Jakou máte povahu?“, „Které jsou vaše typické povahové vlastnosti?“, „Co byste ve své povaze chtěl změnit?“, „Co o vás říkají druzí, přátelé, spolupracovníci, manželka?“). Potom se můžeme zeptat na tři největší přání, na nejhezčí a nejhorší životní zážitek, co mu dělá v životě radost, z čeho má obavy apod.

Pro duševní rovnováhu člověka jsou mimořádně důležité jeho nejbližší, meziosobní vztahy, tedy to, jak je prožívá a hodnotí. Zvláště nás zajímají vztahy partnerské–manželské, ale i eventuální mimomanželské, dále vztahy k vlastním dětem, případně rodičům. Pokud je pacient dospělý a žije sám – tak zjišťujeme proč, a jak to snáší. Nezapomeneme probrat vztahy na pracovišti – k nadřízeným, spolupracovníkům a podřízeným, stejně jako vztahy k přátelům. Trochu s nadsázkou řečeno: náš život sestává z rodiny, pracoviště a přátel.

Pro člověka je zpravidla nejvýznamnější jeho rodina. Proto bychom se měli ptát: „Jak to u vás doma vypadá?“, „Kdo je dominantní a kdo se spíše podřizuje – kdy a v čem?“, „Co byste u vaší paní (vašeho manžela), kdyby to šlo, v povaze a chování změnil(a)?“, „Co by o vás řekl(a), kdybych s ním (s ní) hovořil?“, „Co se vašemu partnerovi na vás líbí a co zase nelíbí?“ atd. Stejně tak se lze ptát na vztahy k dětem, na rodinné koalice, důvody sporů, trávení prázdnin a dovolených (společně, odděleně). Důležitý je i sexuální život, protože značné množství žen a mužů trpí funkčními sexuálními poruchami (např. *anorgasmie*, snížená sexuální *apetence*), jež zůstávají nediagnostikované a neléčené (udává se nejméně 10 % populace). Sexuální život a spokojenost s ním je barometrem vztahové zakotvenosti.

Rozhovor o vztazích v rodině usnadní **rodinný sociogram**. Získáme jej tak, že pacientovi dáme arch čistého papíru, tužku a požádáme jej, aby malým kolečkem uprostřed papíru vyznačil sebe a ostatní členy užší, případně širší rodiny (prarodiče apod.). Kolečka by měl nakreslit od sebe vzdálená tak, jak mu jsou rodinní příslušníci relativně blízcí či vzdálenější. Velmi rychle se tak orientujeme v rodinných vztazích, o nichž pak dále hovoříme.

Zajímá nás vše, co působí zvýšenou zátěž, frustraci a konflikty – ať již vnitřní nebo vnější, akutní či chronické, latentní nebo zjevné. Proto se ptáme po napětí v různých vztazích a na významné životní události (změna zaměstnání, úmrtí v rodině a mezi přáteli, rozchody s blízkými lidmi apod.) a na významné ztráty a krůdvy.

Důležité je dále zjistit, co znamená pacientovo onemocnění osobně pro něj a pro jeho nejbližší, jak žil před začátkem nemoci a v čem se nemocí jeho život změnil (zvláště pokud jde o vztahy) a co by nastalo, kdyby byl zdravý. Kdo z rodiny má pro pacienta největší pochopení a případně mu nejvíce pomáhá – a naopak, na koho se spolehnout nemůže a kdo jej „nechápe“. V této souvislosti někdy zachytíme jasnou **účelovost a manipulaci** s ostatními členy rodiny. (Například „útekem do nemoci“ někteří lidé řeší vážný manželský konflikt.)

Rozhovor mezi pacientem a lékařem nesmí mít ráz „výslechu“, kdy otázka stíhá odpověď. Nejde jen o fakta, ale zajímá nás **prožívání a hodnocení událostí**, které nemocný považuje za významné. Pacienta necháme hovořit, usměrňujeme jej jen občasnými otázkami nejlépe s otevřeným koncem, vlastně nadhazujeme témata rozhovoru. Dáváme stále najevo pochopení a akceptaci toho, co říká. Během rozmluvy si děláme obrázek o pacientovi a jeho životě, jenž se nejjednodušeji liší od naší dosavadní představy. Nemocnému umožníme **odžívání negativních pocitů** (*abreakce, katarze*), což je psychoterapeuticky významné a přináší mu úlevu, kterou lze obrazně přirovnat k detoxikaci. Psychoterapeuticky působí i to, že se cítí být pochopen, přijat, což vnitřně posiluje a běžně se toho lidem nedostává. Stává se, že během rozmluvy začneme vidět pacienta v jiném světle, včetně jeho zdravotních obtíží.

Uvědomíme si, že nám svůj život líčí jako sérii osobních neúspěchů, krůd a schválností ze strany druhých. Mohou vyjít najevo obavy, že v budoucnosti nebude moci dostát požadavkům života a existenčním starostem, které dosud skrýval. **Budoucnost** je totiž velmi důležitou stránkou lidského života, neboť žijeme v přítomnosti, do které vyústila minulost, avšak vztahujeme se, ať již si to uvědomujeme, nebo ne, neustále k budoucnosti. Člověk se pohybuje a nalézá na časové ose tvořené minulostí, přítomností a budoucností.

Během rozhovoru a jeho prostřednictvím si např. uvědomíme pravděpodobnou souvislost pacientových bolestí nejasné etiologie s tím, že má v práci konflikty se spoluzaměstnanci a takto se jim vyhýbá, neboť potíže mu znemožňují navštěvo-

vat zaměstnání. Jindy mohou být stavy nepřiměřené únavy důvodem k odmítání sexuálního styku. Zvýšené sebeovládání a neustálé potlačování přirozených a oprávněných agresivních impulsů může někdy souviset např. s vředovým onemocněním.

Pokud jde o časovou dimenzi, věnujeme pozornost nejenom tomu, co bylo a je, ale i očekávání pacienta, pokud jde o budoucnost. Klíčem k porozumění přítomnosti, což se týká i zdravotního stavu, může být právě to, co druhého čeká – zde máme na mysli především účelové reakce.

3. Závěr rozhovoru

Na závěr rozhovoru bychom měli stručně shrnout, o čem jsme hovořili. Zopakujeme a zdůrazníme, co považujeme za relevantní z hlediska pochopení situace nemocného a jeho potíží. Souvislost se zdravotním stavem stavíme jako **možnost**, nikoliv jako jistotu. Druhému tuto možnost nabídneme k zamyšlení, ale rozhodně jej nenutíme naši úvahu přijmout. Není výjimkou, že takový rozhovor přivodí **obrat** ve vztahu pacienta k jeho obtížím tím, že souvislostem porozumí a získá do situace **vhled**. Také tento moment znamená psychoterapeutické působení. Zevrubný explorativní rozhovor lékaři přináší nové, osvětlující poznatky. Pacient se mu stává bližším, protože mu více rozumí. Nemocnému rozhovor přináší úlevu a někdy i pochopení souvislostí mezi zdravotními potížemi, povahou a způsobem života. Také jemu se zpravidla lékař subjektivně přiblíží. Ukáže-li se, že je žádoucí v rozhovorech pokračovat, dohodnou se na termínu příštího setkání.

SOUHRN

Rozhovor je způsob řečové komunikace a sociální interakce mezi dvěma a více lidmi, která se děje za určitým účelem. Důležitou jeho dynamickou stránkou je indukce, selektivní naslouchání a reagování a způsob kladení otázek (otázky otevřené, doplňující, katalogové, alternativní, účastné, sugestivní). Při dotazování je vhodná strategie „trychtýře“. Rozhovor má stránku věcnou a sociálně-emoční. Podle účelu a cíle rozeznáváme rozhovory, jimiž informace získáváme (anamnestické, diagnostické, explorativní), informace dodáváme (objasňující a vysvětlující, závěrečné nebo dávání pokynů) a rozhovory, jimiž navozujeme změnu psychického stavu, osobnosti a chování (psychoterapeutické rozhovory – nedirektivní empatické, interpretující, podpůrné a uklidňující, přesvědčující). Mnohdy informace získáváme, dodáváme a zároveň působíme psychoterapeuticky (např. poradensko-informační rozhovor). Rozhovory lze dále dělit podle vnitřního uspořádání (přesná či volná struktura) a podle počtu účastníků (dyadický, rozhovor s rodinou).

Každý rozhovor má následující polární dimenze: nedirektivita – direktivita, emoční blízkost a náklonnost – emoční vzdálenost a distance, empatie – chladná racionalita, ryze lékař – role lékaře, informační bohatost – informační střídmost). Pro klinickou praxi je významný nedirektivní empatický rozhovor, jehož pomocí vytvá-

říme žádoucí pracovní společenství a působíme psychoterapeuticky. Zevrubným explorativním rozhovorem zjišťujeme souvislosti mezi psychikou pacienta a zdravotními obtížemi, blíže určujeme nápadnější psychickou odezvu a působíme psychoterapeuticky. Během rozhovoru chceme pochopit životní příběh pacienta, jeho náročné životní situace a vlivy formující osobnost ve vývoji. Důraz klademe na jeho nejbližší meziosobní vztahy, jak je pacient prožívá a hodnotí.

Zásady sdělování nepříznivých informací pacientům a jejich rodinám

V deváté kapitole se seznámíme s hlavními zásadami sdělování nepříznivých informací pacientům a jejich blízkým. Dovíme se, jaký mají dopad a jakou vyvolávají psychickou odezvu. Více se zmíníme o způsobu hovoru s rodiči dětí, které jsou vážněji postižené, probereme sdělování špatných zpráv pacientům a příbuzným, zpráv běžných i mimořádně závažných.

Lékař, s výjimkou patologa a úzce specializovaného „přístrojového“ diagnostika, musí s nemocnými a jejich blízkými spolupracovat a tato spolupráce předpokládá společný rozhovor. Pokud je pacient při vědomí, nelze s ním nekomunikovat. Je nezbytné všechny dříve či později informovat i o skutečnostech, které je zasahují a jež spadají do kategorie nepříznivých informací. Mnozí lékaři tuto nutnost a povinnost špatně snášejí, snaží se jí vyhýbat, nebo informují necitlivým, neodborným, a v důsledku iatrogenním způsobem. Bývá-li sdělování nepříznivých zpráv pro lékaře problémem – o to větším problémem je pro ty, jimž jsou určeny, tedy pro nemocné a jejich blízké.

9.1 Uvedení do problematiky

Lékaři bývají neradi „nositeli špatné zvěsti“ zejména proto, že se obávají emoční reakce toho, komu negativní informaci sdělují. Nevědí, jak se chovat, případně se jich psychické utrpení druhého natolik dotýká, že se mu raději vyhýbají – a mlčí, nebo nemluví pravdu. Dále se domnívají, že by mohli příjemce informace traumatizovat, zhoršit jeho zdravotní stav, nebo dokonce u extrémně negativních sdělení zapříčinit sebevražedné jednání. Předchozí

obavy nejsou namísto za předpokladu, že si při sdělování nepříznivých informací počínají psychologicky správně a pomohou dotyčnému se také se zprávou vyrovnat.

Nepříznivá zpráva

je takový druh informace, jenž informuje o nežádoucí skutečnosti, hodnocené subjektivně příjemcem jako újma různé závažnosti, kterou prožívá úkorně. Zpravidla se jedná o ztrátu (životní perspektivy nebo zdraví), jež bývá doprovázena prožitkem zklamání, nebo o informaci vyvolávající strach (lékařský zákrok či nutnost hospitalizace).

Extrémně špatné zprávy

jsou takové informace, s nimiž se člověk velmi obtížně vyrovnává. Cítí se zaskočen, vykojen, může prožívat šok. Jako příklad extrémně negativních skutečností, o kterých lékař musí informovat, je smrt jako následek onemocnění, úrazu či zákroku, infaustní zdravotní prognóza, chronicita – nevyléčitelnost onemocnění, narození defektního nebo mrtvého dítěte.

Při **posuzování závažnosti a dopadu informace** na druhého člověka je nutno mít vždy na paměti, že význam a váha sdělení je **zcela individuální a subjektivní záležitostí**. Lékařovy obavy z reakce příjemce informace někdy vycházejí z hodnocení dané skutečnosti ve smyslu „podle sebe soudím tebe“, tedy z vlastní projekce či z příliš zobecněné zkušenosti s „obdobnými případy“. Stupeň závažnosti je dán **subjektivním vztahem** člověka k tomu, oč se jedná, a celkovou situací.

Zpráva o úmrtí blízkého člověka některé lidi těžce zasáhne. Dostanou se do šoku a velmi truchlí – a to zpravidla tehdy, jestliže smrt nastala rychle, neočekávaně a informace přichází „jako blesk z čistého nebe“. Úmrtí však může přinést úlevu, jestliže pacient – a s ním i rodina – dlouho trpěli a smrt pro všechny znamená vysvobození. Obecně platí, že subjektivní hodnocení určité skutečnosti – změny k horšímu – záleží na jejím individuálním významu pro člověka, případně na negativním dopadu na nejbližší lidi pacientova života. Úraz ruky spojený s následným omezením hybnosti prstů může hudebnímu virtuosovi stejně jako lékaři-operátorovi znemožnit další profesionální uplatnění, což pro ně může znamenat osobní tragédii, jsou-li jejich sebevědomí, životní pocit a existence vázány na výkon určitého zaměstnání.

Obecné zásady při sdělování nepříznivých informací:

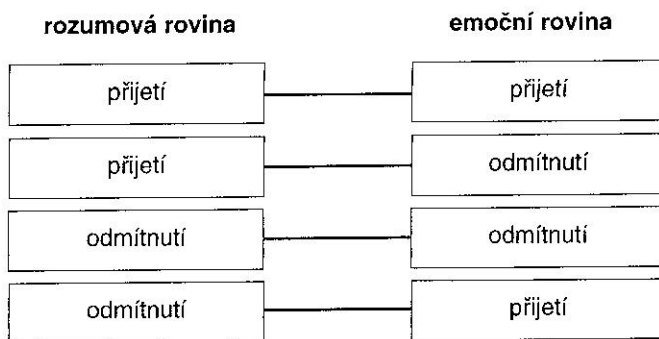
- a) Pro sdělení negativní informace si vyhradíme dostatek času – a klidnou místnost, kde nebudeme rušeni.

- b) Předem se na konkrétní sdělení „vnitřně připravíme“ tím, že si promyslíme, co a jak řekneme s ohledem na příjemce informace (osobnost, úroveň inteligence, zdravotní stav, sociální situaci a další možnosti). Snažíme se předem odhadnout reakci druhého i to, co budeme dělat.
- c) Informaci podává ten, kdo pacienta (příbuzného) nejlépe zná a požívá jeho největší důvěru a autoritu; zpravidla to bývá ošetřující lékař.
- d) Sdělení musí být pro příjemce informace zcela srozumitelné a přesné (nikoliv vágní), neužíváme odborný jazyk. Stručně vysvětlíme a zdůvodníme souvislosti, příčiny a okolnosti týkající se negativní zprávy.
- e) Umožníme dotazy příjemce a jeho alespoň částečné vyrovnání se s nepříznivou informací.

Bezprostřední reakce po sdělení nepříznivé zprávy

Jedná se o kombinaci čtyř možností, kdy pacient (příbuzný) informaci **přijme**, nebo **odmítne**, a to na rovině **emoční** nebo **rozumové**.

- a) Člověk informaci rozumově i emočně přijme – bývá jí zasažen (smutný, bezradný, zoufalý), posléze se zpravidla ptá po okolnostech, co dál apod.
- b) Člověk sdělení přijme rozumově, emočně ji však odmítne – slovně sdělení akceptuje, ale emočně se projevuje „bez nápadností“, „statečně“, „rozumně“, věcně a s odstupem tak, jako by se ho to vlastně netýkalo.
- c) Člověk informaci rozumově i emočně odmítne – jedná se zpravidla o masivní popření skutečnosti, jejíž připuštění by mohlo vést k osobní dezintegraci. Příjemce informace se např. domnívá, že došlo k omylu a záměně jmen, chová se neadekvátně (směje se) či neúčastně.
- d) Člověk negativní zprávu rozumově odmítne, ale emočně přijme. Např. argumentuje, proč to, co říkáme, nemůže být pravda, avšak je zřejmé, že je sdělením zasažen (projevuje se emoční labilita – pláč, hněv apod.). Z psychických obranných mechanismů se zde nejvíce uplatňuje racionalizace a nastává vytěšňování.



Obr. 8 Bezprostřední reakce

Pro lékaře, zvláště začínajícího, bývají problémem výrazné emoční reakce pacienta (příbuzného), případně jeho slovně agresivní projevy (obviňuje, osočuje, vyhrožuje, nadává apod.).

Bezprostřední reakce na sdělení nepříjemné zprávy:

Bouřlivý, nezadržitelný pláč a další projevy zoufalství před lékařem nebývají časté, neboť lidé jsou natolik zasaženi a v šoku, že se tato emoční reakce bezprostředně nedostaví, nebo se stydí (mají zábrany), což je také kulturní a etnická záležitost. Jestliže se přesto výrazný emoční projev dostaví, rozhodně mu nebráníme ve smyslu „uklidněte se“ a ani druhého nechlácholíme, protože víme, že čím je reakce bouřlivější, tím rychleji odezní a jedinec se snadněji s událostí vyrovná. A naopak – čím „rozumnější“ reakce, tím delší a obtížnější vyrovnávání. Pokud jde o projevy verbální agresivity – je třeba ji také plně akceptovat jako jednu z možností, jíž se člověk vyrovnává s negativní informací. Hledá a nalézá viníka. Pokud jde o agresivitu, reagují lidé v zásadě dvěma možnými způsoby – *intrapunitivně* (obviňují sebe), nebo *extrapunitivně* (obviňují druhé).

Matka, již se narodí poškozené dítě, se může domnívat, že to způsobila sama špatnou životosprávou, pádem apod. během gravidity, nebo naopak svůj hněv obrací proti porodníkovi a lékařské péči. Nebo se obojí na kohokoliv z ošetřujícího personálu či zdravotníků, píše stížnosti, případně iniciuje soudní řízení. Nešťastný člověk má „právo“ se chovat tak, jak se chová, a ve stavu akutního zoufalství může dokonce druhé nemístně obviňovat. Zde je namístě si uvědomit, že někteří lidé na vlastní pocit viny reaguji zásadně extrapunitivně, čili osočováním druhých a hledáním „viny“ mimo sebe.

Pro pacienta je v každém případě „zdravější“ reakce extrapunitivní než intrapunitivní, spojená s výčitkami svědomí a pocitu viny, jež mohou přejít v depresivní stav.

Silnější emoční projevy pacientů (příbuzných) mohou v nás vyvolávat obavu z jejich stupňování a z toho, že si s nimi nebudeme vědět rady. Je třeba mít na paměti, že dříve či později odezní jako vše, co se odehrává v čase. Rychleji odezní, jestliže je připustíme a přijmeme. Zároveň si stále uvědomujeme, že na ně druhý má „právo“. Necháme-li je proběhnout, člověku se velmi uleví. Jeho případný hněv nebereme osobně, nesnažíme se bránit, protiargumentovat apod. Je projevem zoufalství a pro pacienta (příbuzného) je rozhodně lépe, zlobí-li se neprávem na nás, než na sebe či někoho z rodiny.

Po tomto uvedení do problematiky se na dalších stránkách budeme stručně věnovat sdělování špatné diagnózy a prognózy rodičům postižených dětí, dále pak zaměříme pozornost na způsob sdělování neextrémně a extrémně nepříznivých zpráv pacientům a příbuzným.

9.2 Sdělování nepříznivých informací rodičům postižených dětí

V praxi je běžné a správné, že lékař–pediatr rodiče o zdravotním stavu jejich dítěte plně informuje. Není však nikterak vzácné, že ve vážnějších případech je to pro něho subjektivně nepříjemné, a proto sdělení oddaluje, snaží se je delegovat na někoho jiného, vyjadřuje se nejasně, nebo jen velmi stručně – „mezi dveřmi“, či vytváří komunikační bariéru zvětšením sociální distance. Počet chronicky nemocných dětí a dětí defektních přibývá, proto je pro lékaře nutné si osvojit tuto základní komunikační dovednost.

Hlavní zásady při rozhovoru s rodiči jsou následující:

- a) Nepříznivou informaci, v tomto případě diagnózu a její důsledky, sdělíme rodičům co nejdříve, a to oběma současně. Prvou informaci podává zpravidla ošetřující lékař, protože dítě zná nejlépe a příbuzní mu nejvíce důvěřují.
- b) Je výhodné, podává-li se nepříznivá zpráva v týmu (např. při hospitalizaci dítěte), neboť pediatr, psycholog nebo sociální pracovníce mohou lépe poradit a zodpovědět rodičovské dotazy.
- c) Při prvním rozhovoru informujeme o podstatě problému a další perspektivě a sdělujeme jen to, co opravdu víme. Detailnější informace dodáváme při dalších setkáních.
- d) Rozhovor musí obsahovat část, v níž rodičům rámcově sdělíme, co mohou pro své dítě dále dělat. Nejhorší je pro ně pocit bezmocnosti. Detailnější analýza, rozvinutí témat a konkrétní postupy jsou námětem dalších setkání a vedení.
- e) Nutno si rezervovat dostatek času k tomu, aby se rodiče mohli vyptávat. Zodpovíme i samozřejmé, i když nepoložené otázky, např. „kdo za to může?“, problém hereditu a dalšího dítěte.
- f) Závěrem neopomeneme zdůraznit, že je i nadále povedeme a že se na nás mohou spolehnout – a kdykoliv obrátit. Pokud existuje svépomocná rodičovská skupina (sdružení lidí s obdobnou problematikou), zprostředkujeme kontakt (dáme telefon, adresu).

Při sdělování nepříznivých informací je vhodné, aby lékař vystupoval spíše nedirektivně a neautoritativně. Tím dává najevo nutnost spolupráce a spolupodpovědnosti rodičů za další vedení a péči o dítě. Při informování jsme taktně otevření a v každém směru pravdiví. Rodiče mají nejen právo vědět, co je s jejich dítětem, ale celá další spolupráce je možná jen na základě pravdivého obrazu skutečnosti. Zvláště neposilujeme nereálné naděje (např. u mentálně defektního dítěte nikdy nepřijímáme a nepodporujeme iluzi větami jako „Však ono to dožene“). Přítomnost obou rodičů je nezbytná, protože dvojice je silnější a více „unese“ než jednotlivci, dále proto, že zamezujeme komunikačnímu zkreslování a nedorozuměním – sváděním „viny“ jednoho na druhého,

což snadno ústí v rodičovský rozkol a manželský rozvrat. Nutno myslet i na negativní vliv prarodičů – zvláště tchyní, které mívají sklon snachy obviňovat (nedostatečně se staraly, špatně porodily apod.).

Rodiče s vážně nemocným či defektním dítětem jsou ve velmi svízelné situaci, kterou lépe snášejí a řeší tehdy, postupují-li a rozhodují-li společně. Lékař zde pak někdy a „načas“ zastává roli „svorníku“, což je možné tehdy, vede-li zásadně **celou rodinu**.

Sdělením pravdivé diagnózy a perspektivy (další vývoj, současná i budoucí omezení, kompenzační možnosti) začíná vedení rodiny. Nutno vytvořit pracovní společenství, kdy rodiče postupují samostatně a lékař je v roli „funkční autority“, tedy poradce a toho, na koho je spolehnutí. Z psychologického hlediska povzbuzuje a pomáhá překlenout svízelná období – to se týká i vztahu mezi rodiči.

9.3 Sdělování nepříznivé informace, která není extrémně závažná

Lékař je běžně nucen sdělovat pacientům a jejich příbuzným to, co neradi slyší a co v nich vyvolává nejčastěji úzkostné obavy. Radíme sem takové informace, které druzí neprožívají bytostně úkorně. Míra úkornosti souvisí, jak jsme se již zmínili, se vztahem, který lidé mají ke sdělovanému obsahu, zvláště pokud jde o jejich budoucnost. Nejdříve tedy posoudíme závažnost informace z hlediska příjemce a její předpokládaný dopad. Pokud se nejedná o extrémně špatnou informaci, pacient (příbuzný) je osobnostně komponovaný a se sociálním zázemím, lze doporučit následující postup:

- a) Na začátku rozhovoru – bez přípravy – sdělíme rovnou nepříznivou informaci. Do detailu nezacházíme, řečené zdůvodníme, včetně důsledků, které z určité skutečnosti vyplývají.

Například pacientovi sdělíme, že dosavadní ambulantní léčba nepřinesla žádoucí zlepšení, a proto navrhujeme diagnostický a léčebný pobyt v nemocnici.

- b) V druhém kroku pomůžeme příjemci se s negativním dopadem informace vyrovnat. Tato část rozhovoru je nejdelší. Frustraci zmenšujeme pomocí reflexí (viz nedirektivní empatický rozhovor) a dodatečnými informacemi vysvětlujícího a uklidňujícího rázu.
- c) Ke třetímu kroku přistoupíme tehdy, je-li pacient (příbuzný) schopen „rozumně mluvit“, čili frustraci zvládl. V této fázi rozhovoru začínáme řešit důsledky plynoucí z negativní informace. Zpravidla situaci na místě nevyřešíme zcela, avšak musí být zřejmé, že existuje přijatelná alternativa.

Při podávání negativní informace bez šokujícího dopadu nepočítáme s nutností naší opakované pomoci, dalšího vedení a zpracovávání této věci. Spíše jde o sdělení informace tak, aby byla nezkresleně přijata a o pomoc pacientovi (příbuznému) překonat vzniklou frustraci uplatněním psychologického přístupu.

9.4 Sdělování extrémně nepříznivé informace

Extrémně špatné zprávy jsou takové, s nimiž se postižení a jejich blízcí velmi obtížně vyrovnávají – a zpravidla se nelze divit, protože se jedná o záležitosti týkající se trvalé invalidity, nevyléčitelnosti onemocnění, blížící se smrti apod.

Principiálně máme a musíme nemocným a příbuzným říkat pravdu, tedy pravdivě je informovat o závažnosti stavu a onemocnění především s ohledem na prognózu. U pacientů dospělých a svéprávných lze informovat příbuzné jen s jejich souhlasem.

Informace o diagnóze zde nebývá tak důležitá jako to, co přijde, na co je nutné se připravit a především, co mohou a musí dělat. Nejistota působí trýznivě a představuje častý zdroj psychické zátěže. Pacient „tušící“ je pacientem trpícím, neboť fantazie a obavy pracující „uvnitř“ vytvářejí pravidelně ještě horší obraz a subjektivní představu o nemoci a dalším průběhu, než odpovídá realitě.

Důvody pro „pravdu“ rozhodně převažují nad důvody pro „milosrdnou lež“ (*pia fraus medica*), i když současná praxe je nakloněna kompromisům jednak proto, že každý případ je třeba skutečně posuzovat individuálně, dále proto, že u nás převládá zakořeněná tendence nemocné spíše obelhávat – což však neplatí o jejich příbuzných, kteří jsou o stavu a prognóze nemocného pravdivě informováni. Mezi pacientem a příbuznými pak vznikají značné komunikační bariéry a dochází k situacím, kdy nemocný „ví“, stejně jako jeho blízcí, a hrají hry, které vyvolávají zvláště v pacientovi velikou tenzi, neboť je nucen se stylizovat na všechny strany – ve vztahu k příbuzným, ale i lékařům, a případně i vzhledem k sobě. Dostává se do izolace.

Nelze nevidět, že příbuzní, kteří po domluvě s lékařem a někdy i společně s ním pacientovi lžou, se tím přesvědčí o tom, že mylné informování je něčím, co lze od lékařů očekávat. Lékaři tím ztrácejí jejich důvěru a dostanou-li se příbuzní sami do obtížnější zdravotní situace, automaticky se domnívají, že budou také obelháváni.

Pro sdělování **pravdy** jsou argumenty prakticko-psychologické a etické. **Vedení a péči o pacienta nelze stavět na taktizování a lži.** Pacient informovaný nám nakonec více důvěřuje a lépe spolupracuje. V současné době bývá obelhávání pacientů nedokonalé a vlastně nemožné, protože o nemocné se stará tým, péče je komplexní – získávají různé informace, které srovnávají a vytvářejí si vlastní představu o svém stavu, diagnóze apod. Pacient se může domnívat, že ošetřující lékař nesprávně vyhodnocuje různé informace a že je proto neadekvátně léčen. Pokud jde o lékaře, vzpomeňme známého rčení vycházejícího z klinické praxe, že lékař mluvící pravdu si nemusí pamatovat, komu, co a kdy říkal. Nelze opomenout ani skutečnost, že každý člověk – jako bytost principiálně odpovědná a svobodná – má nezadatelné právo znát svůj zdravotní stav a předpokládanou prognózu. Nelze se k němu vztahovat a jednat s ním tak, jako by byl bytostí nesvéprávnou, neodpovědnou a méněcennou. Pouze jedinec pravdivě informovaný se může – v extrémních případech za pomoci druhých – vyrovnat s tím, co je, a připravit se na to, co přijde. To nás samozřejmě nezabavuje povinnosti

informovat jej šetrně, s ohledem na jeho psychické možnosti a respektování zásady *primum non nocere* (především neškodit).

Kdy a jakým způsobem extrémně nepříznivou informaci sdělujeme? Především plně respektujeme toho, koho se týká – chce-li ji **opravdu znát**, čehož předpokladem je, že k ní „vnitřně dozrál“.

Otázky typu – „Vidíte, že nemám rakovinu, povězte mi pravdu“ svědčí spíše o velké úzkosti a zanedbání psychologického vedení nemocného, nebo o hypochondrických obavách, neboť chce slyšet, že tomu tak není – než by svědčily o touze „po pravdě“.

Nutností je, aby sdělení extrémně negativní informace probíhalo v rámci **soustavné komunikace a psychologické péče** o pacienta a jeho nejbližší. Musí nám plně důvěřovat a být na nás navázání ve smyslu původního významu slova *autorita* (bezpečí, jistota, moc). Pacienta na to předem připravíme, vlastně sám rozhodne, co a kdy chce slyšet (pravda aproximativní – „po špetkách“), což samozřejmě předpokládá jeho psychologické vedení v rámci základní péče o těžce nemocné ještě před podáním, ale i po podání informace. Další psychologické vedení je nezbytné, protože pacient nesmí zůstat sám, neboť psychotrauma a duševní utrpení způsobuje kombinace výrazně negativní zprávy ve spojení s osamělostí. Pacientovo přání plně respektujeme – nepřeje-li si slyšet pravdu, samozřejmě mu ji nevnučujeme, stejně tak rozho-

duje o tom, do jaké míry jeho blízké informovat – např. může chtít „šetřit“ osoby sobě nejbližší (dítě, manžela–manželku apod.).

Hlavní zásady při sdělování extrémně nepříznivé zprávy jsou následující:

- a) Informuje ten, ke komu má pacient (příbuzný) největší důvěru, tedy kdo u něho požívá zároveň autoritu (zpravidla je to ošetřující lékař). Rozhovor má proběhnout v naprostém soukromí a „mezi čtyřma očima“. Je třeba zvážit možnost informování v týmu, sdělení je třeba předem domluvit a připravit, aby postup byl jednotný.
- b) Na základě předchozího vedení musí být jasné, co pacient (příbuzný) ví, a na to navážeme.
- c) Pravdivá informace má být stručná a mnohdy tato fáze proběhne tak, že v osobním a důvěrném rozhovoru pacienta (příbuzného) k „pravdě“ dovedeme a on sám si skutečnost uvědomí v plném rozsahu.
- d) Počítáme s dotazy, na které odpovíme co nejobsáhleji, konkrétně a „použitelně“ – zvláště pokud jde o perspektivu a to, co pacient (příbuzný) může dělat pro zlepšení situace. Promluvíme i o předpokládaném dalším průběhu onemocnění.
- e) Příjemci informace pomůžeme se s jejím dopadem vyrovnat, netlumíme jeho emoční odezvu (slzy apod.), jsme empatičtí, autentičtí – nikoliv neosobní, distantní, autoritativní. S druhým soucítit neznamena s ním spolutrpět.
- f) Příjemce zprávy musí mít správný dojem, že se na nás plně a ve všem může spolehnout a že jej nikdy neopustíme.
- g) Závěrem si domluvíme další rozhovor a setkání, kontinuální psychologická péče poskytovaná ošetřujícím lékařem musí být v každém případě zachována.

Při sdělování extrémně nepříznivých a druhého zasahujících informací musíme myslet i na zbytečně nezraňující formu – zde doporučujeme užít **nedirektivní empatický rozhovor**. Volíme slova a výrazy, jež jsou významově adekvátní, sdělná a současně jejich emoční zabarvení (konotace) příjemce informace nevydělá víc, než je nezbytné, případně nevyvolají nesprávné asociace a představy.

Není vhodné užívat výraz *rakovina*, který je spojen s nevléčitelností, rozkladem a dlouhým, strastiplným a bolestným umíráním. Lépe je zprvu hovořit o vážném a dlouhodobém onemocnění, na které si člověk musí zvyknout a naučit se s ním žít. Přijatelnější je i výraz nádorové onemocnění. Jestliže nemocný naléhá na sdělení diagnózy nemoci s horší prognózou, je vhodné reflektovat jeho nejistotu spolu s obavami, že určitou nemocí trpí. Zároveň se zeptáme na subjektivní představu, kterou o svém onemocnění má, co jej k této představě vede a co si konkrétně představuje. Pravidlem bývá, že představy nemocného se rozcházejí se skutečností a jejich korekce se stane východiskem dalšího rozhovoru.

Závěrem zdůrazňujeme, že současná praxe, tedy různé „úhybné manévry“ a obelhávání pacientů jako odpověď na jejich „nepříjemné otázky“, je eticky nesprávná a svým dopadem psychologicky nežádoucí. **Lež zůstává lží, byť by naše úmysly byly ty nejlepší.** Jestliže vědomě nemluvíme pravdu, degradujeme druhého i sebe, což má negativní vliv na osobnost – v našem případě lékaře. **Místo „milosrdné lži“ lze nabídnout alternativu aproximativní pravdy.**

SOUHRN

Nepříznivá zpráva je informace, která představuje pro příjemce újmu různé závažnosti. Nejčastěji se jedná o ztrátu doprovázenou prožitkem zklamání, depresivní rozladou, či vyvolávající obavy a strach. Extrémně špatná zpráva člověka hluboce zasáhne, protože znamená ohrožení něčeho, co je bytostně významné. Bezprostřední reakce po sdělení nepříznivé zprávy představuje psychickou odezvu v rovině rozumové a emoční, člověk zprávu přijme, či odmítne. Při sdělování nepříznivých zpráv rodičům vážněji postižených dětí je třeba je informovat co nejdříve a oba současně. Informujeme o podstatě problému, prognóze a o tom, co mohou pro dítě dělat. Rezervujeme si dostatek času pro zodpovězení jejich dotazů. Při sdělování „běžných“ nepříznivých zpráv pacientům a jejich příbuzným se doporučuje sdělení uskutečnit ve třech krocích: bez přípravy a rovnou informaci sdělíme, pomůžeme příjemci vyrovnat se se vzniklou frustrací a závěrem řešíme společně důsledky, z negativní zprávy plynoucí. Také při sdělování extrémně nepříznivé informace se držíme principu pravdivosti, neboť pacient má právo znát pravdu a člověk informovaný lépe, spolehlivěji spolupracuje. Informujeme však šetrně, s ohledem na jeho psychické možnosti. Dodržujeme zásadu *primum non nocere*. Informování probíhá v rámci soustavné psychologické péče a otevřené komunikace, vhodná je pravda aproximativní, „po špetkách“, kdy k ní pacient vnitřně dozrává. Po sdělení je nezbytná i další psychologická péče poskytovaná ošetřujícím lékařem.

První setkání s dospělým pacientem v ambulantní praxi

V desáté kapitole probereme jednotlivé kroky, jimiž s novým pacientem navážeme kontakt, vyšetříme jej a rozhodneme, co dále. Podrobněji se budeme věnovat otázce studu a jak mu při tělesném vyšetření čelit. Dovíme se, jakým způsobem pacienta informovat o jeho stavu a předpokládaném vývoji onemocnění i o tom, co musí dělat.

Nejvíce lékařů pracuje ambulantně, proto je třeba se seznámit s hlavními zásadami týkajícími se přijetí a navázání kvalitního kontaktu s pacientem v těchto podmínkách. Budiž zdůrazněno, že první dojem a zkušenost, kterou s námi druhý udělá, mnohdy rozhodují o vývoji vzájemného vztahu, zvláště pokud jde o důvěru.

Cílem prvního kontaktu s pacientem je:

- Rychle se zorientovat ve zdravotní problematice, utvořit pracovní diagnózu a zahájit léčbu.
- Ustanovit mezi pacientem a lékařem dobré pracovní společenství.

Při setkání s pacientem, který vyhledá naši pomoc, lze doporučit postup, který lze rozdělit do následujících kroků: přijetí pacienta, orientační rozhovor, vyšetření, informování pacienta včetně pokynů, rozloučení. Tento model se samozřejmě netýká „akutní medicíny“, nebo případů, kdy je na první pohled zřejmé, proč se na nás nemocný obrací a jak budeme postupovat (např. úraz).

10.1 Přijetí pacienta

Přijetí pacienta de facto začíná jeho objednáním – kdy se snažíme vyhovět jeho časovým možnostem a naléhavosti, s níž se na nás obrací. Po příchodu do čekárny nesmí dlouho čekat. Na tomto místě vzpomeňme úsloví „Čekání je

vyšetřovací metoda u policie, ve zdravotnictví nemá co dělat“. Jestliže se z nějakého důvodu stane, že se provoz pozdrží, je třeba, aby lékař či sestra pacientům situaci vysvětlili, případně se omluvili. Pacienta zve do ordinace sestra nebo lékař, druhá eventualita zdá se být vhodnější, pokud to provozní možnosti dovolují, protože lékař tak navazuje kontakt s lidmi již v čekárně a získává přehled.

Po příchodu pacienta do ordinace dodržujeme zásady zdvořilosti: pokud sedíme, tak povstaneme, poděkujeme za pozdrav či sami pozdravíme, podáme ruku, pacienta uvítáme a nabídneme mu místo k sezení. Je důležité si všimnout prvních reakcí a jak pacient vypadá, zda je klidný či nejistý, úzkostný, schvácený nebo zda působí unaveným dojmem. Tento „dojem ze vzhledu“ bývá diagnosticky cenný a často určuje způsob, jak dále hovoříme a jednáme.

Uvědomujeme si, že tato situace je pro pacienta sama o sobě zatěžující, a proto se zřetelněji projeví jeho osobnost i způsoby vztahování ke světu. Někdo má např. tendenci pedantsky líčit své potíže, jiný člověk se opět jen obtížně, neurčitě vyjadřuje, někdy se stylizuje do bezmocného postavení. Tento „první dojem“ je důležitý, proběhne pouze jednou a je součástí postoje pacienta k onemocnění i k lékaři. Naznačuje úroveň další spolupráce. Pacient (byť by se choval zcela pasivně) vymezuje a definuje ze svého hlediska situaci. Samozřejmě je tomu i naopak: lékař svým chováním (včetně prvních pronesených vět) vymezuje a definuje situaci – opět z hlediska svého.

Začínající lékař se může snadno dopustit při vytváření hypotéz o nemocném nepřesností a zkreslení, způsobené třemi psychologickými zákonitostmi: haló efektem, rosenthalovým efektem a efektem kontrastu:

Haló efekt znamená, že určitá nápadnost ve zjevu či chování člověka ovlivní náš celkový závěr.

Například opálený a zdravě vyhlížející pacient se zdá být méně nemocný.

Rosenthalovým efektem (tzv. sebenaplnující předpověď) vyjadřujeme, že naše očekávání se přenášejí na nemocného, který se jimi nechá ovlivnit a chová se tak, jak předpokládáme.

Například se domníváme, že při určitém léčebném postupu se zdravotní stav pacienta rychle a výrazně zlepší. A skutečně k tomu dojde – ve srovnání s jiným nemocným, jehož šance byly objektivně stejné, avšak s takovým léčebným úspěchem jsme u něho nepočítali.

Rosenthalův efekt (tedy náš komunikovaný postoj a očekávání) působí na druhého jak v pozitivním, tak v negativním směru.

Efekt kontrastu znamená, že při posuzování určité skutečnosti se řídíme předchozím případem.

Například po mnohomluvném pacientovi barvitě popisujícím své bolesti a potíže přijde málomluvný a nevýrazný člověk. Jeho potíže a bolesti pak můžeme snadno podcenit.

Při kontaktu s nemocným platí, že **od samého začátku jsme plně na něho soustředění a plně jemu k dispozici. Musí být zřejmé, že na nemoc-**

něho máme dostatek času. Za běžných okolností nespěcháme, protože lékař v časovém stresu snadno něco přehlédne a opomine, chová se direktivně, což brání vytvoření dobrého pracovního společenství.

10.2 Orientační rozhovor

Jeho účelem je rychlá orientace v problematice, tedy zjištění, **proč pacient přichází a co od něho očekává.** Předpokladem orientačního rozhovoru je ochota schopnost druhého s námi kvalitně komunikovat. Úvodní otázka, kterou rozhovor otevíráme, musí pacientovi umožnit volně promluvit o tom, co považuje za důležité.

Lze se např. zeptat takto: „Co vás ke mně přivádí?“ Nebo: „Prosím, co pro vás mohou udělat?“ Záleží rovněž na momentálním stavu pacienta. Je-li rozrušen, lze rozhovor po přijetí pacienta po chvíli začít slovy: „Prosím, uklidněte se a povězte mi, co se vlastně stalo?“ Nebo: „Posadte se a všechno mi bez obav řekněte.“

Pacienta necháme zpočátku **volně mluvit.** Zpravidla nám sděluje své fyzické obtíže („nabízí“ symptomy), nebo přichází s nějakou konkrétní žádostí a přáním (např. potřebuje potvrzení o svém zdravotním stavu či žádá nějaké doporučení).

Jedná-li se o pacienta, který se cítí být nemocen – tedy o nemocného v pravém slova smyslu, snažíme se, aby své obtíže co nejpřesněji popsal – jednak jejich kvalitu, kvantitu (četnost a stupeň), a případně je lokalizoval. Při dotazování a upřesňování se vyhýbáme sugestivním otázkám a volíme raději otázky s otevřeným koncem a téma postupně zužujeme. Cílenými otázkami se ptáme, kdy poprvé potíže začaly a co bezprostředně předcházelo, jak od počátku probíhaly, zda jimi trpěl již někdy dříve; nezapomeneme se otázat na pacientovu subjektivní představu o předpokládané nemoci a jejích příčinách. Musíme zjistit informace o **všech** právě užívaných lécích, nejenom o těch, které pacient užívá ve vztahu k nemoci, s níž přišel. Jinak se snadno stane, že naordinujeme kontraindikované či inkompatibilní léky a nemocného poškodíme. Zajímá nás samozřejmě i efekt dosavadní léčby.

Při tázání dodržujeme zásadu „trychtýře“, postupujeme od obecnějšího ke specifickému. Pacienta v jeho odpovědích nepřerušujeme, a je-li to přesto nutné (např. v případě mnohomluvného pacienta či pacienta, který si chce s námi „povídat“), učiníme to taktně a s akceptací toho, co říkal.

Například: „Promiňte, že vás přerušuji, bylo by toho jistě hodně, o čem bychom mohli spolu mluvit, třeba se k tomu někdy vrátíme, ale mne by nyní zajímalo...“

Při kladení specifických otázek týkajících se zdravotního stavu nebo psychosociálních údajů můžeme druhého znepokojit. Pátrá, proč se na to či ono ptáme, a nesoustředí se na odpověď. Proto je vhodné otázky uvést, aby byl zřejmý jejich účel a nevznikly zbytečné obavy.

„Někdy se takové potíže mohou, ale také nemusí projevit při tělesné námaze. Jakou s tím máte zkušenost? A při sexuálním styku?“ „Abychom na nic nezapomněli, musím se vás ještě zeptat, zda...“

Dále je důležité zjistit subjektivní hypotézu onemocnění.

Subjektivní hypotéza onemocnění je pacientova představa a domněnka o tom, „jakou vlastně nemoc mám a jak vznikla“. Subjektivní hypotéza onemocnění je pro nás významná ze dvou důvodů: Jednak pacienti mívají překvapivě často „pravdu“, dále pak se u nich setkáváme se zcela nesprávnými názory o příčině a druhu onemocnění, jež je značně zatěžují (domnívají se, že trpí dosud nerozpoznaným nádorovým onemocněním, imunodeficitem apod.). V druhém případě je můžeme uklidnit a pravdivě informovat. Před tím je však důležité zjistit, co je vedlo k jejich nesprávnému názoru.

Při rozhovoru je žádoucí pozitivní, uvolněná a přátelská atmosféra, kterou nejlépe lékař dosáhne plnou akceptací pacienta a svým empatickým postojem.

Nesmí vzniknout dojem, že spěchá nebo že na nemocného „tlačí“. Pacient nemusí na naše otázky odpovídat, rozhodně na něho nenaléháme (např. neví, nebo má jen nejasnou představu, plně nám zatím nedůvěřuje). Ovšem je třeba si toho povšimnout a zjistit nenásilnou cestou případný důvod této nespolupráce.

Lze poznamenat: „Asi vás ta otázka překvapila, možná jsem vás zaskočil“, „Možná je vám ta otázka nepříjemná, ale když nechcete, netřeba na ni odpovídat.“ Zpravidla se pak pacient na dané téma rozhovoří. Někdy situaci objasní dotaz po důvodu, že neodpovídá či odpovídá vyhýbavě. Například: „Můžete mi, prosím, říci, co vám brání o tom hovořit?“ Důležitá je i náhlá odmíka, kdy nemocný hovoří, a najednou – třeba v půli věty, zmlkne a zpravidla pozorujeme rozrušení. Bývá to tím, že si náhle něco vybaví, co se jej dotkne či překvapí. Pacienta necháme mlčet a po chvíli, pokud sám nepokračuje, reflektujeme. „Asi jste si na něco vzpomněla, co vás překvapilo, co se vás dotklo. Je možné o tom mluvit?“

Během rozhovoru si pečlivě všímáme neverbálních projevů pacienta, tedy jeho mimiky, emocionality, tónu a zbarvení hlasu, prostě celého chování a výrazu.

Pacientka při hovoru o své dceři má slzy v očích a snaží se ovládnout pláč; pacient při dotazu na zaměstnání se ušklíbne a zároveň řekne, že je „vše v pořádku“. Rozpor mezi verbálním a neverbálním projevem nás mnohdy upozorní na konfliktní situaci.

Neverbální projevy nás informují o momentech, které nejednou souvisejí s důvody, proč pacient vyhledává lékaře.

Diagnosticky cenné jsou symptomatické chování a demonstrativní reakce.

Symptomatické chování

nás upozorňuje na možnou souvislost mezi symptomem a určitou situací a vztahem.

Pacientka hovoří o svém manželovi a náhle u ní vznikne nevolnost. Nebo pacient mluví o svém vedoucím, pozorujeme u něho napětí a začne ho ještě během rozhovoru bolet hlava.

Demonstrativní reakce

znamená, že nemocný spontánně poukazuje na určité skutečnosti, které se jej bezprostředně dotýkají, zároveň však popírá svoji odpovědnost a odvolává se zpravidla na autoritu. Demonstrativní reakce souvisí zpravidla s účelovou tendencí.

Nemocný např. sděluje: „Tehdy mi primář říkal, že nesmím nosit víc než 10 kg.“
Nebo: „Doktorka mi nařídila, že se musím šetřit a že se nesmím rozčilovat.“

Někdy se setkáme s **velmi málo komunikujícími nemocnými** („mlčící pacient“). Nutno zjistit, proč nemluví – často to bývá z důvodu akutního stavu (je mu „špatně“), starší člověk obvykle hůře slyší, důvodem může být zvýšená úzkostnost (to vidíme na mimice a celkovém vzezření) nebo výrazný konkrétní strach (např. z hospitalizace), někdy jde o sociální plachost (lidé ze samoty) apod.

Pokud byli pacienti přinuceni jinou osobou (či institucí) k návštěvě lékaře, může být mlčení projevem vzdoru nebo protestu.

Například rodiče přivedou dospívající dítě proti jeho vůli k lékaři, neboť s ním mají vážné výchovné problémy a obávají se, že začíná brát drogy. Nedivíme se, že mladý člověk neochotně spolupracuje a mlčí. Prvním úkolem lékaře je s ním navázat dobrý kontakt, celou situaci „nedobrovolnosti“ reflektovat, jednat s ním „jako s dospělým“ a dát zřetelně najevo, že pro něho máme pochopení.

Zvláštní skupinu nekomunikujících pacientů tvoří jedinci, u kterých proběhla náhlá cévní mozková příhoda, osoby vážně duševně nemocné – např. při těžké depresi lidé nemluví nebo pacienti mutističtí a autističtí – zde se jedná o jeden z projevů psychotického onemocnění. Zmínění pacienti však s sebou mívají zpravidla doprovod, jenž vše objasní.

Orientační rozhovor trvá zpravidla pět až deset minut. Závěrem se pacienta zeptáme, zda jsme vše důležité prohodili, nebo chce-li ještě něco dodat. Na základě rozhovoru si lékař vytvoří možné **hypotézy** týkající se původu a druhu zdravotních obtíží, případně životní situace pacienta. Zároveň v něm vzniká **celkový dojem** z pacienta, jenž bývá diagnosticky cenný, zvláště u funkčních onemocnění a onemocnění s vícečetnou složitou etiologií. Je vhodné si celkový dojem uvědomit, pro sebe formulovat a zaznamenat: tedy **jak pacient na lékaře působí a co asi od něho očekává**.

Hypotézy a celkový dojem vedou lékaře k rozhodnutí, jak bude postupovat. Zpravidla následuje základní somatické vyšetření či vyšetření specifické (určitého orgánu, ústrojí), případně pomocné vyšetření, jež je schopen realizovat ve své praxi.

10.3 Vyšetření pacienta

Vlastní tělesné vyšetření pacienta je pro lékaře rutinní záležitostí, nikoliv však pro nemocného. Počítejme s tím, že kromě „zkušených pacientů“ přistupují lidé k tělesnému vyšetření se studem a s menšími či většími obavami z toho, že to „může bolet“. Stud se nemusí týkat jen tělesných nejintimnějších zón (oblast pohlavních orgánů, konečník, ústní dutina), nýbrž i tělesného vzhledu při obnažení, na což bývají citlivé starší ženy, pokud je vyšetřuje lékař–muž. **Otázka studu je především záležitostí vztahu mezi vyšetřovaným a vyšetřujícím.**

I při orientačním tělesném vyšetření a pochopitelně při vyšetřování intimních oblastí nutno postupovat tak, abychom nepřiměřené obavy z bolesti roztýlili a zmenšili či odstranili situační pocity studu–rozpaků.

Lze doporučit dodržování následujících zásad:

- a) Chováme se přirozeně, samozřejmě a s plným respektem k předpokládaným a projevovaným pocitům druhého.
- b) Pokud není třeba asistence sestry, je vhodné, aby při vyšetřování intimních tělesných zón nebyla přítomna, nebo alespoň by neměla být v zorném poli pacienta. Samozřejmě je vyloučeno, aby tělesnému vyšetření byl přítomen nezdravotník.
- c) Pacientovi sdělíme, že jej vyšetříme, a v jakém rozsahu, vysvětlíme stručně proč a v čem vyšetření bude spočívat.
- d) Rozsah pacientova obnažení musí být funkční a pouze nezbytný, stejně tak doba jeho svlečení.
- e) Intimních tělesných oblastí se dotýkáme ne víc, než je nutné. Pacienta předem upozorníme, co nastane, abychom nezpůsobili jeho úlek. Během vyšetření je vhodné s ním být ve verbálním kontaktu a průběžně reflektovat jeho pocity.

Například: „Umím si představit, že je vám to teď nepříjemné, ale za chvíli to bude.“

Je nevhodné si během tělesného vyšetření s pacientem vyprávět o něčem, co nesouvisí s prováděným úkonem. V nemocném totiž vznikne snadno dojem, že jsme málo pozorní, případně se může zvýraznit jeho ostych.

- f) Při relativně delším vyšetření, případně zákroku informujeme o časovém průběhu.
-

„Tak už se blížíme ke konci, to nejhorší už máte za sebou.“ „Ještě chvíli vydrzte, už budeme hotovi.“

Při nedostatečné přípravě pacienta na vyšetření či zákrok a při méně šetrném psychickém zacházení může strach a stud tyto úkony komplikovat, až znemožnit (zvracecí reflex, spazmy apod.). Zároveň je známo, že ostýchající se nemocný se méně ptá a často bývá s péčí nespokojen.

Problematika studu je velmi důležitá, proto jí ještě budeme věnovat pozornost.

To, jak lidé prožívají stud, jenž je spojen s rozpaky, pocitem trapnosti, ostychem, eventuálně s pocitem ponížení a bezbrannosti, záleží na více okolnostech. Především budiž řečeno, že je něčím zcela přirozeným a vrozeným (setkáváme se s ním ve všech kulturách) a současně je podmíněn výchovou (některé děti se snadno stydí, jiné nikoliv, což je dáno také věkem a tím, o co se jedná).

Prožitek studu se týká více oblastí. V souvislosti se zdravotní praxí se lidé stydí, dojde-li k narušení jejich tělesné intimní sféry pohledem a dotykem. Stud se nejvíce týká především oblasti pohlavních orgánů a konečníku, dále ústní dutiny, ale i tělesných zvláštností, malformací a defektů, jež jsou běžně zraku skryté – a zakryvané.

K roli lékaře a vůbec zdravotníka patří, že může překračovat intimní tělesné zóny a dokonce i narušovat integritu těla (např. při vyšetření, kdy lékař proniká rukou do těla pacienta). Lékař je tolerován a dokonce se to od něj očekává. Proto působí až iatrogenně, jestliže pacient vycítí u samotného lékaře stud nebo štitivost. Naopak menší stud prožívá, je-li vzájemný vztah lékaře k němu úzce profesionální (pacient se např. stydí před lékařem–sousedem), což ovšem není v rozporu se zásadami psychologického přístupu k pacientům. Stud týkající se fyzické intimity se analogicky projevuje i v oblasti psychické intimity. Také zde platí, že lékař, ale i psycholog – na rozdíl od ostatních zdravotníků, jsou tolerováni.

Prožitek studu, ostychu bývá vázán také na sebepojetí. Stydíme se i tehdy, je-li naše sebepojetí ohroženo – např. při „ztrapnění“, při snížení naší pověsti, sociálního uplatnění, stydět se můžeme i za své jednání a dokonce za myšlenky a představy, pokud se dostanou do rozporu s hodnotovým systémem a naším svědomím. Stydět se lze nejen před druhými, ale i před sebou. Vidíme, že stud má kromě dimenze psychologické i dimenzi sociální a přesah do oblasti duchovní.

Tělesné vyšetření poskytne lékaři další informace, na základě kterých si vytvoří pracovní diagnózu, případně postaví diferenciální diagnózu. Rozhodne se, zda povede pacienta dále sám, či jej pošle k jinému specialistovi, zváží, bude-li upřesňovat diagnózu dalšími vyšetřeními, ale především zvolí terapeutický postup a začne léčit. Vyšetření nesmí být přehytné a samoučelné, nebo motivované zvědavostí. Po diagnostické a terapeutické rozvaze je jeho povinností poskytnout nemocnému základní informace, případně si vyžádat souhlas s postupem.

10.4 Informování pacienta

Po ukončení vyšetření lékař stručně, věcně, bez zacházení do detailů nemocného informuje o svém nálezu.

Pacientovi sdělí:

- Předpokládanou diagnózu a příčiny jeho potíží způsobem, aby rozuměl a aby jej nevyděsil. Současně jej informuje o obvyklém průběhu a délce onemocnění.
- Dále pacienta seznámí se svým návrhem dalšího diagnostického a terapeutického postupu, případně o jeho předání do péče specialisty či specializovaného zařízení.
- Informuje jej podrobně o léčebných opatřeních a o všem, co nemocný musí dodržovat (ordinace a užívání léků, úprava životosprávy atd.). Je-li pokynů více, je třeba, aby je pacient dostal napsané, nebo aby si je sám zapsal. Lékař pacienta vybidne, aby se na případné nejasnosti zeptal. Na dotazy odpovídá trpělivě a podrobně. Projeví-li nemocný nepřiměřené obavy, rozptýlí je dodatečnými informacemi. Snaží se mluvit povzbudivě – ovšem pravdivě.
- Lékař se přesvědčí, zda mu pacient dobře rozuměl a že tedy ví, co jej dále čeká a co musí dělat.

- e) S pacientem si domluví další setkání, objedná jej s tím, že v případě potřeby se na něho může telefonicky či osobně obrátit. V závažnějších případech jej upozorní na dosažitelnost lékařské pohotovostní služby.

10.5 Rozloučení

Poslední krok při prvním kontaktu s pacientem v ambulantní praxi rozhodně není formální či pouze zdvořilostní záležitost, protože pacient si poměrně dobře pamatuje zvláště začátek a konec kontaktu. „První a poslední dojem“ tedy přetrvávají. Při první návštěvě pacient přichází do ordinace jako neznámý člověk a odchází jako člověk známý, a to platí i naopak – z neznámého lékaře se stal známý lékař a byl tak vytvořen základ vztahu, který se při dalších setkáních rozvíjí. Proto je rozloučení třeba věnovat náležitý čas a formu. Je žádoucí, aby lékař nemocnému podal ruku, pronesl povzbudivou, přátelskou větu a ještě jednou připomněl termín příštího setkání.

Například: „Tak, paní X, rozloučíme se, budeme se však nyní vidat častěji. Příště byste ke mně tedy přišla pozítří, ve čtvrtek v devět hodin. Musíte to prostě vyležet a uvidíte, že to bude lepší. Tak nashledanou.“

Je vhodné, aby lékař pacienta vyprovodil ke dveřím ordinace.

První setkání a vyšetření pacienta v podmínkách běžné ambulantní praxe trvá při odpovědném přístupu *lege artis* v průměru třicet až čtyřicet minut. Samozřejmě to závisí na zdravotní problematice – tedy i na oboru.

10.6 Anamnéza

Součástí lékařského vyšetření je **anamnéza** (z řeckého *anamnesis*, tj. rozpomínání). Jde o vyšetření historie onemocnění pacienta samotného a jeho rodiny. Při prvním setkání s nemocným člověkem v ambulanci ji obvykle nemáme možnost sejmut, neboť se především musíme rychle orientovat ve zdravotní problematice a zahájit léčbu, pacient se mnohdy subjektivně necítí dobře apod. Anamnestické vyšetření zbytečně neodkládáme a uskutečňujeme je co nejdříve – jak to umožní zdravotní stav pacienta a naše časové možnosti. Přijímáme-li pacienta do péče, počítejme s délkou snímání anamnézy v rozsahu nejméně třiceti minut. Někdy je zapotřebí ji doplnit údaji i z jiných zdrojů, než je sám pacient, obvykle se jedná o nejbližší příbuzné.

Při snímání základní anamnézy se zajímáme o osobní a rodinné údaje z *předchorobí* a data týkající se současných zdravotních obtíží, vytvářejících

klinický obraz ve vývoji. Součástí anamnestického vyšetření je oblast nynějšího onemocnění, osobní anamnéza, rodinná anamnéza a sociální anamnéza. Nesmíme opomenout oblast sexuality, edukaci a pracovní anamnézu, orientačně si všimneme i psychologických charakteristik a nápadností pacienta, jako je jeho reagování, nálada, odhadujeme úroveň mentálních schopností (intelekt), všímáme si výraznějších osobnostních rysů, které se během rozhovoru projevují (úzkostnost, flegmaticnost, introverze, extroverze apod.). Zajímá nás, jak nemoc prožívá a jaký má k ní postoj. Nutnou součástí anamnézy je i zachycení pacientových závažných životních událostí, ať již pozitivních, či negativních. Je třeba zjistit, jak je prožívá a hodnotí.

Zvláštní postavení zaujímá explorace týkající se psychologické problematiky pacienta, protože tyto záležitosti bývají spojené se studem a někdy i obavou, abychom nemocného nepovažovali za duševně narušeného či dokonce nemocného. V praxi je dosud tato oblast neprávem a ke škodě pacientů zanedbávána zejména proto, že si s ní lékaři nevědí rady, byť je jim znám význam psychosociálních faktorů pro prevenci, etiopatogenezi, léčbu a rehabilitaci řady onemocnění (bioekopsychosociální přístup). Stejně tak nikdo nepochybuje o psychické odezvě pacienta na fakt onemocnění, které jej výrazněji omezuje nebo které považuje za vážné, ohrožující. Proto jsme věnovali problematice zevrubné psychologické explorace větší pozornost již na předchozích stránkách (viz kap. 8.4).

Uvědomujeme si, že tato situace je pro pacienta sama o sobě zatěžující, a proto se zřetelněji projeví jeho osobnost i způsoby jeho vztahování ke světu. Někdo má např. tendenci pedantsky líčit své potíže, jiný člověk se jen obtíže, neurčitě vyjadřuje a stylizuje se do bezmocného postavení. Tento „první dojem“ je důležitý, proběhne pouze jednou a je součástí postoje pacienta k onemocnění i k lékaři. Naznačuje také úroveň další spolupráce. Pacient (byť by se choval zcela pasivně) tak vymezuje a definuje situaci ze svého hlediska. Samozřejmě je tomu i naopak, tedy lékař svým chováním (včetně prvních pronesených vět) vymezuje a definuje situaci – opět ze svého hlediska.

SOUHRN

Cílem prvního setkání s dospělým pacientem v podmínkách ambulantní praxe je rychlá orientace v jeho zdravotní problematice, utvoření pracovní diagnózy a zahájení léčby. Zároveň vytváříme dobré pracovní společenství, jež je nutnou podmínkou spolehlivé spolupráce pacienta. Tento proces lze rozdělit do následujících kroků: přijetí pacienta, orientační rozhovor, vyšetření pacienta a jeho informování, rozloučení. Přijetí nemocného začíná jeho objednááním a příchodem do čekárny. Při jednání jsme na něho plně soustředěni a musí být zřejmé, že máme na pacienta dostatek času. Orientačním rozhovorem zjistíme, proč pacient přichází a co od nás očekává. Při rozhovoru je žádoucí empatický postoj, aktivní naslouchání a plná akceptace pacienta. Pečlivě si všímáme neverbálních projevů a nápadností v chování (symptomatické chování, demonstrativní reakce) a uvědomíme si cel-

kový dojem z pacienta. Při vlastním tělesném vyšetření si počínáme taktně, šetrně a co nejvíce respektujeme intimní tělesné zóny pacienta tak, abychom zbytečně nevyvolávali a neposilovali stud a strach. Na základě získaných údajů stavíme pracovní diagnózu a rozhodneme se o dalších diagnostických a terapeutických opatřeních, případně nemocného doporučíme ke specialistovi či do specializovaného zařízení. Pacienta o všem podrobně informujeme způsobem, jenž jej nevyděsí. Důraz klademe na to, aby pacient jednoznačně a jasně rozuměl všemu, co musí dělat. Rozloučením upevňujeme vznikající pracovní společenství, povzbudíme jej a připomeneme, kdy má přijít na kontrolu. První setkání s novým pacientem trvá v průměru třicet až čtyřicet minut. Anamnézu sejmeme co nejdříve, jak to umožní zdravotní stav pacienta a naše časové možnosti.

Základní psychologická péče o ambulantně vedené pacienty

V této kapitole nejdříve zaměříme pozornost na psychologickou péči o psychologicky neproblémové pacienty. Z nemocných, kteří jsou problematictí, dále pojednáme o těch, jejichž subjektivně popisované obtíže neodpovídají objektivnímu nálezů, a o pacientech s hypochondrickým osobnostním svérázem. Závěr pak bude patřit psychologickým stránkám farmakoterapie (farmakopsychologii).

V klinické praxi, a to platí pro nemocné vedené ambulantně i formou částečné či úplné hospitalizace, jsme zvyklí se zajímat spíše o „slabá místa“ pacienta, o poruchu zdraví a její příčiny. Snažíme se je nalézt, odstranit či překlenout, což je účinné i proto, že poruchy zdraví se obvykle udržují stejnými mechanismy, jimiž vznikly, případně díky fenoménům, jež jsou přímým důsledkem původního onemocnění (např. u depresivního onemocnění to bývají depresivní myšlenky a snaha pacienta izolovat se od ostatních).

Etiopatogenetický přístup je v medicíně tradiční a osvědčený. Účinnost preventivních, léčebných a rehabilitačních opatření se však zvýší, pokud v praxi přihlídneme i k **salutogenetickému paradigmatu**, jež je synonymem posilování zdraví a sebeúdravných sil (viz kap. 5.4). Mobilizujeme proto **individuální pozitivní zdroje a možnosti pacienta**, tedy jeho silná místa, která přispívají k udržení a případné obnově zdraví. Zdroje a možnosti, tedy něco, čím nemocný disponuje a co může využít, se čerpají nejvíce z oblasti jeho osobnosti a nejbližšího prostředí. Z osobnostních zdrojů jmenujme intelektový potenciál, určitou hodnotovou orientaci či zájmovou oblast. Ze zdrojů pramenících v prostředí to bývají zejména pozitivní sociální vztahy (partnerské, přátelské, pracovní), tvořící jeho zázemí, nebo svépomocné skupiny, poskytující oporu. Tyto možnosti mají být vědomě a soustavně využí-

vány lékařem a nemocným. Jejich důležitost roste se závažností a chronicitou onemocnění.

Základní ambulantní psychologická péče znamená aplikaci zásad psychologického přístupu do konkrétního způsobu jednání lékaře s pacientem, eventuálně s důležitými lidmi jeho života (zpravidla příbuznými). Tuto i další oblast budeme zpracovávat ze zorného úhlu vztahového modelu, který jsme nazvali **na pacienta orientovaným**.

Většina nemocných, s nimiž se lékař setkává, je z psychologického hlediska neproblémová. To samozřejmě neznamená, že jejich zdravotní újma nemá odezvu v psychické a sociální oblasti, avšak jedná se o lidi natolik osobnostně komponované a s takovým sociálním zázemím, že vystačíme se základní psychologickou péčí, s jejímiž zásadami se seznámíme.

Zde je však třeba upozornit na to, že v běžné klientele praktického lékaře se nalézá při velmi střízlivém posouzení ve městech **třetina pacientů** a na venkově **čtvrtina pacientů**, jejichž zdravotní potíže jsou především **psychogenně podmíněné**. Příčiny jsou různé (konflikty v meziosobní oblasti, nadměrné pití alkoholických nápojů apod.). Zmíněnou skupinu nemocných je třeba včas identifikovat, přizpůsobit tomu terapeutický postup a v závažnějších případech, projevujících se zejména depresivním, anxiózněfobickým syndromem a alkoholovou či jinou drogovou závislostí, předat do psychologicko-psychiatrické péče.

Praktický lékař tyto problematické pacienty (bliže viz 11.2) pozná nejčastěji podle toho, že:

- a) jejich zdravotní obtíže nedávají zřetelný a pochopitelný klinický obraz;
- b) stesky uváděné pacientem nejsou verifikovány a podmíněné organicky (často jde o funkční obtíže);
- c) emoční projev pacienta je nápadnější (známky lability, úzkosti, deprese apod.);
- d) ve vztahu k lékaři se projevuje tendence se vázat a vystupovat bezmocně, bezradně; mnohdy si zároveň stěžují na druhé.

Jestliže potíže uváděné a „nabízené“ pacientem nejsou objektivizovány, je vhodné se v jeho psychosociální situaci orientovat prostřednictvím **zevrubného explorativního rozhovoru**, s kterým jsme se podrobněji seznámili v osmé kapitole.

Takto ohroženou část populace lze poměrně spolehlivě odlišit od psychologicky neproblémové skupiny také např. pomocí **dotazníku celkového zdraví** (GHQ - General Health Questionnaire). Dotazník byl původně sestrojen v Anglii a později převeden do našich poměrů (standardizován). Sestává z šedesáti otázek zahrnujících oblast deprese, úzkosti, neurastenie, sebehodnocení a psychosomatických obtíží.

Na ukázkou uvedme několik otázek dotazníku, jehož celé vyplnění trvá asi dvacet minut:

3. Máte pocit neustálého napětí?
9. Probouzíte se s pocitem, že vás spánek neosvěžil?
16. Vnucuje se Vám myšlenka vzít si život?
25. Berete vše příliš vážně?

37. Máte bolesti hlavy?

44. Hledíte s důvěrou do budoucna?

54. Připadá vám, že je vše nad vaše síly?

60. Máte návaly horka, nebo pocity zimy?

Administraci a vyhodnocení dotazníků může provést sestra. Jedná se o užitečnou screeningovou metodu.

Na nejobecnější úrovni lze zdůraznit dva momenty základní psychologické péče: je třeba si udělat **dostatek času pro pacienta a v závažnějších případech zahrnout do péče i příbuzné.**

V souvislosti s častým „spěchem a zaneprázdněností“ lékaře, který se někdy zdá být pro lékaře „typický“ a pacientovi někdy připadá „přirozený“, upozorňujeme, že tento projev nebývá nutný a často ani reálně možný. Začínající lékaři „spěchavý“ styl napodobují a přejímají od svých starších kolegů. Snad to souvisí s mylnou představou, že „nedostatek času“ zvyšuje autoritu lékaře. Je to tedy otázka jejich postoje a naučeného způsobu jednání. Pokud by skutečně neměl lékař na nemocného za běžných okolností dostatek potřebného času, nemohl by jej léčit *lege artis* a vystavil jej nebezpečí poškození. Dnešní emancipovaní pacienti si tuto skutečnost uvědomují, či ji jen tuší, a volí lékaře, který jedná vlídně, klidně – a nespěchá.

Psychologickou cestou ovlivňujeme u nemocného oblast racionální i emoční, což se promítá do pacientových vztahů, zejména k nejbližším lidem. Čím komplikovanější je osobnost nemocného a čím svízelnější zdravotní obtíže s horší prognózou vývoje, tím více musíme spolupracovat a využívat nejbližší sociální prostředí pacienta.

Pokud jde o čas, vzpomeňme jedno známé rčení z lékařských kruhů: „Přidejte minuty, ušetříte hodiny, ať již sobě nebo kolegům.“

Tyto „přidané minuty“ mohou mít hodnotu diagnostickou i psychoterapeutickou. Ze zkušenosti víme, že se sdělením subjektivně zatěžujících a často i objektivně významných skutečností mnozí pacienti otálejí, neboť spěchajícího lékaře nechťejí zdržovat a bojí se, že budou odmítnuti. Svěří se nejednou až při odchodu náznakem či jen mimochodem – nebo vůbec ne. Takové závažné informace mohou postavit pacientovu problematiku do zcela jiného světla a jsou diagnosticky velmi cenné.

Psychoterapeutické působení „přidaných minut“ – pokud jsou například věnovány prožívání nemocného a tomu, co si o onemocnění myslí a jak to ovlivňuje jeho život – vede k subjektivní úlevě a pocitu, že má lékař o něho skutečný zájem. Sta-

rosta a zatěžující prožitky, pokud jsou sděleny lékaři, nabývají jiné kvality, neboť na nich participuje autorita, což samo o sobě znamená podporu a posilu. Pacient přestává být se svou situací subjektivně sám a vnímá lékaře jako spojence, s nímž ochotně spolupracuje. Proto je vysoce pravděpodobný závěr, že přidání „psychologicky relevantní minuty“ nejen zlepšují péči o nemocného, nýbrž vedou v dlouhodobé perspektivě k časové úspoře.

11.1 Psychologicky převážně neproblémoví pacienti

Tito nemocní se dostavují se zdravotními obtížemi, jež poskytují víceméně jasný klinický obraz, umožňují lékaři poměrně snadné diagnostické rozhodování a nasazení účinné léčby. Jejich vztah k lékaři je vztahem k odborníkovi, který ví, jak pomoci, očekávají v subjektivně krátké době úlevu a vyléčení. I když mohou být příznaky onemocnění velmi nepříjemné a silné, mají jasnou perspektivu uzdravy a vědomí, že nemoc zasahuje do života jen na přechodnou a zřetelně ohraničenou dobu.

Psychologická péče o zmíněné pacienty se pohybuje v **rovině racionality** a spočívá ve stručné, srozumitelné a vyčerpávající **informaci** nemocného o:

- příčinách onemocnění, diagnóze (Už sama skutečnost, že nemoc je pojmenována, uklidňuje. Pacient očekává, že si s ní lékař ví rady.);
- diagnosticko-léčebném plánu včetně upozornění na vedlejší lékové účinky (Před odesláním na odborné vyšetření, které bude pacienta zatěžovat, jej na to připravíme pravdivou informací se zdůvodněním nezbytnosti tohoto opatření, stejně tak při hospitalizaci apod.);
- prognóze a předpokládaném průběhu onemocnění (Upozorníme např. na kolísání stavu.).

Rádi bychom poznamenali, že lékaři mají tendenci **přeceňovat** spolupráci (angl. *compliance*) pacienta a jeho blízkých a považovat je za bytosti, které přemýšlejí a jednají **výhradně racionálně**. Realita je poněkud jiná. Spolehlivost spolupráce zvýšíme častějšími kontrolami, jež samy o sobě zvyšují motivaci nemocného ke spolupráci. Dále pak nemocný lépe spolupracuje, pokud je objektivně kontrolován a sám sebe může v období mezi návštěvami u lékaře kontrolovat (např. glukometrem u nemocných diabetem).

Informování nemocného o příčinách nemoci a dalších okolnostech choroby je nutné, protože mezi základní tendence člověka patří snaha po porozumění světu a hledání souvislostí, což se u rozvinuté psychiky děje zejména kauzálním způsobem myšlení. Lidský jedinec je dokonce schopen vidět souvislosti kauzální povahy i tam, kde vůbec nejsou, tak silná je zmíněná tendence. Tento děj, tedy hledání, nalézání a pojmenovávání určitých vztahových kvalit a skutečností nazýváme **atribucí**.

Pochopení a zapamatování informace zlepšíme, je-li nemocný schopen je na základě svého emočního stavu „přijímat“ – je klidný, nejedná se o situaci před nějakým zákrokem apod. Dále pak musí být informace srozumitelná. Srozumitelná informace je přehledná, stručná, obsahující pouze důležitá fakta, odpovídající intelektové a sociální úrovni pacienta. Jazyk volíme spíše jednodušší a názorný.

Pokud jde o **zapamatování našich pokynů**, rozhodně nemocné nepřeceňujeme. Je známo, že nedodržování medikace a nařízení (ze zkušeností asi třetina pacientů) vyplývá nejen z toho, že se subjektivně cítí lépe a dávají na rady příbuzných a známých, ale především z neporozumění a zapomenutí lékařova sdělení. Lze doporučit, aby v případě, že je pokynů více, si je nemocný zapsal, jinak je zapomene dříve, než přijde domů.

S nemocnými hovoříme přátelsky, ale věcně, dáme mu prostor na **dotazy**. Každý dotaz v sobě – kromě předmětu otázky – skrývá i nejasně vyjádřený emočně vztahový důvod tázání. Pacient např. „zkouší“ lékaře, nebo se chce „ukázat“ a prostřednictvím otázky vyjadřuje vlastní nejistotu. Při odpovědi lze kromě podání věcné informace reagovat taktně i na toto „pozadí“, čímž ukážeme, že nemocnému rozumíme.

U onemocnění, s nímž pacient dosud nemá zkušenost a je závažného rázu, počítejme s tím, že si o něm vytvořil nějakou **představu**, mnohdy nesprávnou a ovlivněnou svým nejbližším okolím. V takovém případě je vhodné zjistit, co si myslí, včetně jeho očekávání vůči nám i léčbě, a tyto postoje korigovat.

Průměrný pacient je v otázkách nemoci poměrně dobře vzdělán a zkušený. Kriticky hodnotí lékařovo chování i postupy. Jeho **důvěru a autoritu** získává lékař, který s ním jedná „na rovinu“, pečlivě ho somaticky vyšetří, je ochoten s ním komunikovat – prostě ukazuje svůj **osobní zájem a profesionální jistotu**.

Lékař se u svých „běžných“ pacientů může setkat s **neurotickou reakcí**, čili nepřiměřenou emoční odezvou na fakt onemocnění. Projevuje se depresivní náladou nebo častěji zvýšenou úzkostí, vedoucí k obavě a strachu zpravidla z onemocnění, jímž pacient netrpí (dnes nejčastěji nádorová onemocnění a AIDS). Nesprávnou **subjektivní hypotézu** o původu zdravotních obtíží je třeba co nejdříve identifikovat a poskytnout nemocnému trpělivé a zevrubné vyšetření jeho zdravotních poruch. Při jejich včasném nezvládnutí vzniká i nebezpečí **funkční fixace obtíží**, jež pak bez objektivního podkladu přetrvávají a nemocný jim věnuje nadměrnou pozornost. Neurotická reakce se vyskytuje i u osobností komponovaných, a to zpravidla při souběhu více okolností, jako je pracovní exhaustace, problémy v osobním životě, výjimečná událost v okolí, která pacienta zneklidní (např. úmrtí někoho z blízkého okolí na onemocnění, jehož se pak začne obávat).

Psychologickou cestou lze proti nepřiměřené emoční odezvě postupovat následujícím způsobem:

- pacientovi věnujeme více času, zevrubně jej vyslechneme a umožníme ventilaci, případně odžítí negativních prožitků a obav;

- pokusíme se rychle orientovat v jeho životní situaci (hledáme zátěže, výjimečné životní události, konflikty vnitřní i meziosobní, negativně pacientem hodnocené změny apod.);
- jeho stav otevřeně pojmenujeme spolu s vysvětlením možných příčin; poukážeme na to, že v jeho situaci to není nic neobvyklého („normální“);
- poskytneme uklidnění z pozice odborné autority, případně zdravotní obtíže s citem bagatelizujeme. U pacienta však nesmí vzniknout dojem, že ho nebereme vážně nebo že mu nevěříme a že jej zesměšňujeme.

Neurotickou reakci zhoršuje a upevňuje projev lékaře, jenž pacienta zúzkostňuje, čili působí **iatrogenně**. Lékař např. včas nevysvětlí, že strach z „rakoviny“ je zbytečný, jeho mlčení nemocný bere za potvrzení svých obav. Někdy také lékař zlehčuje potíže nedůvěryhodným způsobem.

Zvládnutí nepřiměřené emoční odezvy je v kompetenci každého lékaře. Může se stát, že příznaky z oblasti úzkosti a deprese i při správném psychologickém přístupu a event. ordinaci anxiolytik neustupují, naopak se zhoršují. Pak je namístě odeslat nemocného do péče odborného lékaře – psychiatra, neboť v ojedinělých případech může být i převážně somatické onemocnění spouštěčem onemocnění duševního.

11.2 Pacienti psychologicky problematičtí

Do této skupiny nemocných zařadíme v našem textu ty pacienty, u nichž jimi popisované obtíže neodpovídají objektivnímu nálezu, a pacienty s hypochondrickým osobnostním svérázem. Oba typy nemocných představují pro lékaře zvýšenou časovou a psychickou zátěž, proto se mohou vzhledem k pacientům cítit nejistí a bezradní.

U těchto pacientů se setkáváme i s tzv. **psychickou nadstavbou**. Nemocný své obtíže přehání (agruje) a občas vzbuzuje dojem teatrálnosti. Domnívá se, že mu nevěříme, prožívá křivdu, zlobí se atd. Psychická nadstavba je někdy způsobená nevhodným chováním některého z dřívějších lékařů, jenž pacientovy obtíže zlehčoval, projevoval nedůvěru apod. Jindy se jedná o účelové chování se snahou někoho – zpravidla z blízkých lidí – ovlivnit, či jde o projev rentové tendence (v tomto případě je špatná prognóza). Stav má naději se upravit, získáme-li pacientovu důvěru a staneme se pro něho autoritou. Někdy stačí, když cítí náš zájem a že ho bereme „vážně“ - dostane se mu tím satisfakce.

a) Subjektivně popisované obtíže neodpovídají objektivnímu nálezu

S touto skupinou pacientů se ambulantně pracující praktický lékař setkává stále častěji.

Zvláště zatěžující a „záhadná“ je skupina žen nad 40 let, osobnostně spíše jednodušších a stěžujících si na stěhovavé bolesti, *vertebrogenní* obtíže, emoční labilitu, zvýšenou únavu, bolesti hlavy atd. Bývají opakovaně zevrubně vyšetřeny specialisty a léčba přináší zpravidla jen přechodné zlepšení. Z lékařského hlediska jsou zdravotní obtíže nevysvětlitelné, jen bývá poukazováno na možnou souvislost s *klimakteriem* a *involucí*.

Pro ilustraci uvádíme typický příklad z praxe. K psychologickému vyšetření byla poslána v rámci přípravy důchodového řízení třiačtyřicetiletá pacientka, pět let rozvedená, matka dospělého syna (třidvacet let), která je dlouhodobě v pracovní neschopnosti. Vyšetřením se cítí být dotčena, neboť „není blázen“, zlobí se na zdravotníky, že ji nedokáží vyléčit. Ze svých zdravotních obtíží uvádí „tuhost zad, balvan na páteři“, *subfebrilie* se dostavuje téměř nepřetržitě, je unavená, říká, že „se jí do ničeho nechce“, že „nemůže“.

Její potíže trvají rok a půl, byla krátkodobě hospitalizována na interním a neurologickém oddělení – bez nálezu, jenž by vysvětlil její subjektivně pociťovaný zdravotní stav. Konziliárně vyšetřena psychiatrem, ordinována antidepresiva bez efektu. Pracovala jako prodavačka, v práci na ni „neberou ohledy“, jinak vycházela s nadřazeným a spoluzaměstnanci dobře. Od rozvodu žije sama, mívá občasnou krátkodobou známost, poslední intimní měla styk zhruba před rokem. Od té doby, co je nemocná, potřebu muže necítí. Zdravotní potíže u ní nastaly v době, kdy se od ní syn odstěhoval „k Polce, s kterou chodí“. Pacientka s tím zásadně nesouhlasí, říká: „Když teď nemůžu, tak se na mě vykašlal“, pláče. Cítí se sama, prožívá křivdu, zklamání, má starost o budoucnost syna. Zprvu ji navštěvoval častěji, pacientka chtěla, aby se k ní vrátil, dělala výstupy, syn nyní návštěvy u ní omezil, pouze jí telefonuje. U nemocné subjektivně převládá životní nespokojenost, cítí se být stará. Není přístupná rozhovoru o možném podílu psychogenních momentů na vzniku a udržování jejích zdravotních obtíží, těší se na invalidní důchod. Je vysoce pravděpodobné, že zdravotní obtíže nemocné souvisejí na prvním místě s její nadměrnou fixací na syna a nedostatečným uspořádáním osobního života po rozvodu. V současné době je již vzhledem k „rentové motivaci“ obtížně ovlivnitelná. Z psychologického hlediska bývají v obdobných případech zdravotní obtíže **nevědomě účelového** charakteru.

Při **psychologickém vedení**, uskutečňovaném během častějších kontrol, lze doporučit následující postup:

- S pacientem navážeme bližší kontakt tím, že ho pozorně vyslechneme a doplňujícími otázkami dáme najevo svůj zájem. Od samého počátku upozorňujeme, že tělesné potíže mohou mít příčinu v tom, jak člověk žije.
- Zajímáme se o osobní život a životní perspektivu tak, jak ji nemocný vidí; dáváme najevo porozumění jeho situaci.
- Snažíme se společně nalézt ústřední problém v jeho současném životě, tedy to, co způsobuje největší zátěž (např. *etylismus* partnera, mimomanželský vztah, konflikt na pracovišti, defektní dítě) – důležité bývá, co vzniku obtíží předcházelo; to subjektivně závažné bývá silněji emočně obsazeno

(pláč, hněv, neklid apod.). Rozhovor by neměl mít ráz „výslechu“, ale spíše upřímné výpovědi. Je velmi vhodné spolupracovat s nejbližším rodinným příslušníkem.

- V případě dalšího psychoterapeutického vedení je nezbytné, aby pacient přijal výklad souvislosti mezi svými zdravotními obtížemi a životní situací.
- Rozhovory působíme na racionální i emoční stránku jeho osobnosti. Chceme, aby svou situaci plně pochopil a současně ji v naší přítomnosti odžíval, což přináší úlevu. Hledáme její řešení, usilujeme o odstranění hlavních příčin životní nespokojenosti. Není-li to možné, vedeme pacienta k její akceptaci, smíření se s ní a poskytujeme mu ve zvýšené míře emoční podporu.
- Usilujeme o obohacení pacientova života směrem, který je pro něho prioritivní.

Ze zkušenosti víme, že ambulantní lékaři velmi zřídka využívají pro své nemocné specializovaná zařízení typu manželská a předmanželská poradna, pedagogicko-psychologická poradna apod. V případě nutnosti neváháme autoritativně doporučit a zprostředkovat léčení v ordinaci protialkoholní a protitoxikomanické péče. Běžnou psychiatrickou péči volíme opatrněji, vzhledem k těžko překonatelným předsudkům. Výjimku tvoří pracoviště se specializovanou psychoterapeutickou péčí.

b) Hypochondrický osobnostní svéráz

Lékaři bývají v jednání s těmito pacienty bezradní, znamenají pro ně zátěž a *crux medicorum*. Nemocní nadměrně, bedlivě a s obavami sledují svůj zdravotní stav. Mívají dojem až přesvědčení, že trpí různými chorobami, které lékař nepoznal, případně se cítí být neadekvátně léčeni. **Subjektivně značně trpí**, propadají až panice, bývají depresivně laděni; ve stavu zoufalství, že trpí např. nádorovým onemocněním, mohou suicidovat. Rodinné příslušníci a známé sužují hovory na téma nemoci.

Vůči lékaři bývají naléhaví, náročiví, snaží se naklonit si ho a stát se „případem hodným zvláštního zřetele“, dožadují se dalších a dalších vyšetření. Mladého lékaře dokáží znejistit, starší před nimi utíkají.

Pro vztah mezi pacientem a lékařem je příznačné, že nemocný lékař nedůvěřuje a lékař se vyhýbá kontaktu a komunikaci s hypochondrem. Je mu nesympatický a „nic mu není“. Může pak skutečně dojít k tomu, že lékař začátek nějakého onemocnění přehlédne. Pozitivní diagnóza pak zpravidla pacientovi na krátkou dobu subjektivně uleví, neboť je „konečně léčen“, cítí satisfakci, že „měl pravdu“.

Při vedení těchto pacientů vycházíme z toho, že jde o **nepřiměřený strach s nutkavým sebepozorováním a někdy až vtíravými a ovládacími představami**. Z praxe je známo, že zdravotnický personál se hypochondrickým nemocným skutečně vyhýbá, jejich projev zlehčuje a jedná s nimi příkře. Pacienti svým chováním vyvolávají negativní sociální odezvu, jejímž důsledkem je zvětšování obav a posilování hypochondrické zaměřenosti.

Při **psychologické péči** lze doporučit následující postup:

- Pacienta informujeme o příznacích hypochondrie, a to způsobem, který je nezlehčuje. Popíšeme klinický obraz, včetně prožívání (nemocný vidí, že mu rozumíme a víme, o čem jde).
- Nemocnému nabídneme, že se na nás může obrátit, kdykoliv bude cítit potřebu; eventuálně lze domluvit čas a termíny, kdy se mu budeme věnovat (pacient cítí zájem, má jistotu své zdravotní kontroly, snížíme počet jeho návštěv u jiných lékařů, nadužívání služeb lékařské pohotovostní služby apod.).
- Veškeré projevované obavy pozorně vyslechneme, bereme je vážně; dáváme najevo, že se snažíme mu porozumět (pozorné naslouchání a náš zájem přinášejí nemocnému úlevu a jsou lékem).
- Vedeme pacienta k tomu, aby s námi hovořil o svém životě a meziosobních vztazích, umožníme, aby v co nejširším rozsahu projevil své starosti (v mnoha případech pak hypochondrické obavy ustupují).
- Při odmítnutí požadavků nemocného je třeba z pozice autority lékaře důkladně, klidně a trpělivě vše vysvětlit, umožnit, aby se ptal. Stejně postupujeme při ordinaci léků, vyšetření apod. (nemocný cítí, že ho bereme vážně, stává se partnerem při léčbě).
- Je vhodné, aby si pacient o svém zdravotním stavu, významných subjektivních prožitcích a událostech psal deník, a tak je dostával „pod kontrolu“ – lékaři jej pak předkládá, má jistotu, že na nic nezapomene.
- Bývá účinné, zdaří-li se, aby nemocný převzal subjektivní odpovědnost za vlastní zdravotní stav a stal se „odborníkem na své nemoci a zdraví“. Vedeme jej k aktivním činnostem, altruistickým aktivitám (decentrace pozornosti od sebe, satisfakce) a úpravě životosprávy (zvyšování tělesné kondice, zdravá strava apod.). Zdůrazňujeme, aby „denně něco dělal pro své zdraví“.
- Vhodné je spolupracovat s rodinnými příslušníky (nebezpečí hypochondrie dětí, ocenění, jestliže pacient o svých „nemocích“ nemluví apod.).

Upozorňujeme, že některá vážná duševní onemocnění se mohou projevovat hypochondrickými bludy a tělovými halucinacemi. Takový pacient, jehož poznáme podle bizarnosti sdělovaných obsahů, které se výrazně přiči „zdravému selskému rozumu“, má být neprodleně předán do odborné péče lékaře-psychiatra.

11.3 Psychologické stránky farmakoterapie

O psychologických stránkách farmakoterapie se zmíníme zevrubněji zejména proto, že většina lékařů pracuje ambulantně v rámci privátních praxí. Zde také nejčastěji probíhá dlouhodobé vedení pacientů, včetně jejich farmakoterapie, do které se případné subjektivní momenty ze strany nemocného i lékaře nejvíce promítají. Z předchozích kapitol již také víme o sugesci, placebo účinku a žádoucí podobě vztahu mezi léčeným a lékařem, jež zvyšují

nebo snižují konečný účinek jakékoliv léčby, tedy i farmakoterapie. Psychologickými stránkami farmakoterapie se jinak speciálně zabývá psychologický obor – **farmakopsychologie** (na rozdíl od psychofarmakologie, jež je podobou farmakologie a jejím úkolem je vytváření teorie a praxe regulace psychiky a chování lidského jedince farmakologickou cestou).

Lékař je veden v pregraduálním a postgraduálním studiu k racionální farmakoterapii.

Racionální farmakoterapie

znamená, že lék (druh, dávku, dobu užívání) indikujeme v souladu s vědeckým poznáním, jehož součástí je i zobecněná zkušenost. Indikace se samozřejmě uskutečňuje s ohledem na zdravotní stav nemocného, jeho věk i konstituci, fázi vývoje onemocnění – přihlížíme i k případné kombinaci farmakoterapie s jinými opatřeními, jako jsou socioterapie, psychoterapie, fyzikální léčba apod. Předchozí zásady jsou vskutku racionální povahy, ovšem výsledný efekt farmakoterapie je dán i méně racionálními skutečnostmi, jako je **subjektivita všech zúčastněných** (tedy i lékaře), a jejich **vzájemnými vztahy**.

Obecně lze říci, že farmakoterapie může zlepšovat pracovní prostředí tehdy, pokud je účinná a účinek pacient a jeho blízcí vnímají. Vhodné bývá „společné předepsání léku“, kdy lékař informuje nemocného o důvodech indikace, stejně jako o předpokládané délce a průběhu léčby i případných vedlejších účincích léku. Předepsání léku má také psychologickou dimenzi „dát a brát“, tedy i „poskytnutí a odmítnutí“. Tyto skutečnosti jsou zároveň modifikovány pověstí předepsaného léku, zprostředkovanou jinými pacienty a známými a také tím, jaká jsou v této věci jeho očekávání (a přání).

Z psychologického hlediska je důležitá i změna či přerušení léčby, což by mělo být s pacientem řádně probráno, neboť pacient snadno dospívá k dojmu, že byl dosud nevhodně léčen, „zbytečně trpěl“ apod.

Zjednodušeně lze vyjádřit výsledný efekt farmakoterapie jako souhru (interakci) chemické substance léku, placebo efektu a dalších psychologických (zejména vztahových) faktorů. Samozřejmě při dodržení zásad racionální farmakoterapie.

O chemických substancích nás poučuje farmakologie. O placebo efektu bylo pojednáno v první kapitole knihy a opakujeme, že se jedná o nespecifický účinek léku, kdy na základě určitého očekávání a sugesce (psychologický mechanismus), nebo též podmiňování u pacienta pravděpodobně dochází k aktivaci sebeúzdavných mechanismů a procesů. Dále předpokládáme, že psycholo-

$$\begin{array}{c} \text{ÚČINNOST} \\ \text{FARMAKOTERAPIE} \end{array} = \frac{\begin{array}{c} \text{Chemická} \\ \text{substance} \end{array} + \begin{array}{c} \text{Placebo} \\ \text{efekt} \end{array} + \begin{array}{c} \text{Psychol. vztahové} \\ \text{a postojové faktory} \end{array}}{\text{Racionální farmakoterapie}}$$

Obr. 9 Účinnost farmakoterapie

gické faktory silněji působí při užití léků, jež se podávají na zmírnění a odstranění potíží, které mají **výraznou subjektivní stránku** (psychofarmaka, analgetika atd.).

Zbývá nám ještě zmínit se o dvou nejdůležitějších okruzích psychologických faktorů farmakoterapie, které se promítají do konečného léčebného efektu.

Jsou to:

- vztah mezi pacientem a lékařem,
- postoj pacienta a lékaře k ordinovanému léku (případně k farmakoterapii jako takové).

Vztah mezi pacientem a lékařem

I pokud jde o farmakoterapii, tvoří vztah mezi pacientem a lékařem rámec, v němž léčba probíhá. V kterémkoli konkrétním případě se rozvíjí na základě předem daného postoje ve vzájemné interakci, vytvářející zkušenost jednoho s druhým. Tato zkušenost formuje kvalitu vztahu.

Pokud jde o **postoj pacienta k lékaři**, je třeba připomenout psychologický přístup k nemocnému a blízkým osobám jeho života, zejména pak fenomény, které jsme nazvali **autoritou a pravdivostí** a které vedou k **důvěře** (či nedůvěře) pacienta v lékaře a jeho způsob léčby.

Pokud jde o **postoj lékaře k pacientovi**, upozorňujeme na dimenzi **sympatie-antipatie**. Sympatickému pacientovi věnujeme zpravidla větší pozornost, můžeme tedy pečlivěji než obvykle zvažovat ordinaci, případně volit postupy, které jsou méně standardní a osvědčené zkušeností. To znamená ústup od racionální farmakoterapie.

Úroveň vztahu mezi pacientem a lékařem se více uplatňuje při dlouhodobé léčbě (na rozdíl od akutní medicíny), neboť zde více přichází ke slovu vztah mezi účastníky interakce a jejich společná zkušenost.

Jako příklad lze uvést léčbu a rehabilitaci pacientů s nádorovým onemocněním či pacientů s psychotickým onemocněním. U osob vyžadujících dlouhodobé sledování a péči (řádově měsíce až roky) se do hodnocení účinku léčby (následkem bývá setrvání na určité medikaci, nebo její změna) více promítá subjektivní stanovisko, klinické příznaky nejsou tak silné (s výjimkou atak), pacient a příbuzní si na ně částečně zvyknou (stejně jako lékař). V akutní medicíně (např. při léčbě infekč-

ních chorob) nebývá hodnocení průběhu terapie tak obtížné, neboť je zpravidla snadno klinicky pozorovatelné a objektivně (např. laboratorně) zjištělné. Příznaky svojí nápadností a subjektivní nepříjemností snižují možnost adaptace a nemocného nutí dodržovat doporučení lékaře.

U osob dlouhodobě nemocných se do hodnocení účinku farmakoterapie přenáší i jejich vztah k lékaři (sympatie, nebo antipatie). Subjektivním udáváním zlepšení stavu a spokojeností jej „odměňují“, naopak subjektivně uváděné zhoršení a nespokojenost může být „trestem“ nesympatickému lékaři. Stejně tak lékaři, aniž by si to uvědomovali, volí někdy léky podle svého postoje k nemocným (případně příbuzným), kdy některým vycházejí vstříc (vyhovují přáním), zatímco u jiných tomu tak být nemusí – ba právě naopak. Pacientovi sympatickému máme tendenci spíše vyhovět, naopak nesympatickému spíše nevyhovíme.

Postoje pacienta a lékaře k ordinovanému léku

– případně k farmakoterapii jako takové – tvoří další okruh proměnných, jež výrazně vstupují do léčby.

Vztah mezi **důvěrou v určitý lék a jeho účinek** má, jak se zdá, podobu recipročního a spirálovitého posilování. Čili: čím více léku věříme, tím je účinnější a čím více „zabírá“, tím získává na oblibě – u lékaře i pacienta. Konkrétní zkušenosti s určitým lékem jsou pro preskripci lékařem rozhodující a někdy i navzdory racionální farmakoterapii. Předchází skutečnost zdůvodňujeme individuálním působením léku na vždy jedinečný organismus člověka, ovšem připouštíme, že konečný efekt terapie je dán i **subjektivní hodnotou léku** z pohledu lékaře i nemocného. Subjektivní hodnota se uplatňuje zejména v **placebo efektu**.

Racionální farmakoterapie (tedy objektivně zdůvodněné rozhodování lékaře o volbě léku) je ovlivňována i jeho případnými **vyhraněnými postoji** k farmakoterapii. Setká-li se pak s pacientem, jenž má vůči užívání léků také předem vyhraněný postoj, může dojít k iatrogennímu poškození nemocného.

V praxi se setkáváme s lékaři (a pacienty), které nazýváme s trochou nadsázky farmakofily a farmakofoby.

Farmakofilní lékař

nekriticky (neracionálně) přeceňuje možnosti farmakoterapie a má sklon ordinovat léky ve větším množství a ve vysokých dávkách. A to nejen pacientům, nýbrž i sobě a svým příbuzným. Farmakofilem se lékař zpravidla stává nápodobou identifikačních vzorů na začátku své profesionální dráhy. Motivem k tomuto vyhraněnému postoji může být i odborná (a osobní) nejistota, kdy vyššími dávkami a mnohdy polypragmatickou terapií nechce „nic zanedbat“. Pro farmakofily je příznačné, že s nemocnými málo komunikují a podceňují psychosociální stránku chorob, což má za následek neposkytování základní psychologické péče pacientům.

Pro ilustraci následků předchozího postoje lze uvést polypragmatickou farmakoterapii, které jsou někdy vystaveni nemocní s funkčními obtížemi. Jejich léčba v lůžkovém zařízení pak nejdříve spočívá v tom, že se jim postupně snižují a vysazují léky, které jim byly dlouhodobě ordinovány ambulantním lékařem.

Farmakofilní pacient

vyžaduje od lékaře mnoho léků, jimž věří, a mnohdy disponuje farmakologickými znalostmi.

Pro lékaře je zvláště zatěžující kombinace hypochondrického a současně farmakofilního nemocného. S lékařem o léčbě přátelsky (později zpravidla kriticky) diskutuje a odmítá hovor o své osobní situaci a jiných než farmakologických opatřeních.

Setká-li se v ordinaci farmakofilní lékař se stejně orientovaným nemocným, vzniká pro pacienta nebezpečí, že bude, obrazně řečeno, „tráven“. Pokud se setkají opačně orientovaní lidé, spolupráce bude vážnout a pravděpodobně ji nakonec pacient přeruší a bude hledat lékaře, jenž mu bude více vyhovovat.

Farmakofobní lékař

je v předepisování léků až nadměrně opatrný a má tendenci volit alternativní léčebné postupy (např. úpravu životosprávy, diety, prostředky z oblasti přírodní medicíny). Spoléhá se a „věří“ uzdravným silám organismu, jež chce podporovat jinými než farmakologickými cestami. Na druhou stranu farmakofobní lékař s nemocnými více hovoří a je přístupný názoru na vliv psychosociálních faktorů včetně životního stylu a ekologického prostředí na zdraví a jeho poruchy.

Farmakofobní lékař může znamenat pro nemocné nebezpečí, pakliže se až programově vyhýbá ordinaci léků i v případech, kdy farmakoterapeutickou intervencí lze zabránit rozvinutí chorobného procesu do podoby, která nemocného ohrožuje.

Farmakofobní pacient

si léky zásadně nepřeje a jejich užívání odmítá. Zde je třeba upozornit na některé rodiče, nepřipouštějící racionální farmakoterapii svých dětí. Pokud se nejedná o opravdu vyhraněný postoj, obvykle nalezneme kompromisní řešení, s nímž rodiče nakonec souhlasí a přistoupí na námi navrženou léčbu.

Setká-li se v ordinaci farmakofobní lékař s farmakofobním pacientem, může dojít k tomu, že nemocný nebude léčen *lege artis*, tedy způsobem, jenž

rychle a šetrně povede k jeho uzdravě. Setkají-li se lidé opačných vyhraněných postojů, jejich spolupráce se vůbec nerozvine, neboť pacient vyhledá jiného lékaře.

Na předchozích stránkách jsme věnovali pozornost farmakoterapii z pohledu psychologie. V dalším textu si povšimneme, co lze očekávat při dobré spolupráci pacienta s lékařem.

Při **dobré spolupráci** (*compliance*) očekáváme, že:

- a) Pacient spolehlivě dodržuje pokyny lékaře, tedy užívá léky přesně podle jeho doporučení.

Nedodržování preskripce bývá nejčastějším projevem nedůvěry vůči lékaři, který pro nemocného (a jeho rodinu) není odbornou a přirozenou autoritou. Může být dokladem nedostatečné komunikace s pacientem, jenž si např. sám preventivně zvyšuje dávku léku, neboť chce předejít zhoršení svého stavu. Pacienti naopak dávky vynechávají či přestávají užívat bez porady s lékařem tehdy, mají-li dojem, že už léky nepotřebují, či že jim škodí, nebo z obavy, aby si na léky „nezvykli“, neboť potom by „nezabraly“, až je budou „skutečně potřebovat.“ Často tak lidé činí z podnětu a na doporučení svého okolí.

- b) Při dobré spolupráci pacient lék „vnitřně přijímá“, na rozdíl od „vnitřního odmítání“, které se projevuje neobyčejně výraznými vedlejšími účinky léku (např. intenzivním zvracením při podávání některých cytostatik).

Nejčastějším důvodem „vnitřního přijímání“ léku je opět důvěra vůči lékaři i jeho léčbě a zároveň signál, že je nemocný lékařem o důvodu volby určitého léku i o jeho působení přiměřeně informován. Pacient lék „vnitřně odmítá“ zpravidla tehdy, jestliže lékař i léčbě nedůvěřuje a vázne-li mezi ním a lékařem komunikace. Jinak vyjádřeno: nedostává se mu základní psychologické péče, ze strany lékaře necítí zájem, akceptaci, a není zevrubně a předem informován o své léčbě. Pacient totiž musí vědět, co léčbou konkrétně sledujeme i jak dlouho potrvá, jaké změny a kdy lze očekávat. Nutno jej dále informovat o vedlejších účincích podaného léku, případně o možných komplikacích.

- c) Při dobré spolupráci se zvyšuje placebo efekt, tedy pravděpodobně dojde k výraznější stimulaci a aktivitě autoregulačních i autosanačních mechanismů, které jsou centrální povahy a pravděpodobně také ovlivňují funkci imunitního systému.

Dobrá spolupráce má zřetelný dopad na psychiku vážně nemocného pacienta. Prožívá reálnou naději ve změnu k lepšímu, vzhledem k výsledkům léčby je střízlivě optimistický a k nemoci zaujímá stenické postoje doprovázené stenickým pociťovým laděním. Nalézá v sobě „vnitřní sílu“, jež při kombinaci s vnější podporou a pomocí od významných osob jeho života (zejména rodiny) jsou z psychologického hlediska těmi nejlepšími předpoklady účinné farmakoterapie.

Závěrem části o psychologických stránkách farmakoterapie konstatujeme, že každý lékař si musí osvojit znalosti, umožňující mu provádět racionální farmakoterapii. Kromě toho je neméně nutné, aby si uvědomoval osobní postoj k užívání léků, stejně tak jako ke konkrétnímu pacientovi, jehož má (zejména dlouhodobě) v péči.

Například dlouhodobá léčba psychofarmaky osob s duševními poruchami někdy vůbec nemusí být racionální, nýbrž může vyjadřovat terapeutický nihilismus či neochotu lékaře vejít s nemocným do subjektivně blízkého vztahu. Nadměrnou preskripci léků se lze „úspěšně“ vyhýbat komunikací s nemocným a jeho rodinou, případně jí nahrazujeme neznalost či nemožnost uplatnění vhodnějších terapeutických postupů. Naopak racionální farmakoterapie pacientů vážně psychicky nemocných – vyjádřeno známým příměrem – nám k pacientům otevírá dveře, jimiž však musí vejít člověk.

Psychologické vlivy se podílejí na preskripci léků a jejich účinnosti více, než jsme ochotni připustit. Neuvedomované (a různě zracionalizované) postoje lékaře k lékům a pacientům proto musí být samotným lékařem průběžně reflektovány, aby si je v případě jejich nežádoucí podoby dokázal zřetelně uvědomit a změnit. K tomu slouží kolegiální supervize (možnost upřímného rozhovoru se zkušenějšími lékaři), případně bálintovské semináře, na které upozorňujeme v kapitole o vztahu pacienta k lékaři. Obecně je pak pro každého lékaře nutností průběžné, celoživotní vzdělávání.

SOUHRN

Základní ambulantní psychologická péče znamená aplikaci zásad psychologického přístupu neseného pojetím na pacienta orientované medicíny. Věnujeme ji všem nemocným. Zmínili jsme se, že ve městech zhruba třetina pacientů a na venkově čtvrtina pacientů praktických lékařů přichází s obtížemi, které náležejí do oblasti psychogenní etiologie. Psychologická péče o psychologicky neproblémové nemocné se pohybuje hlavně v rovině racionální a spočívá v průběžném informování pacienta. Lékař dále projevuje svůj osobní zájem a profesionální jistotu. Upozornili jsme na nepřiměřené emoční odezvy pacientů (neurotická reakce, funkční fixace potíží) a navrhli jsme způsob, jak jim čelit a jak je zvládat. Z pacientů psychologicky problematických je věnována pozornost dvěma obtížným skupinám – u první subjektivně popisované obtíže neodpovídají objektivnímu nálezu, v druhém případě se jedná o pacienty s hypochondrickým osobnostním svérázem. U první skupiny pacientů hledáme ústřední problém, jenž se pak společně snažíme řešit. Velmi důležitá je emoční podpora nemocného. Ve druhém případě spočívá psychologické vedení v rozvíjení důvěry pacienta vzhledem k lékaři. Snažíme se, aby člověk s hypochondrickým osobnostním svérázem převzal subjektivní odpovědnost za vlastní zdravotní stav. Vhodná je spolupráce s rodinnými příslušníky. Farmakopsychologie se zabývá subjektivními stránkami farmakoterapie.

Účinnost podaného léku je dána jeho chemickou substancí, placebo efektem a dalšími, zejména vztahovými faktory. Samozřejmostí při preskripci je dodržování zásad racionální farmakoterapie. Při dobré spolupráci (*compliance*) pacient spolehlivě užívá léky podle doporučení lékaře, lék „vnitřně přijímá“ a pravděpodobně dochází i ke stimulaci aktivit jeho autoregulačních a autosanačních mechanismů.

Psychologická péče o hospitalizované pacienty

V této kapitole se seznámíme s potřebami hospitalizovaných lidí a se zásadami přípravy pacientů na zatěžující diagnostické vyšetření. Dále se dovíme o základní psychologické předoperační a pooperační péči. Druhá část kapitoly je věnována psychologické problematice chronicky, těžce a nevyléčitelně nemocných a jejich psychologickému vedení, které je poskytováno nejen pacientovi, ale i celé rodině.

Pobyt v nemocnici je pro každého člověka významnou událostí. Signalizuje jednak závažnost zdravotního stavu, ale i možnosti lepší diagnostiky a terapie. Pro „zkušené“ pacienty, pokud subjektivně příliš netrpí, hraje pobyt v nemocnici nejednou i pozitivní sociální úlohu (mezi ostatními pacienty se prosazují, dosahují uznání apod.). Pro staré lidi však bývá – a to oprávněně – nemocnice spojována s místem, kde se umírá. Většinou však u lidí, kteří musí do nemocnice, převládají v různé míře obavy a strach, pociťují nejistotu a touží po lidské blízkosti. Bylo zjištěno, že relativně menší obavy z pobytu v nemocnici mají lidé s jasnou diagnózou, kteří zde vidí místo pomoci a útočiště, na rozdíl od těch, jejichž zdravotní obtíže jsou nejasné etiologie a diagnosticky problematické. Míra strachu též souvisí se známostí prostředí (opakovaný pobyt v téže nemocnici člověk lépe snáší) a velikostí nemocnice (větší zařízení bývá neosobní a spojené s větší úzkostí).

V dnešních nemocnicích obvykle vládnu poměrně přísná pravidla a na pacientovi je vyžadováno, aby se jim přizpůsobil. S tímto „tlakem“ se zpravidla vyrovnává čtyřmi způsoby:

- a) rezignuje – prožívá se jako bezmocný, závislý, nastává regrese;
- b) zdánlivě se přizpůsobí, avšak pravidla narušuje (např. tajně kouří, léky užívá nepravidelně či vůbec);
- c) protestuje a zařadí se mezi „obtížné“ pacienty – kritizuje, stěžuje si apod.;
- d) omezení přijímá jako přechodná a nutná, bez větších problémů se adaptuje, což je případ většiny nemocných.

Budiž však zdůrazněno, že většina nemocných se na poměry v nemocnicích **rychle a dobře adaptuje**. Omezení zpravidla berou jako „nutné zlo“, které je přechodného charakteru, a musí je vydržet stejně jako ostatní spolupacienti.

Pokud jde o vztah pacient–lékař, má zde sice nemocný „svého“ ošetřujícího lékaře, ale lékaři se střídají a v našich podmínkách vystupují často autoritativně nejen vzhledem k nemocným, ale i mezi sebou v rámci hierarchické struktury (primář, starší a mladší sekundáři), což pacient nejlépe vidí o vizitách. **Demokratický a týmový přístup** v pravém slova smyslu je velmi žádoucí, avšak nemocný se s ním dosud běžně nesetkává.

Partnerský vztah mezi lékařem a nemocným (a příbuznými) je požadavkem, který v našich zdravotnických zařízeních většinou čeká svého naplnění.

K celkové charakteristice situace pacienta v nemocnici zbývá dodat, že v lůžkových zařízeních jsou zavedené služby specialistů–konziliářů a že nejvíce času s nemocným stráví středně zdravotnický personál, jenž bývá také nejlépe informován o psychické stránce a „chování“ pacientů.

12.1 Potřeby pacientů v nemocnici

Jedná se de facto o podmínky, které jsou nutné k uchování vitálních funkcí a psychické pohody. Potřeby lze v této souvislosti rozdělit na tělesné, psychické a sociální.

Tělesné potřeby souvisejí nejen s bezprostředním přežitím jedince, ale mají vliv na úroveň pobytu pacienta v nemocnici a přímo ovlivňují psychickou stránku člověka. V nemocnici se nejčastěji setkáváme s následujícími nedostatky: pacient žízní, pociťuje absenci čerstvého vzduchu, mívá problémy s vyměšováním a osobní hygienou (ošetřovatelská péče nebývá všude optimální), mnozí nemocní špatně spí a stěžují si, že jsou zbytečně brzo ráno buzeni a pak „nekonečně dlouho čekají“.

Psychické potřeby se u hospitalizovaných lidí týkají především jistoty obecně (opakem je nejistota, úzkost, strach), pocitu, že jsou personálem a spolupacienty akceptováni a pozitivně hodnoceni, dále nemocní lidé v nemocnici potřebují mít soukromí a necítit se osamělí. Podle zdravotního stavu potřebují podněty a aktivitu (pohyb). Nežádoucím opakem předchozího je **senzorická a informační subdeprivace**. Důležitou potřebou je přehled a orientace v životě na oddělení, stejně jako pochopení vlastní hospitalizace a všeho, co zde pacient musí „vytrpět“ jako nutné a smysluplné.

Sociální potřeby se s psychickými potřebami překrývají a řadíme mezi ně nutnost komunikace a pozitivního kontaktu (sdělování a sdílení) vedoucí k prožitku lidské blízkosti a vzájemnosti. Pacient se nesmí dostat do izolace

vzhledem k domovu a přátelům, proto čím více má návštěv, tím lépe. Vysoce nežádoucí jsou konflikty mezi spolupacienty, a pacienty a personálem.

Ze situace pacienta v nemocnici – ve srovnání s ambulantní léčbou – vyplývá, že pobyt v nemocnici představuje zvýšenou psychosociální zátěž.

Člověk je vytržen z domácího prostředí a vztahů a z obvyklého způsobu života, což zvláště silně pociťují starší lidé, kteří se v novém prostředí hůře orientují a nejsou u nich vzácností ani stavy zmatenosti, vzniklé také tímto „přesazením“. V případě hospitalizace nejmenších dětí (kojenců, batolat) je nezbytná přítomnost jednoho z rodičů (nejčastěji matky) a u větších dětí, pokud to dovoluje jejich zdravotní stav a druh onemocnění, je vysoce žádoucí denní kontakt s rodinou (telefon, návštěvy).

Pobyt v nemocnici je z psychologického hlediska mimořádně **emočně a vztahově náročný**. Proto i zde nalézá v plném rozsahu uplatnění **model na pacienta orientované medicíny** (partnerský model), znamenající pro lékaře a ostatní zdravotníky nutnost vstupovat do **osobního kontaktu s nemocným** (pacient není jakousi anonymní diagnózou, „žaludkem na sedmičce“ apod.), průběžně a adekvátně informovat pacienta o všem podstatném, projevovat zájem o jeho prožívání (včetně negativních pocitů, jako jsou obavy, prožitek beznaděje apod.) a snažit se pochopit pacientovu osobní situaci. Lékař se **musí** zajímat o psychický stav nemocného včetně jeho prožívání, a právě v tom se hlavně v praxi liší model na pacienta orientované medicíny od modelu tradičního, paternalistického, orientovaného na lékaře a nemoc. Upozorňujeme, že také v případě hospitalizovaných nemocných je nesmírně důležitý **první kontakt** pacienta s přijímajícím lékařem, který zpravidla určí postoj nemocného k celému zdravotnickému zařízení a jeho další spolupráci.

Míra a kvalita uspokojování – či neuspokojování – tělesných, psychických a sociálních potřeb pacienta pak vytvářejí kvalitu života pacienta, na kterou nutno myslet a dbát po celou dobu hospitalizace od okamžiku, kdy eventuálně pomine bezprostřední vitální ohrožení nemocného. Zdůrazňujeme, že psychologické působení navazuje na kvalitní základní lékařskou a ošetrovatelskou péči. Nemocný člověk by měl být v co největším možném tělesném komfortu a netrpět bolestmi, ani by mu nemělo být „špatně“. Dostatečná zavodněnost a čistota jsou samozřejmostí. Důležitou součástí kvality života nemocného je, dokáže-li se alespoň částečně obsloužit a může-li se, byť omezeně, pohybovat a dosahovat různé úrovně **soběstačnosti**.

Kvalita života pacienta je výslednicí těchto okolností:

- a) Stavů psychické a fyzické pohody (opakem je bolest, nevolnost, deprese, strach apod.).

- b) Úrovně sebeobsluhy – nemocný se sám dokáže najíst a je schopen si samostatně zajistit hygienu (opakem je jeho odkázanost na péči druhých).
- c) Pohyblivosti pacienta – nemocný je schopen kvalitní lokomoce, vycházek apod. (opakem je pacient trvale ležící).
- d) Pacient je sociálně zapojen a dostává se mu pozitivní emoční odezvy – mezi spolupacienty je oblíben, pravidelně a často ho navštěvují příbuzní, přátelé (opakem je pacient v izolaci).
- e) Pacient se spolupodílí na vytváření „vlastního osudu“, včetně „kariéry nemocného“. Má možnost spolurozhodovat na základě faktické informovanosti a v rámci své kompetence o léčbě a ostatních opatřeních (opakem je zcela závislý člověk bez „vlastní vůle“, který pasivně poslouchá druhé).
- f) Pacient prožívá a hodnotí svůj život včetně pobytu v nemocnici jako smysluplný, tedy i nezbytný a žádoucí (opakem je nemocný, který prožívá marňost, nicotu a zbytečnost).

Otázka kvality života se v posledních desetiletích velmi zdůrazňuje ve všech zemích s rozvinutou lékařskou péčí. Dokonce se stala i jedním z cílů medicíny a ústřední charakteristikou pojmu zdraví. Dnes ji nalezneme i ve slovníku politiků a stává se součástí argumentační výbavy mocensky orientovaných a motivovaných lidí.

Kvalita života je tématem obtížným, a jestliže o ní uvažujeme, je žádoucí rozlišit osoby, jež jsou klinicky pacienti, od zdravých jedinců (v běžném slova smyslu). V prvním případě bude na prvním místě určována kvalita života jejich **aktuálním zdravotním stavem** zároveň s tím, jak se cítí a jak tento stav hodnotí. Velký význam, jak jsme již výše uvedli, hraje stupeň jejich **soběstačnosti** či závislosti na pomoci druhých, projevující se úrovní sebeobsluhy, pohyblivosti a schopností komunikovat. Důležitá je i vnímaná **akceptace a pomoc** ze strany nejbližších osob, zvláště z rodinného okruhu. Hlavním kritériem je **individuální funkční norma** a to, jak pacient naplňuje své možnosti, byť třeba limitované smyslovým, tělesným či mentálním handicapem. Například pro některého pacienta po cévní mozkové příhodě je velkým úspěchem, může-li se samostatně pohybovat po domě, pro jiného pak znovuoživení delších turistických výletů.

K předchozím okolnostem ovlivňujícím kvalitu života u nemocných osob musíme přidat i jejich **ekonomickou situaci**, protože prevence, terapie i rehabilitace poruch zdraví již probíhá diferencovaně a v závislosti na finanční situaci pacientů a jejich rodin. Bohatství či chudoba se i u nás stává prognosticky důležitým faktorem.

Pokud se budeme zabývat osobami, jež nejsou klinicky pacienti, náš zájem se bude týkat především prevence poruch zdraví. Musíme vzít v úvahu zejména životní styl pacientů a vůbec problematiku, kterou se zabývá **psychologie zdraví** (oblast *salutogeneze* – porozumění světu a smysluplnost života, autonomie apod.) a částečně ekologie v širším slova smyslu (psychologická vyváženost a estetická kvalita prostředí, míra hlučnosti apod.).

Psychologické pojetí kvality života vychází přirozeně ze subjektivity člověka, tedy z jeho prožívání, myšlení a hodnocení, i z toho, co chce a čeho se mu nedostává. Zdá se, že lidský jedinec považuje vlastní život za kvalitní, jestliže jeho **očekávání jsou ve shodě s životní realitou** tak, jak ji hodnotí. Spokojenost spojená s pocitem štěstí nastává, jestliže se my sami i osoby nám nejbližší **uplatňují** a současně získáváme a prožíváme **pozitivní citovou odezvu** ze svého nejbližšího sociálního okolí. Jestliže nás okolí (a osoby jsoucí pro nás autoritami) uznává, roste naše **sebeúcta**, jež je nakonec vysoká a stabilní. Potom říkáme, že se nám „daří“ a život má smysl. Výz-

namnou roli pro „dobrý pocit“ ze života hraje i **kompetentnost** člověka (jak rozumí světu a jak jej může ovlivňovat), **autonomie** (rozhodování vycházející z nás a sebeřízení) a **autenticita** (můžeme být a jsme sami sebou, náš projev i život jsou v zásadní shodě – *kongruenci* – se sebezpojetím, tedy i s naší hodnotovou orientací). I zde je třeba zdůraznit naši **sociální určenost**, protože pro žití „dobrého života“ potřebujeme žít alespoň v jednom vztahu naplno, tedy v psychické blízkosti a autenticky.

Kvalita života je velmi důležitou proměnnou mající vliv na průběh a výsledek léčby; přímo ovlivňuje spolupráci pacienta a podporuje (či tlumí) žádoucí stenizující osobnostní faktory, jež souvisejí s funkcí imunitního systému. Dobrá kvalita života zamezuje vzniku situačních psychických poruch a snižuje riziko psychotraumatizace pacienta.

12.2 Psychologická příprava pacienta na zatěžující diagnostická vyšetření, základní předoperační a pooperační péče

Zatěžující jsou z psychologického hlediska všechna vyšetření, která v nemocném vyvolávají větší strach nebo úzkostnou tenzi. Bývají spojena s nepříjemnými pocity, bolestí a zpravidla znamenají zásah do integrity těla, eventuálně krátkodobě organismus ovlivňují po stránce fyzické a funkční. Jako příklad lze uvést endoskopické a kontrastní vyšetřovací metody. Také pohled na lékařské nástroje a soudobé vyšetřovací přístroje a metody (např. „tunely“ počítačové tomografie) lidi děsí, stejně, jsou-li přítomni lékařským zákrokům prováděným na jiných osobách. Z psychologického hlediska jsou největším problémem **úzkost a strach** pacienta, a to zpravidla jejich „nadbytek“, ačkoliv i opačný případ, kdy nemocný si vyšetření vlastně nepřipouští a nebere vážně, se může projevit ve špatné spolupráci a v tom, že se pacient cítí být značně zaskočen nepříjemnými průvodními pocity a reaguje zkratkovitě, verbálně agresivně nebo panicky.

Úzkost a strach z vyšetření lékař snižuje tím, že nemocného předem na vyšetření připraví dodáním informací:

- a) Zdůvodní nutnost vyšetření.
- b) Popíše stručně jeho průběh z hlediska „technického“, ale i z pohledu pacienta (co bude pociťovat). Umožní mu, aby se ptal.
- c) Sdělí pacientovi, jaké chování se od něho během výkonu očekává, případně je s ním nacvičí.

- d) Pacienta informuje (event. i písemně), jaká opatření a omezení v životoprávě jsou nezbytná v souvislosti s vyšetřením.

Je vhodné, jsou-li informace dodávány nikoliv těsně před vyšetřením, nýbrž v dostatečném časovém předstihu, aby se nemocný mohl „vnitřně připravit“, protože na co se člověk subjektivně připraví, to také lépe snáší. Málo využívanou možností je i nácvik základní relaxace, protože touto cestou si může pacient sám v zátěžových situacích redukovat úzkostnou tenzi a strach.

Známe i další způsoby, jimiž lze nemocné připravit na zatěžující diagnostické vyšetření a operaci, např. shlédnutím videofilmu, kdy „modelový pacient“ prochází tím, co čeká divák, nebo poskytneme pacientovi informační písemný materiál (což je však málo účinné). Nejvíce působí, a je proto nejvhodnější, živý kontakt s těmi, kteří budou provádět vyšetření či operaci.

Nesmíme zapomínat, že nemocní a jejich blízcí si téměř vždy shánějí informace od bývalých i současných pacientů. Ne vždy jsou tyto zdroje objektivní a vedou k rozptýlení nepřiměřených obav. Lépe je skoro počítat s opakem. Mezi nemocnými běžně kolují historky o tom, jak byla opomenuta anestezie apod. Proto je nesmírně důležité zřídit institut laických informátorů z řad bývalých pacientů, kteří jsou nemocným k dispozici (kontakty mohou probíhat i telefonicky) a na požádání hovoří s osobami před operací o svých zkušenostech.

I v případě přípravy nemocných na zatěžující úkony je třeba respektovat jejich přání – tedy i to, že nechtějí být o tom, co je čeká, blíže informováni. Pokud taková situace nastane, je vhodné se zeptat po důvodu odmítnutí. Mnohdy je to proto, že nechtějí „obtěžovat“, či jsou velmi úzkostní. V druhém případě pak vyžadují péči, kterou se redukuje jejich úzkost.

Příprava pacientů samozřejmě závisí i na jejich stáří a intelektové vyspělosti. U menších dětí ve věku zhruba od čtyř do deseti let se používá příprava **formou hry**. Zde mají nezastupitelné místo herní terapeuti, kteří by měli být společně s dětskými psychology součástí týmu pracujících na dětských lůžkových zařízeních.

Herní specialista (často v přítomnosti rodičů) si s dítětem hraje na pacienta, sestřičku a lékaře. Například na plyšovém medvědovi si zkouší, co je čeká. Panenky se prý neosvědčují, jelikož příliš připomínají člověka, a co je také důležité – medvěd by neměl být větší, než samo dítě, neboť by mohl svou velikostí vyvolávat strach.

U starších dětí lze již postupovat formou racionálního a názorného informování, kdy se dozví, jak bude určitý výkon probíhat, jak se má chovat apod. Je vhodné použití **instruktážních videofilmů** (forma musí odpovídat rozu-

mové úrovni dítěte), děti jsou sugestibilní, čili snadněji ovlivnitelné. Považujeme za dobré, aby se této přípravy společně s dětmi účastnili i osoby jim nejbližší (zpravidla rodiče).

U dětí starších a dospívajících pak rámcově postupujeme stejně, jako u dospělých pacientů.

Bylo zjištěno, že farmakologické ovlivnění dětí neprokázalo v žádném směru vyšší účinnost, pokud jde o uklidnění dětí, než psychologické prostředky. I zde vidíme, jak významný je pozitivní lidský vztah a projevovaný zájem o druhého.

Cílem přípravy je nemocného uklidnit a zároveň poučit, jaké chování je z jeho strany žádoucí.

Příprava pacienta na operaci samozřejmě závisí na typu a podmínkách operace.

Při **chirurgickém zákroku** se lze rámcově řídit zásadami uvedenými v souvislosti s přípravou na zatěžující diagnostické vyšetření.

Při operaci v celkové anestezii a zvláště při závažných zákrocích na orgánech a funkčních systémech vitální důležitosti (srdce, plíce apod.), je z psychologického hlediska žádoucí zevrubná příprava pacienta a jeho psychologické vedení a sledování duševního stavu delší dobu po operaci. Závažné operace totiž vyvolávají i biologicky podmíněnou psychickou odezvu a jsou de facto zásahem také do nejbližšího sociálního prostředí (rodina).

Například operace je pro organismus i z biologického hlediska stresem (krevní ztráta atd.), na který reaguje (zvýšení srážlivosti krve). Jestliže se připojí i velká zátěž psychogenního původu (např. značná úzkost), může dojít ke „zbytečným“ pooperačním komplikacím. Jako příklad si uvedme embolie, které jsou dány celým komplexem faktorů včetně faktorů psychologických. Upozorňujeme, že náhlá úmrtí na embolii se vyskytují i na nemocničních odděleních a u pacientů, kde bychom to nečekali – např. u mladších a tělesně zdravých psychotických nemocných.

Psychologická příprava pacienta na závažnější operaci, jež je spojená s celkovou anestezií, musí navazovat na předchozí odbornou péči. Kromě somatického nálezu bychom měli z *parere* a chorobopisu vyčíst i údaje o osobnosti a psychickém stavu pacienta.

V **ideálním** případě sestává předoperační příprava z psychoterapeutických rozhovorů a z předoperační vizity. Psychoterapeutické vedení mohou v případě možnosti uskutečňovat kliničtí psychologové.

Úvodní rozhovor

v rozsahu třiceti až čtyřiceti minut má proběhnout záhy po přijetí nemocného na oddělení. Zajímáme se o dosavadní život pacienta, probereme jeho pocity a myšlenky týkající se vlastní operace a bezprostřední a dlouhodobé perspektivy po operaci (naděje, obavy apod.). Závěrem prvního rozhovoru vše důležité upřesníme, shrneme a zopakujeme.

Všímáme si, v jakém **psychickém stavu** se člověk nalézá (zda je spíše realista, který má přiměřené obavy i přiměřený optimismus, nebo projevuje zvýšenou úzkost. Zda je jakoby bez zájmu – zda je depresivní, případně úzkost a obavy popírá –, nebo je to „pacient hrdina“, anebo strach vytěšňuje – navenek jej verbálně nepřiznává, ale z mimiky a hlasu je zřejmý. Obavy z operace jsou přirozené a normální, nesmí ovšem dospět k extrému. Příliš velká úzkost s sebou nese nežádoucí fyziologické změny. Naopak absence strachu mívá za následek, že nemocný špatně snáší pooperační období (cítí bezmocnost) a hůře se vyrovnává s případnými důsledky operace. Bylo zjištěno, že pacient se před operací „musí bát“ – ovšem přiměřeně. Operace se v průměru více obávají ženy než muži. Nejlépe operaci subjektivně snášejí a nejméně se u pacientů projevují emoční potíže po zákroku tehdy, nevyskytuje-li předoperační strach extrémní hodnoty. Nemocní s extrémně vysokým předoperačním strachem bývají po zákroku neklidní a v napětí, obávají se poškození. Naopak nemocní s výrazně nízkým předoperačním strachem později hůře spolupracují a projevují vzhledem k personálu a péči řadu výhrad, jež mohou přejít až k verbálně agresivnímu chování. Dále bylo zjištěno, že míra předoperačního strachu pozitivně koreluje s úzkostností jako povahovým rysem (emoční stabilita – emoční labilita jsou jednou ze základních dimenzí osobnosti člověka). Lidé povahově úzkostnější mívají větší strach a po operaci pociťují pravidelně větší bolesti a požadují ve zvýšené míře tišící prostředky. Pacienti více extrovertní (společenská a navenek orientovaní) udávají naproti tomu relativně menší bolesti. Zdá se, že prožívání nemocných v souvislosti s vážnějším chirurgickým zákrokem záleží spíše na jejich osobnosti než na situaci.

Každý další den před operací je ošetřující lékař nemocnému k dispozici a hovoří s ním o všem, na čem pacientovi záleží a co jej zpravidla subjektivně zatěžuje. Umožní mu, aby se projevil a „odžil“ negativní pocity. Je třeba nemocného připravit i na období krátce po operaci a na to, jak je bude prožívat (velká únava, ospalost apod.), a co operace s velkou pravděpodobností přinese s ohledem na zdravotní stav, sociální uplatnění apod. Kromě toho jej seznámí s prostory a zařízeními, s nimiž přijde do styku (např. jednotka intenzivní péče). Ukazuje se být nesmírně užitečné a doporučeníhodné, aby byl nemocný v kontaktu s nějakým pacientem v rekonvalescenci, který ho informuje z „patientského hlediska“ o tom, co ho čeká (pozitivní pohled a příklad).

Předoperační vizity

se má kromě operátora účastnit i anesteziolog. Pacientovi vysvětlí, co proběhne a jaké chování a spolupráce se od něho očekávají. Důležitý je kontakt s anesteziologem, protože mnoho pacientů se obává, že se „neprobudí“, či že

se „probudí příliš brzy“. Úkolem anesteziologa je rozptýlit „malicherné“ obavy z narkózy, které bývají různého rázu – někteří nemocní se bojí zesměšnění, jiní, že na sebe něco prozradí apod. Pacienta je třeba informovat o premedikaci. Další obavy se týkají nezdaru operace a nežádoucích následků (znetvoření apod.). Staří lidé mívají obavy ze špatného hojení ran a z bolestí.

V rámci předoperační vizity musí mít nemocný možnost se vyptávat a má právo na pravdivou odpověď podanou způsobem, který jej nevyděsí. Pacientovi musí být jasné, že je v „dobrých rukou sešraného týmu“.

Cílem psychologické péče, uskutečňující se pohovory, a předoperační vizity je dát pacientovi informace, uklidnit ho a připravit na to, co přijde po operaci.

Po operaci spočívá psychologická péče – po nabytí a opětovné schopnosti komunikace – v tom, že jsme nemocnému opět k dispozici, ovšem zprvu jej „zatěžujeme“ jen několikaminutovou přítomností. Nejdříve je nutné pomoci pacientovi, aby se zorientoval (místně, časově, někdy i osobně). Kontrolujeme psychický stav (úroveň vědomí, prožívání). Po operaci jsou většinou pacienti unavení a spaví.

Z nežádoucích psychických stavů upozorňujeme na pacienty dezorientované (*amentní syndrom*, mohou se dostavit halucinace), a to euforické (žoviální, vtipkující, zvýšené sebevědomé) a vyděšené (silně úzkostné, strnulé, vše bedlivě sledující).

Při přechodu z jednotky intenzivní péče na běžné otevřené oddělení prožívají někdy nemocní obavy z menší péče, přičemž změna jako taková zatěžuje a není vítána. Je dobré s nimi denně hovořit a být jim k dispozici. Délka rozhovoru záleží na „odpočatosti“ a stavu pacienta, dále na jeho ochotě a schopnosti komunikovat. Pohybuje se v rozmezí pěti až třiceti minut. Pacienta nesmíme unavovat. Opět je důležité, aby mohl projevit své případné negativní prožitky a myšlenky a mohl s námi hovořit o čemkoliv, co mu dělá starosti nebo čím se trápí.

Někteří nemocní jsou zklamáni a smutní, že nedošlo k radikálnímu zlepšení jejich stavu, jiní zase kvůli tomu, že se jejich zdravotní stav dostatečně rychle nelepší a že jsou proto „špatní pacienti“.

Před *dimisí* uskutečníme s pacientem **závěrečný rozhovor**, kdy jeho celý pobyt a operaci zrekapitulujeme a probereme otázky týkající se bezprostřední i vzdálenější budoucnosti. Je vhodné pracovat v závěrečné fázi péče s nejbližšími příbuznými nemocného, protože vážné zdravotní problémy jsou vždy a zásadně věcí celé rodiny.

Průběžná psychologická péče je nezbytná, protože mezi somatickým a psychickým stavem je vztah vzájemného a oboustranného ovlivňování, řídicího se převážně principem cirkulární kauzality (*interdependence*). Dalším důležitým faktorem je skutečnost, že pacient je po celou dobu hospitalizace navázán na ošetřujícího lékaře, jenž zároveň nepřetržitě sleduje jeho psychický stav a informuje ostatní členy týmu. Užitečná je výměna informací i se středně zdravotním personálem, protože sestry jsou velmi dobře informované o psychickém stavu pacientů.

12.3 Chronická, těžká a nevyléčitelná onemocnění (defekty)

Jde sice o značně různorodou skupinu onemocnění, avšak – pokud jde o psychologické vedení – lze najít společné jmenovatele.

Chronických a nevyléčitelných onemocnění přibývá nejen díky ekologickým vlivům, ale i vzhledem k vysoké úrovni medicíny, jež dokáže mnohé „zachránit“, nikoliv vyléčit. Tito pacienti se stávají dlouhodobými a nevyléčitelnými nemocnými.

Chronicky, těžce a nevyléčitelně nemocní se pohybují, obrazně řečeno, mezi domovem a nemocnicí. Bývají zároveň v péči ambulantních lékařů i lékařů pracujících v nemocnici.

Vážné onemocnění přináší postiženému řadu omezení a týká se vždy a zásadně **celé rodiny**, jejíž dynamiku a vztahy mění.

Jako příklad lze uvést situaci rodiny s vážně nemocným či defektním dítětem (postižení smyslové, intelektu apod.). Rodiče se s tímto faktem nesnadno vyrovnávají. Zprvu reagují **šokem**, zármutkem, pocíťují zmatek a rozpaky. Mívají tendenci tuto skutečnost **popírat a odmítat**, někdy se dostavuje **zlost**, jež se střídá s **pocit viny, strachem** o dítě apod. Naděje se střídá se zoufalstvím. Například genetické postižení dětí mívá nepříznivý dopad na sexuální život rodičů (obavy z otěhotnění apod.), někdy dochází ke vzplanutí dříve neřešených partnerských problémů apod. S faktem nevyléčitelnosti (defektnosti) dítěte se rodiče **obtížně a postupně** vyrovnávají. Utrpení jim způsobuje skutečnost, že bytost jim nejbližší, vlastně subjektivně součást jich samých, jejich potomek, není a asi nebude v pořádku. Dále dochází k ohrožení pozitivního sebepojetí, mohou se sami cítit méněcenní, znehodnocení, prožívají stud, stahují se do sebe, omezují sociální kontakty. Také vlastní péče o dítě nebývá snadná a postupně se jí učí. Různé typy a stupně postižení mají svá specifika, což platí i o věku dítěte. U mladších dětí s postiženým pohybovým aparátem bývá častější agresivita, neboť děti se nemohou přirozeně „vybít“. U dospívajících se každá viditelná negativní odlišnost vzhledem k vrstevníkům promítá do sebepojetí a vede k pocitům méněcennosti.

V rodinách s dlouhodobě nemocným nebo defektním dítětem se setkáváme se dvěma základními typy rodinné dynamiky.

- Nejčastěji matka výrazně dominuje, vzhledem k dítěti zaujímá velmi úzký až symbiotický vztah a otec se posléze dostává na okraj dění. Rodinu opouští, nebo manželé žijí spíše paralelně. Někdy se dokonce rozejdou.
- Druhá, méně častá varianta je ta, kdy oba rodiče společně o dítě pečují a v extrémním případě se stává centrem a smyslem jejich života.

Je vhodné, jestliže rodiče postižené dítě berou jako **společný úkol**, který společně plní, ovšem nepropadnou „kultu“ postiženého dítěte. Oba za ně nesou **odpovědnost**. Přílišná soustředěnost na dítě svědčí o jejich pocitech viny (nejsou se situací vyrovnáni), a doplácí na to případně další děti.

Z toho vyplývá nezbytnost psychologického vedení takových rodin ošetřujícím lékařem, která spočívá v:

- a) pravdivém a průběžném informování rodičů o zdravotním stavu a pravděpodobné prognóze dítěte;
- b) poskytování **emoční podpory** rodičům, zvláště při nesnadném rozhodování o dalším osudu dítěte (svěřit je např. do specializovaného zařízení, nebo ponechat v domácí péči – se všemi důsledky pro život celé rodiny) a subjektivně pomáhat v hraničních situacích při zhoršování zdravotního stavu dítěte. Optimálním řešením jsou denní stacionáře, kde je dítě přes den umístěno a je zde o ně zajištěna i odborná (např. rehabilitační) péče;
- c) napomáhání rodině při začlenění do svépomocné skupiny rodičů a dětí s obdobnými problémy (velmi nežádoucí je sociální izolace rodiny). Tyto skupiny bývají u nás nazývány **kluby**. Lékař nepřebírá za rozhodování rodičů odpovědnost. Je v roli **funkční autority**, pravdivě informuje a dává se k dispozici.

Pokud jde o **dospělé pacienty** a jejich rodiny, také zde přináší nevyhléditelná nemoc (defekt) zátěž vedoucí ke **změně stylu života rodiny**, která se na situaci postupně adaptuje. Postižení má za následek **změnu rolí** v rodině, protože pacient svou roli zpravidla v plném rozsahu „neudrží“ (např. stane se submisivním), což se projeví v jeho sebepojetí a zvláště sebehodnocení (pocity insuficience, pohrdání sebou apod.). Tato skutečnost je výraznější všude tam, kde nastane **změna v tělesném schématu a vzhledu** (např. amputace, následky popálení), kde se nemocný dostane do větší **závislosti na druhých** (např. u paretiků) a kde musí **výrazně změnit životní styl**. Člověk psychicky reaguje na každé vážnější onemocnění a defekt.

Tato odezva je různá a do značné míry závisí na:

- a) kvalitě rodinného zázemí (akceptace nemocného a podřízení životního stylu jeho možnostem, oproti odmítání nemocného a snaze jej „umístit“);

- b) projevech onemocnění či defektu (např. stud za inkontinenci a zápach, viditelnost stigmat, nemožnost komunikace – pacient s výraznou afázií mívá zprvu pocit, že se „zbláznil“);
- c) pocitu ohrožení života (strach z umírání a bolesti mnohdy doprovázený obavou z osamělosti – viz bod a);
- d) celkové kvalitě života (např. snížení pohyblivosti a sebeobsluhy).

Vyrovňávání se s faktem vážného onemocnění probíhá u pacienta zpravidla ve **čtyřech fázích**, a to obdobně, jak tomu bylo u rodičů s defektním dítětem. Nejdříve nastává **šok** z uvědomění si určité skutečnosti, následuje zpravidla její **odmítnutí a popření**, potom přicházejí **úzkost a depresivní rozlady** (mohou se dostavit i pocity viny, případně negativismus – projevy zlosti, odmítání pomoci či jiné formy agresivity) a nakonec, dříve nebo později, většina nemocných svůj stav **přijímá, smíruje se s ním a adaptuje se**.

V praxi se setkáváme se třemi nejrozšířenějšími a nežádoucími psychickými odezvami:

1. **Prožívaný stav bezmoci a beznaděje** (z angl. *helplessness* a *hopelessness*), který ústí v zoufalství, kdy může nastat sebevražedné jednání. Zoufalství přechází v rezignaci a „vzdání se“ (z angl. *giving up complex*). Ke stavu bezmoci a beznaděje dochází zvláště tehdy, dostane-li se pacient subjektivně do izolace a vidí-li, že ztratil možnost vlivu na dění, které se ho týká. Bez-mocnost a beznaděj vznikají na základě zkušenosti a jsou výsledkem učení. Co je osvojené mechanismem učení, lze změnit přeucněním, tedy vyvoláním opačných zkušeností.

Kromě naučené bezmoci a beznaděje známe i **naučený optimismus**, který lze vymezit jako vyladění jedince, ústící ve snahu aktivně vyhledávat možnosti řešení svízelných situací a takové situace zvládat. Jedná se vlastně o přístup a styl, jak se vyrovnávat s překážkami. V prvním případě se vzdávám (a případně pasivně čekám na pomoc okolí), v druhém případě bojuji a snažím se o změnu především vlastními silami.

Zmíněné styly připomínají reakci organismu na stresor a nelze vyloučit, že kromě naučenosti zde mohou hrát roli i vrozené (konstituční) předpoklady spolu s učením v raném dětství – v prvních letech života.

2. Druhou nežádoucí odezvu představuje **sekundární zisk** z nemoci, která pacientovi přináší různé „výhody“. Např. se může stát „zajímavým“, přeháněnou bezmocností a vznášenými požadavky „tyranizuje“ okolí, což bývá projevem agrese, msty, jindy se mu dostává zadostiučinění apod.

Sekundární zisk je dosahován účelovým chováním a patří mezi **účelové reakce**.

3. **Regrese** je třetí nežádoucí odezvou, jež je navíc pěstována nadměrnou péčí a „zneschopňováním“ pacienta ze strany okolí. Pacient v regresi vznáší infantilní požadavky, bývá vzdorovitý, emočně labilní a nespolehlivě spolupracující. Předchozím nežádoucím jevům čelíme psychologickým vedením, jež se v případě chronicky a těžce nemocných týká **rodiny jako celku**. Předpokládá zásadní ochotu lékaře vstoupit s ní do osobního kontaktu a pravdivě

všechny informovat. Lidé informovaní lépe spolupracují a snášejí nepříjemnosti, které léčba přináší (např. vedlejší účinky terapie). Také odstraníme nejistotu (popř. pokoutné shánění informací), již by snad mohli trpět. Je důležité, aby negativní změny co nejdříve zařadili do života a naučili se s nimi žít. Pokud jde o časový horizont, upřednostňujeme přítomnost – snažíme se „zde a nyní“ nalézt a uskutečnit „to, co je právě nejlepší“.

Kromě předchozích reakcí můžeme u nemocných a jejich blízkých pozorovat různé další způsoby vyrovnávání se s faktem nemoci, které se promítají do spolupráce (*compliance*) při léčbě a rehabilitaci. Řadíme je k **psychickým obranným mechanismům** (viz kap. 3.2). Bývá to **vytěsňování** faktu onemocnění, pro které je příznačné selektivní vnímání a zapomínání „ohrožujících“ informací a pokynů lékaře, jež jsou neslučitelné se sebepojetím. Dále sem patří **popření**, kdy nemocní odmítají přijmout skutečnost a cítí se být téměř zdraví. V důsledku toho je jejich spolupráce značně nespolehlivá. Lidé takto postupující se mohou „vrhat“ do různých aktivit, a tím sobě a někdy i lékaři dokazovat své zdraví a výbornou formu. Nápadné bývají projevy **magického myšlení** (volně přiřaditelné k regresi), při nichž se projevují iracionální tendence, pacienti hledají zázračné prostředky, jsou schopni uvěřit téměř čemukoliv, vyhledávají léčitele apod.

Psychologické vedení spočívá v tom, že lékař:

1. Nabízí nemocnému a příbuzným **jistotu svého vztahu**, tedy že jim je – podle svých pracovních možností – stále k dispozici a udělá pro ně vše, co je v jeho silách.
2. Zevrubně připraví nemocného a příbuzné na zákroky, další očekávaný průběh léčby, kolísání stavu a různá nezbytná opatření.
3. Umožní mluvit o **pocitech a případnou ventilaci** negativních prožitků (obavy, hněv apod.). Je ochoten **hovořit o všem**, co považuje pacient a příbuzní za důležité.
4. Dbá, aby se nemocný nedostal do **psychické a sociální izolace**.
5. Podle možností vede nemocného k **aktivitě** ve smyslu „Dělejte něco pro své tělo“ – „Aktivní nemocný se dříve uzdraví a žije déle“.
6. Nemocného a příbuzné **povzbuzuje**, je jim **oporou**, dodává **reálnou naději** ve změnu k lepšímu, nebo je vede ke smíření s tím, co změnit nelze, tedy ke změně postoje.
7. Lékař usiluje o dosažení co nejlepší možné kvality života pacienta (dostatek podnětů, někdy lze navázat na dřívější koníčky a zájmy).
8. Snaží se najít a ukázat, v čem může být nemoc a utrpení pro rodinu obohacením – jaký je její **pozitivní smysl** (např. změna hodnotové orientace, lidé se učí diferencovat důležité od nedůležitého). Je známe, že člověk vydrží mnoho, jestliže si uvědomí smysl a širší souvislosti utrpení.
9. Pokud je to možné, lékař zprostředkuje kontakt se **svépomocnou skupinou** (patientským klubem).

I v případě psychologického vedení těžce a nevléčitelně nemocných platí, že nepouštíme ze zřetele pozitivní zdroje a možnosti jedince, ať již jsou osobnostní a individuální povahy, nebo leží v jeho nejbližším sociálním prostředí

a hodnotové orientaci (např. v křesťanské víře). Zvažujeme i přizvání psychologa nebo duchovního, kteří rozumějí jedinci nalézajícímu se ve svízelné, až mezní životní situaci.

Chronická, těžká a nevyléčitelná onemocnění zahrnují psychologickou problematiku a zvláštnosti, jež vyplývají také z typu poruchy zdraví. Psychologická specifika nalezneme u osob nemocných nádorovým onemocněním, roztroušenou sklerózou mozkomíšní – a ve výčtu by bylo možné pokračovat.

Pro ilustraci problematiky se zastavíme u poměrně častého onemocnění starších osob – cukrovky II. typu.

Diabetes mellitus je nemoc způsobená nedostatkem inzulínu, nebo jeho malou účinností. Cukrovka I. typu vzniká u mladších osob a je při ní nezbytná léčba inzulínem. Cukrovka II. typu, na jejíž psychologickou problematiku se soustředíme, je v populaci častější a vzniká spíše u starších osob s nadváhou. Bývá také „rodovou záležitostí“. Léčíme ji především úpravou životosprávy a dietou.

Diabetologové vědí, že příznivý průběh nemoci a léčby záleží hlavně na dobré spolupráci (*compliance*) pacienta, kterého musí pro léčbu získat. Je nutné, aby nemoc přijal a sžil se s ní, tedy aby akceptoval roli pacienta. Značně velkou problémovou skupinou jsou nemocní, kteří fakt onemocnění odmítají a de facto nedostatečně spolupracují. Podle klinického odhadu to bývá v průměru až třicet procent osob, jež lékaři označují za „neukázněné pacienty“.

Přijetí nemoci je obtížné, neboť léčebné pokyny jsou těžko slučitelné s každodenním životem a přinášejí pacientovi značná omezení v životosprávě – včetně stravovacích návyků. Lékařovy požadavky vnímá pacient nejednou jako maximalistické a nesplnitelné. Po nemocném požadujeme, aby dodržoval přísnou dietu a byl fyzicky aktivní, ovšem pacient trpící cukrovkou II. typu je zpravidla obézní, rád jí a fyzické aktivitě se spíše vyhýbá. Dietu vnímá jako něco neradostného, finančně a časově náročného – a vlastně nekvalitního. Pro mnohé je jídlo „drogou“ působící anxiolyticky a antidepresivně, proto je pro ně tak nesnadné dietu dodržovat, neboť jsou na „svém“ jídle až závislí. U nás ve stále ještě běžném paternalistickém modelu vztahu pacient–lékař je snadnější domluva s nemocnými, kteří mají menší potřebu autonomie (sebeurčení, vnitřní řízenosti), kteří jsou úzkostnější, závislejší, a proto i „poslušnější“. Pacienty výrazněji autonomní je třeba získat ke spolupráci tak, aby vzali léčbu „za své.“

Lékaře překvapuje, že pacienti vědí, co mají dělat, avšak neřídí se tím, a pokyny nedodržují. Je zajímavé, že se to mnohdy týká i lékařů, kteří se sami stanou pacienti. Lékaři se snaží nemocné motivovat ke spolupráci tím, že je varují před možnými následky špatné spolupráce, které s různou mírou živosti a přesvědčivosti popisují (včetně amputace končetin) a zdá se, že u nemocných vyvolávají obavy, stud a pocity viny. Negativní pocity vedou k negativnímu vztahu a spíše se u většiny (a zejména inteligentnějších nemocných) takovoto působení mívá účinkem. Vhodnější je partnerský vztah, kdy nemocného neinfantilizujeme a nenavozujeme regresi či naopak vzdor a společně hledáme vnitřní bloky či jiné důvody horší spolupráce. Starší osoby nám mohou málo rozumět, jiné se považují za „beznadějný případ“, z lékaře mají strach, a proto se chovají sebedestruktivně.

Bývá pravidlem, že nemocní se bojí kontroly jednak z důvodu „špatného svědomí“, nebo proto, že se obávají nepříznivých výsledků a kritiky lékaře. Kontrola je stresuje. Nejistotu pacienta, týkající se hodnoty cukru v krvi, lze odstranit tím, že bude mít doma k dispozici glukometr.

Nemocní vítají, jestliže lékař projevuje pochopení a zájem o jejich osobu a náročnou situaci, čili zajímá-li se, jak žijí a co si myslí. Dobře spolupracují lidé spíše mladší, kteří si chtějí uchovat zaměstnání a kteří mají obavu o rodinu. Dále pak ti, kteří chorobu přijímají a snaží se žít aktivně i za podmínek limitovaných nemocí. Je to tedy zejména otázka jejich motivace. Spolupráci lze optimalizovat tím, že dodržujeme v interakci zásady psychologického přístupu k nemocnému (viz kap. 7.0) a do péče zahrneme i jeho nejbližší. I zde platí, že pacientem se stává celá rodina. Důležité je nemocnému porozumět, což je bez jeho akceptace a empatického postoje lékaře jen nesnadno představitelné. Partnerský vztah předchodí vývoj usnadňuje, naopak paternalistický postoj lékaře jej naopak znemožňuje. Léčebné výsledky (včetně spokojenosti pacienta s léčbou a s kvalitou jeho života) zvýšíme, pokud se zapojí nemocný – případně i s příbuznými – do svépomocné skupiny stejně postižených.

Chronické, těžké a nevléčitelné onemocnění, obdobně jako umírání, představuje pro člověka velkou zátěž a zkoušku jeho osobnosti. To se týká nejen pacientů a důležitých osob jejich života, ale i zdravotníků. Zdravotníci jsou ohroženi **syndromem vyhaslosti**, o kterém jsme pojednali již dříve (viz kap. 1.5), neboť se běžně setkávají s lidským utrpením, jež mohou vnímat jako vlastní selhávání, uvědomují si svoji častou bezmocnost, a tyto okolnosti je deprimují. Stává se, že reakcím pacientů nerozumějí – zvláště těm iracionálním a z hlediska „zdravého rozumu“ neadekvátním.

Například negativismus a projevy agrese u vážně nemocného mohou zdravotníci nesprávně hodnotit jako „nevděčnost“ či „nevychovanost“. Ve skutečnosti se jedná o projev zoufalství.

Problémem bývá, jestliže si na „svého“ pacienta zvyknou a oblíbí si ho (např. v případě dialyzovaných nemocných) a jeho zdravotní stav se zhorší, nebo pacient dokonce zemře. Proto je vysoce žádoucí, vlastně nezbytné, aby personálu „těžkých“ oddělení, a zvláště sestrám, byla věnována **zvýšená psychologická péče** a v rámci seminářů nebo jiných programů jim byla dána možnost prohodit a vysvětlit vše citově zatěžující a „nesrozumitelné“. Zabraňujeme tím nejen vzniku syndromu vyhaslosti, ale i profesionální necitlivosti (cynismu). Zároveň zvýšíme jejich spokojenost v zaměstnání, což se promítne v práci s pacienty.

SOUHRN

Pobyt v nemocnici je spojován s obavami a strachem. Často zároveň dochází ke zbytečné subdeprivaci lidských tělesných, psychických a sociálních potřeb. Model na pacienta orientované medicíny toto nebezpečí zmenšuje a zvyšuje kvalitu života pacienta. Důležitá je psychologická příprava nemocného na zatěžující diagnostické vyšetření. Spočívá v tom, že ho informacemi uklidníme a zároveň poučíme, jaké je žádoucí chování z jeho strany. U dětí využíváme hru a současně pracujeme s rodiči. Totéž činíme při přípravě pacienta na chirurgický zákrok. Příprava nemocného na operaci v celkové anestezii probíhá v ideálním případě prostřednictvím několika psychoterapeutických rozhovorů a předoperační vizity. Uklidníme ho a připravíme na to, co nastane po operaci. Pooperační psychologická péče spočívá v tom, že pomůžeme pacientovi se zorientovat, kontrolujeme jeho psychický stav a jsme mu k dispozici k hovoru o všem, co ho zatěžuje. Před dimisí je vhodné zahrnout do péče celou rodinu a probrat otázky týkající se bezprostřední i vzdálenější budoucnosti. Chronická, těžká a nevléčitelná onemocnění (defekty) jsou zásadně záležitostí celé rodiny. Vedení rodiny s postiženým dítětem nejdříve znamená pomoci rodičům vyrovnat se se šokem. Průběžně a pravdivě je informujeme o všem důležitém, poskytujeme emoční podporu a napomáháme k začlenění rodiny do svépomocné skupiny (pozor na sociální izolaci). Také v případě dospělých pacientů poskytujeme psychologickou péči celé rodině. Nežádoucí psychickou odezvou pacienta bývá prožívaný stav bezmoci a beznaděje, tzv. sekundární zisk z nemoci, regrese a supersaturace. Psychologické vedení je postavené na jistotě vztahu lékaře vzhledem k nemocnému a jeho rodině a na vzájemné pravdivosti. Připravujeme je na vše předem, umožňujeme průběžně ventilaci pocitů a mluvení o všem, co považují za důležité. Dbáme, aby se nemocný nedostal do psychické a sociální izolace, vedeme ho k aktivitě. Rodinu a nemocného povzbuzujeme a jsme jim oporou. Usilujeme o dosažení co nejlepší možné kvality pacientova života a o pochopení smyslu nemoci a případného utrpení. Je-li to reálné, zprostředkujeme kontakt se svépomocnou skupinou. Těžce a nevléčitelně nemocní představují pro personál a zvláště zdravotní sestry velkou zátěž, kterou jim umožníme snášet zvláštní psychologickou péčí, uskutečňovanou prostřednictvím supervizních skupin apod.

Psychologická péče o psychosomaticky nemocné

Po vysvětlení pojmů *alexithymie* a účelovost věnuje tato kapitola pozornost nemocným s infarktem myokardu, a to z hlediska jejich osobnostních charakteristik. Z nich pak vyplynou možnosti a způsoby psychologického vedení, s jehož zásadami se seznámíme. V druhé polovině kapitoly se dovíme o základních pravidlech, jimiž se řídíme při vedení psychosomaticky nemocných pacientů v ambulantní praxi. Na závěr se seznámíme s léčebným společenstvím.

V současné době platné Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN–10) už psychosomatické choroby nejsou uvedeny jako samostatná jednotka. Může to být projevem snahy vidět zdraví i jeho poruchy zásadně pod zorným úhlem bioekopsychosociální jednoty, což ostatně odpovídá vymezení zdraví a nemoci Světovou zdravotnickou organizací. Z tohoto hlediska pak platí, že **existují nemoci psychosomatické a somatopsychické – a žádné jiné**. V textu užíváme tradičního (a v praxi osvědčeného) výrazu „psychosomatický“ v případech, kdy psychosociální podíl je při vzniku a průběhu určité poruchy zdraví zpravidla neobyčejně významný a průkazný.

Provázanost psychických procesů (vyjadřovaná psychologickou terminologií) s fyziologickou stránkou člověka a s jeho humorálním, nervovým a imunitním systémem je již prokázána. Psychologická rovina se zvláště týká poznávací (kognitivní), pocitové, volní a motivační (včetně hodnotové) stránky lidské bytosti. Je to jiná rovina (nejenom terminologicky) než např. oblast vyjadřovaná fyziologickou terminologií. Právě jejich vzájemné ovlivňování a prostupování vedou k časté myšlenkové chybě a záměně, nebo dokonce k mechanickému převádění jedné roviny na rovinu druhou. Otázkou vzájemných vztahů se zabývá psychofyziologie a neuropsychologie, které jsou obvykle řazeny mezi psychologické vědy, které však mají blízko k neurovědám.

Ve filozofii jde o tradiční téma psychofyzických vztahů, v klinické medicíně pak oblast psychosomatického přístupu. Je známo, že aktuální vytěsňování a potlačování určitých pocitů a emocí moduluje metabolismus a imunitní i neurohumorální systém po mnoho hodin. Chronické vytěsňování a potlačování je pak ovlivňuje dlouhodobě

a dochází k přeladování organismu a změnám trvalého rázu. Zde právě hledáme i jeden z patogenetických mechanismů psychosomatických poruch zdraví. Důraz klademe na prožívání člověka a jeho emoční reakce, které úzce souvisejí s osobností a způsoby, jak jedinec určité situace vnímá a vyhodnocuje (kognitivní stránka). Stávají se pak přitažlivé, neutrální, nebo představují ohrožení – z nich pak plyne určité chování, třeba i nesmírně složité a „neprůhledné“. To vše lze popisovat různými jazyky psychologických teorií, ale i jazykem běžným v neurovědách.

Lze si povšimnout, že i určité vyhraněné poruchy zdraví bývají spojené se specifickým projevem a prožíváním pacienta – projevujícím se např. při vizitách. Nemocní s poruchou zdraví v gastrointestinální oblasti bývají nápadně často popudliví a mrzutí, kardiovaskulárně nemocní zase úzkostní či naopak disimulující a demonstrující své zdraví. U onkologicky nemocných se pochopitelně častěji setkáváme s depresivními rozladami a úzkostností, roztroušená skleróza mozkomíšní se může projevovat překvapivě dobrou náladou a aktivitou u postižených, pacienti s revmatoidní artritidou bývají naopak ladění subdepresivně atd. U psychiatricky nemocných jsou pak jejich projev a nálada diagnosticky cenné a pro určení nemoci někdy rozhodující.

Dnes je všeobecně přijímán názor, že psychosociální vlivy mohou stát na začátku řetězce kauzálních vztahů, pokračujících ve vztahy **cirkulární kauzality**, jejichž výsledkem jsou taková onemocnění jako vředová choroba, astma, mnohé hypertenze, u nejmenších dětí atopický ekzém atd. Stejně považujeme za vysoce pravděpodobné, že psychosociální vlivy spoluurčují průběh těchto onemocnění. Z předchozího logicky vyplývá, že do léčby, rehabilitace a prevence je nutné zahrnout také psychologické vedení.

13.1 Alexithymie a účelovost

U psychosomaticky nemocných se častěji setkáváme s tím, že jejich prožívání je chudší, méně diferencované, obtížněji se v něm orientují a především se jím neřídí. Tato specifická porucha je nazvána **alexithymií** („emoční analfabetismus“, „citová slepota“). Výraz je umělý a složený ze dvou řeckých slov, jejichž původní významy poukazují k některým z možných funkcí alexithymie (alekseia, tj. ochraňovat, bránit; thymos, tj. duše, životní síla, později vášně, rozhnívání až výbuch hněvu). Obvykleji se však diskutovaný výraz dává etymologicky do souvislosti s řeckým *lexis*, tj. mluvení. Rozumíme jím menší schopnost člověka své pocity správně vnímat, popisovat a vyjadřovat. Zdá se, že potíže s diferencováním emocionality nejsou obecné – jak se dříve myslelo, nýbrž nastávají tehdy, jestliže se člověk setká s něčím, co se jej osobně dotýká, nebo pro něho znamená značnou subjektivní zátěž. Bývá rozlišováno mezi **primární a sekundární alexithymií**. Vznik primární alexithymie by mohl souviset s předpokládanou konstituční vlohou, sekundární pak je spíše reakcí na fakt vážnějšího onemocnění.

U pacientů pozorujeme silnější sebekontrolu, potlačování a odmítání vlastních emočních impulsů. To může vést k chronické tenzi, která se somatizuje a projevuje rušivě v tělesné oblasti. Příznačné pro tuto skupinu paci-

entů bývá také jednostranný životní styl (např. silná orientace na pracovní úspěch a výkon), neschopnost opravdu odpočívat a vůbec nedbání základních pravidel psychohygieny. Shledáváme u nich dále výrazné rysy, určující jejich osobnostní svéráz. Tyto rysy mohou být značně různé. Pravděpodobně nejsou specifické pro určitý typ poruchy, avšak svou nápadností z osobnosti „vyčnívají“. Například věku nepřiměřená ctízádnost, ústící v kariérismus, z něhož pak vyplývá neoblíbenost, zanedbávání rodiny. Nebo výrazná podřidivost a neschopnost odmítnout požadavky druhých, což mívá za následek přetěžování a „nakládání“ ze strany spolupracovníků i nadřízených, nemoc pak přináší „vysvobození“. I v případě psychosomaticky nemocných se vyplácí uvažovat o možné **nevědomé účelovosti** symptomů, protože nám někdy pomůže pacientovi lépe porozumět a ukáže směr psychoterapeutického vedení. Základní otázky k postižení smyslu symptomů zní: Co se jimi v pacientově životě změnilo? Co ztrácí a co získává? Co by nastalo, kdyby jich nebylo? Pro ilustraci uvedme dva příklady z praxe:

a) Padesátiletý pacient, léčený řadu let na *asthma bronchiale*, opakovaně hospitalizován, lázeňské pobyty, záchvaty jsou značné intenzity, manželka k němu často volává lékařskou pohotovostní službu. Objektivně i subjektivně stav kolísá a má tendenci se zhoršovat. V manželství dříve hluboké rozpory, i z důvodů světonázorových, manželka pacienta je mladší o dvanáct let, energická, on se jí dříve podřizoval, posléze se stal zcela závislým na jejím rozhodování a péči. Astmatické záchvaty se zprvu objevily v souvislosti s nesrovnalostmi v sexuálním životě, nestačil nárokům manželky. Pacient sděluje, že kvůli jeho špatnému zdravotnímu stavu na něho manželka bere ve všech směrech ohledy, je vděčný a v roli pardonovaného nemocného. Astmatické záchvaty se pak objevují bez zřetelného psychogenního spouštěče. Pacient uvažuje o tom, že se odstěhuje od rodiny ke své matce, která žije v podhůří, kde u něho nikdy k záchvatu nedošlo. Zdůvodňuje to zdravotními důvody, ale i proto, aby jí „dosloužil“. Manželka s tím vřele souhlasí – „ze zdravotních důvodů“, později se ukáže, že má extramatrimoniální vztah, zahájený pro manželovu sexuální insuficienci. Případ skončil tragicky, neboť během jednoho záchvatu pacient zemřel.

b) Psychologicky byla vyšetřena devatenáctiletá dívka, s níž se před plánovanou svatbou rozešel chlapec. Krátce poté – „přes noc“ – u ní došlo k silnému rozsevu *psoriasis*, která se v rodě vyskytuje. Do té doby byla bez klinických příznaků. V povaze pacientky je ovládacost, panovačnost, na bývalého ženicha i sebe má vztek, že situaci nezvládla.

Z psychosomatických onemocnění jsou co do četnosti nejrozšířenější kardiovaskulární choroby, představující nejčastější příčinu úmrtí v průmyslových zemích. Patří sem, jak již sám název napovídá, onemocnění srdce a cév – angina pectoris, infarkt myokardu, centrální mozkové příhody a řada dalších. Pro adekvátní přístup a léčbu takto nemocných je třeba znát, jakým způsobem psychicky a především emočně reagují na fakt onemocnění. Věnu-

jeme pozornost pacientům s infarktem myokardu, který znamená přímé ohrožení na životě.

13.2 Psychologická problematika nemocných s infarktem myokardu

Infarkt myokardu (dále IM) je stále aktuálním onemocněním. Vzniká náhle a mnohdy probíhá dramaticky. Výrazně častěji se vyskytuje u mužů, sledujeme se s ním stále více u pacientů nižších věkových kategorií – dokonce již ve čtvrtém deceniu. Nutno však upozornit, že v posledních letech u nás prevalence tohoto onemocnění klesá – snad díky zdravějšímu způsobu života obyvatelstva.

Klinicky se projevuje bolestmi v krajině sternu, laboratorně změnami na EKG, v séru nalézáme projevy zvýšené enzymatické aktivity. Častěji pozorujeme *dyspnoe*, neklid, při němž pacienti prožívají úzkost a strach ze smrti.

Podle německých statistických údajů (u nás lze počítat s obdobnou situací) umírá přibližně čtyřicet procent lidí do jedné hodiny po nástupu iniciálních symptomů, aniž by vůbec přišli do kontaktu s lékařem. Tato skutečnost je zarážející, protože populace je poměrně dobře informována o projevech IM a „špatnou“ interpretaci symptomů lze přičíst **masivnímu popření příznaků** s cílem snížení úzkosti a strachu ze smrti, které bývají první emocionální odezvou na pociťované obtíže. Po převezení pacienta do nemocnice na jednotku intenzivní koronární péče (podle německých statistik k tomu dojde dvě a půl až pět hodin po objevení prvních příznaků) bývají nemocní výrazněji **úzkostní** (bolesti, dušnost, strach ze smrti, tělesná slabost, vynucená pasivita). Díky intenzivní léčbě, včetně aplikaci anxiolytik, přítomnosti zdravotního personálu a přístrojového vybavení, se silná úzkost a obavy během prvního dne výrazně zmenší, až zmizí, a nastoupí psychické obranné mechanismy typu **popření**. V dalších několika dnech lze proto pozorovat až nepřiměřené a nebezpečné chování pacientů (chodí „tajně“ kouřit, žádají propuštění, erotizují vztah k sestrám, někdy jsou až lehce euforičtí apod.). Přibližně po třech až čtyřech dnech hospitalizace bývá popření postupně vystřídáno **obavami a depresivními rozladami** v souvislosti s budoucností – pacient přemýšlí o délce svého dalšího života, má starost o další pracovní uplatnění, sexuální potenci a intimní život, stává se pesimistickým. Zmíněné myšlenky a pocity jsou jednak reálnou odezvou na reálný stav a současně projevem **ohrožení sebepojetí pacienta**. U některých nemocných se v tomto období prvních několika dnů hospitalizace setkáváme s hněvnými reakcemi na skutečnost choroby („proč právě já“). Depresivní nálady jsou nejintenzivnější asi po třech až čtyřech dnech pobytu v nemocnici, poté postupně odeznívají a mnohdy se opět vrací a zesílí po dimisi v domácím prostředí.

Je téměř pravidlem, že nemocní s lékařem při rehabilitaci a udržovací léčbě hůře spolupracují. U větší části pacientů totiž nastoupí psychický obranný mechanismus popření, a proto nedodrží doporučená opatření týkající se životního stylu a nezbytných „zákazů“ toho, co je prokázáno jako rizikový faktor vzniku a recidivy onemocnění (např. kouření). Menší část pacientů reaguje spíše hypochondricky a úzkostně-depresivně. Tyto pacienty bývá problém přiměřeně aktivizovat. Považujeme za prokázané, že **vyrovnávání se s faktem onemocnění odpovídá premorbidní osobnosti a způsobu jejího zvládnání zátěže.**

Pacienti reagující popřením odpovídají zpravidla tzv. **typu A**, jenž představuje jeden z rizikových faktorů vzniku IM. Pro tyto lidi, jak jsme se již zmínili v souvislosti s alexithymií, je příznačná zvýšená citlivost, orientace na výkon, konkurenční postoje, netrpělivost, podrážděnost a častá tenze, latentní a vytěsňovaná agresivita a celkově hektický a hostilní životní styl. Neumějí odpočívat. Opakem je **typ B** (uvolněnost, klidnost, vyrovnanost), u něhož je výskyt IM podstatně méně pravděpodobný.

Zmíněná charakteristika je tak výrazná, že se s ní setkáváme i u samotných lékařů, kteří sami prodělali IM s tím, že se chovají jako nepoučení laici. Pokračují např. v hektickém životním stylu a záhy opět kouří jako dříve – až do další recidivy, případně smrti. Tato skutečnost podle našeho názoru souvisí s tím, že nenašli „svého lékaře“, který by pro ně samotné byl autoritou a pomohl jim vyrovnat se s tímto nebezpečným a přímo život ohrožujícím onemocněním. Akceptace nemoci znamená plně si uvědomit a zároveň prožít skutečnost „po pravdě“, což vede k jejímu přijetí a snížení úzkosti, ovšem za předpokladu, že se to odehrává v „chráněném prostředí“ daném vztahem lékař–pacient. Jestliže lékař zaujme k nemocnému psychologický postoj, je pravděpodobné, že vyrovnávání proběhne poměrně rychle. Negativní pocity a myšlenky pacienta nesoužují příliš dlouho a nedosahují extrémních hodnot.

Pokud jde o vztah mezi určitými osobnostními rysy, rizikovým chováním a vznikem konkrétní poruchy zdraví, jsme v jejich konstatování a zobecňování velmi opatrní. To se týká např. hledání souvislosti mezi určitou osobnostní charakteristikou, konkrétně tendencí vytěsňovat, neprojevoval negativní emoce a ve zvýšené míře se ovládat a rizikem vzniku nádorového onemocnění (tzv. rakovinná osobnost). Statistické výsledky původní předpoklady a hypotézy potvrzují jen částečně (pokud vůbec).

Domníváme se, že racionální jádro úvah o vzájemných souvislostech je správné, ovšem studie zahrnující větší vzorky pokusných osob a způsoby snímání empirických dat (rozhovor, dotazníky) se nám nezdají být metodicky adekvátní. Ke klinickým zkušenostem (a z nich plynoucím hypotézám) tak není vhodně přistupováno, což není případ nikterak vzácný. Podle našeho názoru jsou adekvátnější případové studie, v nichž zachycujeme detailně individuální charakteristiky jedinců (včetně jejich sebepojetí, psychických obranných mechanismů) včetně významů, jež skutečností přikládají. Lze tak dospět k individuálně různé váze určitých faktorů, které pak ve specifické stresové situaci mohou vyústit v poruchu zdraví. Obrazně lze říci, že nás zajímá „životní příběh“ člověka a způsoby, jimiž se vyrovnává se světem – a se sebou samým.

Pro pacienta, který prodělal IM, je tedy typická úzkost a strach ze smrti, popření, depresivní prožívání a opět popření. Druhou a méně častou alternativou je vznik hypochondrického, úzkostně-depresivního postoje. Předchozí stavy a procesy se střídají a jejich průběh závisí i na vnějších okolnostech (vliv přátel, příbuzných apod.).

Nemocný, masivně popírající svůj zdravotní stav, je svědkem úmrtí spolupacienta na pokoji. Propadne panice přecházející ve stav bezmocnosti a strachu z vlastní smrti.

Při přeložení nemocného z jednotky intenzivní péče na běžné nemocniční oddělení mnozí pacienti reagují subdepresivně a obavou, že zde není tak dobrá péče jako na jednotce intenzivní péče. Proto je nezbytné každého pacienta na přeložení připravit rozhovorem (nikoliv pouhým oznámením) a je vhodné, když ho zpočátku přijde navštívit ošetřující personál z jednotky intenzivní péče.

Psychický obranný mechanismus popření, jenž představuje pokus redukce úzkosti a strachu ze smrti, tedy způsob, jímž se nemocný vyrovnává s ohrožující náročnou životní situací, má stránku pozitivní i negativní. Výrazně negativní úlohu hraje v předhospitalizačním období, kdy de facto zapřičiňuje mnohá úmrtí, neboť nemocný a jeho okolí včas nevyhledají lékařskou pomoc a nemocný, pokud jeho příznaky nejsou silně subjektivně nepříjemné a omezující (bolest, dušnost apod.), může zcela neadekvátně reagovat a nevěnovat stavu patřičnou pozornost. V akutní fázi IM na koronární jednotce intenzivní péče ulehčuje nemocnému mechanismus popření snášet svůj stav. Poté se však stává život ohrožujícím, protože komplikuje zpracování nemoci, jež je chorobou recidivující a zamezuje racionálnímu přístupu k rehabilitaci a léčení. Komplikuje také psychologické působení ve smyslu změny postojů nemocného a jeho životního stylu, což obojí je vysoce žádoucí, neboť jde o celoživotní onemocnění.

Podmínkou **psychologického vedení** pacientů s IM je vytvoření opravdu dobrého **pracovního společenství**, jehož základem by mělo být dosažení pacientovy plné důvěry a současně to, že se pro něho staneme autoritou („bere nás“, představujeme pro něho bezpečí a jistotu).

V **akutní fázi** IM, pokud s nemocným lze komunikovat, s ním **hovoříme a objasňujeme jeho stav a pocity**, které jsou přechodného rázu a vlastně „normální“. Umožňujeme postiženému, aby popřípadě ventiloval své negativní prožitky. Při kvalitativní poruše vědomí a případných stavech zmatenosti situaci vysvětlíme spolupacientům a při návratu pacienta k vědomí mu pomůžeme získat orientaci (vlídně, klidně a jednoduchými větami sdělíme, kde je, co se stalo a uklidníme jej, že už je vše v pořádku).

Po odeznění akutní fáze vedeme nemocného způsobem obvyklým při psychologické péči o psychosomaticky nemocné (viz následující text). Specifikem u nemocných s IM bývá jejich osobnost a životní styl, odpovídající často již

zmíněnému typu A. V tomto smyslu je vedeme k pochopení momentů, které by mohly být ohrožující pro jejich další život, a ke změně hektických a konkurenčních návyků zaměřených na výkon, což se neobejde bez změny pacientových postojů a hodnotové orientace. Jako velmi výhodné, ba někdy nezbytné, se ukazuje pracovat i s nejbližšími rodinnými příslušníky, kdy **pacientem se stává celá rodina.**

Také v případě pacientů s prodělaným IM je žádoucí jejich začlenění do svépomocných patientských skupin, kde mají možnost rozvíjet a upevňovat „zdraví sloužící návyky“.

Psychosomaticky nemocných stále přibývá, proto se na dalších stránkách seznámíme s elementárními zásadami jejich psychologického vedení.

13.3 Psychologické vedení psychosomaticky nemocných v ambulantní praxi

Psychologické vedení psychosomaticky nemocných je samozřejmou součástí léčby. Opět zdůrazňujeme, že se netýká jen osob řazených do této tradiční evropské kategorie, nýbrž je nutné u jakéhokoliv nemocného, pokud je při vědomí. Konkrétní podoba vedení záleží na typu onemocnění, neboť různé choroby mají z psychologického hlediska svá specifika vázaná i na fázi onemocnění. Na druhé straně ovlivňuje náš postup také osobnost nemocného (včetně jeho věku) a úroveň jeho sociálního zázemí.

Psychologické vedení psychosomaticky nemocných v nejobecnější podobě předpokládá, že

- a) Pacient je veden **jedním lékařem**, jemuž nemocný a jeho rodina plně důvěřují. Tento vztah je základem spolupráce a vytvoření nosného pracovního společenství.
- b) Lékař je **důkladně obeznámen** s tělesným stavem pacienta ve vývoji, stejně jako s jeho psychickým stavem a osobnostním vývojem. Lékař **průběžně** kontroluje somatický stav nemocného.

Při psychologickém vedení psychosomaticky nemocných v rámci základní (nikoli specializované, např. psychotherapeutické) péče je třeba mít na zřeteli časovou souvislost mezi psychosociálními faktory, osobností a vznikem onemocnění. Fyziologické regulační mechanismy jsou do značné míry autonomní a k jejich narušení a dysfunkci bývá zapotřebí delšího časového období (řádově jde o měsíce až roky). Krátkodobá zátěž, akutní stres apod. se spíše uplatňují jako spouštěcí moment.

Psychologické vedení má psychotherapeutické prvky a uskutečňuje se zpravidla během opakovaných rozhovorů, při kterých lze postupovat rámcově takto:

Nejdříve je třeba u pacientů **vzbudit motivaci** k léčbě psychologickými prostředky, neboť je pravidlem nízká motivace pro psychotherapii; neradi při-

pouštějí možnou souvislost zdravotního stavu se svou povahou, postoji, životním stylem, manželským životem apod.; při jejich přesvědčování lze postupovat z pozice odborné autority.

Je vhodné zahrnout do léčby, nebo být alespoň v občasném kontaktu s osobou pro pacienta nejvýznamnější (nejčastěji partner); mnohdy i jeden pohovor nám umožní psychologický vhled do situace a orientuje další postup.

Na začátku vedení zaměříme pozornost na **prožívání** pacienta: Učíme ho se pocitům věnovat, uvědomovat si je, nechat je „promlouvat“. Psychosomaticky nemocní mívají silnou tendenci od prožívání „utíkat“ a vše převádět na racionální rovinu, nebo nás tlačí do role expertů, dotazují se atd.

V **rozhovorech** necháváme nejdříve volbu tématu na pacientovi a hovoříme s ním o čemkoliv, co považuje za osobně významné. Navážeme-li s ním dobrý kontakt, stává se sdílnějším, a tak jej získáme pro spolupráci. V rozhovorech dále tematizujeme vše, co je v povaze, projevu, životním stylu a situaci pacienta **nápadné, rozporné**.

Rozhovor vedeme tak, že se snažíme do pacienta **vcítit** a sdělujeme mu, jak ho chápeme. **Společně přemýšlíme** o řečeném s tím, jaký to má pro něho význam, jak to působí na jeho nejbližší apod.

Kromě psychoterapeutických rozhovorů je velmi žádoucí umožnit nemocným osvojení si **relaxačních technik** – v našich poměrech připadá v úvahu autogenní trénink a vybrané části jógy – obojí lze cvičit skupinově.

Nutnou součástí léčby je vedení psychosomaticky nemocných ke zdravé **životosprávě** a k dodržování základních **psychohygienických zásad** (odpočinek, pohyb, spánek, strava atd.). Pokud jde o psychoterapeutické vedení v podmínkách ambulantní praxe, nebudme maximalisté. Umožníme-li nemocným lépe si porozumět, pochopit problematická místa vlastního života a naučíme-li je „naslouchat“ svému prožívání a relaxovat spolu s ozdravením životního stylu, udělali jsme pro ně opravdu dost. Důležité je rozlišení psychoterapeutického rozhovoru na téma osobně pro pacienta významné (např. nespokojenost v zaměstnání, vztahy v rodině) od dodávání informací (např. ohledně životosprávy).

Využívání psychoterapeutických poznatků a postupů v psychologické péči o nemocné je důležité zvláště u tradičních „psychosomatiků“. Léčba tohoto typu pacientů vedla k velkému rozvoji psychosomatického myšlení na našem kontinentu a v Německu vyústila v nový základní medicínský obor – v **psychoterapeutickou medicínu**.

Závěrem kapitoly se seznámíme se zvláštní organizační formou zdravotnické péče, jež se ukázala být velmi vhodnou při léčbě a rehabilitaci psychosomaticky nemocných. Jedná se o léčebné společenství řízené komunitním systémem.

13.4 Léčebné společenství

Léčebné společenství představuje organizační jednotku, v jejímž rámci je plně respektován bioekopsychosociální přístup. Kromě medicínských prostředků v užším slova smyslu (farmakoterapie či fyzikální terapie) je velký prostor vyhrazen **psychoterapii a socioterapii** (léčba prostředím a sociálními aktivitami, jako je společná práce, kulturní programy apod.).

Léčba zpravidla probíhá při plné hospitalizaci nemocného nebo v denním stacionáři. Pacienti a personál tvoří společenství, ve kterém se vzájemně ovlivňují a vytvářejí terapeutický a „pobyťový“ program pro všechny nemocné.

Komunitní systém představuje způsob řízení oddělení, nemocnice apod., kde se tradiční hierarchie výrazně uvolňuje, ba ruší. Jsou dána rámcová a racionální pravidla závazná pro všechny, tedy i to, že vlastní léčba je v kompetenci zdravotníků, kteří ji doporučují, zdůvodňují, ale nevnučují, ani nenarizují. Konkrétní chod léčebného společenství vypadá tak, že si pacienti zvolí ze svého středu spolusprávu, jež je hájí a zastupuje. Zprostředkovává komunikaci oběma směry – mezi pacienty a personálem, a naopak, což se děje na pravidelných poradách spolusprávy s vedením oddělení, kliniky apod. Ntřeba zdůrazňovat, jak je tento způsob řízení a práce pro personál náročný, neboť neumožňuje tradiční rozhodování z pozice moci a zároveň znamená přímou a stálou kontrolu jeho počínání. Vše musí být opravdu zdůvodněno a nakonec se prosadí racionální řešení optimální pro většinu. Pacienti, ale i zdravotníci, jsou tímto systémem vedeni k faktické (nikoli formální) spoluodpovědnosti za léčbu a společný život. Psychoterapeutický vliv léčebného společenství spočívá hlavně v tom, že události a vztahy jsou probírány na společných setkáních komunity nebo v rámci skupinové práce se snahou jim porozumět.

Mluví se o tom, proč vznikly problémy (např. určitý konflikt mezi pacienty nebo mezi pacientem a lékařem), co komu poskytují a jakými psychologickými mechanismy se udržují. Předpokladem je zásadní dobrá atmosféra, jež umožňuje upřímnost a vede k prožitkům blízkosti a vzájemnosti a k postupné změně v nastavení člověka vzhledem k druhým a sobě, což je velmi důležité zejména u psychosomaticky nemocných.

Léčba je komplexní. V její psychoterapeutické části převažují skupinové aktivity, v nichž probíhá psychoterapeutická práce v užším slova smyslu, včetně nácviku vhodného interpersonálního jednání. Podle osobní a zdravotní problematiky nemocných se užívají různé speciální metody, ať již ve skupinové (relaxace), či v individuální formě (hypnóza). Léčebné společenství je malým modelem společnosti ve smyslu *pars pro toto*. Proto musí být modelem ade-

kvátním a umožňovat v co nejširší míře sociální učení a přeučování, stejně jako pravdivější porozumění nejen sobě, ale i druhým, a zároveň širším souvislostem.

Závěrem lze vyjádřit lítost nad tím, že tento účinný způsob a organizace léčby se u nás v praxi stále ještě málo uplatňuje.

SOUHRN

Psychosociální vlivy mohou stát na začátku řetězce kauzálních souvislostí, přecházejících ve vztahy cirkulární kauzality, jejichž výsledkem jsou psychosomatické poruchy a onemocnění. U mnoha psychosomatických pacientů se setkáváme s primární nebo sekundární alexithymií („emoční analfabetismus“). Jedním z rizikových faktorů infarktu myokardu je tzv. A typ osobnosti (hektický styl života, hostilita, alexithymie, soutěživost). Z psychických mechanismů a reakcí na IM je typická úzkost a strach ze smrti, popření, subdepresivní rozlady. Vyrovnávání se s faktem onemocnění odpovídá premorbidní osobnosti a způsobu zvládání zátěže. Psychologické vedení pacientů v akutní fázi IM spočívá v rozhovoru s nemocným, kdy mu jsme k dispozici a objasňujeme jeho stav a pocity. V případě návratu vědomí po jeho předchozí ztrátě pomůžeme postiženému v orientaci v místě a situaci. Po odeznění akutní fáze vyžadují pacienti a jejich rodiny dlouhodobé vedení s cílem změny jejich nežádoucích postojů a životního stylu. Vhodný je nácvik relaxace. Psychologické vedení psychosomaticky nemocných je součástí komplexní léčby a provádí je ošetřující lékař. Průběžná kontrola somatického stavu nemocných je nezbytná. Vedení spočívá v opakovaných rozhovorech zaměřených na prožívání nemocných. Po získání důvěry tematizujeme vnitřní a vnější rozpory pacientů. Nezapomínáme ani na zdravou životosprávu nemocných a na dodržování základních psychohygienických zásad. Léčebné společenství vedené komunitním systémem představuje vhodný způsob léčebně-rehabilitační péče o psychosomaticky nemocné. Znamená bioekopsychosociální přístup v praxi. Využívá se při něm v plné míře psychoterapeutického a socioterapeutického působení.

Bolest a její mírnění psychologickými prostředky

V následující kapitole nejdříve bolest vymežíme a seznámíme se s jejími hlavními charakteristikami z psychologického hlediska. Celou problematiku si přiblížíme stručnou zmínkou o tenzních bolestech hlavy a o migréně. Podrobněji si povšimneme tolerance k bolesti a mírnění akutních a chronických bolestí psychologickým a psychoterapeutickým působením. Svým rozšířením a díky negativnímu emočnímu doprovodu je bolest jevem všeobecně známým. Každý ji zná z vlastní zkušenosti a pravděpodobně patří mezi vůbec první zážitky lidské bytosti (bolest při příchodu na svět). Člověk se v bolestech (matčiných i vlastních) rodí a nejednou i umírá.

Bolest je častým důvodem návštěvy lékaře. Z německých statistik se dovídáme, že dvanáct procent pacientů vyhledá všeobecného ambulantního lékaře z důvodu nějaké bolesti. Nejčastěji se jedná o bolesti hlavy, zánětlivá onemocnění a bolesti související s degenerativními procesy kloubů a páteře. Pro lékaře je ve své kvalitě, intenzitě a lokalizaci bolest cenným příznakem. Například svíravou a řezavou bolest popisují pacienti s infarktem myokardu, tupá bolest bývá prožívána při traumatech, bodavá či puízující při zánětech.

V jazyce není na nejobecnější úrovni rozlišováno, zda se jedná o bolest fyzickou, nebo psychickou. Může být „zlá“, či se „dá vydržet“, člověka „zkruší“ atd. Teprve dalším upřesněním nebo z kontextu pochopíme, zda se jedná o bolest hlavy, břicha, o zoufalství či smutek. Jazyk tak poukazuje na jednotu duševního a tělesného, tedy i na možnost jejího vzniku, udržování, ale i terapeutického ovlivňování bolesti psychologickou nebo somatoterapeutickou cestou. Bolest slouží jako dobrý příklad psychosomatické propojenosti a jednoty dějů v lidském organismu.

14.1 Vymezení a hlavní charakteristiky bolesti

Bolest, podobně jako úzkost a strach, je **varovným signálem a má ochrannou funkci**. Upozorňuje, že došlo k poškození organismu nebo že poškození může záhy nastat. Jedince svým nepříjemným emočním doprovodem nutí k jejímu odstranění – tedy i k odstranění příčiny bolesti. O úzkosti a strachu víme, že nemusí být vždy situaci přiměřené a funkční – potom se stávají samy problémem a důvodem terapeutické intervence. Stejně je tomu i s bolestí, kdy také ona v některých případech přestává být signálem poškození, tedy příznakem, a stává se sama nemocí, vyžadující léčeni. Jistě netřeba zvlášť zdůrazňovat, že **mírnění a odstraňování bolesti je samozřejmou součástí každé terapie nebo lékařských zákroků**.

Bolest je nepříjemným smyslovým a emočním zážitkem spojeným obvykle s aktuálním či potenciálním poškozením tkání, které souvisí s poruchou fyziologické povahy (např. onemocnění–zánět) nebo vnějším násilím (např. úraz–zhmoždění).

Jedná se o **komplexní zážitek**, jehož kvalita a intenzita jsou dány také jedinečnou a předchozí zkušeností individua s bolestí, významem, jaký je situaci bolesti přikládán, a způsobem, jakým se člověk naučil s bolestí vyrovnávat. Tyto okolnosti zdůvodňují značnou rozmanitost ve vnímání, prožívání, hodnocení a reagování na bolest. Bolest je tak především **subjektivní zkušeností a stavem**.

Zdá se, že existuje i fyziologicky daný individuální práh ve vnímání a diferencování bolesti. Bývá uváděno, že asi patnáct procent populace má sníženou citlivost k bolesti, tedy zvýšený práh bolesti. V těchto případech i slabé zvýšení intenzity bolesti je třeba brát vážně. V praxi se setkáváme s případy, kdy např. dojde u pacienta k perforaci dvanácterníku, aniž by pociťoval výraznější bolest. Úplná necitlivost k bolesti je však velmi vzácná. Častější je spíše zvýšená citlivost, hlavně však reagování na bolest, které souvisí zpravidla se strachem a snahou na sebe upozornit.

V češtině máme k dispozici více než padesát výrazů, jimiž lze poměrně snadno a přesně určit kvalitu, intenzitu a prožitek bolesti. Bolest může být např. tupá, ostrá, bodavá, pronikavá, palčivá, řezavá, pulzující, ale i neurčitá, ohraničená, vystřelující, mučivá, zanedbatelná nebo útrobní, vnitřní, povrchová atd.

U bolesti lze rozlišovat tři vzájemně propojené stránky:

- a) **Smyslovou** (senzorickou): Tato stránka souvisí především s lokalizací bolesti a posouzením intenzity a kvality samotným pacientem (např. bolest palčivá a na povrchu).

- b) **Emoční** – emoční doprovod: Je-li člověk při vědomí, je prožívání neustále přítomno. V souvislosti s bolestí se jedná o různé stupně nelibosti (ačkoliv malá bolest může být prožívána „příjemně“, stejně tak velká bolest u masochisty). Emoční stránka se týká hlavně motivace a tendencí bolest zmírnit a odstranit.
- c) **Hodnotící**: Zde se nejvíce uplatňuje myšlení; jedinec např. srovnává současnou bolest se svými dřívějšími zkušenostmi, vytváří si očekávání o dalším vývoji bolesti – a na základě toho pak jedná.

Z hlediska odezvy (kde se projevuje), lze bolest pozorovat v rovině:

- a) **Subjektivní** (psychické): Tato rovina je vázána zvláště na prožívání a projevuje se hlasově a řečově (stížnosti, sténání apod.).
- b) **Vnějškově pozorovatelného projevu** (chování): Například reflexní stažení ruky, změna výrazu obličeje, úlevná poloha těla.
- c) **Fyziologické a biochemické**: Například větší produkce serotoninu.

Při zjišťování kvality a intenzity bolesti se řídíme tím, co nám pacient říká, jak bezprostředně reaguje a jedná. Při výzkumu (např. účinku analgetik) lze provádět měření fyziologických a biochemických ukazatelů bolesti, většinou však necháme pacienty posuzovat pocíťovanou bolest na jednoduchých škálách.

Například nemocný má posoudit svůj aktuální stav tím, že podtrhne výraz, jenž nejvíce odpovídá tomu, jak se právě cítí:

1. bolest se nevyskytuje;
 2. bolest je lehká (zanedbatelná);
 3. bolest je středně silná;
 4. bolest je silná;
 5. bolest je velmi silná;
 6. bolest je neúnosná (nedá se vydržet).
-

Pro mírnění a terapii bolesti psychologickou cestou je důležité její dělení na akutní a chronickou. Akutní trvá řádově dny a týdny, pro chronickou je kritériem délka přesahující šest měsíců. Obecně platí, že intenzita bolesti v jejím průběhu kolísá a je značně závislá na subjektivních činitelích, a proto je přístupná psychologickému působení.

V praxi rozeznáváme čtyři základní typy bolesti:

- a) **Akutní bolest** zpravidla vzniká na základě poškození pletiva mechanicky, nebo nemocí. Při její silnější intenzitě představuje velkou zátěž, na kterou jedinec reaguje výraznými fyziologickými změnami odpovídajícími první fázi stresu, kdy člověk „bojuje“ nebo „utíká“. Prudce se zvýší krevní tlak, dýchání se prohloubí, může nastat „zatažení“ dechu, roste svalové napětí apod. Jedinec postižený silnou akutní bolestí se snaží odstranit její zdroj, k okolí se může chovat agresivně – případně i k sobě, aby nesnesitelné bolesti unikl (např. sebevražedné jednání při prudkých bolestech hlavy).

b) Chronická bolest je příznačná tím, že její příčina není známa. V tom případě je sama o sobě onemocněním. Jindy je její příčina neodstranitelná (např. u degenerativního onemocnění). Diagnostikujeme ji tehdy, trvá-li déle než půl roku. Nebývá zde výrazná fyziologická reakce a reagování pacienta odpovídá, řečeno podle teorie stresu, *fázi vyčerpání*. Postižený chronickou bolestí prožívá bezmocnost, mnohdy nastoupí deprese, pravidelně se vyskytují poruchy spánku, snižuje se chuť k sexuálnímu styku, pacient mění své chování a omezuje sociální kontakty, uzavírá se do sebe a žije bolestí. S chronickou bolestí se u svých pacientů setká nejčastěji onkolog, neurolog, ortoped, revmatolog, gynekolog a internista. Chronická bolest se vyskytuje i u dětí, kde bývá výrazně psychogenně podmíněna (např. rodiče se rozvádějí, nebo je-li dítě přetěžováno ctižádostivými rodiči).

Celou oblast bolesti si dále ilustrujeme na příkladu bolestí hlavy.

Bolesti hlavy jsou příkladem bolesti, jež velmi často přivádějí pacienta k lékaři a současně jsou akutní i chronické povahy. Jejich etiologie je značně různorodá. V této skupině nalezneme bolesti, jejichž etiologie je jasná a organicky podmíněná (např. tumor, encephalitidy, meningeální dráždění), bolesti s kombinovanou etiologií až po potíže psychogenně podmíněné.

Z bolestí hlavy je nejméně 50 % **tenzního** (např. *myogenního*) původu. Nastávají, je-li svalstvo hlavy a týlu přetíženo, nemůže regenerovat, případně se jedná o svalovou dysfunkci, při níž snadno dochází ke svalovému napětí s následnou nedostatečnou relaxací.

Tenzní bolesti hlavy jsou různé intenzity i různé délky trvání (hodiny až dny), pacienti je tlumí analgetiky a snadno dochází k vytvoření lékové závislosti. Tenzní bolesti hlavy jsou častější u lidí, kteří potlačují a neprojevují pocity (zvláště agresivního rázu), nedokáží se mezi druhými prosadit tak, jak by chtěli (to se týká zvláště mužů) a postrádají dostatečnou zpětnou vazbu vedoucí ke správnému vnímání tenze. Někteří pacienti při opakovaných bolestech reagují hypochondricky a nejčastěji se obávají tumoru.

Tenzní bolesti hlavy bývají zpravidla výslednicí toho, že člověk, který má sklon své pocity neprojevovat a potlačovat, se dostane do přetrvávající náročné životní situace (konfliktu, frustrace, stresu), která vyvolává úzkost a únavu. Přitom nastává psychická a svalová tenze, jež ústí v bolest hlavy. Terapie spočívá v nácviku relaxace (uvolňování svalstva, psychická relaxace) a v identifikaci zátěžových situací, jimž se nemocný učí čelit a zvládat je tak, aby nedocházelo k tenzi. **Migréna** je velmi intenzivní a záchvatovitá bolest hlavy trvající mnoho hodin. Vyskytuje se nejméně u dvou procent populace. Bývá provázána zvracením, lidé jsou v době záchvatu zvýšeně citliví na světlo (*fotofobie*). Bolest hlavy je pásovitá, lokální, někdy difúzní. Při delším užívání léků se mění charakter bolesti ve směru dlouhodobé, tupé a obtížně lokalizovatelné bolesti. Migréna má **vaskulární** etiologii. Podněty, které spustí celý psychofyziologický mechanismus, jsou individuální a pocházejí z oblasti psychologické i „hmatatelné“ (např. určitá složka potravy nebo humorální změny na začátku menstruace u dívek). Samotný záchvat někdy předchází aura, a to nejčastěji vizuální (pacient „vidí před očima“ okruhy, skvrny, blesky) či emocionální (podrážděnost). Tato aura bývá vystřídaná bolestí hlavy. Na začátku záchvatu se mohou vyskytovat i neurologické výpadkové jevy (*homonymní hemianopsie*), *dysfázie*, *parestézie* apod., jež jsou vlastně také aurou a signalizují nástup ataky.

Migréna bývá dědičnou záležitostí. Vyskytuje se již v dětském věku (což však není podmínkou), s přibývajícím věkem se objevuje častěji u žen – s klimakteriem mnohdy končí, ve věku nad 40 let se vyskytuje málo. Subjektivně je značně nepříjemná, nemocní mluví o „krutých bolestech hlavy“. Nebyly zjištěny žádné typické osobnostní charakteristiky, jež by představovaly rizikový faktor. Terapie se praktikuje farmakologickou i psychotherapeutickou cestou. Je žádoucí naučit pacienty autoregulaci cév prostřednictvím relaxačních cvičení. Nemocný musí zjistit, co u něho způsobuje záchvat, a těmto podnětům se vyhýbá. Významná je proto i úprava životosprávy.

- c) **Bolest rekurentní:** Bolest je epizodická, záchvatovitá a svým průběhem pro postiženého nevypočitatelná. Zvláště nepříjemná je bolest útrobní. Špatně ji snášíme zejména proto, že je spojena s jejím očekáváním, tedy i se strachem, jenž ji pak pochopitelně zvýrazní.
- d) **Bolest procedurální** vzniká jako bezprostřední následek určitých výkonů, jako jsou endoskopická vyšetření, lumbální punkce apod.

14.2 Tolerance k bolesti

Snášení bolesti je zcela **individuální záležitostí**. Tato rozdílnost, někdy až nevypočitatelnost, se týká i tolerance k bolesti u jednotlivce během jeho různých životních období a vzhledem k různým typům bolesti. Nejdůležitější je, jaký **význam** jí přikládá a jak ji **hodnotí**. Například na bolest „známou“ se člověk lépe adaptuje než na bolest „neznámou“, jež vzbuzuje větší obavy. Bolest zpravidla nejlépe snášejí lidé emočně stabilní a ve vývojovém období střední dospělosti (třicet až padesát let). Domníváme se, že ve snášení bolesti není rozdíl mezi ženami a muži, i když se očekává, že muži více „vydrží“, což je otázka kulturní. Uvádí se, že ovšem ženy mají z fyzické bolesti větší strach než muži. Zkušenost ukazuje, že po ránu většina lidí bolest lépe snáší. Zdůvodňuje se to tím, že prý v mozku bývá více endorfinů tlumících bolest a působících příznivě na náladu. Domníváme se však, že psychologické momenty v toleranci bolesti hrají významnější roli než nějaké obecnější charakteristiky.

U pacientů s akutní bolestí (např. u popálenin) pozorujeme, že není jednoznačná a přímá souvislost mezi rozsahem poškození, prožitkem bolesti a reakcí. Tato skutečnost byla soustavně sledována a došlo se k závěru, že tolerance k bolesti záleží především na **očekávání velikosti nastávající bolesti** na základě předchozí individuální zkušenosti s bolestí a na tom, jak se člověk sám posuzuje co do schopnosti **vlastního zvládnutí** bolesti. Je tedy důležité, jak postižený sebe a celou situaci a její vývoj do budoucna vnímá a hodnotí. Je zde úzký vztah k **sebepojetí** (zvláště k sebeúctě) a k „dělání dojmu“ na okolí, což souvisí s důstojností člověka. Centrální roli v prožívání a toleranci bolesti hraje **úzkost a strach**, jež jsou s vnímáním a prožitkem bolesti ve vztahu přímé úměrnosti. Fyzické i psychické utrpení překonáme snáze, má-li smysl a je-li přítomna reálná **naděje** ve změnu

k lepšímu. To platí pro bolest akutní, procedurální i chronickou. Jako příklad si uvedme tzv. bolest úlevnou, kterou lidé zpravidla velmi dobře snášejí, neboť ji chápou jako „nutné zlo“, po kterém bude „dobře“.

Úzkost, strach a tenze bolest zhoršují. Tato emoční ladění pacienta jsou také výsledkem jeho bezprostředního **vztahu k ošetřujícímu lékaři**. Lékař, který je pacientem vnímán a hodnocen v tradici klasického imaga lékaře (rychle a nezištně pomůže, je mocný), uklidňuje, zbavuje úzkosti a zvyšuje toleranci k bolesti už svou pouhou přítomností. Jedná se o vliv sugesce. Vyvstává nám zde problém **vztahu člověka postiženého bolestí k okolí**, neboť naše city jsou také – a někdy především – určeny přítomným lidem. Obrazně řečeno – city máme i pro druhé. Proto v určitých sociálních situacích dáváme najevo pocit bolesti více, a v jiných ji potlačujeme. (Například pacient si nechce „zadat“ před přítomnou sestrou.) Chování a projev bolesti jsou závislé i na jejich hodnocení pacientem co do **správnosti či nesprávnosti určitého jednání** v dané situaci. Upozorňujeme na pacienty (spíše muže), kteří se snaží vydržet intenzivní akutní bolest a lékaře nesprávně informují („nic to není“, „to se dá vydržet“) a nakonec, je-li bolest již nesnesitelná, neočekávaně zareagují.

Také smutek, nuda, zlost, stejně jako nedostatek spánku, hlad, dehydratace a únava nepříznivě modulují prožitek a vědomí bolesti, tedy to, jak ji jedinec vnímá a hodnotí. Příznivě naopak působí dobrá nálada, uvolnění, klid a teplo, nasycenost a vyprázdněnost. To se týká samozřejmě osob jakéhokoliv stáří.

Významnou roli u pacientů, kteří trpí chronickou bolestí, hrají **vzájemné vztahy v rodině**. Zde byla shledána souvislost mezi tendencí rodiny po nadměrné péči o pacienta, jež má za následek jeho prohlubující se pasivitu, udržování a zhoršování symptomů. Bolest vede k inaktivitě, která, je-li dlouhodobá – pacient převážně leží na lůžku –, způsobuje postupnou svalovou atrofii a zhoršování bolesti.

Jsou popsány případy tzv. „bolestivých her“, kdy postižený chronickou bolestí je v roli „domácího tyрана“ vyhýbajícího se nepříjemným povinnostem. U ostatních členů rodiny vzbuzuje pocity viny a v širším sociálním prostředí zase sympatie. Vlastně se jedná o účelové chování. Je pravděpodobné, že určitá struktura a interakce rodiny se významně podílí na udržování chronické bolesti.

V odborné literatuře je diskutována otázka souvislosti mezi tendencí reagovat bolestí a určitým typem osobnosti. Dokonce je používán termín „bolestivý pacient“ (*pain-prone-patient*). Je zkoumán prožitek bolesti a jejího projevu v souvislosti s osobním vývojem, osobnostní dynamikou a strukturou. Otázka souvislosti typu osobnosti člověka s tendencí reagovat bolestí je zatím zodpovězena negativně. Přímá souvislost mezi osobním vývojem, osobností a bolestmi nebyla shledána.

Nutno však podotknout, že to, co neplatí jako obecný sklon, se může vyskytovat v individuálním případě nebo jen v úzkém okruhu případů. Nepochybu-

jeme o tom, že základní postoje a způsoby reagování a zvládání zátěže si lidský jedinec osvojuje nápodobou a *interiorizací* (zvnitřněním) od osob, jež na něho měly v dětství největší výchovný vliv. To neznámá, že tento vliv je fatální, ale je třeba s ním počítat. Soudíme, že **v dětství si jedinec vytváří své základní postoje k bolesti a způsob, jak na ni reagovat a jak ji překonává, tedy i míru tolerance k bolesti.** V tom jsou značné **individuální**, ale i **etnické a kulturní rozdíly** – jak mohou např. velmi dobře dosvědčit porodníci, kteří mají pacientky různého etnického původu. V Evropě jinak platí „osa sever–jih“, kdy obyvatelé severní části Evropy bolest projevují méně (ovládají se), na rozdíl od národů jižní Evropy, kteří ji projevují více (jsou „citlivější“).

14.3. Mírnění bolesti psychologickou cestou

Terapie psychologickými prostředky, tedy prostřednictvím komunikace, se nazývá **psychoterapií**. V našem případě se jedná o přímé ovlivňování bolesti co do četnosti jejího výskytu a intenzity pomocí vztahu mezi pacientem a lékařem, a řady psychoterapeutických postupů a technik.

Nutno však zdůraznit, že jakékoliv terapii musí předcházet **zevrubná diagnostika**, na jejímž základě zvolíme vhodný postup. Diagnostika bolesti je vlastně „anamnézou bolesti“, kdy se nejdříve zajímáme o to, zda je bolest symptomem doprovázejícím určité onemocnění či poškození, nebo zda je vlastní nemocí, jak tomu bývá u chronických bolestí neznámé etiologie. Zajímáme se o přesnou lokalizaci, kvalitu a intenzitu bolesti, i pokud jde o časové údaje (kdy byla poprvé pozorována, co předcházelo, zda se mění apod.). Důležité je přesně zjistit, co ji vyvolalo a mechanismy, které ji udržují, zmírňují a zhoršují.

V praxi je bolest nejčastěji léčena prostředky farmakologickými, fyzioterapeutickými a chirurgickými. Farmaka jsou upřednostňována, neboť působí rychle a pacienta minimálně přímo zatěžují. Na druhé straně tyto prostředky mívají při dlouhodobé aplikaci značné nežádoucí vedlejší účinky (sekundární bolesti hlavy, poškození jater, trávicího systému apod.). Znamenají vždy reálné nebezpečí vytvoření lékové závislosti. Zdůrazňujeme, že i při terapii bolesti farmakologickou, fyzioterapeutickou nebo chirurgickou cestou je žádoucí, aby lékař za všech okolností dodržoval zásady **psychologického přístupu** k pacientovi, a tak vytvořil atmosféru důvěry a dobrého pracovního společenství, které nemocného zbavuje strachu a zlepšuje jeho spolupráci. Psychologický přístup činí léčbu účinnější, neboť pacient dodržuje lékařovy pokyny, je upřímný, lépe snáší případné vedlejší a subjektivně nepříjemné účinky léčby. Psychologickým přístupem se pravděpodobně umocňuje působení nespecifických lékových vlivů (tzv. placebo efekt). Např. při terapii bolesti morfinem se uvádí, že působí z padesáti procent jako placebo. Je-li

lékař pro pacienta autoritou, léčba působí více sugestivně a lze očekávat i vyšší placebo efekt, čehož důsledkem je možnost nižšího dávkování léku.

Ovlivňování akutní bolesti psychologickými prostředky

O problematice mírnění akutní bolesti jsme se již zmiňovali v souvislosti s přípravou pacienta na náročnější diagnostické vyšetření a chirurgické zákroky. V dalším textu si znalosti rozšíříme a prohloubíme.

Akutní bolest vzniká zpravidla jako přímý následek mechanického poškození pletiv či jako bezprostřední následek a doprovod onemocnění (např. záněty). Bolest je symptomem a léčíme ji především kauzálně, tedy odstraněním příčiny, což není v možnostech psychologie. Její **intenzitu** lze však snižovat psychologickou cestou. Pacient je silnou bolestí zaskočen, má strach, že bude dále trpět a že bolest „nevydrží“. Za svůj projev se může stydět, bolest potlačuje, snaží se ovládat. S tím se setkáváme u pacientů při úrazech, náhlých příhodách břišních či v ordinaci zubní pohotovosti a v chirurgických ambulancích. Projevovaná akutní bolest, pokud se nejedná o bolest extrémně silnou, má i sociální funkci a je „voláním o pomoc“. Také proto samotná přítomnost lékaře bolest subjektivně mírní, neboť pomoc je nablízku. Akutní bolest se zmenší, může-li se pacient **volně projevovat** a podaří-li se dosáhnout **svalového uvolnění**. Bolest způsobuje svalové napětí, to opět potěňuje bolest, která sílí. A naopak: svalová relaxace intenzitu bolesti zmenší. Svalové relaxace lze mnohdy docílit vybitím pacienta, aby zhluboka dýchal, uklidnil se a uvolnil. Bolest také zmírníme odvedením **pozornosti** (např. dotazy na různé údaje). Je nesmírně důležité a uklidňující, dáme-li postiženému najevo, že víme, jak mu je a jak trpí. Čili jsme **empatičtí**. Agravování bolesti vede k jejímu subjektivnímu zesílení a nemocný takto jedná u „nevšimavého“ lékaře, neboť se obává nešetrného zacházení nebo že mu nebude věnována dostatečná pozornost – a pomoc. Pacient musí být ubezpečován v tom, že se o něm „ví“. Je také namístě nemocnému sdělit, že bolest, jakkoliv nepříjemná, jednou skončí, poukážeme tedy na její **přechodnost**. S člověkem trpícím akutní bolestí je žádoucí být v komunikačním kontaktu nejen slovně, ale i dotykově (např. pohlazením, vzít ho za ruku), což je způsob navázání a udržení **psychické vazby**, která přináší uklidnění a kterou většina trpících vítá, protože čím větší bolest a bezmocnost, tím větší úzkostné obavy a potřeba po kontaktu s „mocným“ a bolest odstraňujícím lékařem. Nutno mít na paměti, že trpící nemocný je zvýšeně **sugestibilní**, „poslušný“, a pokud nejde o extrémně silnou bolest, pozorně sleduje vše, co lékař říká a dělá (nebezpečí iatrogenizace).

Relativně snadnější jsou situace, kdy pacienta lze na akutní bolest **připravit předem** (např. před chirurgickým zákrokem, převazem). Platí zde zásady uvedené výše – příprava navíc spočívá v tom, že s nemocným průběh zákroku zhruba probereme – nezacházíme do detailů, jež by jej mohly zne-

klidnit, a závěrem pacienta vybídneme k otázkám, které zodpovíme. Domluvíme případná znamení, bude-li bolest silná. Člověk totiž snáší bolest lépe tehdy, má-li její intenzitu pod **vlastní kontrolou** a může-li ji **sám regulovat**. Obecně platí, že jakoukoliv subjektivní zátěž činí snesitelnější její předvídatelnost a možnost vlastní kontroly situace. Během provádění vlastního zákroku jsme s pacientem průběžně v kontaktu, dáváme najevo, že víme, jak se subjektivně cítí, odvádíme pozornost od jeho těla a vždy jej předem upozorníme na nástup či zesílení bolesti. Nemocní lépe přijímají upozornění na přicházející bolest, použijeme-li výrazu „protivný“, „nepříjemný“ apod., neboť slovo „bolestivý“ je výrazně negativně konotováno, a proto může prožívání bolesti a reakci na ni zvýraznit. Informujeme jej pravdivě a optimisticky o časovém rozvrhu a průběhu úkonu („to nejhorší už máte za sebou“, „za chvíli budeme hotovi“).

Bolest lze mírnit a odstraňovat pomocí **hypnózy**, případně ji využít – spíše výjimečně – i místo anestetika. Ovšem za předpokladu, že tuto techniku lékař skutečně ovládá, pacient je hypnabilní a oba jsou motivováni takto postupovat. K zmírnění a odstraňování bolesti lze také dospět pomocí **posthypnotických sugescí** (v hypnotickém stavu se dává předem určitá sugesce ohledně bolesti a strachu) nebo **sugescí v bdělém stavu**, je-li nemocný uvolněn a lékař pro něho autoritou. Zde je nanejvýš žádoucí, aby začínající lékař pracoval pod vedením zkušenějšího kolegy, jinak může jeho postup působit nevěrohodně a iatrogeně.

U dětí souvisí prožitek bolesti obzvláště silně se strachem a s očekáváním bolesti, stejně jako s aktuálním stavem dítěte (únava, nevyspání, nuda apod.). Také jejich reaktivita závisí na jejich dřívější zkušenosti se zdravotníky. Proto je při jejich ošetřování namísto maximální šetrnosti rozhodně nelze souhlasit s větou, že: „malé dítě na (procedurální) bolest zapomene a starší ji vydrží“, neboť takto dochází k traumatizaci dětských pacientů a ke vzniku mnoha dentofobií. Ošetřování dětí – zhruba do druhé třídy, by mělo probíhat za přítomnosti doprovodu (zpravidla matky či babičky), protože jejich přítomnost pro ně znamená významnou oporu, kterou potřebují ve zvýšené míře, neboť návštěva lékaře a úkony s ní spojené je stresují. Pokud si děti přejí přítomnost dospělého v ordinaci i později, je vhodné jim vyhovět. Výjimku tvoří jen příbuzní, kteří by ošetření dítěte znesnadňovali (např. extrémně úzkostné či tzv. „hysterické“ matky).

V praxi se setkáme s dětmi, které zdravotní potíže a bolest s nimi spojenou berou jako trest a prožívají vinu – navíc se obávají trestu ze strany rodičů. Zde je třeba jim vše (a samozřejmě s přihlédnutím k jejich rozumové úrovni) vysvětlit, případně pohovořit s rodiči, neboť jejich výchovné postupy mohou být problematické (vyvolávání viny, trest odmítnutím rodičovské přízně apod.). Malé děti (zhruba do osmi let) často nevědí, jakým způsobem si od bolesti ulevit a co vlastně v takové situaci mají dělat. Zde je třeba je přímo učit bolest zvládat (např. zaujetím úlevné polohy, klidem, odvedením pozornosti apod.). Snažíme se, aby bolest dostaly pod kontrolu, což je zásada obecně uplatňovaná u všech negativních prožitků.

Ovlivňování chronické bolesti psychologickými prostředky

V případě akutní bolesti je její mírnění především záležitostí sugesce a racionální přípravy. Pacienta chceme uklidnit a uvolnit. Cílem je tedy snížení úzkosti, strachu a tenze. Pacient není psychologicky veden dlouhodobě, jako je tomu u chronických bolestí, kde je vhodná léčba psychologickými prostředky, tedy **psychoterapie**.

Chronická bolest je stále častěji u pacientů diagnostikována a pro lékaře znamená terapeutickou svízeľ. Jednak proto, že je na léčbu poměrně rezistentní, jednak častými **vztahovými problémy** vznikajícími mezi pacientem a lékařem. Lékař se vůči nemocnému, který očividně trpí, cítí být posléze bezmocný. Tato bezmocnost může ohrožovat jeho profesionální sebevědomí. Proto mají mnozí lékaři tendenci postiženého chronickou bolestí psychiatrizovat (hypochondr, hysterka) nebo jej podezírat ze simulace a vědomé účelovosti. Také pacient se ve vztahu nemusí cítit dobře právě proto, že pozoruje lékařovu nedůvěru, netrpělivost a zvětšující se odstup.

V literatuře je popsán specifický vztah a interakce pacientů trpících chronickou bolestí vzhledem k lékařům, tzv. „syndrom ničitele koryfeů“ (koryfeové byli vedoucí sboru v antickém divadle, tedy lidé vážení). Vychází se z okolnosti, že lékař a pacient se navzájem doplňují (jsou si komplementem). Nemocný, který má za sebou zpravidla již více neúspěšných léčeb, si zprvu svého lékaře až nekriticky idealizuje a dává mu najevo důvěru a obdiv („jedině vy mi můžete pomoci“). Potom se v jeho terapii i osobě „zklame“, lékaře odmítne a vyhledá jiného, kde se vše opakuje. Odmítnutí lékař zpravidla špatně snáší, neboť kontrastuje s předchozí „chválou“ a narušuje jeho profesionální sebevědomí, které někdy u mladších lékařů bývá spojováno s „fantazií všemoci“. Proto je při terapii chronických bolestí žádoucí si neklást **maximalistické cíle** – úplné zbavení pacienta bolesti, nýbrž pouze jejich zmírnění na „únosnou míru“ s tím, že je třeba počítat se „zbytkovou bolestí“.

Ve stručnosti dále upozorníme na léčbu chronické bolesti převážně psychologickými prostředky tak, jak se praktikuje v Německu a v USA. Také u nás v posledních letech vznikají první specializované „ambulace bolesti“, kde se používají psychoterapeutické prostředky.

Léčba chronické bolesti psychologickými prostředky je velmi rozšířenou v USA už od konce šedesátých let. V současné době je zde více než 1200 specializovaných „klinik bolesti“ pracujících převážně formou denních stacionářů nebo úplné hospitalizace pacientů. V západním Německu bylo v roce 1989 132 takových zařízení. Léčba probíhá v rámci komplexních programů, v nichž je kombinováno více psychologických postupů tvořících těžiště terapie. Do terapie jsou zpravidla přijímáni i rodinní příslušníci pacientů. Nepsychologické postupy včetně farmakoterapie jsou minimalizovány. Intenzivní léčba na klinice trvá obvykle tři až šest týdnů, dále je pacient veden více měsíců ambulantně. Cílem terapie je snížit intenzitu bolesti, dostat ji pod pacientovu kontrolu (učí se ji regulovat), zvýšit jeho toleranci k bolesti a naučit jej s případnou „zbytkovou bolestí“ žít. Je důležité, aby pacient získal správnou představu o původu bolesti a zbytečně se např. netrápil, že má rakovinu. Během vlastní terapie se tolik nezajímáme o příčinu, nýbrž převážně o **udržovací**

mechanismy bolesti. Nejosvědčenější a nejužívanější jsou tyto psychologické postupy: relaxační metody, biologická zpětná vazba (*biofeedback*), imaginativní techniky a kognitivně-behaviorální postupy. Dále jsou populární **relaxační metody** – z nich se nejvíce používá Jacobsonův trénink (progresivní svalové uvolnění) a autogenní trénink –, dále pak meditativní a dechová cvičení inspirovaná jógou. Nejlepších výsledků, zvláště u pacientů stížených migrénou a tenzními bolestmi hlavy je dosahováno Jacobsonovým tréninkem, jehož nácvik trvá deset týdnů.

Biologickou zpětnou vazbou – pomocí přístrojů (např. EMG a pletysmografu) – se pacient sám naučí částečně regulovat svůj vegetativní nervový systém a funkce s ním související – např. krevní tlak, tělesnou teplotu. Těchto postupů se užívá k odstraňování funkčních poruch. Vyhovují zvláště pacientům, kteří se brání „psychologizování“, důvěřují technice a je jim vlastní tendence „vzít věci do svých rukou“ a současně zvýšit svoji kompetenci. Nácvik trvá osm až deset týdnů.

Imaginativní techniky – v návaznosti na relaxaci pacienta je pracováno s jeho představami, které si zprvu vytváří pod vedením terapeuta a posléze sám. Zabývá se představami, které jsou s bolestí inkompatibilní a individuálně pozitivní (např. přírodní obrazy), nebo se naopak zaměří na bolest a její představu, vyjádřenou např. určitou barvou, transformuje v jinou, „nebolestnou“ barvu. Takto lze pracovat hlavně s pacienty, kteří mají dobrou představivost i schopnost introspekce.

Kognitivně-behaviorální postupy (z lat. *cognoscere*, tj. poznávat a z angl. *behavior*, tj. chování) jsou založeny na předpokladu, že u duševně zdravých lidí ovlivňují myšlení a postoje podstatným způsobem jejich prožívání a chování a že na myšlení se lze spolehnout. Cílem těchto postupů je především **odstranit** u pacientů **pocit bezmocnosti a vytvořit důvěru ve vlastní kompetenci**, tedy posílit sebevědomí. Děje se tak psychologickým rozбором situace a postupným nácvikem ve více krocích. Nejdříve se odstraňuje zpravidla falešná představa nemocného o zdroji bolesti, neboť bývá základem silného strachu, zvláště u pacientů s prohloubenou hypochondrickou introspekci, kde je nebezpečí vzniku *karcinofobie*. Dále si počínáme jako při řešení problémové situace: co nejpresněji zjistíme, co bolest předchází, vyvolává, zesiluje a udržuje, a hledáme strategie k jejímu zvládnutí a změně. Pacient se učí chovat se jinak a aktivně. Do nácviku je zpravidla zapojena i jeho rodina. Intenzivní kognitivně-behaviorální terapie trvá obvykle více měsíců. Je inspirována trendem moderní medicíny kladoucím důraz na **aktivitu pacienta**, který přijímá větší **odpovědnost** za léčbu a svůj zdravotní stav. Při sestavování terapeutického programu jsou předchozí postupy kombinovány případně s dalšími psychologickými technikami (např. s hypnózou, meditacemi) a doplněny individuálními a skupinovými psychoterapeutickými rozhovory. Pacienti a jejich příbuzní jsou vedeni k tomu, aby vytvářeli a navštěvovali **svěpomocné skupiny**. Na mnoha pracovištích je prováděn výzkum průběhu a výsledků léčby. To je činnost metodologicky a časově náročná. Bývá uváděno nejméně padesátiprocentní zlepšení šedesáti procent pacientů oproti počátku léčby. Tato otázka však zůstává otevřená. Účinnost léčby jistě zvýší, až budou přesněji známa indikační kritéria pro přiřazení pacienta s určitou psychologickou a zdravotní problematikou do nejvhodnějšího programu. Problémem je tedy **diferenciování indikace** pro terapii a vytvoření optimálního terapeutického postupu pro jasně vymezený typ pacientů trpících chronickou bolestí.

Bolesti jsme věnovali větší pozornost proto, že je v ordinaci lékaře „doma“, tedy že je něčím pro situaci pacienta a lékaře typickým. Závěrem statí o bolesti zbývá dodat, že bolest je v našem století chápána jako „zlo“ a něco

rušivého, co je třeba odstranit. Proto lidé snadno sahají po analgetiku, které jim neméně snadno ordinuje lékař. Bolest však je také fenoménem, který patří k lidské existenci. Je třeba ji – stejně jako utrpení – vědomě akceptovat jako součást života člověka. Na dalších stránkách si ve zkratce přiblížíme další psychologicky významné a lidsky důležité jevy, s nimiž se setkává lékař v praxi – i ve svém životě. Je to úzkost, strach, truchlení, deprese a agrese.

SOUHRN

Bolest je nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený zpravidla s aktuálním či potenciálním poškozením tkání, které souvisí s poruchou fyziologické povahy nebo s vnějším násilím. Je varovným signálem a má ochrannou funkci. Rozeznáváme tři vzájemně propojené stránky bolesti: smyslovou (senzorickou), emoční a hodnotící. Projevuje se v oblasti subjektivní (psychické), v chování a v oblasti fyziologické a biochemické. Schematicky a z hlediska praktické terapie lze bolest rozdělit na akutní a chronickou. Tolerance k bolesti je individuální záležitostí a souvisí s významem, který jí člověk přikládá, a s očekávaním velikosti nastávající bolesti. Samozřejmě záleží na dřívější zkušenosti s bolestí a na výchově. Úzkost, strach a tenze ji zhoršují. Mírnění bolesti psychologickou cestou je účinné, musí však předcházet řádná diagnostika bolesti, na jejímž základě volíme další postup. Je třeba zachovat k pacientovi psychologický přístup. V případě akutní bolesti se jedná o snížení úzkosti a tenze pomocí sugestivního působení lékaře a přípravou pacienta. Chronickou bolest je nejlépe mírnit prostřednictvím programů, které obsahují řadu psychoterapeutických postupů a technik, jako jsou relaxace, biologická zpětná vazba, imaginativní techniky a kognitivně-behaviorální postupy. Neklademe si maximalistické cíle, ale učíme pacienta bolest kontrolovat, ovlivňovat a žít s ní.

Úzkost a strach

V této kapitole nejdříve definujeme úzkost a strach, seznámíme se s jejich charakteristikami, funkcí a vývojem během lidského života. Dále se dovíme o vzniku těchto fenoménů, a to na úrovni obecné i aktuální. Nakonec pojednáme o mírnění a odstraňování úzkosti a strachu psychologickými prostředky, včetně psychoterapie. Úzkost a strach jsou pocity a stavy, s nimiž se běžně v životě setkáváme a známe je z vlastní zkušenosti.

Lékař je s nimi denně konfrontován při kontaktu s nemocnými a jejich příbuznými, protože se vyskytují všude tam, kde se cítí být člověk nějak ohrožen a vnímá – ať již oprávněně, nebo neoprávněně – nebezpečí. Pacienti se obávají vyšetření a vůbec zákroků, které vyvolávají obavy z bolesti. Mají strach z utrpení, dalšího negativního vývoje svého onemocnění, bojí se nemocí nevyléčitelných, vedoucích k smrti atd. Příbuzní prožívají strach, že jejich blízký bude trpět a špatně snášet onemocnění i nepříjemnou léčbu. Lidé mívají obavy, že druhému nebudou moci pomoci, tedy že budou bezmocní vzhledem k utrpení. Strach ze ztráty blízké osoby je samozřejmý.

15.1 Vymezení úzkosti a strachu

Mezi pojmy úzkost a strach není přesná hranice a jejich užívání je věcí konvence, popř. jazykového citu.

Strach je možné definovat jako nepříjemný prožitek vázaný na určitý předmět nebo situaci, které v jedinci vyvolávají obavu z ohrožení. Je tedy reakcí na poznané nebezpečí a má signální a obrannou funkci.

Ohrožení může být vnější (např. provoz na ulici), nebo vnitřní (např. obava, že na něco nestačím). Často jsou vnější a vnitřní faktory vyvolávající strach navzájem propojeny, protože lidská představivost, zkušenosti a schopnost předvídát způsobují, že oba světy, subjektivní i objektivní, mnohdy splývají.

Strach může být **reálný** (v očích druhých pochopitelný, přirozený), nebo **nereálný** (pro druhé nepochopitelný, nepřiměřený, často iracionální).

Reálný strach má student z těžké zkoušky. Nebo příbuzný vážně nemocného pacienta se strachuje o jeho život. Nereálné strachy jsou časté u lidí duševně nemocných – např. u neurotiků to mohou být fobie. Také lidé „v normě“ jsou někdy sužováni izolovanými nereálnými (iracionálními) strachy, jež obvykle souvisejí s jejich zážitky v dětství nebo „nevhodnými přáními“. Strach pak představuje opačné reagování (viz psychické obranné mechanismy) a jedince chrání před tím, co nemá být.

Úzkost je nepříjemný prožitek a stav. Na rozdíl od strachu si neuvědomujeme její bezprostřední příčinu, tedy určitý předmět či situaci, které ji vyvolávají. Je reakcí na tušené a neznámé nebezpečí a bývá zpravidla nepříjemnější než strach, neboť očekávání něčeho nemilého a neznámého je horší než událost sama, je-li jasně poznána.

Úzkost a strach mají **signální a obrannou funkci** (obdobně jako tomu bylo u bolesti). Patří mezi přirozené dispozice člověka a jsou nutné k jeho orientaci ve světě a k přežití.

Pro ilustraci rozdílu mezi úzkostí a strachem uvádíme několik otázek z používaných dotazníků, které poskytují lékařům rychlou orientaci v problému. Otázky zaměřené na zjištění situací vyvolávajících u některých lidí strach:

1. Míváte nepříjemný pocit, když máte mluvit se svým nadřízeným?
2. Máte strach někdy jít přes ulici nebo přes náměstí?
3. Cítíte se nesvůj (nesvá) v místech, jako je např. výtah, vlak, tunel?
4. Máte strach o své zdraví nebo o svůj život?

Otázky zaměřené na zjištění stavu úzkosti:

1. Míváte záchvaty třesu nebo vnitřní napětí?
2. Pociťujete často neurčitou úzkost nebo napětí?
3. Trpíte pocity bušení a svírání u srdce?
4. Míváte někdy strach, aniž víte z čeho?

Úzkost běžně přechází ve strach a naopak. Nelze je přesněji od sebe oddělit, protože se navzájem podmiňují a splývají. Proto budeme nadále oba termíny používat volněji.

V klinické praxi se setkáváme relativně častěji se strachem u vnitřně stabilnějších jedinců, naopak úzkost bývá příznačná pro lidi méně vnitřně sta-

bilní. Například výrazná úzkost mnohdy předchází dezintegritě osobnosti u psychoticky nemocného.

Úzkost a strach jsou dobrým příkladem propojení tělesných a duševních dějů, tedy psychosomatické jednoty člověka.

Subjektivně bývají prožívané jako pocit sevření, tísně, vnitřního napětí a neklidu, člověk se cítí být ohrožen, projevuje obavy, prožívá bezradnost a vlastní bezbrannost. Vystupňovaná bázeň ústí v paniku a děs. Velmi často jsou úzkost a strach doprovázené depresivními prožitky a únavou (může to souviset s vyčerpaností) a lehčí závratí. Výrazná úzkost a strach někdy vedou k pocitům derealizace a depersonalizace, což lze z psychologického hlediska posoudit jako formu obrany před úzkostí.

V oblasti **fyzilogických změn** se úzkost a strach projevují spíše **nespecificky** a zasahují prakticky všechny orgány a funkční systémy. Bývá zrychlená činnost srdce (*tachykardie*, vyšší krevní tlak), dýchání shledáváme rychlejší či zpomalené (zatajování dechu), v ústech pociťujeme sucho, naopak vzrůstá potivost kůže, zvyšuje se svalové napětí atd. Člověk fyziologicky převážně reaguje jako v první fázi stresu (útok–útěk).

Na **první pohled** mívá výrazně úzkostný jedinec vyděšený výraz, jeho mimika je málo diferencovaná, v obličeji je bledý, celkově působí dojmem strnulosti a tenze, jeho pohyby bývají hůře koordinované, nepřesné.

Je zajímavé, že vnímání úzkosti u druhého je vrozené a interkulturálně shodné, protože se jedná o jev obecně lidský.

Od úzkosti je odvozena **úzkostnost**, jež je řazena mezi **základní rysy osobnosti** (emoční stabilita–emoční labilita). Lze říci, že každému člověku je tento rys vlastní, ovšem v různém stupni. Projevuje se individuální tendence k úzkostnému prožívání, stejně jako je individuální způsob, jak se s úzkostí a strachem jedinec vyrovnává (viz psychické obranné mechanismy).

Úzkost a strach člověka doprovázejí po celý život, ovšem jejich forma a intenzita se mění vlivem řady okolností, včetně věku. Předpokládáme, že dispozice k úzkosti a strachu jsou vrozené a v extrémních případech do značné míry určené dědičně (např. u obsedantní neurozy), i když je lze přesto modifikovat vlivy prostředí (výchova, psychoterapie apod.).

15.2 Vývoj úzkosti a strachu (ontogenetický pohled)

O diferencovaném strachu lze mluvit až v druhé polovině prvního roku života dítěte. Do té doby reaguje na nelibé podněty (bolest, velký hluk, neznámé podněty, náhlý pohyb, hlad apod.) odtažením, vyhýbáním se a křikem, případně komplexními reakcemi (křik, zvýšená teplota a průjem), nebo reflexně. Známy je strach osmiměsíčních dětí, jež většinou (ne vždy) reagují ustrašeně a pláčem na přítomnost a zvláště obličej neznámého člověka. Strach dětí

předškolního věku souvisí s jejich bohatou fantazií, bojí se pohádkových a ohrožujících bytostí, mnohdy zvířat (zde vznikají fobie ze zvířat), tmy, často projevují obavy ze separace („že se maminka ztratila“). Strach naučený od druhých lidí nápodobou a obavy fantazijního rázu bývají silnější než strach vzniklý na základě reálné zkušenosti. Centrální roli zde však hrají rodiče dítěte a zvláště matka, která je hlavním zdrojem jistoty dítěte. Je-li v jeho očích nespolehlivá (např. často odchází), dítě je více vystaveno úzkosti a strachu (separační úzkost). U dětí školního věku se setkáváme se školní fobií, která u menších školáků není způsobena jen strach vzbuzujícími zkušenostmi ve škole (výsměchem spolužáků, fyzickým násilím vůči dítěti, přísným učitelem apod.), nýbrž častá je i obava, že po návratu ze školy nenajdou matku doma. Doba školní docházky je dobou soutěžení a srovnávání, proto i příležitostí ke vzniku pocitů méněcennosti, jež bývají doprovázené zvýšenou úzkostí a strachem a kulminují v době dospívání. Dívky trpívávají častěji trémou, u méně obratných a tělesně slabších chlapců bývá zase problémem tělocvik. Doba dospívání přináší obtíže ve vztahu k sebepojetí (obraz sebe sama, sebehodnocení apod.) a při hledání vlastní identity. Pubescenti a adolescenti jsou zvláště citliví na tělesný vzhled, který je pravidelně zdrojem utrpení (obličej, postava atd.). Dospívající člověk se u sebe a ve světě setkává s podněty, které jsou pro něho nové a neví si s nimi rady. Při vyrovnávání se s těmito dosud neznámými zkušenostmi (např. oblast sexuality a navazování eroticky laděných vztahů) nejednou prožívá zvýšenou úzkost, případně strach. Vnitřní rozpory (*inkongruence*) a zvláště konflikty jsou dalším zdrojem vzniku úzkosti – u dospívajících i dospělých. Úzkost a strach se ve zvýšené míře dostávají také tehdy, jsme-li omezováni ve svých přirozených potřebách (viz kap. o motivaci a třídění potřeb) a nemůžeme-li uplatnit vrozenou tendenci k seberealizaci. Frustrace tohoto typu patří mezi rizikové faktory nerovnoměrného, případně neurotického osobnostního vývoje. Při dlouhodobém znemožnění rozvoje osobnosti lze propadnout úzkosti, popř. nežádoucímu agresivnímu chování. I to je reakce na situaci ohrožení – ohrožení přirozeného a nutného rozvoje lidské individuality. Dospělý věk a stáří zná celou řadu obav a starostí, které jsou doprovázeny nejistotou, úzkostí a strachem. Například existenční obavy, starosti o děti, ve stáří doléhají nemoci, pocity samoty, strach ze smrti našich nejbližších i z vlastního umírání a smrti. Tyto obavy jsou jak reálné („lidský úděl“), tak nereálné. Přetrvávají-li nereálné obavy a strachy delší dobu a jsou-li intenzivní, vytvářejí psychopatologické klinické obrazy, z nichž nejčastější jsou neurózy, nebo mohou vést k psychosomatickým obtížím. V případě neuróz jsou úzkost a strach *axiálními syndromem*, u psychosomatických obtíží předpokládáme transformaci úzkosti do tělesné oblasti (somatizace, konverze). Obrazně lze vidět jednoduchou souvislost: „emoce–nemoce“. Vliv úzkosti je rozmanitý a projevuje se v chování a prožívání člověka někdy podivuhodným způsobem. Například arogantní lidé jsou zpravidla vnitřně nejistí a vyhýbají se subjek-

tivně blízkým vztahům právě aroganci. Úzkost se také může projevovat v jednání, které svým projevem zdánlivě s úzkostí málo souvisí, jako jsou nutkavé fenomény (nutkání na toaletu, různé rituály, pověry apod.).

Závěrem části o vývoji úzkosti a strachu zmíníme okolnosti, které brání jejich dlouhodobě nadměrnému výskytu. Je to **zakotvenost člověka v kvalitních meziosobních vztazích**, které jsou důležitou, možná hlavní stránkou pojmu domov.

Domov je místo jisté a bezpečné, a to za všech okolností, místo, kam se rádi navracíme, abychom zde načerpali síly, našli potvrzení sebe a opět „vyšli do světa“. Dítě se „doma“ připravuje na život a potřebuje žít v klidných podmínkách, kde se cítí být plně (bez výhrad a „zásluh“) akceptováno. Také dospělý se neobejde bez spolehlivých meziosobních vztahů a domova, které jsou za běžných okolností základem jistoty a zakotvenosti. Nelze přehlédnout, že seberozvoj a osobní růst jedince se děje zároveň a v návaznosti s rozvojem lidí mu nejbližších.

Člověk zakotvený a žijící v kvalitních meziosobních vztazích pak rozumí světu a vlastnímu životu jako **smysluplnému celku**, který je **stabilní**.

15.3 Dynamika vzniku úzkosti

V současné době rozeznáváme celou řadu teorií vzniku a udržování úzkosti, které odpovídají odbornému zaměření a používaným myšlenkovým postupům a metodám zkoumání (např. etologické, neurofyziologické, psychoanalytické, ale i filozofické a teologické). Příznačná je jejich jednostrannost nebo přílišná obecnost, případně zobecňování z mála zkušeností. **Bioekopsychosociální přístup** upřednostňuje *aspektuální* (komplementární) *hledisko*. Tento přístup je prakticky užitečný, neboť umožňuje, a často i dokáže teoreticky, ale také v praxi zvládat problémy pro tradiční a jednostranné přístupy obtížně řešitelné. To se týká všech mnohostranně podmíněných jevů (např. chronických onemocnění), mezi které patří i úzkost a strach. Při značném zjednodušení lze o vzniku úzkosti a strachu jedince uvažovat v souvislosti s proměnnými, které zahrnují následující oblasti:

- **vnější nebo vnitřní podněty** (např. stimuly sociální, fyzikální, psychické – vzpomínková představa, určitá myšlenka);
- **osobnost člověka**:
 - a) aktuální vyladěnost (např. zdravotní a psychofyzický stav organismu, stav aktivace – „nabuzenosti“);
 - b) biologické dispoziční proměnné (např. genetická výbava, jedinečná kvalita CNS);
 - c) psychosociální dispoziční proměnné (např. dřívější formativní zkušenosti z období dětství, převažující psychické obranné mechanismy, sebepojetí);



d) vývojové období, včetně věku (např. čím mladší dítě, tím citlivější na zúzkostňující vlivy).

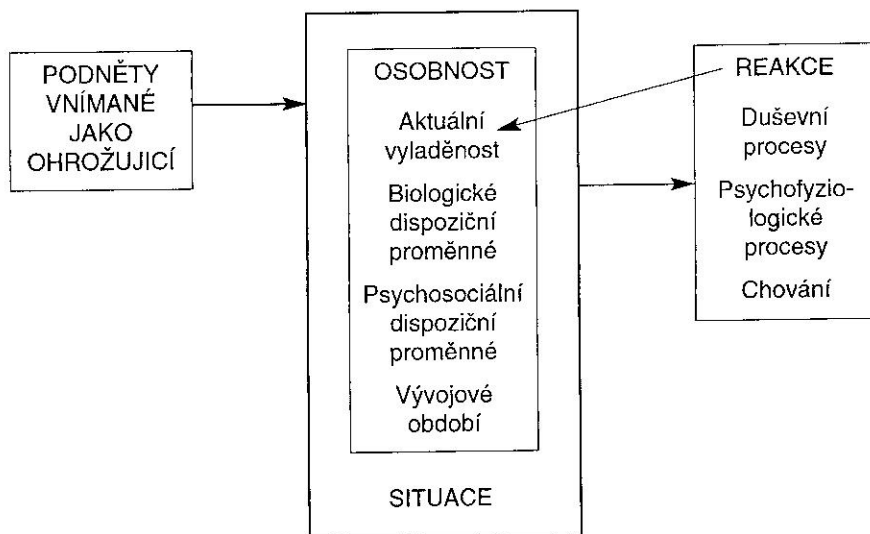
Úzkostné prožívání a chování doprovází či je dokonce příčinou celé řady poruch zdraví. Je primárním příznakem např. při infarktu myokardu nebo u některých mozkových nádorů. Zvýšená úzkostnost a pohotovost ke strachovým reakcím je typická i pro nemocné s určitými poruchami osobnosti, k jejichž klinickému obrazu nutně patří. Vyskytují se u anankastické poruchy osobnosti, anxiózní (vyhýbavé) poruchy osobnosti a u závislé poruchy osobnosti.

■ **situace** (např. neznámé či známé prostředí).

Vztahy mezi zmíněnými oblastmi jsou ve vzájemné interakci ve smyslu **cirkulární kauzality** (*interdependence*). Nepůsobí jednosměrně, nýbrž výsledný efekt (kvalita a intenzita úzkosti) je výsledkem interakce zmíněných činitelů.

Konkrétně lze popsat dynamiku dějů vyvolávajících u člověka aktuální úzkost a strach takto:

Vyjdeme z vnějších nebo vnitřních podnětů, které na jedince působí a jsou jím selektivně vnímané a interpretované. Tento proces probíhá velmi často automaticky a na neuvědomované úrovni. Dojde ke zhodnocení nebezpečí ohrožení a toto posouzení významu se řídí zvláště předchozí zkušeností člověka s obdobnou situací a podněty. Dále záleží na jeho celkové osobnostní výbavě (dispozice konstituční, dispozice psychosociální) a momentální vyladěnosti „těla a mysli“. **Vnímáme a hodnotíme celou osobnost.**



Obr. 10 Vznik a rozvoj úzkosti a strachu

Vnímá-li člověk podněty v rámci určité situace jako ohrožující, znamenají-li pro něho nebezpečí, dostaví se okamžitě změna jeho pocitového vyladění (limbického systému) a aktivizuje se CNS včetně kortexu a nastanou fyziologické změny v periferní oblasti (např. vzrůst svalového napětí, *tachykardie*). Ve zvýšené míře jsou prožívány úzkost a strach, které působí jako motiv a jedinec jedná s cílem se nebezpečným podnětům vyhnout či je zneškodnit.

Vznik a rozvoj úzkosti a strachu

Úzkost a strach lze popsat v různých „jazycích“ (pojmy fyziologické, psychologické apod.). Panuje obecná shoda v tom, že je jim vlastní tendence ke **generalizaci** (rozšiřování strachu na obdobné situace a podněty), dále pak nastává jejich **posilování** další negativní zkušeností a zeslabování **neposilováním** (nová zkušenost je pozitivní). Neposilováním a vyhasínáním se vysvětluje **spontánní** remise: tedy zeslabení a posléze vymizení příznaků vázaných na úzkost a strach. Možná se zde uplatňuje i mechanismus **překrývání**, kdy starší a nežádoucí zkušenosti se překryjí novými a žádoucími zkušenostmi. V předchozích dějích se uplatňují **zákonitosti učení**, což se využívá při redukci a odstraňování úzkosti a strachu psychologickou cestou. Upozorňujeme, že zmíněné procesy probíhají na vnějškově pozorovatelné a objektivně zachytitelné úrovni (např. fyziologickými hodnotami), stejně jako na úrovni čistě subjektivní (myšlenky, představy, fantazie apod.), jež jsou přístupné introspekci a zachytitelné psychologickými pokusy a testy. Tímto způsobem se introspektivní zkušenosti dají objektivizovat, tedy i srovnávat.

15.4. Mírnění a odstraňování úzkosti a strachu psychologickou cestou

Tímto tématem se zabýváme průběžně v celém předchozím textu, protože úzkost a strach patří k situaci lidského ohrožení a tou nemoc bezesporu je. Zvláště upozorňujeme na kapitoly o základní psychologické péči poskytované nemocným, kteří jsou vedeni ambulantně, nebo hospitalizováni.

Stručně lze zopakovat, že lékař působí „anxiolyticky“ a „antifobicky“ tím, že je autoritou, projevuje o pacienta osobní zájem, akceptuje jej a je mu plně k dispozici. Zajímá se o jeho prožívání a chová se empaticky. Stává se důvěryhodným, spolehlivým a znamená pro nemocného jistotu. Je to tedy především otázka **postojů k nemocnému a vzájemného vztahu** (žádoucí je model na pacienta orientované medicíny). Předchozí zásady jsou specifikovány a modifikovány v každém konkrétním případě řadou okolností, jako je např. věk pacienta. Jinak dáváme najevo porozumění pětiletému dítěti, a jinak dospělému člověku.

K mírnění a odstraňování úzkosti a strachu se také používají různé psycho-terapeutické postupy a techniky, kterých je celá řada. Jejich osvojení vyžaduje speciální vzdělání a výcvik. Psychoterapie je účinná, ovšem při nekvalifikovaném užití bychom mohli nemocné a vlastně i jejich rodiny poškodit.

Pro psychoterapii musí být nemocný **indikován**, čili zjišťujeme, zda nadměrná úzkost a strach souvisejí především s psychosociálními okolnostmi osobnosti, způsobu života, a nejsou-li např. symptomatické povahy a projevem základního organického onemocnění (např. *hyperthyreózy*, některých mozkových nádorů, aury u epilepsie typu *grand mal*) či těžkého duševního onemocnění (psychózy), kdy psychoterapie hraje spíše podpůrnou úlohu a používá se případně v rámci komplexního přístupu k nemocnému.

V posledních letech jsme svědky silného rozvoje **biologické psychologie**, kde se hojně využívá experimentální metodologie. Výsledky dosažené touto cestou umožňují závěr, že při léčbě úzkosti a strachu lze u některých poruch účinně používat psychologické i farmakoterapeutické prostředky. Výhody psychologických postupů jsou dvojí: u pacientů nehrozí nebezpečí vzniku lékové závislosti a navozené změny jsou trvalejšího rázu.

V současné době jsou již známy mozkové struktury tvořící neuronální okruhy úzkosti a strachu. Zdůrazněny jsou některé oblasti mozkové kůry, *thalamus*, zvláště však *amygdala* („emoční paměť“), *locus coeruleus* (jádro v mozkovém kmeni obsahující více než polovinu všech noradrenergických neuronů) a *hippocampus*. Z mozkové kůry je důležitá ještě účast asociačních oblastí, v kterých dochází k tvorbě tzv. kognitivních map, kde jsou dlouhodobě uloženy informace o strachových podnětech a celém jejich kontextu, se kterými je vždy porovnávána nová zkušenost. Dále je zřejmá důležitost prefrontální kůry, která nakonec rozhodne o tom, jakou strategii chování po daném podnětu zvolíme, zda situaci řešíme aktivně, unikem, zajištěním se apod. U rozvinuté úzkostné poruchy se podkorové limbické okruhy (hlavně amygdala, hippocampus, thalamus, hypothalamus a bazální ganglia) vymknou z kontroly prefrontální kůry a pomocí zobrazovacích metod (PET, SPECT) zde zaznamenáme zvýšenou aktivitu, zatímco u prefrontální kůry je snížena. Jak po úspěšné psychoterapii, tak po úspěšné farmakoterapii dochází například u obsedantně kompulzivní poruchy ke zvýšení aktivity prefrontální kůry a ke snížení aktivity limbických oblastí.

V dnešní době existuje několik desítek psycho-terapeutických směrů a přístupů, rejstřík možností psychoterapie je široký.

Při značném zjednodušení lze rozdělit přístupy podle toho, zda zdůrazňují:

- a) **Účinné faktory psychoterapie:** Tento přístup znamená, že na základě výzkumného srovnávání různých postupů u různých typů pacientů se hledají faktory, které jsou obecně a specificky (jen v určitých a jasně vymezených případech) účinné. Zmíněný pohled se nazývá diferencovaně integrativním a významnou roli zde hraje diferencovaná indikace pacientů pro určitý typ terapie podle zdravotních obtíží, osobnosti (struktury, dynamiky) a situace (rodinné konstelace apod.). Diferencovaně integrativní

přístup zajišťuje optimální léčbu, není však dosud řádně rozpracován a v praxi se mu blíží eklektická terapie.

- b) **Pravdivé sebepoznání člověka:** Během psychoterapeutického procesu je pacient veden k lepšímu sebepoznání, včetně poznání svých nejbližších vztahů ve vývoji. Tedy jak se formovala jeho povaha, proč se chová tak, jak se chová, co motivuje jeho jednání apod. Úzkost a strach souvisejí, jak jsme již dříve opakovaně zmínili, s vnitřními rozpory a vůbec náročnými životními situacemi včetně frustrací. Během psychoterapie se nemocný učí tyto momenty poznat a odstranit.
 - c) **Učení a poznávání – zvláště myšlení:** Tento přístup nazýváme behaviorálním a kognitivně-behaviorálním, používá se při terapii bolesti, některých depresí apod. Vychází z předpokladu, že člověk se zvýšené úzkosti a strachu učí v situacích, které nesprávně hodnotí. Terapie pak spočívá v přeučování a novému učení v rámci léčebných programů. Zvláště se využívá poznatků z psychologických teorií učení a experimentální psychologie.
- Patří sem např. expozice in vivo, kdy se nemocný učí čelit obávané situaci přímo v reálném životě (např. při léčbě *agorafobie*) nebo *metoda zaplavení*, při které se pacient vystavuje nejobávanějšímu podnětu bez možnosti úniku. Této „hrozná“ situaci je vystaven tak dlouho, až počáteční strach postupně odezní. Do této skupiny lze zařadit i *paradoxní intenci*, jejíž princip spočívá v tom, že si intenzivně přejeme to, čeho se obáváme, a tak vezmeme strachu „vít z plachet.“
- d) **Relaxaci a psychofyzilogické procesy:** Relaxační a psychofyzilogické metody jsou poměrně snadno lékařem osvojitelné a nalézají uplatnění jak při léčbě bolestí, tak při redukci a odstraňování strachu a úzkosti. Jsou prokazatelně účinné. Vycházejí z předpokladu psychofyzilogické jednoty lidského organismu a patří sem např. autogenní trénink, biologická zpětná vazba atd.

SOUHRN

Úzkost a strach jsou častými prožitky a stavy nemocného a zároveň i dobrým příkladem psychosomatické jednoty člověka (psychické roviny a jejich fyziologických korelátů). Strach je reakcí na poznané nebezpečí, úzkost na tušené nebezpečí. Mají signální a obrannou funkci. Rozeznáváme strachy reálné (pochopitelné, oprávněné) a nereálné (nepochopitelné, iracionální). Provázejí celý život člověka a mívají různý obsah a podobu (což je dáno i vývojově). U dětí je zvláště významná separační úzkost, u dospívajících pocity méněcennosti spojené se vzhledem, provázené úzkostí. U dospělých dochází k existenčním obavám, ve stáří bývá typický strach z osamělosti, bezmocnosti, umírání, případně ze smrti. Úzkost a strach mají různé příčiny, nejčastěji pramení z vnitřních rozporů a z frustrace základních potřeb, mezi které řadíme i permanentní potřebu rozvoje osobnosti člověka. Nejlepší prevencí proti nadměrné úzkosti a strachu je zakotvenost člověka v kvalitních meziosobních vztazích, které jsou důležitým prvkem pojmu domov. Pro vysvětlení vzniku aktuální úzkosti a strachu se osvědčuje dynamický

model vycházející z bioekopsychosociálního přístupu. Jsou v něm reflektovány proměnné z oblasti vnějších a vnitřních podnětů, osobnost člověka a situace. Významné jsou modely neurofyzilogické (neuronální okruhy úzkosti a strachu). Úzkost a strach lze mírnit psychologickými prostředky tím, že lékař zachovává zásady psychologického přístupu k nemocnému (autoritu, osobní zájem, akceptaci, porozumění, empatii). Kromě toho je lze odstraňovat celou řadou psychoterapeutických postupů a technik.

Truchlení a deprese

V této kapitole vymežíme základní pojmy a blíže budeme charakterizovat jejich obsah. Zvláštní pozornost věnujeme suicidálnímu jednání a rizikovým faktorům, jež k němu vedou. Závěrem kapitoly se seznámíme s tím, jak jednat s depresivními pacienty a s jedním z možných psychoterapeutických přístupů k této problematice (kognitivní behaviorální psychoterapií). Obdobně jako bolest, úzkost a strach jsou truchlení a deprese jevy, s nimiž se lékař ve své ordinaci setkává poměrně často. Je tomu díky situaci pacienta a jeho nejbližších, kteří jsou vystaveni ztrátám různé subjektivní závažnosti. Truchlení, a v mnoha případech (ne vždy) i deprese, pak následují.

16.1 Vymezení truchlení a deprese

Mezi oběma pojmy je třeba rozlišovat, i když se klinicky na první pohled mohou projevovat obdobně. Rozlišení je důležité pro volbu dalších terapeutických opatření a vedení.

Truchlení

a s ním spojený smutek je prožitkem a stavem, který nastává, jestliže u jedince došlo ke ztrátě něčeho (nebo někoho), co pro něho představuje vysokou hodnotu, případně nastane ohrožení jeho sebepojetí. Truchlení je přirozená reakce potřebná k tomu, aby se člověk se ztrátou vyrovnal (případně dožrál), a to zejména tím, že se s ní smíří a přijme ji. Přes tuto ztrátu dále žije a život plánuje. V případě truchlení není v pravém slova smyslu co „léčit“, vhodná je však psychologická podpora nejen z důvodů etických, ale i preventivních, neboť truchlení někdy přechází v depresi.

Člověk prožívá smutek a truchlí nejen při mezní ztrátě, kdy přichází úmrtím o člověka, který je mu bytostně blízký, s nímž tvoří „spojené nádoby“, nýbrž i při ztrátách „parciálních“, jako je amputace končetiny, úbytek či ztráta některého ze smyslových orgánů, pohyblivosti apod. Významné jsou

ztráty sociálních vztahů a společenského uplatnění (rozchody, rozvody, nezaměstnanost), kdy také nastává duševní krize.

Akutní žal

je součástí truchlení a projevuje se depresivním laděním, nespavostí, celkovou nervozitou a podrážděností, nechutenstvím, špatnou soustředěností a vracejícími se myšlenkami na to, oč jsme přišli.

Na biochemické úrovni sledujeme přechodné změny imunitního a humorálního systému, které odpovídají stresové reakci.

Člověk si subjektivně musí vše protrpět a stav vydržet, aby nastalo přijetí a smíření se s novou skutečností. Během truchlení se mění rovnováha mezi emoční a kognitivní stránkou tohoto procesu – nejdříve převládá negativní prožívání, posléze a stále více se „prosazuje“ myšlení, které hodnotí a činí závěry pro budoucnost.

Problematickou truchlení se budeme ještě více zabývat v jedné z dalších kapitol v souvislosti se smrtí a truchlením pozůstalých.

Truchlení nesmíme zaměňovat s depresí, která je projevem či synonymem zdravotní poruchy nebo onemocnění.

Deprese

(z lat. *depressus*, tj. stlačený, nízký) je syndromem, který zahrnuje symptomy z oblasti:

- nálady,
- myšlení,
- psychomotoriky, včetně mimiky.

Depresivní náladu lze popsat a přiblížit výrazy jako smutek, sklíčenost, jež výrazně dominují a u těžších depresivních stavů jsou neodklonitelné.

Depresivní myšlení se prozrazuje celkovým názorovým pesimismem a negativním sebepojetím (sebepodceňováním, sebeobviňováním, sebeodsuzováním, ztrátou sebeúcty atd.). Depresivní myšlenky mohou být neopodstatněné, až absurdní, v tom případě se jedná o depresivní bludné domněnky a bludy (např. nemocný se nesprávně a nevývratně domnívá, že zavinil nějaké velké neštěstí). Někdy si pacienti stěžují, že ztratili schopnost se soustředit, myslet, pamatovat si a činit rozhodnutí.

Depresivní psychomotorika a mimika se projevuje zpomaleností v gestech, pohybech, tempu řeči; mimika bývá maskovitá, méně diferencovaná a člověk působí unaveným dojmem, jako by postrádal energii. Vlastní tělo mu připadá těžké, říká, že má „na prsou kámen“ apod.

K opravdu hlubší depresi patří nezáměr o sebe i okolí (pacient příliš nedbá na vzhled) a neschopnost vykonávat dosavadní činnosti (např. úklid domácnosti) a zaměstnání. Člověka přestává těšit, co mu dříve přinášelo potěšení,

včetně sexuálního života. Pro vážnější depresivní stav jsou příznačné sebevražedné představy, myšlenky a tendence, jež mohou mít i podobu přání „už se neprobudit“ nebo brzy zemřít na nějakou nemoc. K depresi, na rozdíl od truchlení, patří pocit ztráty prožívání času a někdy i pocit ztráty prožívání jako takového.

Deprese bývá mnohdy provázena pocity viny a úzkostí, jež dokáží energizovat, a jejichž klinický obraz proto může být značně pestrý (agitovanost–neklid apod.). Často se vyskytuje i nespavost (méně často nadměrná spavost), nechutenství a rychlý váhový úbytek (nebo vzácnější zvýšená konzumace potravy) atd.

Deprese jako syndrom duševního onemocnění či poruchy se nedá zvládnout vůlí a vyžaduje léčbu. Apel na pacientovu vůli jeho depresi zhoršuje. **Jak rozeznáme člověka jen lehce depresivního a truchlícího od jedince již vážněji depresivního?** V praxi se lze řídit následujícími znaky:

- Truchlící člověk má reálný důvod ke smutku.
- Truchlícího člověka lze rozptýlit.
- Nejsou přítomné sebevražedné představy, myšlenky a tendence.
- Je schopen, i když v omezené podobě, běžného života „jako dosud“.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN–10) řadí deprese mezi poruchy nálady (tzv. afektivní poruchy). Uvádí je zejména v rámci:

- 1) bipolární afektivní poruchy (přítomny jsou epizody manické a depresivní);
- 2) depresivní epizody (podle množství příznaků a jejich intenzity se dělí na mírné, střední a těžké);
- 3) rekurentní depresivní poruchy (opakující se depresivní epizody);
- 4) trvalé poruchy nálady (např. *dystymie*);
- 5) jiných poruch nálady (např. rekurentní krátká depresivní porucha).

Mezinárodní klasifikace nemocí je při diagnostikování závazná, ve zdravotnictví je tedy nezbytné ji používat a samozřejmě je k dispozici také v českém překladu. Pokud jde o oblast našeho zájmu, podrobné poučení lze nalézt v knize *Duševní a behaviorální poruchy* (Smolík, 1996).

Depresivní stavy mají **rozličnou etiologii** a schematicky je lze rozdělit na:

- a) **Deprese symptomatické:** Předcházejí, doprovázejí či následují převážně somatická onemocnění (např. virózy, srdeční insuficience, infekční žloutenku, někdy apaticko-abulický syndrom signalizující mozkový tumor).
- b) **Deprese endogenní:** Jedná se o těžší psychotická onemocnění, jejichž příčina není dosud zcela objasněna. V současnosti existuje ohledně etiologie celá řada biochemických hypotéz, ale i prokázaných a objektivních poznatků, které se uplatňují v kauzální farmakoterapii. Patří mezi ně např. endogenní deprese s monopolárním a bipolárním průběhem (maniodepresivní psychóza).
- c) **Deprese psychogenní:** Sem řadíme reaktivní depresivní stavy, deprese neurotické a deprese mající pravděpodobnou příčinu v osobnosti pacienta.
- d) **Deprese larvované:** Neprojevují se výrazněji v psychice pacienta, který trpí různými somatickými obtížemi (např. zácpa, bolesti zad) a „zabírá“ na antidepresivní farmakoterapii. Bývají řazeny i do skupiny endogenních depresí.

Pokud jde o **dědičnost**, byla dosud potvrzena výraznější vloha pouze u bipolární deprese (maniodepresivní psychóza).

Zdůrazňujeme, že před zahájením antidepressivní terapie je nutné vyloučit její somatickou příčinu, a tudíž je žádoucí interní a neurologické vyšetření pacienta.

U depresivně se projevujícího člověka musíme vždy myslet na možnost sebevraždného jednání, proto se v následující části budeme věnovat této problematice.

16.2 Dobrovolně nedobrovolný odchod ze života

Paradoxním nadpisem upozorňujeme, že sebevraždné jednání je v naprosté většině případů jevem z oblasti psychopatologie a jen ve zcela výjimečných případech se jedná o „dobrovolnou“ smrt v pravém slova smyslu (např. při obětování se za druhého, nebo v případě bilanční sebevraždy). Lékař se s psychopatologicky motivovaným sebevraždným jednáním setkává dosti často, protože u nás umírá takto denně přibližně stejné množství lidí, jako v důsledku autonehod. U dospívajících je po úrazech druhou nejčastější příčinou úmrtí.

Někdy se rozlišuje mezi sebezabitím a sebevraždou, přičemž kritériem rozlišení je neplánovanost (v prvním případě, např. v rámci impulzivního chování či jako splnění pokynu imperativní sluchové halucinace) či plánovanost (kdy se jedná o vědomé a účelové jednání s cílem smrti). Tyto rozdíly zde nezdůrazňujeme, neboť v praxi bývá rozlišení často nesnadné, a pokud jde o péči o takto ohrožené a postižené, je to méně významné.

Nejvíce ohroženou částí populace jsou lidé, kteří ve větší míře a pravidelně konzumují **alkohol** nebo berou (třeba i nepravidelně) **drogy**. Je tomu proto, že u závislých osob se mění osobnost ve směru nestability a po stránce sociální se tito lidé dostávají do debaklu a bezvýchodné situace. Sám alkohol a některé drogy mohou vyvolat depresi.

V této souvislosti zmiňujeme i novou kombinaci – **alkohol a nezaměstnanost**. Dosud se konzumenti alkoholu při ztrátě místa a po neúspěšném shánění adekvátní nové práce „rozpili“. Problém nezaměstnanosti je totiž velkým psychologickým problémem u lidí, kteří přikládají vysokou hodnotu určité pracovní činnosti, postavení apod., neboť jsou důležitým zdrojem jejich sebevědomí a sebepotvrzení. Ztráta zaměstnání je pro ně ztrátou životního smyslu a osobním „znehodnocením“, čili psychickým traumatem. Podle britských údajů má nezaměstnaný muž jedenáctkrát vyšší pravděpodobnost, že se pokusí o sebevraždu, v porovnání se stejně starým zaměstnaným mužem. U nezaměstnaných osob se také podstatně více vyskytují úrazy, srdeční choroby a nádorová onemocnění (zejména rakovina plic).

Povážlivým fenoménem je dlouhodobá nezaměstnanost mladých lidí, tedy neza-

městnanost nedobrovolná a trvající déle než šest měsíců. Je tomu tak proto, že v době dospívání a časně dospělosti je významným vývojovým úkolem pro člověka získání pracovní kvalifikace, zakotvení v povolání a pracovní vzestup, stejně jako založení a zabezpečení rodiny. Délétrvající nezaměstnanost mladých lidí je v rozporu s předchozími vývojovými úkoly, vede tedy k osobnostní a vztahové destabilizaci se zdravotními a sociálními následky. V této skupině mladých lidí je vyšší kriminalita, vyskytují se zde závislosti všeho druhu, nalezneme zde časté tendence k extrémním postojům apod. Dlouhodobá nezaměstnanost mladé lidi demoralizuje, u starších osob má pak za následek snižování sebeúcty, navodí u nich pocity méněcennosti a rozvíjí naučenou bezmocnost.

Nezaměstnanost je jedním z projevů sociální patologie a dokladem „zdravosti“ či „nezdravosti“ určité společnosti, neboť práce je důležitým zdrojem seberealizace člověka a jeho identity, tedy i duševního zdraví.

Riziko sebevraždy je vyšší i u lidí s dosud nerozpoznaným závažným duševním onemocněním. Zejména se jedná o **deprese v rámci psychotického onemocnění** nebo o **jednání vlivem imperativních sluchových halucinací či úkorných bludů** – nejčastěji hypochondrických či paranoidních. Sebevražedným pokusem pacient „uniká“ domnělým pronásledovatelům, či volí „dobrovolnou smrt“ místo „zdlouhavého a bolestného umírání“ na nemoc, kterou ve skutečnosti vůbec netrpí.

S reálným nebezpečím sebevražedného jednání je třeba počítat u psychoticky nemocných, pro které jsou typické těžké depresivní stavy projevující se trvalým a nemotivovaným smutkem, nepodloženými výčitkami svědomí a pocity viny. Jedná se hlavně o **depresivní fázi maniodepresivní psychózy** (dle MKN-10 bipolární afektivní porucha) a o **monopolární endogenní depresi** (dle MKN-10 středně těžká a těžká depresivní epizoda). U těchto pacientů zvažujeme na prvním místě hospitalizaci v psychiatrickém zařízení, neboť nebezpečí sebevražedného jednání paradoxně roste se zlepšováním jejich zdravotního stavu, protože teprve pak dostanou „sílů“ si vzít život.

Jako poslední skupinu osob, kde je díky impulzivité vyšší pravděpodobnost suicidálního jednání, zmíníme jedince s **emočně nestabilní poruchou osobnosti**. Mnoho jich najdeme mezi mladými toxikomany. Jde o **impulzivní či hraničně strukturované jedince**, kteří se již před krizí odlišovali od ostatních některými svéráznými nebo podivínskými rysy v chování a prožívání.

Tito lidé prožívají daleko častěji než ostatní různé krize a „stresy“. Mnozí z nich na sebe upozorňují poměrně rychle ztrátou duševní rovnováhy a sebeovládání. Vyvolávající podnět vnímá často okolí jako běžnou zátěž, kterou se ostatní lidé naučili zvládat. Překvapují nás bouřlivým výbuchem emocí. Pátráme-li v jejich minulosti, nacházíme zvláštní přecitlivělost na vnímání křivdy, zneuznání, ponižování. Jakoby se nenaučili počkat, ustoupit a odložit řešení sporů. Trpí střídáním nálad a jejich blízcí se jen stěží vyrovnávají s impulzivitou v jejich chování. Často nepřiměřeně hodnotí sebe i druhé (přeceňují nebo podceňují). Mnozí tak žijí v „černo-

bílém světě“, blízké osoby vnímají buď jako zcela špatné a zavrženíhodné, nebo jako dokonalé a ideální. Dokáží náhle a rychle, takřka „přes noc“, změnit vztah k blízké osobě. Člověk vroucně milovaný a obdivovaný je pojednou hoden nenávisti a pohrdání.

Pro osoby hraničně strukturované bývají příznačné chronické pocity prázdnoty, jež mohou také přispívat k suicidálnímu jednání.

V praxi se setkáváme s lidmi, kteří poměrně snadno hovoří o svých úmyslech „se vším skoncovat“ v souvislosti s meziosobními, nejčastěji manželskými a partnerskými konflikty. Někdy vzniká dojem, že sebevraždou vyhrožují a používají ji jako prostředek manipulace, emočního vydírání a nátlaku. Vážně myšlené sebevražedné jednání v jejich případě obvykle nehrozí, zato však **demonstrativní suicidální pokus** není ničím neobvyklým. Proto s nimi jednáme, jako by byli akutně ohroženi sebevraždou. Na druhé straně je toto jednání méně pravděpodobné u lidí v krizi, kteří – byť jsou depresivní – mají nějaký vážnější důvod k životu (např. nezaopatřené dítě, nesplněný úkol, je tu někdo, na kom pacientovi hodně záleží). To ovšem neplatí u psychoticky nemocných pacientů.

Sebevražedný čin

je výsledkem předchozího vývoje, má tedy vlastní a poměrně jednoduchou dynamiku.

- Nejříve si člověk tuto možnost uvědomí jako něco, co se ho týká nejen teoreticky, ale i prakticky.
- Vývoj ve směru sebevraždy pokračuje zaujetím ambivalentního postoje k vlastnímu odchodu ze života a řešením této ambivalence. Zvažuje pro a proti, a je třeba zdůraznit, že suicidální myšlení bývá ovlivněno často velmi diskrétním depresivním laděním. Stále více člověk nabývá dojmu, že je jeho budoucnost uzavřená a životní situace bezvýchodná a beznadějná.
- Rozhodnutí si vzít život pak přichází jako úleva po tenzi doprovázející rozhodování.
- Následují přípravy na ukončení života.
- A nakonec přichází vlastní provedení sebevražedného činu.

Popsaný proces se odvíjí v různém časovém rozmezí – od dnů po roky. Tato různost je dána tím, že subjektivní tlak na ukončení života bývá nestejně silný, může být přerušen či zcela zastaven úspěšnou léčbou či událostmi, jež životu dodají naděje a smysl.

V rámci rozhovoru s nemocným, a nejlépe také s někým z rodiny, je nutné posoudit, zda u něho nehrozí akutní nebezpečí sebevražedného jednání. Sebevražedností se po celý život zabýval rakouský lékař **E. Ringel** (1921–1994), který je autorem **presuicidálního syndromu**, jenž umožňuje identifikovat

osoby, u kterých hrozí nebezpečí dobrovolně nedobrovolného odchodu ze života.

Nebezpečí sebevražděného jednání signalizuje kombinace tří znaků:

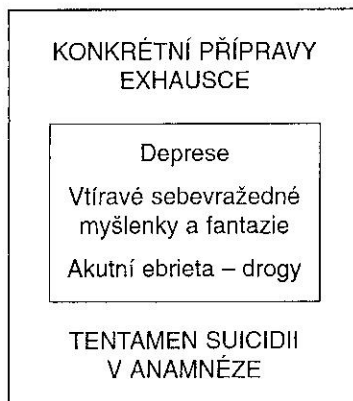
- zúžení subjektivního prostoru;
- potlačovaná a proti sobě zaměřená agresivita;
- sebevražedné fantazie.

Zúžením subjektivního prostoru máme na mysli ochuzení v prožívání hodnot, mezosobních vztahů a zájmů člověka. Jedinec se cítí být uzavřen a jakoby v zajetí, „chodí v kruhu“, bilancuje negativně, je „slepý“ ke svým možnostem.

Potlačovaná a proti sobě zaměřená agresivita je druhým typickým znakem presuicidálního syndromu a znamená, že člověk obviňuje sebe a vidí příčinu všeho nedobrého, ať je skutečnost jakákoli, jediné v sobě. Agresivita představuje určitou energii a tato energie se obrací „dovnitř“, proti jedinci samotnému.

Sebevražedné fantazie spočívají v intenzivním představování si konce života a v přemýšlení o něm. Zvláště jsou ohroženi ti lidé, kteří v noci sní o tom, že si sami nebo někdo blízký bere život nebo umírá jiným způsobem.

Nebezpečí sebevražděného jednání je **akutní**, jestliže je člověk depresivní a je zároveň „obtěžován“ vtíravými sebevražednými myšlenkami a fantaziemi, které mají nutkavý, neodbytný charakter. Zprvu se jim brání, posléze podléhá. Upozorňujeme, že deprese se nemusí projevovat na prvním místě poruchou nálady (zřetelným smutkem apod.), nýbrž depresivními (pesimistickými) myšlenkami, celkovou negativní bilancí a dojmem bezvýchodnosti ze situace, spolu s výčitkami svědomí.



Obr. 11 Akutní nebezpečí sebevražděného jednání

Bezprostřední nebezpečí

hrozí, jestliže člověk přemýšlí, „jak to udělat“, a koná přípravy (shromažďuje léky, obhlíží koleje apod.) nebo to „zkouší“ (např. se trochu řízne do ruky).

Mezi další rizikové faktory patří: suicidální pokus v anamnéze, suicidální jednání v blízkém okolí či příbuzenstvu, tělesné vyčerpání („nejí, nespí, pije“), akutní opilost či je-li pacient pod vlivem drogy.

Akutní nebezpečí sebevražedného jednání

Tam, kde hrozí akutní nebezpečí sebevražedného jednání, je nutná pacientova neprodlená hospitalizace na lůžkovém psychiatrickém zařízení. Léčba depresivních stavů je v kompetenci odborného lékaře–psychiatra a klinického psychologa, které v takovém případě kontaktujeme a problematiku konzultujeme. Jinak lze doporučit postup v rámci psychologické první pomoci a krizové intervence, o nichž se více dovíme v devatenácté kapitole.

16.3. Jednání s depresivním pacientem a léčba deprese psychologickými prostředky

Člověk v zajetí depresivní rozlady se cítí být na všechno sám, prožívá nejistotu a bezvýchodnost. Proto je důležité, aby lékař ve zvýšené míře dodržoval zásady psychologického přístupu, zvláště pokud jde o empatii a akceptaci. Lze proto doporučit **nedirektivní empatický rozhovor**, jehož prostřednictvím se orientujeme v problematice a posléze rozhodneme, co s pacientem dále podnikneme. Jde-li o depresi jako nemoc, nutno konzultovat se specialisty, kterým zpravidla nemocného předáme do péče. Pokud jde o rozlady, pomáháme je pacientovi překonávat **vztahovou nabídkou** v rámci již známého psychologického přístupu. Překonáváme tím jeho subjektivní osamělost a pomáháme nemocnému budovat naději ve změnu k lepšímu.

Z praxe je známo, že i riziko sebevražedného jednání je malé, pokud se na nás nemocný naváže, my jej pak „držíme“ a nemůže si vzít život „už kvůli nám“. Pozor však na emoční manipulace a „vydírání“ ze strany některých nemocných, zvláště s *pithiatickým* osobnostním svérázem. Samotný vztah také nestačí u těžkých a psychotických depresí.

Prostřednictvím psychoterapie je celá řada depresí dobře léčitelných, je to otázka správné indikace pacienta pro určitý typ terapie. I u endogenních depresí by měla být psychoterapie součástí komplexního bioekopsychosociálního přístupu, ovšem je vhodná až v pozdějších fázích léčby, kdy už je s pacientem dobrý kontakt. Jejím smyslem je pomoci nemocnému zvládnout jeho předchozí psychické stavy, posílit „já“ osobnosti a připravit jej na běžný život.

Na dalších stránkách si problematiku psychologické léčby depresí přiblížíme na příkladu **kognitivně behaviorální psychoterapie**, která se

osvědčila a je spojena se jménem současného amerického psychologa **A. T. Becka** (nar. 1921).

Kognitivně behaviorální terapie

je indikována u nepsychotických pacientů, kdy se jedná o reaktivní, neurotickou depresi nebo depresi v rámci poruchy osobnosti.

Podle kognitivně-behaviorální teorie vzniku deprese jí jsou ohroženi lidé **postrádající dostatek pozitivní sociální odezvy a pozitivního potvrzení sebe**. Z tohoto názoru vlastně vychází celá terapie. Deprese dobře psychologicky ovlivnitelná není hluboká a projevuje se *dysforickými* rozladami (rozmrzlost, podrážděnost), *anhédonií* (chybí radost ze života), přítomny bývají pocity viny a negativní pohled na sebe, okolí a budoucnost při výrazném trendu ke generalizaci.

Základní znaky terapie:

- Terapeut je vůči pacientovi vysoce empatický a bere vše, co říká a myslí, naprosto vážně.
- Situace terapie je jasně strukturována (co, kde, kdy a proč).
- Postupuje se po malých krocích, aby člověk úkoly zvládal v duchu hádanky: „Lze sníst slona? Ano, po kouskách.“
- Podporujeme pacientovy aktivity – zvláště sociální a měníme jeho depresivní názory.
- Vytváříme dlouhodobé udržovací programy vycházející z pozitivních sociálních cílů (např. změna zaměstnání, jež přivede pacienta více mezi lidi).

Před **zahájením vlastní terapie** je nutná správná indikace, proto je nezbytné zevrubné diagnostické vyšetření. Vylučujeme pacienty hluboce depresivní, psychotické a ty, u nichž hrozí akutní suicidální jednání. Na **začátku terapie**, která má zpravidla ambulantní formu, vytvoříme s nemocným dobré pracovní společenství tím, že jsme empatičtí a dáváme najevo, že mu rozumíme. Dohodneme pravidla a postup terapie, zdůrazníme, že si budeme počínat tak, aby vše dobře zvládl (častá starost depresivních pacientů). Důležité je přesně časově ohraničit terapii – zvýšíme tím motivaci ke spolupráci. Délka intenzivní terapie bývá tři až šest měsíců při různé četnosti setkávání – zpočátku jsou kontakty častější, postupně se prodlužují. Od samého počátku dodáváme naději ve změnu k lepšímu a měníme drobným významovým posunem často fatální a pesimistickou atributaci pacientových výroků.

Pacient např. říká: „Nikdy se z toho nemůžu dostat. Je se mnou konec.“ Je vhodná terapeutova replika: „Momentálně se vám zdá vaše situace hodně špatná.“

Při **vlastní terapii** vycházíme z toho, co bylo pro člověka zajímavé, co rád dělal v období před nástupem deprese. Této exploraci věnujeme jednu až dvě hodiny. Dále vytváříme a přesně plánujeme (po hodinách pro celý den) týdenní plán uspokojujících aktivit s akcentem na sociální kontakty. Společně vytváříme „domácí úkoly“. To je třeba dělat důsledně s nemocným a s jeho souhlasem s programem tak, aby pro něho byla náplň reálná a zvládnutelná – a aby ji vzal skutečně za svou a do svých rukou. Zprvu musíme stanovit krátkodobé a dosažitelné cíle, které by přinesly úspěch. Vhodné je do terapie zapojit i nejbližší příbuzné, kteří pomáhají program splňovat.

Soustavně se věnujeme negativním–depresivním myšlenkám, obrazům a fantaziím, které mají „automatický a nedobrovolný“ charakter. Centrem bývá pocit neschopnosti, viny a nepřiměřené odpovědnosti, jako „selhal jsem“, „nic nedokážu“, „za všechno mohu“. Pacienta vedeme k tomu, aby je nakonec sám zpochybnil a vyvrátil, nebo změnil v pocity alternativní. Ukazuje se – jak již víme ze stoické filozofie –, že změnou myšlení a názoru můžeme postoj a prožívání, o což v této terapii jde především. Negativní myšlenku musíme nejdříve přesně identifikovat, pojmenovat a ohraničit. Hledáme to, co je nejvíce zatěžující, a ptáme se: „Co je pro vás nejhorší? Co to pro vás znamená? Co si při tom představujete?“ Společně pak hledáme **věrohodnou racionální odpověď**, pro pacienta přijatelnou nebo prostřednictvím tzv. **sókratovského dialogu** vedeme pacienta otázkami ke zpochybnění toho, co říká a myslí. Jako vhodná strategie se ukazuje být i technika tzv. **přeformulování myšlenky v opak**.

Pacient říká: „Nejsem schopen žádného vztahu.“ Terapeut se zeptá: „Jak vypadá někdo, kdo je schopen vztahu?“ A z odpovědi pacienta, jež je mu blízká a pozitivní, vycházíme v dalším rozhovoru. Osvědčuje se technika nazývaná tzv. **advocatus diaboli**. Pacient např. stále vyjadřuje určitý negativní názor. Zeptáme se: „Co poradíte příteli, který bude mít stejnou myšlenku?“ Získáme alternativní názor. Stejným způsobem se lze věnovat údajným příčinám jeho potíží, nebo vůbec všemu zatěžujícímu.

Technik a možností je celá řada. V podstatě se snažíme, aby depresivní člověk sám vlastními slovy argumentoval proti automatickým a depresivním myšlenkám a nahrazoval je **reflektujícím a diferencujícím myšlením**. Průběžně a cílevědomě zvětšujeme **sociální kompetenci** pacienta tím, že postupně rozšiřujeme jeho **sociální aktivity** (vhodná bývá např. pomoc druhým lidem, neboť získá pozitivní citovou odezvu) s ohledem na budoucnost. Problémem bývá změna základních názorů, které mívají ráz osobních a rodinných mýtů a často souvisejí s recidivami.

Patří sem názory typu: „Nesmím se nikdy zmýlit. Zmýlil jsem se, za nic nestojím.“
Nebo: „Všichni mě musí mít rádi. Karel mne nemá rád, je to katastrofa.“

Na začátku každého terapeutického setkání pacient vyplňuje dotazník týkající se potíží depresivního typu, který hned vyhodnotíme. Tak získáme jasný přehled o jeho zdravotním stavu. Hlídáme signály poukazující k možnosti sebevražděného jednání. Probereme to, co je nápadné v pozitivním i negativním směru. Probíráme uplynulé období od posledního setkání, zajímáme se o jeho pocity a obsahy, jež je doprovázejí. K pacientovi zaujímáme průběžně empatický a povzbudivý postoj (i malý úspěch je vlastně „velký úspěch“ apod.). Důležité je nepěstovat závislost, ke které mají depresivní lidé sklon. Zlepšování svého stavu má připisovat především sám sobě – své vlastní aktivitě, a nikoliv vlivu psychoterapeuta.

V průběhu terapie se mění negativní sebepojetí postupně v pozitivní, pacient se aktivizuje, jeho sociální kompetence a činnosti narůstají. Vztah mezi námi a nemocným se uvolňuje a terapie končí podle předem uzavřené dohody. Pacient se během léčby stal „odborníkem na svoji depresi“ a ví, jak si počínat, když se depresivní ladění opět vracelo.

SOUHRN

Truchlení je normální a přirozená reakce člověka na ztrátu někoho nebo něčeho významného. Umožní tuto ztrátu akceptovat, a tak se s ní vyrovnat. Deprese je syndrom zasahující zvláště náladu, myšlení a psychomotoriku nemocného. Nedá se vůlí zvládnout a vyžaduje léčbu odpovídající typu deprese. Podle etiologie lze deprese dělit na symptomatické, endogenní, larvované a psychogenní. U depresivního pacienta musíme myslet vždy na možnost sebevražděného jednání. Akutní nebezpečí hrozí, je-li přítomna deprese, vtíravé sebevražděné myšlenky a je-li v anamnéze sebevražděný pokus. Při jednání s depresivními pacienty je třeba ve zvýšené míře dodržovat zásady psychologického přístupu a navázat pacienta na sebe. Depresi jako nemoc je kompetentní léčit psychiatr a klinický psycholog. Jako příklad psychoterapeutické léčby nepsychotické deprese je uvedena kognitivně behaviorální psychoterapie.

Hněv a agresivita

V této kapitole se zamyslíme nad zdroji a formami agresivity, a to z hlediska teoretického i praktického. Soustředíme se především na to, jak se agresivita projevuje ve vztahu mezi pacientem a lékařem. Seznámíme se se způsoby, jimiž ji lze mírnit a odstraňovat prostřednictvím psychologických prostředků, a s preventivními opatřeními, kterými eliminujeme tuto příčinu nepohody a špatné spolupráce pacienta s lékařem. S hněvem a agresivitou se lékař v kontaktu s nemocnými a jejich příbuznými setkává, a to nejen u nich, ale i u sebe. Snadno si lze představit rozhněvaného pacienta a i personál, jenž se „stěží ovládá“. Agresivita lékaře znejistuje, zlobí a případně mrzí, protože agresivní projevy, pokud nejsou bezprostředně způsobené zdravotním stavem pacienta (např. amentnědelirantní stav při vysoké horečce nebo změny vědomí a s nimi spojená možná agresivita při epileptickém záchvatu), vybočují z role lékaře i z role pacienta. Lékař s vlastní agresivitou a agresivitou nemocného zpravidla neumí zacházet a tyto situace na něj působí negativně, neboť ohrožují jeho profesionální i osobní sebevědomí. Agresivita pro něj znamená mimořádnou zátěž. Jakékoliv agresivní projevy v ordinaci, ať už pacienta, lékaře nebo obou, zpravidla signalizují narušený vztah mezi pacientem a lékařem.

17.1 Vymezení pojmů, hlavní charakteristiky a teorie

Hněv

je specificky lidská emoce, prožitkově a ve svém projevu interkulturálně velmi podobná, a proto lze předpokládat její vrozené základy. Obvykle předchází lidskému agresivnímu projevu a bývá jeho podmínkou, ten však nemusí být vždy přítomen. Člověk pociťuje hněv zvláště tehdy, jestliže se ho druhý jedinec něčím dotkne. To platí, i když se někdo dotkne lidí jemu nej-

blíže (např. vlastních dětí, životního partnera) a ohroží tím či zraní jeho sebepojetí.

Malé dítě se hněvá a rozčílí, jestliže mu kamarád při hře něco vezme nebo jej ostatní nechťejí vzít mezi sebe. Dospívající bývá citlivý na vnímanou nespravedlnost. Dospělý se urazí či rozčílí při osobní urážce.

Hněv je silnější emoční reakce (někdy se vystupňuje až v afekt zuřivosti) na vnímanou osobní urážku, ponížení a osobní újmu jakéhokoliv druhu, kdy na určité okolnosti „doplácíme“ (např. na nedbalost druhých, zlý úmysl, schválnost). Hněvem lze reagovat na omezování vlastních možností nebo možností lidí, na kterých nám velmi záleží. Rozčilení, na rozdíl od hněvu, nebývá tak silné a zpravidla trvá časově kratší dobu.

Hněvem neoznačujeme pouze aktuální stav, nýbrž i negativní postoj, vázaný na určitou zkušenost, jež se člověka dotkla (např. příkoří). Říkáme, že se „někdo na někoho hněvá“ a znamená to, že stačí málo a dojde k projevu této emoce.

Agresivita

(z lat. *aggredi*, tj. přistoupit, přiblížit, napadat, útočit) je komplexním psychologickým pojmem. Komplexnost zde znamená složitost a různé vzájemně se ovlivňující úrovně, z čehož plyne i různost možných přístupů při reflexi této skutečnosti.

Agresivita má u člověka rozmanitou podobu: Agresivně lze myslet a komunikovat, prožívat, jednat, agresivita je obsažena v našich představách a fantaziích, přáních, denních a nočních snech.

Vymezujeme ji jako poměrně stálou individuální dispozici k útočnému jednání.

Lze ji dělit podle místa jejího projevu na **vnější** a **vnitřní**, vnějškově projevovanou a pozorovatelnou a také na **verbální** (slovní) a **brachiální** (fyzickou).

Praktický význam má rozlišení podle směru působení na **agresivitu intrapunitivní**, kterou jedinec zaměřuje sám proti sobě, a **agresivitu extrapunitivní**, vedenou proti okolí. Směřování agresivity patří mezi stálější charakteristiky osobnosti.

Například intrapunitivní agrese se projevuje také tím, že hledáme chybu spíše v sobě než v druhých, a jejím extrémním projevem je sebevražedné jednání. Při terapii depresí bývá dobrým znamením, podaří-li se u pacienta její přesměrování směrem „ven“ a člověk začne být kritický a „zlobit se“ na druhé. Agresivita energetizuje a celkově aktivizuje a při její extrapunitivní orientaci působí jako „antidepressivum“ (vylučuje se např. se syndromem bezmocnosti a beznaděje).

V psychologii rozeznáváme – podle motivace – čtyři základní typy tohoto jednání:

- agresivitu instrumentální,
- agresivitu samouúčelnou,
- agresivitu jako důsledek afektu,
- agresivitu reaktivní.

Agresivita instrumentální je nejběžnější a znamená, že jedinec chce touto formou chování něčeho dosáhnout. Stává se pouze instrumentem – prostředkem (nástrojem), který je osvojený učením, zvláště nápodobou druhých. Máme tendenci opakovat chování, jež bylo účelné, a při němž jsme dosáhli toho, co jsme zamýšleli. Například jedinec ví, že mu druhý vyhoví, jestliže se rozcílí a rozčilení dá slovně najevo (vyčítá, nadává apod.).

Do této kategorie lze zařadit i vývojově podmíněné agresivní projevy dětí, které tímto způsobem poznávají svět a strukturují svou osobnost, protože agresivita napomáhá k uvědomování a vymezování sebe sama, což je zvláště důležité u batolat a dětí předškolního věkového období. Je jedním z „nástrojů“ individuace, tedy stávání se sebou.

Agresivita samouúčelná je „agresivitou pro agresivitu“. Člověku přináší požitky sama o sobě, neboť destrukce může být příjemná. Je zřejmé, že někdy je vázána na sebepojetí, neboť také takto si lze zvyšovat sebevědomí, prosazovat se a nalézat sebepotvrzení. V takovém případě je osobní charakteristikou a její motivace souvisí se subjektivními potřebami jedince.

Nebezpečná je agresivita spojená se *sadismem* (tato kombinace je častá), a to v nejširším slova smyslu, kdy jedinci přináší potěšení fyzické, ale i psychické utrpení druhého spojené s ponižováním a posléze znehybněním oběti, což je programem u tzv. útočného sadismu. Sadismus je perverze, kdy k sexuálnímu uspokojení dochází výlučně při značném fyzickém utrpení druhého, a to je-li toto utrpení projevované.

Agresivita jako důsledek afektu bývá nejčastější u lidí s narcistickou poruchou osobnosti. Jedná se o jedince značně sebevědomé a na sebe zamě-

řené. Druhého příliš nevnímají nebo jen účelově – pokud slouží jejich velkášským fantaziím a plánům. Tito lidé jsou nadměrně citliví na ponížení, na které reagují velmi snadno hněvným afektem ústícím v agresivní jednání. Stává se, že po takovém jednání mají výpadek paměti (*amnézií*).

Do afektu se může dostat každý člověk, pokud dojde k překročení „míry“ určitých vlivů. Existuje specifické snížení prahu ve vztahu k některým okolnostem („osobnostní slabá místa“), jež jsou dána vývojově. Někdo např. velmi špatně snáší loučení a rozchody a reaguje na ně silně emočně.

Každé velké rozčilení mívá zpravidla za následek agresivitu, neboť takový člověk se potřebuje „vybít“. Jestliže toto „vybití“ není opakovaně možné, může být jedním z rizikových faktorů při vzniku psychosomatických poruch zvláště kardiovaskulárního typu.

Agresivita reaktivní bývá odpovědí na ohrožení vitálních potřeb nebo tělesné a psychické integrity. Například silná fyzická nebo duševní bolest mohou vyvolat agresivitu, jejímž cílem je odstranit její zdroj.

Pokud jde o teorie vzniku (původu) agresivity, lze je rozdělit do dvou základních okruhů: teorie vycházející z biologie a teorie psychologické.

Teorie biologické

říkají, že agresivita je způsobena faktory popsitelnými a vysvětlitelnými neurofyzilogicky (tzv. centra agresivity v rámci CNS), geneticky (vliv specifických genů) a endokrinologicky (působení zvláště mužských pohlavních hormonů).

Teorie psychologické

popisují a vysvětlují agresivní jednání a sklony. Vycházejí z lidské vrozené a pudové výbavy (teorie etologické a hlubinněpsychologické) a agresivitu považují za reakci na frustraci (obecně roste např. při sexuální frustraci a deprivaci). Jiní ji vysvětlují použitím pojmů a mechanismů z teorie učení (důraz je stále více kladen na kognitivní procesy, zvláště anticipaci).

Celkově lze konstatovat, že

agresivita má vrozený základ, ale její intenzita a forma jsou do značné míry osvojené během života člověka, a proto ovlivnitelné prostředím a psychologickými prostředky. Slouží formování a rozvoji osobnosti a plní ochrannou a adaptivní funkci.

Agresí hájíme vlastní psychickou a fyzickou integritu, a je-li potřeba i integritu druhých. Jestliže je však situačně a formou či intenzitou nepřiměřená, stává se problémem. To je případ útočného jednání nemocných a jejich příbuzných v ordinaci lékaře. Jestliže taková situace nastane, komplikuje až znemožňuje diagnostický, léčebný, a případně rehabilitační proces, neboť pak nelze počítat se spoluprací pacienta, eventuálně příbuzných.

17.2 Projevy a příčiny agresivního jednání u pacienta a lékaře

Útočnost pacienta má nejčastěji verbální podobu. Nemocný zvyšuje v rozčilení na lékaře nebo sestru hlas, křičí, nadává, vyhrožuje, vyčítá, nebo je ironický a jízlivý. Vzbuzuje dojem, že chce zastrašovat, provokovat, hádat se. Tímto způsobem však obvykle usiluje o dosažení nějakého domnělého či skutečného „práva“ nebo o odčinění domnělé či skutečné „křivdy“, již se stal „obětí“. Jindy se potřebuje odreagovat a zbavit vnitřního napětí.

Nutno upozornit, že takto jedná nemocný, případně příbuzný pacienta, který nemá k lékaři vytvořený dobrý vztah, lékař tedy není pro něho spolehlivou autoritou, již by důvěřoval. Co si člověk v interpersonální situaci může, nebo nemůže dovolit, závisí na vztahu, tedy jak druhého vnímáme a co pro nás znamená.

Vlastní slovně útočný projev bývá **reakcí** na to, co se dříve pacientovi přihodilo, čeho chce **dosáhnout**, a na **právě probíhající** situaci, která má funkci **spouštěče** tohoto nepřiměřeného projevu. K pochopení diskutovaného chování je třeba vzít v potaz minulou i současnou zkušenost nemocného a cíl, jehož chce vědomě nebo nevědomě dosáhnout.

Vlastnímu agresivnímu jednání obvykle v takových situacích předcházejí pocity hněvu, ale i strachu či úzkosti, které se dostavují, hodnotíme-li určité skutečnosti jako pro nás významné a zároveň nepříznivé. Tyto momenty jsou, jak jsme již dříve upozornili, spjaté s naším „já“ a lze je přiblížit i poukazem na prožitky křivdy, nespravedlnosti, zmaření a zklamání, újmy, ponížení apod. To, že některý jedinec prožívá a reaguje některým z agresivních způsobů, či naopak – třeba stažením se, nebo popřením významu určité skutečnosti –, je dáno jeho **osobním stylem**, jímž se vyrovnává s náročnými situacemi.

Jaké jsou nejčastější příčiny agresivního jednání pacienta?

Bývá to zpravidla kombinace následujících okolností, jež se kumulují, a překročí-li subjektivně únosnou míru (danou např. i humorálními faktory) a je-li možnost se agresivně chovat, dojde k útočnému jednání.

- Subjektivní pocit ohrožení a strachu (např. z lékařského zákroku, ze smrti, existenční obavy).
- Prožitky krivdy a nespravedlnosti ve vztahu k událostem, které člověk považuje za významné a týkají se jeho osoby či osob jemu blízkých.
- Zklamání v určitém očekávání nebo v pacientově snaze. Častou reakcí na frustraci je agresivita (nemocný má např. dojem, že se mu lékař nevěnuje a že je neadekvátně léčen).
- Celková větší zátěž a z ní plynoucí exhaustce, která může být spojená se zvýšenou dráždivostí a aktuální podrážděností. Agresivní projev nastává, vnímá-li pacient něco jako zbytečně nepříjemné (např. čekání) a obtěžující (např. opakované dotazy na stejné skutečnosti).
- Prožitek ponížení, zesměšnění, uražení – někteří lidé jsou na tyto zkušenosti přehnaně citliví.
- Pocit bezmoci, ať již subjektivní, nebo ve spojení s tělesnými omezeními až bezmocností.
- Pocity viny a obrana před nimi tím, že se hledá „viník“ jinde, což bývá spojeno s agresivním prožíváním, případně i jednáním (pomsta, trest). To bývá časté u příbuzných.
- Intenzivní bolest se somatickou příčinou (např. při chirurgickém zákroku).

Pro úplnost dodejme, že neklid spojený s agresivním jednáním může doprovázet změněný stav vědomí (např. při vysokých horečkách či intoxikaci). Také se s ním setkáváme u psychoticky nemocných, jejichž osobnost je dezintegrována. Takoví pacienti prožívají masivní úzkost, případně mohou jednat agresivně pod vlivem imperativních bludů a halucinací, zejména paranoidního charakteru. Tito pacienti vyžadují hospitalizaci a léčbu ve speciálních zařízeních.

Agresivita spojená s nedostatkem až absencí soucitu (**anetičnost**) je častá i u osob s disociaální poruchou osobnosti, u nichž bývá i vyšší agresivní potenciál a emoční dráždivost. Tato zatím neléčitelná a obtížně ovlivnitelná porucha osobnosti je častá u lidí provádějících násilnou trestnou činnost.

Jaké jsou nejčastější příčiny agresivního jednání u lékaře?

Nejdříve budiž řečeno, že kromě verbální agresivity (lékař zvyšuje hlas a rozcíljuje se, vyčítá apod.) to bývá také nešetrnost při vyšetřování a zákrocích. Lékař může pacienta „trestat“ i neindikovanou medikací, je-li mu nepříjemný či „obtěžující“, případně „drzí“. Například lékař–psychiatr nesprávně naordinuje vyšší dávky neuroleptik jedinci, který je stále s něčím nespokojen, stěžuje si a „zneklidňuje oddělení“.

Hněv a agresivní projev u lékaře nejčastěji vyvolávají pacienti a jejich příbuzní, kteří:

- Nespolehlivě spolupracují – neberou léky, nedrží dietu apod.
- Projevují vůči zdravotnickému personálu a spolupacientům agresivitu – nadávají, vyvolávají spory apod.
- Lékaře snižují, znejšťují a zneklidňují – kritizují jeho počínání, stěžují si, pomlouvají, intrikují apod.

Nutno upozornit, že snadněji dojde k podrážděné reakci u lékaře, který je aktuálně unavený, přepracovaný nebo se u něho projevuje syndrom vyhaslosti. Pochopitelně může jeho základní emoční vyladění souviset i s nespokojeností, případně konflikty na pracovišti nebo v osobním životě, kdy si podrážděnost z domova přináší do práce a někdo z pacientů to pak „odnese“. Pro lékaře bývá nepřijatelné si přiznat vlastní nevhodné chování vůči pacientům a jejich blízkým. Zpravidla své jednání racionalizuje, tedy zdůvodňuje přijatelným způsobem, pokud je vůbec nepopře ve smyslu psychických obranných mechanismů. Časté je připisování viny druhým a tvrzení, že „může si za to sám, kdyby“. Přesto však lékař zpravidla cítí, že nejedná správně a mívá špatné svědomí. Bývá vhodné se s vlastní agresivitou seznámit prostřednictvím již dříve zmíněných balintovských skupin a tím jí vlastně čelit, protože poškozujeme nejen pacienty, ale i sebe a celý lékařský stav, jelikož dochází ke snížení citlivosti vůči druhým lidem a k postupné osobní degradaci.

17.3 Zvládání agresivity psychologickými prostředky

Psychologické prostředky, jak již víme, jsou založené především na komunikaci, tedy na sdělování významů, ať již má formu slovního nebo mimoslovního projevu. V širším významu se de facto jedná o **psychoterapeutické působení**. Hledejme odpověď na otázku:

Jak lze zvládat slovně útočného a hádavého pacienta slovem a celkovým vystupováním?

Především je třeba upozornit, že ke konfliktu, který má nejčastěji podobu **hádky**, je třeba nejméně dvou lidí, kteří jednají komplementárně. Člověk se o samotě hádat nedokáže, potřebuje k tomu ještě dalšího, kdo na spor přistoupí a společně jej pak rozvíjejí se všemi důsledky. Zde máme na mysli zvlášť emoční oblast, neboť lidé ve sporu a v rozčilení „přestávají myslet“, jejich zábrany se oslabují a nakonec jednají opravdu urážlivě, impulzivně a neočekávaně. V praxi nejčastěji konflikt vzniká a roste tehdy, setkají-li se podrážděný pacient s podrážděným lékařem. Proto by měl lékař své „nálady“ včas reflektovat a sebe v tomto směru „hlídat“.

Seznámíme se se čtyřmi zásadami, které lze doporučit při jednání se slovně agresivním člověkem.

1. **První zásadou** při jednání s podrážděným či rozčileným pacientem nebo jeho příbuzným je **zachovat klid**, nechovat se autoritářsky a na případný slovní útok, výčitky apod. nereagovat stejnou mincí, protože agresivita zesiluje agresivitu (tzv. spirálovité posilování). Pacienta zpravidla „odzbíjí“, jestliže jej **vlídně a zdvořile přijmeme**, podáme ruku, nabídneme místo, tedy chováme se nekomplementárně a opačně než očekává.

Jestliže přesto ve svých výpadech pokračuje, konstatujeme jeho rozčilení jako fakt a opět klidně (nikoliv suverénně) sdělíme, jak na nás osobně tento projev působí a jaké pocity v nás vyvolává. Tato osobní rovina pacienta překvapí a jeho agresivní chování se s největší pravděpodobností zmenší a posléze přeruší.

2. **Druhou zásadou** při zvládání potenciálně či aktuálně útočného pacienta je jeho **pozorné vyslechnutí** při zachování **akceptujícího postoje** z naší strany. Akceptovat druhého znamená, že jej přijímáme „takového, jaký je“, včetně toho, že na rozčilení má „také právo“. Akceptace však neznamena souhlas. Vše, co pacient říká, bereme vážně a jako sdělení, která jsou pro něho subjektivně významná a z jeho hlediska pravdivá, byť s nimi nemusíme souhlasit. Důležité je, že to, co nemocný říká, nehodnotíme. Doplnujícími otázkami se v situaci orientujeme a zároveň tak projevujeme svůj osobní zájem.
3. **Třetí zásadou** je, že se snažíme uvědomit si, jak to, co říká, vlastně myslí, jaký to má pro něho význam a jak momentálně prožívá. Tyto skutečnosti mu během rozhovoru srozumitelnou formou sdělujeme, čili je **reflektujeme**. Po relativně delších úsecích jeho výpovědi (třeba s akcentem rozčilení, přecházejícího ve stěžování či „dramatický monolog“) **shrnujeme** řečené. Pacient cítí, že jej chápeme, nebo že máme dobrou vůli mu porozumět. Začíná nás vnímat jako své spojence. Již tato okolnost jej uklidňuje, stáváme se sympatickými a důvěryhodnými. Tak mu také umožníme získat od toho, co říká, určitý odstup a lépe se vyznat v situaci, jež vedla k vnitřnímu zneklidnění a rozčilení. Jinak vyjádřeno: pomocí **empatie** hledáme společně s pacientem **porozumění** jeho stavu a příčinám, které k němu vedly. Mělo by být jasně řečeno, co vedlo a vede k jeho zneklidnění, co se konkrétně přihodilo, co si přeje a čeho chce dosáhnout. Pravidlem bývá, že pacient mívá opravdu **reálné důvody** k neklidu a případným obavám, ovšem jejich subjektivní zpracování a následná reakce jsou nepřiměřené.
4. **Čtvrtou zásadou** je, že pokud to jde, snažíme se nemocnému **vyhovět**. Není-li to možné, klidně a zevrubně naše stanovisko vysvětlíme i s pochopením pro jeho zklamání. Poskytneme prostor pro zodpovězení pacientových dotazů, pomáháme hledat jiné řešení apod. Zde zvláště platí osvědčená zásada o tom, že „přidat minuty znamená ušetřit hodiny“ – ať již sobě nebo jiným lékařům, na které se nespokojený pacient jinak dále obrací.

Závěrem bychom rádi upozornili na skutečnost, že na mnohém nepřiměřeném chování nemocných a jejich příbuzných se spolupodílejí i lékaři tím, že s nimi jednají s malou úctou a respektem – nebo s nimi téměř nehovoří. U pacientů pak zcela zákonitě vzniká dojem, že lékaři o ně nemají zájem, nebo že jsou dokonce nedostatečně léčeni. Pokud jde o **prevenci nespokojenosti**

nosti, strachu a eventuálně s nimi souvisejícími **agresivními projevy**, lze doporučit dodržování následujících dvou zásad:

- Pacienta je třeba průběžně, předem a bez vyžádání z jeho strany dostatečně **informovat** o všem, co je pro něho v souvislosti se zdravotními obtížemi a diagnosticko-terapeutickým procesem důležité.
- Pacientovi je žádoucí umožnit v co nejširším rozsahu a ve všech směrech **spolurozhodování**.

SOUHRN

Hněv je specificky lidská emoce, která často bezprostředně předchází agresivnímu projevu. Zpravidla souvisí s ohrožením sebepojetí. Agresivita je poměrně stálá individuální dispozice k útočnému jednání. Lze ji rozdělit na vnitřní a vnější (verbální, brachiální), intrapunitivní a extrapunitivní, dále na agresivitu instrumentální, samoučelnou, agresivitu jako důsledek afektu a agresivitu reaktivní. Rozznáváme teorie biologické a psychologické, jimiž se vysvětlují zdroje agresivity. Agresivita má vrozený základ, ale její intenzita a forma jsou do značné míry osvojené učení během života člověka, a proto ovlivnitelné prostředím a psychologickými prostředky. Slouží formování a rozvoji osobnosti a plní ochrannou a adaptivní funkci. Má-li pacient strach nebo prožívá-li nějakou silnou osobní újmu, reaguje na bolest nejčastěji agresí. U lékaře vyvolávají hněv pacienti, kteří špatně spolupracují a lékaře nerespektují nebo ohrožují jeho sebepojetí. Psychologickými prostředky zvládáme rozčilené pacienty tím, že s nimi jednáme zdvořile, pozorně je vyslechneme, akceptujeme jejich postoje (akceptace však neznamená souhlas), prostřednictvím reflexí a empatie se snažíme nalézt společné porozumění příčinám nespokojenosti (co se stalo, o co jde), a je-li to možné, pacientovi vyhovíme. Jestliže tomu tak není, zevrubně mu vše objasníme. Nejlepší prevencí nespokojenosti, strachu a agresivních projevů je podrobná informovanost pacienta a jeho vlastní spolurozhodování.

Problematika umírání a smrti

V této kapitole pojednáme o otázce smrti s přihlédnutím k jejímu vývojovému kontextu (lidstvo, jednotlivci). Blíže se seznámíme se strachem ze smrti a způsoby, jimiž se s tímto fenoménem vyrovnává lékař. Budeme pokračovat částí pojednávající o psychologické péči o umírající děti, dospívající a dospělé a seznámíme se i se základní psychologickou péčí o osoby důležité pro život umírajících. Péče o umírajícího je totiž součástí péče o celou rodinu. Závěrem se stručně zmíníme o psychologické problematice pozůstalých. Téma umírání a smrti řadíme téměř na závěr celého učebního textu, a to pro jeho závažnost a obtížnost. Smrt je záhadou, a přitom se týká osobně každého z nás, může přijít kdykoliv, žijeme v její neustálé blízkosti. Lékař se s ní setkává profesionálně a na tato setkání zpravidla není vnitřně připraven. Potom smrt snadno vnímá jako neurčitou hrozbu a osobně cítí v lepším případě bezradnost a bázeň. Uvádí se, že „průměrný lékař“ se setká za svůj život zhruba se třemi tisíci případy smrti.

18.1 Pojem smrti

Starý řecký filozof Parmenidés (6.–5. stol. př. n. l.) nazval člověka smrtelníkem a vyjádřil tím jeho bytostnou, základní a určující charakteristiku. Jako jediný tvor pohřbívá člověk své mrtvé. Zvířata hynou, ale člověk umírá; má vědomí vlastní smrtelnosti, i když neví, kdy zemře. Smrt je tedy něčím **budoucím** a přicházejícím, něčím, k čemu se stále a bez výjimky **přibližujeme** od samého početí – a nemůže tomu být jinak. Tímto přibližováním a vědomím konečnosti se ke smrti **neustále vztahujeme**.

Vědomí smrti získáváme nikoliv z vlastní zkušenosti, nýbrž pouze z umírání ostatních lidí, tedy „teoreticky“ a s možností si ji představovat. Zážitky lidí, kteří přežili klinickou smrt, jsou útržkovité a libovolně interpretova-

telné, stejně tak „zkušenost smrti“ zažívaná např. při intoxikaci halucino-geny nebo při meditaci řízené tímto směrem. Smrt je člověku něčím „cizím“ (a aniž to tuší, snad zároveň nejbližším), čímsi neznámým, představovaným jako ohrožení a doprovázeným úzkostí.

Výjimku tvoří lidé značně psychicky nebo fyzicky trpící, kteří se ke smrti mohou vztahovat jako k vysvobození a úlevě, nebo lidé s patickou poruchou nálady (deprese, manická euforie).

Tomuto neznámu, doprovázenému úzkostí, se pochopitelně nejčastěji bráníme různými **racionalizacemi** a především **popřením**, kdy smrt si nepřipouštíme a žijeme bez ohledu na naši konečnost, jako by se nás netýkala a jako bychom byli nesmrtelní. Zavíráme oči před jistotou konečnosti naší existence a žijeme dále stylem, na který jsme zvyklí, jako bychom měli ještě nějakou jinou jistotu. Druhá možnost vztahování se ke smrti je, že tuto jistotu **přijmeme** a vystavíme se jí myšlenkově i prožitkem, tedy celou naší bytostí. Vědomá akceptace smrti bývá např. u lidí, kteří se dostali či dostávají do její blízkosti a „neuhýbají“. Smrti se přestávají nepřiměřeně bát – a nejen smrti, stávají se vnitřně svobodnějšími a nesnadno manipulovatelnými. Proto je tak důležité, aby se lékař s touto základní charakteristikou a údělem člověka, tedy i vlastním údělem, vyrovnal a vědomě jej přijal. Proměna vztahu ke smrti pak vede k odpovědnému vážení času, tedy i k odpovědnému vedení života. Člověk pak má možnost smysluplně naplňovat a rozvíjet své možnosti s ohledem na druhé a společně s nimi, a být tak „normální“ v pravém slova smyslu.

Autonomně (z řec. *autonomos*, tj. být sám sobě zákonem) být a žít předpokládá přijmout vědomí vlastní konečnosti, smrti.

Netřeba jistě zdůrazňovat, že teprve takový lékař je schopen se řádně, tedy všestranně starat o umírající a jejich blízké.

Problém smrti patří mezi velká a stálá témata odvíjející se v průběhu dějin lidského myšlení, tedy po celou dobu historie lidského rodu. Jsou o tom doklady v mýtech a v životě přírodních národů, stejně jako v pohádkách a bájích: člověk řeší věčnou otázku smrti a svého vztahu k ní. Také vznik a existence náboženství a náboženských systémů lze vidět jako snahu pochopit a vyrovnat se s fenoménem smrti, protože jen obtížně lze přijmout myšlenku, že smrt je absurdní nebo „omyl“. Máme proto potřebu nalézt a vymezit její smysl jako součást řádu.

U evropského člověka je to antická a křesťanská tradice, které spolu s filozofickým myšlením vytvářejí náš postoj ke smrti. Zjednodušeně řečeno: Starí Řekové se smrti neobávali, protože žili ve světě společně s bohy a po smrti se dostávali do říše stínů, kde

pokračovali v existenci ve změněné podobě. Podle jednoho starého řeckého mýtu byl dokonce člověk stvořen proto, aby mu bozi předali vlastní smrtelnost a mohli se stát sami nesmrtelnými. V tomto pojetí participuje lidská bytost na božském a je důležitou podmínkou jednoho z jeho atributů. Nesmrtelnost jedněch je možná díky smrtelnosti druhých, a tak druhé vlastně určuje první.

Obavy ze smrti si tehdejší (stejně jako dnešní) člověk různým způsobem racionalizoval. Vzpomeňme na výrok řeckého myslitele Herakleita z Efesu (540–480 př. n. l.) o tom, že na zemřelé lidi čeká to, v co ani nedoufají a co netuší. Strach ze smrti se pak jeví jako nepřípadný. Známa a často uváděná je i Epikurova (341–270 př. n. l.) myšlenka, že smrt se nás vlastně netýká, neboť jsme-li zde my, není tu smrt a je-li zde smrt, pak nejsme už my. V této souvislosti nás může napadnout, zda je smrt opravdu jen individuální záležitostí. Také vznik náboženství se někdy spojuje se strachem ze smrti, náboženství smrt překonává či jí dává přijatelný rámec. Křesťanská tradice, na rozdíl od antiky, je pro dnešního evropského člověka pravděpodobně živější, díky stálému a bezprostřednímu působení náboženství a také proto, že je předávána rodinnou výchovou. Její význam lze v této souvislosti přiblížit úslovím, že „bez Boha se žije lehce, ale těžko umírá“. Duše člověka je pro křesťana nesmrtelná, smrtí končí pouze tělesný a pozemský život, po smrti pokračuje existence ve změněné podobě. Jakým způsobem – to podstatně záleží na člověku samém, protože jeho posmrtný život přímo souvisí s tím, jak žil. Pro věřícího křesťana je smrt branou do dalšího a hodnotného života, jenž má charakter „věčnosti“. Smrt tak nemá poslední slovo.

Další důležité a nové momenty, s nimiž křesťanství přichází a jež zdůrazňuje, jsou soucit, obětavost a nezištnost. Jedná se o oblast altruismu, jejíž význam je pro péči a doprovázení umírajících značný.

Myšlenka o možnosti pokračování, tedy že „smrtí nic nekončí“, myšlenka o proměně a dalším existování, třeba i v neindividuální podobě, je vlastní všem náboženským a mnohým filozofickým systémům, které se právě v tomto bodě dotýkají a překrývají (věčný návrat, inkarnace apod.). Nelze vyloučit, že tento podobný a společný postoj a východisko nejsou pouhým „zbožným přáním“ smrtelníka, nýbrž podkrývají tajemství lidské existence ve vztahu ke smrti. Člověk je tak součástí celku, z kterého se, obrazně řečeno, vynořuje, aby jej reflektoval a umožnil jeho projevení, a opět se smrtí zpět do něho noří a vrací. Smrt–člověk–život k sobě tudíž neoddělitelně patří a teprve konkrétní lidský jedinec jim dává smysl. Život a smrt jsou protiklady a jako všechny protiklady se vzájemně umožňují a bez této vzájemnosti, i když má charakter vylučování, jsou nemyslitelné. Život „potřebuje“ smrt a naopak. V možnosti života a v jistotě smrti jsme si všichni bez rozdílu rovni, což však neplatí o umírání, v kterém se smrt přibližuje a zmocňuje se člověka.

Německý filozof M. Heidegger (1889–1976) nazval smrt „schránou bytí“. Tedy tím, co schraňuje, chrání a ukrývá podmínku existence všeho, s čím je možno se setkat, tedy světa, včetně nás, světa, jenž se jeví. Tento základ, bytí, zahlédáme ve světlejších chvílích právě skrze fenomén smrti, která však přesto zůstává pro člověka tajemstvím a záhadou, tudíž tématem závažně přitažlivým a zároveň vyvolávajícím úzkost.

18.2 Pojetí smrti v ontogenezi

Představa dětí o smrti souvisí v první řadě s jejich věkem, úrovní mentálních schopností (inteligencí) a zkušenostmi, které se smrtí samy učinily (když např. zemřel blízký příbuzný, ale i oblíbené domácí zvíře). Samozřejmě je

konceptualizace smrti silně ovlivněna rodiči, což souvisí i se sociokulturní úrovní rodiny (vzdělání, hodnotová orientace apod.).

Jako příklad zkušenosti se smrtí lze uvést, že dříve se umíralo zpravidla v rodinném kruhu a všechny záležitosti kolem smrti byly přísně ritualizované (držení smutku, oplakávání, církevní obřady, pohřební hostina apod.). Umírání a smrt, na rozdíl od dnešní doby, patřily do života a lidé se od malička se smrtí setkávali, a tak se na ni připravovali. V současnosti převládá tendence smrt a utrpení nevidět a co nejvíce a nejdéle je „držet od těla“. To je pravděpodobně jeden z hlavních důvodů, proč příbuzní umírajících nebývají ochotni brát si zesnulé domů. Do dnešního kultu mládí, síly a úspěchu se stáří, utrpení a smrt jaksi nehodí. Proto většina lidí umírá v nemocnici, ačkoliv to není z důvodu nutné léčby nezbytné. A mnozí staří lidé si to dokonce přejí, aby nebyli na obtíž. Vlastní smrt se v představách dospělých lidí projevuje třemi charakteristikami: **nevratností** (jde o definitivní konec), **univerzálností** (týká se bez výjimky všech a je nevyhnutelná) a **zástavou životních funkcí** (např. srdeční činnosti, dýchání). Vlastní vývoj pojetí smrti u dětí až do dospělosti lze rozdělit do několika fází:

- a) **Děti ve věku do tří let** nerozlišují mezi živým a mrtvým. Pro toto věkové rozpětí je typické vyžadování přítomnosti dospělé osoby, na které je dítě zvyklé. Dítě často projevuje separační úzkost.
- b) **Děti ve věku od tří do šesti let** počínají stále více rozlišovat mezi živým a mrtvým, přičemž mrtvé bývá spojováno s nehybností a spánkem. Smrt je považována spíše za přechodný a reverzibilní stav, což je posilováno a rozvíjeno dospělými (zesnulý „odcestoval“, „spí“ atd.). Děti se v tomto věkovém období setkávají se smrtí v pohádkách a vyprávěních, avšak berou ji neosobně – jich se netýká, považují se za nesmrtelné. Bývá zde nesoulad mezi verbálním projevem a pojmovým chápáním. Například dítě řekne: „Já vím, že babička umřela, ale proč mi nepřišla dát dobrou noc?“ Smrt zvířat děti vnímají jako nehybnost.
Pro toto období je příznačné magické myšlení (personifikace apod.) a dětem je blízká představa o proměně jedné skutečnosti ve druhou. Dítě je ještě těsně vázáno na rodiče, bývá zde proto také přítomna separační úzkost.
- c) **Děti ve věku od šesti do deseti (jedenácti) let**, tedy v období mladšího školního věku až do počátku dospívání, začínají postupně a nerovnoměrně chápat smrt jako něco konečného, nevratného a také nevyhnutelného. U menších dětí bývá přejímána představa smrti z pohádek a vyprávění (smrtka, kostra apod.), avšak jejich vztah ke smrti je spíše distancovaný a neosobní, i když mohou prožívat silný strach až hrůzu (pokud jsou strášené) z bytostí představujících smrt. Děti již chápou souvislost zástavy životně důležitých funkcí a konce. V tomto věkovém období je velmi důležitá osobní zkušenost se smrtí (např. úmrtí blízkého příbuzného, známého dítěte). I u dětí vážně a letálně nemocných se nedostavuje strach ze smrti

v pravém slova smyslu. Vysvětlujeme to nejen absencí abstraktního myšlení, nýbrž především vývojem vlastní identity a vztahovou situací. Obrazně řečeno jsou ještě „nesené“ rodiči, které vnímají jako velmi mocné, až všemocné.

- d) **Od počátku dospívání do dospělosti** se vytváří pojem smrti postupně a diferencovaně. Strach ze smrti se dostavuje souběžně s tím, jak se dítě, a posléze mladý člověk „vnitřně“ osamostatňuje a vnímá sebe jako autonomní individualitu. Na rozdíl od mladšího dítěte je na smrt subjektivně „sám“, pokud ovšem není věřící, pro kterého je Bůh bezpečnou jistotou v jakékoli situaci a individuální smrt je začleněna do smysluplného řádu. S nástupem abstraktního myšlení si člověk vytváří představu a pojem smrti postupně až do „dospělé“ podoby se třemi již zmíněnými charakteristikami (univerzálnost, nevratnost, konečnost). Avšak na úrovni prožívání a fantazie jsou u dospívajících i dospělých představy smrti různorodé. Shledáváme zde nejen „zbytky“ dětského pojetí (např. z období magického myšlení), ale i vlastní názor vycházející ze světonázorového stanoviska, jež má v evropské kultuře silně křesťanské akcenty, zejména pokud jde o smrt a regulativy meziosobních vztahů (etika, morálka).
- e) **U dospělých lidí** bývá smrt spojována s neznámem, nebytím, prázdňem a „ničím“, tedy nicotou a úzkostí, nebo s klidem a pokojem (spánkem beze snů). Kromě představy „definitivního konce“ bývají časté představy a myšlenky o dalším pokračování existence ve změněné podobě (křesťanský pohled, splývání s univerzem, reinkarnace apod.).

Dospívajícím a dospělým je blízký strach ze smrti, s nímž se běžně setkáváme u lidí vážně nemocných a umírajících, proto mu věnujme pozornost.

18.3 Strach ze smrti

Strach ze smrti je fenomén, s kterým se běžně setkáváme a považujeme jej za něco biologicky daného, nutného a zcela přirozeného. Podle našeho názoru má u člověka z psychologického hlediska ještě několik dalších hlavních zdrojů. Jednak je daní za lidskou individualitu a autonomii, které bývají doprovázené prožitkem osamělosti v hraničních životních situacích. Jedinec výrazně autonomní se stává osamělým a v situaci ohrožení smrtí, tedy před čímsi vlastně záhadným a neznámým, se dostavuje úzkost, protože v takových chvílích jen stěží najde oporu pouze sám v sobě. Druhý hlavní důvod strachu ze smrti vidíme v tom, že lidé postrádají kvalitní hodnotovou orientaci, která by smrti dala smysl a začlenila ji do řádu. Výraznější strach ze smrti dále pozorujeme u lidí s převládající hédonistickou a konzumní orientací, kteří de facto neprožívají žádnou duchovní dimenzi. Pro planý a smyslem málo obdařený život je i představa smrti něčím zcela nepatřičným, protože má ráz čehosi, co přichází „příliš brzy“ – člověk své faktické možnosti

zdaleka neuskutečnil, obrazně řečeno: nesplnil svůj lidský úkol. Z trochu jiného hlediska je nepřiměřený strach ze smrti dán i jejím tabuizováním. Jedinec pak nemá možnost se na ni „odmalička“ připravovat.

Pro mnohé lidi splývá strach ze smrti se strachem z umírání, které je spojováno s obavou z utrpení a bolesti, s bezmocí, izolací a prožívanou osamělostí, závislostí a ztrátou osobní identity a důstojností. Tato negativa uvádíme proto, že mohou sytit obavy nemocného člověka z bezprostřední budoucnosti, přičemž třeba vůbec nemusí být ohrožen.

V souvislosti se smrtí bývá významný **strach ze smrti blízkých lidí**, kdy je nejčastěji přítomna obava a v představě i smutek ze ztráty někoho, na kom mi velice záleží (dokonce se proto mohu na něho i zlobit). Tam, kde je velice těsná až symbiotická vazba, stává se na dlouhou dobu pro pozůstalého vlastní život zbytečným, prázdným, protože ztrácí smysl. Strach z umírání nejbližších bývá spojován s vlastní bezmocností, nejistotou a obavou z toho, že budeme svědky utrpení, jemuž nebudeme moci zabránit a účinně pomoci. Dále se setkáváme s obavami z naší reakce (jak to budu snášet, vydržím to?) a do hry vstupuje i to, že umírání a smrt druhého nám připomínají naši vlastní smrt. Je velmi pravděpodobné, že to vše přispívá k tomu, že se mnoho lidí brání, aby jejich blízký umíral a zemřel doma.

Strach ze smrti je jevem všeobecně lidským a nevyhne se ani lékaři. V následujícím textu o něm stručně pojednáme v souvislosti s tím, jak se může negativně promítat do péče o umírající a o jejich příbuzné. Umírání a smrt znamenají pro lékaře enormní psychickou zátěž, jež vychází ze dvou hlavních zdrojů.

■ Prvním zdrojem je **vlastní smrtelnost a smrtelnost našich nejbližších**. Pokud nejsme s tímto faktem vyrovnáni, umírající pacient nám tuto skutečnost jasně připomíná a lékař je se smrtí jakožto vlastním nevyřešeným problémem přímo konfrontován.

■ Druhým zdrojem je **pocit selhání ve spojení s bezmocností**. Někteří lékaři vnímají tuto situaci, aniž by si toho byli plně vědomi, jako výsledek a důkaz vlastní nedostatečnosti, která v nich vyvolává pocit viny. Dojem „už se nic nedá dělat“ jim nepřináší plnou úlevu a situace se opakuje. Strach z umírání a smrti bývá vědomý a neuvědomovaný, někdy iracionální.

O **vědomém strachu** lze přímo a otevřeně hovořit, jeho souvislost se smrtí je člověku zřejmá. Lékaři s vědomým a reálným strachem ze smrti, jak bylo zjištěno a jak se můžeme v praxi přesvědčit, se více a lépe starají o nemocné. Obecně platí, že **klidněji a přiměřeněji snášíme to, co si pravdivě uvědomujeme a co se tak dostává pod naši rozumovou kontrolu**.

Neuvědomovaný strach se projevuje spíše všeobecnou úzkostí nebo vyšší úzkostností (což je osobnostní rys), s nimiž se jedinec vyrovnává pomocí psychických obranných mechanismů, jež ústí v následující postoje a chování lékařů ve vztahu k umírajícím lidem:

- a) Nejčastějším způsobem, jímž se lékař a vůbec zdravotník s problematikou vyrovnává, se vyskytoval údajně již u antických lékařů, kteří prý nesměli být svědky umírání svého pacienta. Tuto strategii nazveme **minimalizování a vyhýbání se kontaktu** s umírajícím a jeho nejbližšími. Projevuje se konkrétně tím, že jim takový lékař věnuje menší pozornost a komunikaci redukuje na minimum; vizity na pokojích s umírajícími „proletí“ apod. U pacienta dochází k „sociální smrti“ dříve než ke smrti biologické. Bylo zjištěno, že i zdravotní sestry přicházejí na vyžádání k lůžku umírajícího s prodlevou, na rozdíl od příchodu k ostatním nemocným, jenž bývá podle možností okamžitý. Minimalizace a vyhýbání se kontaktu je zcela **přirozenou, spontánní a obrannou reakcí** člověka na situaci umírání. Pro pacienta a péči o něho to však není dobré.

Obdobně je tomu se štítlivostí ve vztahu k nemocným, kteří jsou „nebezpeční“ svou infekčností či „odpuzející“ svým vzhledem. Během praxe se štítlivost zpravidla ztrácí, na rozdíl od minimalizace kontaktu s umírajícími, která se spíše upevňuje.

- b) Druhý častý způsob vyrovnávání s faktem umírání a smrti spočívá v základním postoji k nemocnému, který není brán jako plnohodnotná lidská bytost. Projevuje se tendencí celou záležitost kolem umírání **objektivizovat** a zacházet s umírajícím jako s věcí, čehož důsledkem je opomenutí péče o psychiku člověka. Někdy bývá tento zvěčňující přístup kombinován s infantilizací umírajícího, která opět vylučuje hodnotnou komunikaci. Pro úplnost uvádíme, na štěstí výjimečný, zcela necitlivý (cynický) postoj k pacientovi, jenž je výrazem hrubé profesionální deformace lékaře, která je zpravidla zapříčiněna poruchou jeho osobnosti. Výkon povolání lékaře je v takovém případě kontraindikován.
- c) Třetí častou strategií, jíž se lze vyrovnávat s umíráním a smrtí, je **únik do nadměrné činnosti-hyperaktivity**. V praxi to znamená, že lékař zbytečně koná celou řadu věcí. Například se snaží za každou cenu zachovat pacienta při životě, ačkoliv je zcela a jednoznačně zřejmé, že je to marné. Zmíněný postoj se projevuje až nutkavou (neovladatelnou) aktivitou.

Jakým žádoucím způsobem se lékaři mohou vyrovnávat s umíráním a smrtí? Především tím, že si uvědomí své dosud neuvědoměné postoje k fenoménu smrti a umírání a že budou reflektovat vlastní konečnost.

Pro věřící lékaře toto bývá menším problémem, neboť jsou vlastní hodnotovou orientací vybaveni i pro hraniční životní situace. Ovšem ani oni nejsou ušetřeni syndromu vyhaslosti, jak o něm bylo pojednáno v první kapitole této knihy. Hůře zvládají kontakt s umírajícími ti lékaři, kteří se sami smrtí obávají, a proto je setkání se smrtí více znepokojuje.

Vyrovňování s problémem prostřednictvím reflexe – tedy přemýšlením a uvědoměním si dosud neznámých skutečností v různých souvislostech – je obtížné a bez druhého těžko myslitelné. Také v tomto případě lze doporučit balintovské skupiny či jiné supervizní semináře, kde méně zkušený lékař má možnost se poučit od zkušenějších a prohodit to, co ho zatěžuje a je pro něho osobně významné.

S umíráním a smrtí se vyrovnáváme i pomocí **vizualizace**, která patří mezi imaginativní psychoterapeutické prostředky. Ve stavu mírné relaxace a za odborného vedení si představujeme různé situace spojené s koncem života. Závěrem cvičení pak naše zážitky a myšlenky zpracujeme v rozhovoru s terapeutem, případně s ostatními osobami při cvičení ve skupině.

Volná a otevřená komunikace nejen že přináší úlevu, ale také vyjasnění situace a měla by být součástí práce lékařů na všech odděleních, kde se setkávají s lidmi těžce a beznadějně nemocnými.

Bez rozhovoru s druhými není možné pravdivější sebepoznání ani vyrovnání s tak náročnou prací, jako je péče o umírající. Průběžná reflexe vlastní práce a osobních postojů zmenšuje riziko vzniku syndromu vyhaslosti na straně jedné a na straně druhé snižuje nebezpečí, které pacientovi přinášejí lékařem nepoznané obranné strategie a z nich plynoucí jednání v situaci jeho dlouhodobé emoční zátěže.

V posledních letech se u nás zcela správně zdůrazňuje **domácí péče** (*home care*) o vážně nemocné, kteří zůstávají v domácím prostředí. Je však realizovatelná, pokud se blízké osoby o pacienta chtějí, umějí a skutečně mohou postarat. Ani tak se ovšem neobejdou bez odborné podpory a pomoci, protože se musí mnohému v péči o nemocného naučit. Také je třeba je průběžně motivovat, aby v péči setrvaly. Dále musíme zmínit **hospice**, tyto „porodnice věčnosti“, které zajišťují umírajícím a jejich blízkým důstojnou a hluboce lidskou poslední fázi života tím, že jsou ve vřelém a vstřícném prostředí naplňovány jejich psychologické, tělesné, sociální a duchovní potřeby. Jsou dokladem toho, že „hluboce lidské a důstojné“ je u lidské bytosti vázané na duchovní hodnoty.

Závěrem této části připomínáme velký vliv nápodoby pro formování názorů a jednání mladého lékaře. Začínající lékař přejímá postoje a chování svých starších kolegů, což je od něho i vyžadováno. Učí se orientovat v problematice a řešit situace na základě toho, co vidí. Stávající praxe v péči o umírající není všude optimální a napodobeníhodná, proto musíme upozornit i na tyto skutečnosti.

18.4 Psychologická péče o umírající a blízké osoby jejich života

Psychologická péče o pacienty v závěrečném období života obsahuje mnohé z toho, s čím jsme se seznámili v pojednání o psychologické péči o dlouhodobě a těžce nemocné. Připomínáme, že jejím základem a podmínkou je **dobrá ošetrovatelská péče** a udržování co možná **nejvyšší kvality života**, a to zvláště **zajištěním fyzické pohody** (tlumení a odstraňování bolesti apod.). Psychologická péče o umírající a blízké osoby jejich života se uskutečňuje **současně** a – ať již pacient umírá v nemocnici, nebo v domácím prostředí – vlastně splývá.

Péče o děti, dospívající a dospělé obsahuje mnoho společného, ale má i svá specifika daná vývojovým obdobím pacienta. Proto je probereme postupně a v návaznosti.

Psychologická péče o umírající děti

je zvláště zatěžující a obtížná proto, že smrt přichází příliš brzy – život odchází dříve, než se vůbec stačil rozvinout. Kromě toho zde působí i skutečnost dětské „nevinnosti“ a zásadní odkázanosti dítěte na druhé, jako by „druzí“ za předčasný odchod byli odpovědní. Zmíněné okolnosti způsobují, že smrt dítěte je vždy vypjatou situací, ačkoliv s praxí si i na ni zdravotníci zvykají.

Nejmenší děti a děti mladšího školního věku (do deseti až jedenácti let) nemají pojem smrti a celou tuto situaci vnímají spíše jako obavu z odloučenosti od rodiny a zvláště matky (separační úzkost). U větších dětí lze někdy zachytit obavu z bolesti.

Z předchozího plynou základní zásady psychologické péče:

- Je nezbytné, aby dítě umíralo v přítomnosti nejlépe obou rodičů, či nejméně toho, ke kterému má nejbližší (čím mladší dítě, tím častěji to bývá matka). Přítomnost či snadná dosažitelnost alespoň jednoho z nich musí být stálá.
- Pokud se starší dítě ptá a hovoří na téma konce života, je nesmírně důležitá forma, jakou s ním mluvíme. O smrti hovoříme klidně a jako o něčem

samozřejmém, co se týká naprosto všech, i když nevíme, kdy se dostaví. Dítě musí vědět, že ho nebude po smrti nic bolet a že ho neopustíme. Nebráníme časté dětské představě dlouhého spánku a pozdějšího setkání se všemi, které má rádo.

Psychologická péče o rodiče umírajících dětí spočívá v tom, že:

- Vidí osobní zájem a kvalitní práci zdravotního personálu.
- Rodičům celou situaci, příčiny a okolnosti vážného zdravotního stavu dítěte i s pravděpodobností jeho skonání zevrubně vysvětlíme.
- Jsme ochotni s nimi kdykoliv hovořit a tato naše ochota jim musí být jasně projevena. Nesmí v nich vzniknout dojem, že nás obtěžují, že máme „moc práce“ apod.
- Umožníme rodičům projevit v naší přítomnosti i negativní emoce a jejich odreagování (např. pláč, osočování sebe i druhých, případně nás samotných).
- Vedeme je k tomu, aby se s dítětem rozloučili ještě za jeho života (loučení nemusí probíhat v přímé interakci s ním) a jeho blízcí se konec oplakali. Rozloučení „včas“ vede k částečnému vnitřnímu vyrovnání s touto otřesnou skutečností a ke zklidnění. Lépe pak probíhá kontakt rodičů s dítětem a celkově situaci odchodu dítěte lépe snáší.
- Pokud je dítě hospitalizované, umožníme jeho ošetřování rodiči v co nejširším rozsahu.
- Rodiče musí vědět, že pro dítě sami udělali opravdu vše, co bylo v jejich silách, a zároveň že bylo pro ně uděláno vše ze strany zdravotníků.
- Dbáme, aby při déletrvajícím umírání dítěte rodiče dostatečně odpočívali, jinak, zvláště u matek, se jejich psychický a somatický zdravotní stav může díky vyčerpání povážlivě zhoršit. Při déletrvajícím zhoršení psychického stavu neváháme poskytnout úlevu ordinací psychofarmak (anxiolytika, hypnotika).

Psychologická péče o umírající dospívající

je dána také specifiky tohoto vývojového období. Umírá-li dospívající, tedy bytost nalézající se mezi dětstvím a dospělostí, je jeho situace určována tím, že chápe s různou intenzitou a hloubkou smrt jako něco reálně existujícího, definitivního, nevratného a univerzálního, co se jej v této chvíli týká osobně. I v období umírání se mladý člověk vnitřně vyvíjí a zraje, i když tento proces už nedojde svého naplnění.

Ze smrti může mít dospívající strach, který však nebývá zpravidla tak silný jako u dospělých, neboť pubescenti a adolescenti jsou v něčem ještě „dětí“ a na světě je „nedrží“ povinnosti, jak tomu bývá zvláště u dospělých mladšího a středního věku. Přesto je psychologická péče o pacienty této vývojové fáze značně subjektivně zatěžující, protože také zde přichází smrt „příliš záhy“. Při poskytování psychologické péče se rámcově řídíme pravidly uvedenými v souvislosti s péčí o děti.

- a) Je vysoce žádoucí, aby dospívající umíral v přítomnosti rodičů. V případě hospitalizace je vhodný pobyt alespoň jednoho z rodičů v nemocnici. Není-li to možné, umožníme kdykoliv jejich návštěvy na oddělení.
- b) Podle zdravotního stavu pacienta mu poskytujeme v širokém rozsahu pozitivní podněty (poslech hudby, četbu apod.) a snažíme se vyhovět jeho přáním, ať jsou jakákoli.
- c) Jsme k dispozici rozhovorům s umírajícím – o čemkoli a kdykoli. Dotazy zodpovídáme po pravdě a samozřejmě šetrně a s ohledem na psychický stav, úroveň rozumových schopností a stupeň osobnostní zralosti (zásada aproximativní pravdy „po lžičkách“). Jinak budeme hovořit se čtrnáctiletým chlapcem a jinak s osmnáctiletou dívkou. Nevyhýbáme se rozhovorům na témata doprovázená prožitky strachu či jinými negativními emocemi. Úzkosti a strachu se zbavíme, budeme-li o nich hovořit. Otevřená komunikace, nekladoucí si tabu, odstraňuje pocity izolace.
- d) Podporujeme kontakty pacienta s jeho přáteli – vrstevníky, tedy jejich návštěvy u nemocného.
- e) Jsou-li tomu pacient a jeho rodiče nakloněni, zprostředkujeme návštěvy duchovního, jenž se zabývá umírající mládeží.

Psychologická péče o rodiče umírající mládeže

se řídí v plném rozsahu pravidly, která jsme uvedli v souvislosti s umíráním dětí. Někdy se stává, že mezi starším adolescentem a některým z rodičů přetrvává nedorozumění. Zde lze považovat jejich usmíření za velmi žádoucí – zvláště kvůli rodiči, aby po smrti dítěte netrpěl výčitkami svědomí.

Psychologická péče o umírající dospělé

se opět rámcově řídí tím, s čímž jsme se již seznámili na předchozích stránkách. Kromě zdravotního stavu, který často zcela určuje poslední dny života, je to otázka věku a celkové životní situace, které musíme při doprovázení umírajících brát v potaz. Zejména musíme vzít v úvahu intelekt a zkušenosti umírajícího. Blížíci se smrti se cítí být zaskočeni zvláště mladí dospělí a lidé středního věku, kdy smrt také přichází „příliš brzy“. Tito lidé se trápí starostmi o nezaopatřené děti, o nedokončenou, a přitom důležitou práci apod. U lidí starých je konec života něčím přirozeným ve smyslu úsloví „mladý může, starý musí“. Strach ze smrti nebývá tak velký, spíše se obávají strastiplného umírání. Můžeme jen opakovat, že smrti se tolik neobávají za předpokladu, že uzavírají život s pocitem naplněnosti při jinak dobré zasazenosti do meziosobních vztahů, zvláště pokud jde o jejich děti a vnoučata.

Obecně platí, že snadněji přijímají smrt – někdy ji dokonce vítají jako vysvobození – lidé, kteří delší dobu fyzicky trpěli (uvádí se období delší než tři měsíce). Klidnému umírání a akceptaci smrti z psychologického hlediska

naopak brání pocit osamělosti a opuštěnosti, a také „boj“ pacienta o život, kdy na smrt není připraven, neakceptuje ji a se svými blízkými se nerozloučil.

To bývá zvláště problémem u lidí, kteří umírají v „nevědomosti“, tedy nejsou informováni o možnosti smrti a blízcím se konci, ačkoliv jej zpravidla tuší a snaží se jej popírat. Odchod pacienta znesnadňují také lékaři, kteří se snaží za každou cenu – bez ohledu na nemocného – život prodloužit.

V literatuře zaměřené na problematiku umírání a smrti (*thanatologie*) se setkáváme s různou **periodizací** vlastního procesu umírání. Vzájemně se tato dělení překrývají, doplňují a mají mnoho společného s reakcemi lidí na subjektivně významnou ztrátu a přijetí extrémně negativní informace.

Nejnámější je periodizace umírání, kterou vypracovala již v šedesátých letech americká lékařka **E. Kübler-Ross**. K následujícímu schématu dospěla na základě rozhovorů s několika sty lidí umírajících na nádorové onemocnění. Nabízí tyto fáze procesu umírání:

- a) Fáze šoku, odmítání a negace smrti („To přece není možné, abych zemřel, to bude nějaký omyl!“).
Člověk je ohromen, plný úzkosti a vyděšen, mívá tendenci tuto pro něho otrěsnou skutečnost popřít.
- b) Fáze zloby, vzteku, zášti („Proč právě já, a ne někdo druhý?“).
Projevuje se podrážděnost, obvykle také slovní agresivita, postižený může závidět zdravým a dávat to najevo.
- c) Fáze uklidnění a smlouvání („Ano, ale až...“).
Člověk nevyhnutelnost svého konce akceptuje, ale chce si život prodloužit. Intenzivně shání informace o nových a „zázračných“ léčebných metodách apod. Mívá tendenci „se smrtí smlouvat“ a žít až k určité významné životní události – např. až jeho dítě odmaturuje.
- d) Fáze deprese („Ano, konec přichází a je nevyhnutelný...“).
Příchod smrti se stává stále jasnějším a na umírajícího doléhá. Loučí se se životem, má starosti o osud svých blízkých, obává se samoty, bolesti apod. Je to fáze psychického utrpení.
- e) Fáze smíření se smrtí a odevzdanosti („Buď vůle Tvá...“).
Člověk do značné míry či zcela akceptuje nevyhnutelnost a příchod smrti, je klidný. V opačném případě propadá zoufalství, nebo „bojuje“.

Zmíněné fáze se překrývají, trvají různě dlouhou dobu a mohou probíhat paralelně – a také se nemusí vyskytovat. Předchozí periodizaci proto bereme jako hrubou orientaci, podnět k zamyšlení a pokus o přiblížení se k problematice umírání člověka. Důležitá je přítomnost **iracionální naděje** v „zázrak“, která je o to silnější, čím slabší je racionální naděje v obrát k lepšímu.

Člověk, který ztratí naději, psychicky umírá.

Průběh umírání a především to, jak je pacient vnímá a prožívá, velmi závisí na psychologické péči a na jednání jeho příbuzných. Upozorňujeme, že lidé si většinou přejí zemřít doma. Jsou-li hospitalizovaní a umožňuje-li to nutná zdravotní péče, snažíme se příbuzné laskavě přesvědčit, aby vyhověli tomuto přání pacienta.

Zásady doprovázení umírajícího:

- 1) Těsně spolupracujeme s příbuznými pacienta. Péče o umírajícího zahrnuje péči i o jeho nejbližší.
- 2) Usilujeme o každodenní psychickou pohodu pacienta, které lze docílit tehdy, jsme-li ochotni upřímně a empaticky s druhým hovořit a umožníme-li co nejčastější kontakty s příbuznými (pokud si to, ovšem, umírající přeje).
- 3) Prostřednictvím nedirektivních empatických rozhovorů a fyzického kontaktu (vezmeme ho za ruku, pohladíme ho) poskytujeme umírajícímu sebe, tedy citovou podporu a vědomí, že mu jsme k dispozici nejen jako ošetřující personál, nýbrž i jako lidé, kteří jsou zcela spolehliví. Rozhovory a naše přítomnost, byť i krátká, ale pravidelná, přináší umírajícímu velikou úlevu a posilu: není sám a izolován.
- 4) Umožníme pacientovi hovořit o všem, co osobně považuje za významné, tedy i o jeho obavách. Plně a bez náznaku výhrad přijímáme případné negativní prožitky a jejich projevy (úzkost, hněv, pláč apod.). Téma blížícího se konce umírajícímu nevnučujeme, ani potřebu akceptovat smrt. Počkáme, až sám začne o těchto skutečnostech hovořit. Důležité jsou jeho vzpomínky a bilancování života se závěrem: „Žil jsem dobře, svůj život mohu podepsat, o blízké si nemusím dělat starost“.
- 5) Respektujeme prožívání a přání umírajících. Někdy chtějí být v posledních hodinách, kdy jsou ještě při vědomí, sami a vlastně se od života „odpoutat“. Jindy žádají přítomnost nejbližšího člověka či příbuzných (umírání v „rodinném kruhu“).
- 6) Pokud si pacient přeje, zprostředkujeme návštěvu duchovního; jestliže sami cítíme její vhodnost, tak ji nabídneme. Stává se, že lidé nevěřící se v závěrečném období života obrací k Bohu, což nelze vidět a hodnotit jen jako kalkulaci „co kdyby“, nýbrž nastává změna hodnotové orientace, jež souvisí s bilancováním života, prožitkem a uvědoměním vlastní časovosti a se zážitky, které přicházejí se změněnými stavy vědomí.

U lůžka umírajícího se i my sami připravujeme na smrt vlastní a smrt našich nejbližších. Právě takové chvíle, pokud se vnitřně a vztahově nezablokujeme

a „neobrníme neprůchodným pancířem“, přispívají k lepšímu pochopení sebe i života, protože „pod zorným úhlem věčnosti“ lépe rozlišujeme podstatné od nepodstatného. Je-li umírající v komatu, koordinujeme vlastní dech s jeho dechem, a tak, obrazně řečeno, „umíráme s umírajícím“.

Péče o umírající vnitřně obohacuje a přispívá k osobnímu zrání. V této souvislosti upozorňujeme na nežádoucí praxi, kdy ošetřující lékař se kontaktu s umírajícím a jeho nejbližšími vyhýbá a komunikaci s pacientem se brání tím, že pacientovi ordinuje či nechá ordinovat tlumící psychofarmaka. Tak nastává situace, kdy člověk umírá psychicky a sociálně dříve než biologicky; nemá možnost konec svého života akceptovat a rozloučit se se svými nejbližšími. Z psychologického a etického hlediska umírá lidsky nedůstojně.

Psychologická péče o blízké osoby pacientova života spočívá v tom, že:

- V případě hospitalizace příbuzného vidí osobní zájem a kvalitní práci zdravotního personálu.
- Ošetřující lékař příbuzným vysvětlí okolnosti a příčiny blížící se smrti i to, jakým způsobem bude o umírajícího dále pečováno.
- Ošetřující lékař umožní příbuzným prohodit vše zatěžující, včetně jejich „role“ při doprovázení pacienta. Mnohdy se setkáváme s ambivalencí příbuzných, kteří se „bojí“ pohledu na umírajícího a zároveň prožívají spolu se smutkem vnitřní tenzi a pocity viny z různých předchozích nevyřešených vztahových problémů a dřívějších událostí, obávají se vlastních reakcí u lůžka nemocného, mívají špatné svědomí z toho, že člověka blízkého „odložili“ do nemocnice apod.
- Příbuzné povzbuzujeme a vedeme k tomu, aby se pokusili porozumět nemocnému tím, že si zkusí představit, jak asi prožívá a myslí, jaká je tedy jeho „vnitřní“ situace a vyladenost.
- Příbuzným poskytujeme citovou oporu a upozorníme na nutnost pomoci umírajícímu při jeho vzpomínání a bilancování společného života. Vysoce žádoucí je vyjasnění dřívějších sporných chvil a případné usmíření, neboť teprve potom je možné hodnotné rozloučení. Tyto rozhovory přinášejí větší zátěž příbuzným než umírajícímu.
- Vhodné je vzpomínání na pozitivní životní období (rodinné fotografie), společný poslech hudby, u věřících lidí společná modlitba.
- Blíží-li se smrt, a to pacienti zpravidla velmi dobře cítí, nastává vhodná chvíle k tomu, aby se se svými nejbližšími rozloučili; zdravotníci musí pro tuto chvíli zajistit soukromí. Není třeba se bránit slzám.
- Je důležité, aby příbuzní nebránili umírajícímu se odpoutat a v klidu zemřít. Člověku přináší osvobozující pocit, že je vše v pořádku a že již nemusí žít.
- Umírá-li člověk v nemocnici, je dobré, aby část ošetrovatelské péče převzal ten z příbuzných, kdo je mu nejbližší, případně se v ošetrování mohou střídat. Fyzický kontakt je žádoucí. Pozůstalí toto počínání zpětně hodnotí v tom smyslu, že pro něho udělali vše, co bylo v jejich silách.

Umírání patří k životu a je jeho součástí. Nikdo by neměl zemřít bez blízkých – ať již to jsou příbuzní nebo zdravotníci. Umírající potřebují zdravé a zdraví opět umírající k tomu, aby sami ztráceli nepřiměřený strach ze smrti a mohli žít kvalitněji. Péči o umírajícího, pomáháme-li překonávat jeho utrpení, pochopíme snáze smysl lidského života i to, co to znamená lidská blízkost a sounáležitost. Proto je třeba v rodinách s umírajícím otevřeně mluvit o smrti, a to i před dětmi, neboť tím se všichni připravují na odchod nejen příbuzného, ale i svůj vlastní a také na další život. Žít s ohledem na vlastní časovost, tedy smrtelnost, znamená ve svém důsledku šanci ke kvalitnímu, tedy vskutku lidskému existování.

18.5 Psychologická péče o pozůstalé

Jestliže smrt nepřijde náhle a neočekávaně, bývá umírající člověk a spolu s ním i jeho nejbližší v pravidelném kontaktu s lékařem. Pokud jde o pozůstalé, řídíme se zásadou, že **vyrovnání s úmrtím blízkého člověka je na prvním místě rodinnou záležitostí**, a spoléháme na to, že dříve či později sami tuto významnou životní událost zpracují. Staráme se o ně jediné tehdy, jestliže se u nich vyskytnou zdravotní potíže nebo abnormální chování, jež jsou důvodem vyžádání naší pomoci. Na lékaře se obvykle v takových případech obracejí příbuzní či blízcí známí toho, kdo úmrtí nejhůře nese a projeví se u něho psychopatologické fenomény, případně se ostatní obávají jeho reakce. Ke zmíněným situacím dochází při náhlých a nečekaných tragických úmrtích mladých lidí.

Jako příklad z praxe uvedme matku, jejíž dvě malé děti utonuly. K lékaři byla dopravena v šoku druhý den po tragické události. Nespala, nápadná byla její apatie a částečné popírání události („To se nestalo, to přece není možné...“). Tuto reakci matky lze hodnotit jako normální, psychofarmakologickou „clonou“ bylo sice možné vytvořit její emoční odstup k neštěstí, na druhé straně bychom tím však znesnadnili vyrovnávání se s tragickou událostí, protože bez přijetí otřesné skutečnosti není možné truchlení a bez truchlení se nelze s traumatem vyrovnat.

Truchlení lze přirovnat k hojení rány.

Jiný příklad z praxe: Jednalo se o ženu středních let, jejíž manžel zemřel náhle na infarkt myokardu. Pacientku přivedla ještě před pohřbem její dcera proto, že se vdova projevovala paranoidně („Mluví nesmysly...“). Domnívala se, že její manžel byl zavražděn, „znala“ domnělé vrahy a nebyla přístupna žádným rozumovým

argumentům. V tomto případě byla namísto psychiatrická léčba, neboť u ní díky emočnímu otřesu vznikla bludná domněnka a odklon od reality.

Z didaktických důvodů si rozdělíme problematiku péče o pozůstalé do dvou částí. V první části se seznámíme s reakcemi na náhlá a nečekaná úmrtí, druhá část pak bude patřit pozůstalým, kdy odchod jejich blízkých byl očekáván.

1. V souvislosti s **náhlým a nečekaným úmrtím** se lékař v praxi nejčastěji setkává s **depresivními reakcemi a stavy** (zoufalství nebo apatie, sebeobviňování, nespavost, odmítání potravy, sebevražedné myšlenky atd.) či s **psychotickými fenomény** svědčícími o částečné dezintegraci osobnosti (alterace vědomí, euforie v rámci manického syndromu, bludy apod.). Časté jsou též **dekompensace somatického stavu** (zvláště kardiovaskulárního systému).

Na náhlé a nečekané úmrtí reagují nejbližší příbuzní zpravidla:

- a) **Šokem:** Projevuje se apatie, pocity prázdnoty, skleslost, automatické chování a plnění povinností, depersonalizace, derealizace apod. Šok bývá krátkodobá záležitost – trvá více hodin až dva dny.
- b) **Pokusem popřít skutečnost, posléze její připuštění a přijetí:** Postižený říká: „Snad jde o omyl“, projevuje se zoufalství, naříkání, křečovitý pláč, někdy tělesný neklid, mnohdy bývá předchozí střídáno hněvem a hledáním viníka smrti. Toto období trvá řádově dny, je vyčerpávající a plné emocí.
- c) **Truchlením a oplakáváním:** Člověk je subdepresivně laděn, bývá podrážděný, má pravidelné poruchy spánku, nechutenství, vyskytují se i pocity viny, výčitky svědomí apod. Pozůstalí na zesnulého myslí, vzpomínají na společné pozitivní zážitky, cítí jeho přítomnost (zvláště do pohřbu), vytvářejí ideální obraz mrtvého. Časem se intenzita truchlení zmenšuje, a to zpravidla tím snadněji, čím více je vzpomínání a oplakávání sdílené s druhými a čím méně je nejbližší pozůstalý sám. Samozřejmě záleží i na pevnosti a hloubce citového vztahu k mrtvému a na typu osobnosti (někdo „zapomene“ snadněji, jiný „nikdy“). Během akutního žalu nastávají i změny v imunitním systému (např. zvýšení *hydroxykortikoidů*) a organismus posléze reaguje fyziologicky vyčerpáním v rámci reakce na stres. Období truchlení a oplakávání je často nejdelší. Velmi intenzivní bývá řádově týdny až měsíce, obvykle však končí do roka („první narozeniny bez...“, „první Vánoce bez...“). Snadnost, s jakou se pozůstalý od mrtvého „vnitřně“ odpoutává, závisí i na tom, jak je schopen a ochoten se otevírat novým sociálním kontaktům. To nebývá zpravidla tak velký problém u mladších osob, avšak lidé starší a staří těžko nové vztahy navazují a žijí vzpomínkami. Proto je v takových případech žádoucí zvýšený zájem ze strany příbuzných (např. dětí vzhledem k ovdo-

vělemu rodiči), kteří tak pomohou překlenout pozůstalému duševní krizi. Obecně platí, že čím více jsme „sami“, tím nesnadněji se se ztrátou vyrovnáváme. Dovolný, vědomý a prožitý smutek vede nakonec k novému vztahu k životu, což předpokládá, že smutek přestává být v centru duševního života pozůstalého.

- d) **Vyrovnaním a smířením se ztrátou, „vykročením dopředu“:** Tento okamžik nastává, jestliže člověk „odtruchlil“, protože **bez truchlení není vyrovnání**, a zároveň kognitivně celou situaci včetně nastalých změn ve vlastním životě zpracoval a pochopil. V celkové bilanci a vnitřním naladění kognitivní stránka převáží nad stránkou emoční. Vyrovnání a smíření se se ztrátou je předpokladem vytváření pozitivních plánů do budoucnosti, i nových zvyků, což se týká zvláště starších pozůstalých (např. vdovec se učí vařit, vdova pečuje o druhé). Vytváření nových mezilidských vztahů tento proces usnadní.

Pokud jde o psychologickou péči o pozůstalé, odpovídá **psychologické první pomoci**, s níž se seznámíme v následující kapitole. V zásadě se jedná o poskytnutí citové opory, porozumění a projevení účasti pacientovi, jenž díky tomuto postoji přestává být sám a současně může akutní žal odžít, což přináší úlevu a napomáhá k vyrovnání s nečekaným úmrtím blízkého člověka.

2. V souvislosti s **očekávaným úmrtím** se na lékaře obracejí lidé, kteří se mohli na odchod blízkého člověka předem připravit. Proto jejich obtíže zpravidla nebývají projevem dezintegrity osobnosti, ale spíše celkovou **psychickou a fyzickou vyčerpaností**, obzvláště tehdy, pokud se po delší dobu starali o umírajícího. Případně nastává **dekompenzace somatického stavu** po „splnění povinnosti“, když si to „mohou dovolit“. Smrt, předcházející dlouhodobé utrpení, bývá prožívána velmi často jako **úleva a vysvobození** pro všechny zúčastněné. Někdy se u nejbližších pozůstalých dostávají pocity viny, zda se skutečně věnovali zesnulému tak, jak měli a mohli, avšak výčitky svědomí u těchto lidí nebývají zpravidla oprávněné. Tam, kde by oprávněné skutečně byly, obvykle nepřicházejí. Je známo, že příbuzní, kteří se intenzivně o umírajícího starají, truchlí kratší dobu, a celkově se s jeho odchodem lépe vyrovnávají. Proto se snažíme do péče o pacienta zapojit jeho blízké v co nejširším rozsahu. Z depresivních fenoménů se u pozůstalých setkáváme s **protrahovanou depresí a larvovanou (somatizovanou) depresí**, které souvisejí s reakcí na úmrtí v případě, že nebylo doprovázeno truchlením a oplakáváním. Dostávají se obvykle až několik měsíců po úmrtí.

Psychologická péče o pozůstalé, pokud je vůbec zapotřebí (např. u lidí žijících osaměle či v nedobrych příbuzenských vztazích, případně mezi nimi a zesnulými byl příliš těsný až symbiotický vztah), spočívá v tom, že v rámci opakovaných rozhovorů jsme pozůstalým k dispozici a prohodíme s nimi vše, co považují za významné a zatěžující. Aktivně jim nasloucháme a dodržujeme zásady **nedirektivního empatického rozhovoru**. V projevu citů jim nebráníme, spíše jej povzbuzujeme, aby se uvolnili, protože nedostatečné

truchlení a oplakávání se často významnou měrou podílejí na depresivních rozladách a neschopností akceptovat úmrtí blízkého člověka. V praxi se setkáváme také s lidmi, kteří jsou osočováni příbuznými, že úmrtí blízkého člověka zavinili tím, že něco opomenuli či že o něho pečovali nedostatečně. Také zde nejvíce pomáhá aktivní naslouchání, empatický a chápatý postoj, jež přináší člověku nejen úlevu, ale pomohou celou jeho situaci strukturovat a udělat si „v hlavě jasno“.

Celkově lze říci, že psychologická péče o tyto pacienty odpovídá **krátkodobé krizové intervenci**, které se budeme blíže věnovat v závěrečné kapitole.

Odchodem manželky nebo manžela jsou nejvíce ohroženi **staří lidé**, kteří se na tento fakt špatně adaptují. Poměrně mnoho starších vdov a vdovců umírá do dvou let po ztrátě životního partnera, zvláště tehdy, nenajdou-li nový smysl života a dostanou-li se do sociální izolace. U starých a osamělých mužů nebývají žádnou vzácností sebevražedné pokusy a dokonané sebevraždy. **Starým ovdovělým lidem musíme věnovat zvýšenou pozornost**, zvláště pokud jde o jejich tendenci se izolovat, nedbat o sebe apod. U vdovců se navíc jedná o zajištění základní životosprávy (jídlo, teplo, čisto, společnost). I stáří potřebuje mít smysl a být užitečné druhým, také staří lidé vyžadují k životu pozitivní citovou odezvu poskytovanou druhými lidmi. Proto je třeba často zasáhnout a působit v tomto směru na nejbližší příbuzné – zvláště děti. Starší ovdovělé lidi se pokoušíme začlenit do klubu důchodců, navštěvujeme je apod. Tito lidé jsou ve všech směrech zvýšeně ohroženi.

SOUHRN

Smrt je tajemstvím a záhadou, které k člověku bytostně patří. Leží v budoucnosti a současně v naší blízkosti. Každý lékař se s touto základní charakteristikou a údělem lidské bytosti musí vyrovnat, jinak je těžko schopen se kvalitně starat o umírajícího člověka a jeho blízké. Představa a pojem smrti se mění jak v rámci myšlenkového a duchovního vývoje lidstva, tak během života jednotlivce. Zhruba od počátku dospívání (do deseti nebo jedenácti let) odpovídá pojem smrti stále více dospělému chápání, kdy je spojován s nevratností, univerzálností a zástavou životních funkcí. Strach ze smrti je biologicky daný, nutný a zcela přirozený. U člověka je zásadně podmíněn i psychologicky (autonomie, lidská individualita). Mnohdy bývá zaměřován se strachem z umírání. Lékař, který si vlastní strach ze smrti uvědomuje, se lépe stará o umírající než ten, jehož strach je neuvědomovaný. Důsledkem pak bývá minimalizace a vyhýbání se kontaktu s pacienty, jejich objektivizace a infantilizace, hyperaktivita lékaře, eventuálně se může projevovat vysoce nežádoucí cynismus. Psychologická péče o umírající je postavena na kvalitní ošetrovatelské péči a především na zajištění fyzické pohody. Dítě musí umírat v přítomnosti rodičů, má vědět, že je nic nebude bolet a že nikdy nezůstane samo. Rodičům celou situaci a příčiny blížícího se konce zevrubně vysvětlíme, umožníme jim o dítě pečovat a poskytujeme průběžně citovou oporu. Trvá-li umírání

dlouho, dbáme, aby příbuzní odpočívali. Také u dospívajících je žádoucí, aby umírali v přítomnosti rodičů. Poskytujeme pozitivní podněty, vyhovujeme přáním a jsme k dispozici k rozhovorům o čemkoli a kdykoli. Podporujeme kontakty s přáteli (návštěvy). Také při doprovázení umírajících dospělých těsně spolupracujeme s příbuznými, jsme otevření k empatickým rozhovorům a umožňujeme pacientovi projevit negativní emoce a myšlenky, bez nichž se se svým koncem může jen obtížně vyrovnat. Obdobně probíhá péče o příbuzné. Před vlastním odchodem je důležité, aby se s umírajícím rozloučili. Dbáme, aby se pacient nedostal do izolace a aby dříve než biologicky neumřel psychicky a sociálně. Až do konce života člověk může intenzivně psychicky žít a rozvíjet se. Psychologická péče o pozůstalé je poskytována na vyžádání a má ráz psychologické první pomoci a krátkodobé krizové intervence. Je velmi důležité, aby u příbuzných proběhlo truchlení a oplakávání zesnulého, jež lze přirovnat k hojení rány. Smrtí svého nejbližšího jsou zvláště ohroženi staří lidé, jimž proto věnujeme zvýšenou pozornost.

Duševní krize, psychologická první pomoc a intervence v krizi

V kapitole nejdříve vymezíme pojmy krize a duševní krize. Pak se seznámíme s tím, jak k nim dochází a jak se projevují. Dále se budeme podrobně zabývat jednotlivými fázemi psychologické první pomoci a krátkodobé krizové intervence. Závěrem kapitoly pojednáme o psychické odolnosti vůči zátěži a krizi. Jako poslední kapitolu zařazujeme téma psychologické první pomoci a krizové intervence zejména proto, že využijeme a zhodnotíme vědomosti, získané četbou a studiem celé předchozí části práce. Kapitolu zaměříme více prakticky, protože psychologickou první pomoc a elementární intervenci v krizi by měl umět kvalifikovaně poskytnout každý lékař. Závěrečnou kapitolu chápeme jako přípravu pro tento zásah, který lze volně přiřadit k akutní medicíně, neboť člověk v hlubší duševní krizi bývá ohrožen na životě a toto ohrožení je mnohdy bezprostřední.

19.1 Duševní krize

Výraz krize pochází z řeckého *krinein*, tj. oddělit, vybrat, volit, přičemž *krisis* znamená rozhodnutí, rozsouzení, soud. S přihlédnutím k původní etymologii výrazu lze pak krizi vymezit jako **rozhodující chvíli obratu, kdy dochází ke změně**.

Budiž zdůrazněno, že náročné a závažné životní situace ústící v krizi k lidskému jedinci bytostně patří a všichni je známe z vlastní zkušenosti. Obsahují **pozitivní potenciál**, neboť jsou jedním ze zdrojů osobnostního růstu a vývoje, a to nejen na úrovni individuální, nýbrž i ve vztahu k druhému (v souvislosti s partnerstvím, manželstvím a rodičovstvím) a vedou ke **spo-**

lečnému zrání. Tím, že ji řešíme a překonáváme, vnitřně (i vztahově) zraje a v dospělosti dochází díky krizím k „přehodnocování hodnot“. Život bez náročných životních okamžiků a krizí by nebyl vpravdě lidským životem (ovšem i zde platí: Všeho s mírou!). Nicméně jen ty kritické situace a životní období, jež dokážeme vyřešit a překonávat, mají pozitivní dopad. V opačném případě vedou k nízké kvalitě života a ústí v poruchy zdraví.

Duševní krize nastává tehdy, jestliže se člověk střetne s překážkou, kterou není s to vlastními silami zvládnout v přijatelném čase a navyklym způsobem. Pokud nedojde k řešení, dochází dříve či později k narušení až ztrátě duševní rovnováhy, což samo o sobě ještě není synonymem duševní poruchy či nemoci, i když k nim může přispět nebo vést.

Akutní krize

mívají zpravidla jasně ohraničený začátek a rychle se rozvíjejí. U dospělých pacientů nalézáme jejich příčinu obvykle v oblasti interpersonálních vztahů, zvláště manželských, partnerských, ale i pracovních. Akutní krize se dostávají obvykle tehdy, dojde-li vlivem životních okolností k reaktivaci pacientova „citlivého místa“, jež ho provází mnohdy již od dětství a dospívání.

Jako ilustrující příklad si uvedme pacienta nadměrně pijícího alkoholické nápoje v důsledku pracovního přefazení, jež hodnotí jako „nespravedlnost“, přičemž prožívá křivdu a zklamání; nebo ženu uskutečňující sebevražedný pokus po zjištění extramatrimoniálního vztahu manžela. Zvláště náročné a duševní zdraví ohrožující je pro lidi období předrozvodové a rozvodové, pokud je provázeno vyhocenými a otevřenými konflikty nebo silnou jednostrannou závislostí jednoho z manželů na druhém.

Chronické krize

Na rozdíl od předchozích bývají svým průběhem nenápadné, přitom ale stále a dlouhodobě zatěžují. Jejich zdroj spočívá mnohdy ve vnitřních konfliktech člověka při současném působení protichůdných tendencí (např. špatné svědomí z vlastního jednání a neochota něco měnit). Také chronické krize se často týkají a projevují v meziosobních vztazích a jestliže vyvrcholí, stávají se akutními. Pravidelně se vyskytují u pacientů, kteří „somatizují“ a jejich značné subjektivní stesky neodpovídají objektivnímu nálezu. V takových případech bývá pro lékaře vhodné uvažovat „co je za tím“. Na chronickou krizi pomýšlíme také u psychosomaticky nemocných, neboť může být jednou z příčin vzniku a udržování onemocnění.

Duševní krize vedou u lidí subjektivně k pocitům ztráty jistoty, bezpečí a k prožitkům bezradnosti, včetně dojmu, že jsou na všechno sami. Osobnost člověka

v krizi je ohrožena ve své integritě, dostává se do stavu napětí přecházejícího v úzkost nebo „únavu ze života“, která signalizuje depresivní rozlady a prožívání. A kde narůstá deprese, zvláště ve spojení s pocitem viny, dostávají se sebevražedné myšlenky, a tudíž i nebezpečí sebevražedného jednání. Z tělesných příznaků doprovází nevyřešenou duševní krizi nejčastěji bolest hlavy, zad, neopodstatněná únava a potíže v oblasti zažívacího ústrojí, samozřejmě při negativním či minimálním somatickém nálezu.

S krizí se jedinec vyrovná tím, že ji sám či s pomocí blízkých lidí vyřeší, krize může též sama spontánně odeznít, nebo dojde k její chronifikaci a k případné dekompenzaci somatického stavu či psychické poruše.

Duševní krize nastávají také v souvislosti s **otřesnou – traumatizující událostí** nebo po obdržení nepříznivé zprávy, kterou dotyčný vnímá a hodnotí jako značnou újmu a jež přichází náhle, „jako blesk z čistého nebe“.

Člověk prožívá ztrátu či ohrožení významné hodnoty (zdraví, života vlastního či života blízkých osob, ztrátu blízkého člověka vzniklou rozchodem, úmrtím apod.). Může být ohroženo to, čím jedinec žije (vztahy, práce, zájmy), čím je (postavení a prestiž), nebo co vlastní. Duševní krize se nejednou manifestuje v průběhu tělesného oslabení (v průběhu horečnatého infekčního onemocnění, při nedostatečném příjmu potravy, např. i při redukční dietě, při pracovní exhaustci, abúzu alkoholu).

Mnohé z předchozího lze zařadit mezi **závažné životní události, pro které je zároveň příznačné, že jsou jedincem výrazně negativně hodnocené, obvykle nepředvídatelné a jím samým obtížně kontrolovatelné a ovlivnitelné.**

19.2 Psychologická první pomoc

Psychologickou první pomoc vymezujeme jako jednorázový zásah, uskutečňovaný převážně prostřednictvím rozhovoru mezi lékařem a potřebným člověkem, který se nalézá v náročné životní situaci, je psychicky destabilizován či k této destabilizaci nemá daleko.

Zpravidla jde o jedince v duševní krizi (např. vlivem rozpadu manželství) nebo pod vlivem události, která je pro něho otřesnou zkušeností (např. tragické úmrtí někoho blízkého).

Hlavním cílem psychologické první pomoci je dosáhnout u pacienta vnitřní stabilizace a zklidnění tím, že dojde k uvolnění jeho emočního napětí.

Pokud je člověk v **šoku** (obvykle se projevuje apatií, méně často zmateností, neklidem a na tento stav bývá částečná či úplná *amnezie*), provádíme opatření běžná při první lékařské pomoci – postiženého dopravíme do bezpečí a zajistíme mu klid, teplo, sucho, dostatek tekutin apod., v případě jeho neklidu a zmatenosti se pokoušíme upravit stav farmakologickou cestou. Člověk v šoku nesmí zůstat sám a zároveň mu pomáháme aktivně uspokojit jeho potřeby, vlastně se o něho ve všech směrech plně staráme. Teprve po odeznění šoku, jenž trvá řádově hodiny až dny, postupujeme ve smyslu psychologické první pomoci a krizové intervence.

Psychologická první pomoc, přichází – jako hlavní opatření – v úvahu tehdy, jestliže osobnost není dezintegrována a pacient je schopen hodnotného kontaktu a aktuálně či potenciálně neohrožuje sebe ani okolí. Má význam

- **etický** – mírníme duševní utrpení;
- **léčebný** – zamezujeme stupňování stavu, který by jinak mohl ústít v psychickou poruchu nebo somatickou dekompenzaci;
- **preventivní** – zamezujeme fixaci, kdy lékař i pacient podlehnou tendenci „medicinizovat“ problémy v prožitkové a psychosociální oblasti a hodnotí je jako zdravotní poruchu a takto s nimi zacházejí.

Pacient, indikovaný pro psychologickou první pomoc, přichází do ordinace sám, nebo je doporučen příbuzným, spolupracovníkem apod. Bývá rozrušen z toho, co se mu děje či stalo, nalézá se v duševní krizi, popřípadě je pod vlivem otřesné, traumatizující události. Od lékaře očekává léky na uklidnění a rady, jak si počínat v životní situaci, kterou vidí jako komplikovanou a nedokáže ji řešit.

Obecně platí, že čím je pacientovi subjektivně hůře, tím je sugestibilnější, a tím také vkládá větší naděje do lékaře, doufá v rychlou a účinnou pomoc. Snadno se dostává do **regrese**, projevující se vzhledem k jeho věku nezralým, tzv. „dětským“ chováním, pro které je příznačná závislost, pasivita a nastavenost na „příjem“ péče. Regresivní projevy u nemocného jsou přirozené, spolupodmíněné společensky a kulturně. Počítáme s nimi, ale nepodporujeme je, protože mohou být překážkou vytváření dobrého pracovního společenství mezi pacientem a lékařem.

Pacient je v této situaci „vykolejenosti“ poměrně snadno ovlivnitelný slovem a zpravidla i dobře spolupracuje, na druhé straně musí lékař „vydržet“ jeho emoční projev, i eventuální tendenci nutit nás rozhodovat v soukromých záležitostech a delegovat nám odpovědnost, která nám nepřísluší (např. rozhodovat o tom, jestli se má rozvést, či setrvat v manželství).

Velmi často dochází k tomu, že pacienti ze zvyku a v tradiční roli nemocného „nabízejí“ nějaké zdravotní potíže, které mají komunikační hodnotu. Takto

nás vybízejí, abychom se jim věnovali a brali je vážně. Svým způsobem jsou tyto projevy voláním o pomoc. Nejednou je pozorujeme u pacientů, nalézajících se v chronické krizi – lékaři znají dobře „nemocné“, kteří „útekem do nemoci“ dočasně řeší vlastní neúnosnou situaci na pracovišti. Zde je třeba věnovat od samého počátku a důsledně – kromě obvyklého medicínského postupu orientovaného na „tělo“ – pozornost psychosociální problematice a zaměřit se na osobnost pacienta nalézajícího se pravděpodobně ve svízelné životní situaci. Jinak dojde k tomu, že s námi posléze pacient „bojuje“ o „uznání“ nemoci, kterou míní tělesné onemocnění v tradičním významu.

Jak si konkrétně počínat při psychologické první pomoci v podmínkách ambulantní praxe?

Bezprostředním cílem psychologické první pomoci je:

- a) vytvořit podmínky dobrého pracovního společenství;
- b) psychicky pacienta stabilizovat;
- c) zamezit dalšímu stupňování okolností, jež pacienta destabilizují a mohly by vést k duševní a tělesné poruše zdraví;
- d) zajistit kontinuální návaznost další péče.

Pacienti a jejich lékaři se zpravidla znají z dřívějších kontaktů. Již tím, že jedinec vyhledá lékaře, projevuje mu důvěru a očekává pomoc. Pro navázání dobrého kontaktu je tato okolnost pozitivní a ze strany pacienta je předpokladem vytvoření žádoucího **pracovního společenství**, kdy člověk **aktivně** spolupracuje, **upřímně** sděluje a **dodržuje** to, na čem se společně domluvili. Důvěra není něčím neměnně daným, prohlubuje se, nebo mizí na základě konkrétní zkušenosti pacienta s lékařem.

ad a) **První krok** po zjištění indikace k psychologické první pomoci spočívá v zajištění podmínek pro nerušený rozhovor. Měli bychom být s potřebným člověkem v místnosti sami a bez časové tísně, počítejme, že rozhovor bude trvat třicet až padesát minut. Přítomnost sestry může rušit, zvláště pokud jde o upřímnou sdílnost a otevřenost pacienta. S pacientem se posadíme pohodlně a „civilně“ a od samého počátku dáváme najevo, že jsme plně k dispozici a ochotni pomoci. Lze doporučit sdělení, že tím, že nás vyhledal, udělal pacient „dobře“, a to i v případech, že byl přiveden někým druhým. Důležité je projevoval **osobní zájem** o jeho problematiku a brát ji naprosto vážně (jedinec se nejednou stydí, že se neovládá a že situaci sám nezvládl vůli). Starosti a důvody rozrušení „uznáme“. Recipient pomoci musí cítit, že jsme principiálně na jeho straně. To však neznamená, že pacientovi dáváme ve všem nekriticky za pravdu, nebo jej povzbuzujeme v obviňování okolí. Člověka **akceptujeme**, přijmeme, což se děje především mimoslovně (např. pokyvováním hlavou, uvolněným a vstřícným držením těla) i pozorným nasloucháním a zdvořilým chováním. Důvěra pacienta roste, více a upřímně sděluje, počne se uvolňovat a svěřovat, mnohdy přejde až k dramatickému monologu.

ad b) **Druhý krok** tvoří opatření vedoucí k psychické stabilizaci pacienta. Budiž řečeno, že jedince uklidňuje už přítomnost lékaře (pomoc je nablízku)

a zmenšuje zdravotní potíže, ve kterých hraje větší roli subjektivita nemocného (např. bolest, úzkost). Hlavním psychologickým prostředkem stabilizace rozrušeného člověka je určitý způsob vedení rozhovoru (kromě našeho klidného vystupování a celkového projevu, jenž je „nakažlivý“ a zpravidla se přenáší na druhého).

Dodržujeme zásady **nedirektivního empatického rozhovoru**, který – užitý v rámci psychologické první pomoci – spočívá v tom, že lékař pacientovi **aktivně naslouchá**, snaží se **porozumět** jeho vnitřnímu světu a situaci, v níž se dotyčný nalézá, a hodnotí, co pro něho osobně znamená. Kromě toho se musí **orientovat v problému**, **posoudit závažnost situace** na základě informací, které má k dispozici (nebývá jich mnoho), a to s přihlédnutím k zdravotnímu stavu pacienta.

Neustále se tak pohybuje ve dvou rovinách: pacientovi se subjektivně přibližuje, je „s ním“ a zároveň drží vnitřní distanci, která nesmí předcházet znemožňovat a současně dovoluje lékaři nestranný pohled nutný k rozhodování o dalších opatřeních. Vzájemný vztah mezi lékařem a pacientem je tedy tak „blízký“, jak je možné, a tak „vzdálený“, jak je nutné.

Nedirektivním empatickým rozhovorem ulevujeme pacientovi v negativním prožívání a dáváme mu naději v reálnou pomoc (ať ji poskytneme my, nebo jiný). Ve vypjaté situaci člověka v krizi nemůžeme postupovat **zcela** nedirektivně – to by mohl pacient vnímat jako naši nejistotu, bezradnost či potvrzení svého, obvykle pesimistického postoje. Lékař musí být iniciativní, aktivní a mít průběh rozhovoru stále **pod kontrolou**, protože pro jedince v zátěži představuje v tom okamžiku jedinou oporu.

Během psychoterapeutického rozhovoru dochází k abreakci, pacient se uvolňuje, uklidňuje – psychicky stabilizuje. Stabilizaci často předchází výraznější projevy negativního prožívání (sebeobviňování, pláč apod.). Lékař je musí přijmout, nechat odžít a rozhodně nést jedince k jejich potlačení. Nebojme se, že se trpícího člověka „dotkneme“ a jeho utrpení zvýšíme. Potřebuje se uvolnit, uvědomit si svízelnost situace i to, že má právo být otřesen. Tím druhému „pomáháme“ stejně jako samotným nasloucháním a projevovaným zájmem. Teprve tehdy, je-li člověk psychicky stabilizován a my jsme se zorientovali v jeho problematice a její závažnosti, můžeme postoupit dále v poskytování psychologické pomoci.

ad c) Aby se mohl jedinec vyrovnat se svou situací a řešit ji – ať již sám, nebo s pomocí druhých – musí jí **rozumět**. V rámci první psychologické pomoci a po stabilizaci, lze začít s **analýzou situace**, hledáním **ústředního problému** a prvním krokem k jeho řešení. V objektivně složitých situacích je nutné počítat se **zapojením a spoluprací důležitých osob** z pacientova okolí (příbuzných, přátel apod.). **Přímými zásahy** řešíme kritickou situaci

(pomůžeme např. se zajištěním náhradního ubytování). Zhoršování subjektivního prožívání zamezujeme tím, že jedince na sebe navážeme a stáváme se pro něho nadějí na pomoc a obrat k lepšímu. Nabízíme sebe a náš vztah – pacient musí vědět, že mu jsme k dispozici i v budoucnu. V rámci psychologické první pomoci pomáháme nalézt alespoň **parciální řešení** problému. Pacient může odejít z ordinace tehdy, je-li uklidněn a přesně ví, co má dělat a na koho se může obrátit dále. Stále mějme na paměti, že člověk v krizi nesmí zůstat s problémy sám – subjektivně ani objektivně.

ad d) Pacienti většinou vítají, zůstávají-li v péči svého praktického lékaře, kterého znají a kterému věří. Ne vždy však je lékař schopen jim poskytnout kvalifikované vedení. V takovém případě zajišťuje **návaznou péči** jinde. Podle „povahy případu“ předává často pacienta do péče klinického psychologa, psychiatra, manželské a předmanželské poradny, eventuálně může doporučit další opatření (navrhne např. návštěvu advokátní poradny, pedagogicko-psychologické poradny). Vždy je důležité **zevrubně pacienta připravit a pravdivě jej informovat** o tom, co jej pravděpodobně čeká.

Krok 1

Přijetí pacienta. Pacient sděluje.
Lékař naslouchá a táže se.

Krok 2

Nedirektivní rozhovor.
Aberace a stabilizace pacienta.
Lékař zvažuje nebezpečí
suicidálního jednání.

Hrozí akutní nebezpečí
suicidia.

Nehrozí akutní nebezpečí
suicidia.

Krok 3

Lékař zajistí hospitalizaci.

Analýza situace a hledání
ústředního problému společně
s pacientem.
Nalezení parciálního řešení.
Přímé zásahy.

Krok 4

Zajištění návazné péče.
Rozloučení s pacientem.

Obr. 12 Kroky při poskytování psychologické první pomoci



Návaznou péčí je žádoucí zprostředkovat osobně, např. telefonicky. Pacienta pak občas pozveme na kontrolu a zůstáváme v kontaktu se specialistou, aby-
chom mohli eventuálně společně postupovat.

19.3 Intervence v krizi

Intervence v krizi navazuje na psychologickou první pomoc. Sami ji poskytujeme tehdy, jestliže není příliš hluboká a závažná, nebo když pacienta dobře známe, rozumíme mu a domníváme se, že jsme schopni mu postačujícím způsobem pomoci.

Ke zvládnutí duševní krize bývá třeba opakovaných setkání, průměrně tři až šest, v průběhu několika týdnů; intervaly mezi nimi jsou na počátku kratší než na konci. Naše pomoc končí, je-li pacient psychicky stabilizován; pomáháme překlenout nejhorší období krize (nejde o léčbu, kterou je psycho-
terapie v užším významu).

Má-li pacient řešit situaci, musí jí **porozumět**. Nabízíme opakovaná setkání, která mu mají pomoci k orientaci v situaci, v prožívání a v pochopení okolností, které ke krizi vedly. Poté může pacient najít mnohá východiska.

Přijme-li pacient nabídku dalších rozhovorů, dohodneme dobu, přibližný počet setkání a informujeme jej o žádoucím chování při těchto setkáních. Pacient by se měl snažit o upřímnou sdílnost, neměl by od nás žádat rady týkající se jeho osobního života a rozhodování, která nám nepřísluší.

Aby se pacient dokázal vyrovnat se situací a byl schopen ji řešit, musí si **uvědomit a vystát celou tíži krize**. Proto začneme hned po vnitřním zklidnění pacienta **analýzou situace a hledáme ústřední problém**, včetně možností, které pacient má. Reálné možnosti otevíráme a nalézáme částečná řešení „krok za krokem“. Zabýváme se postojem pacienta a jeho motivací ke změně. Většina lidí v krizi si přeje, abychom je pochopili a dali jim za pravdu, popřípadě jim pomohli rázným zásahem. Jejich základním laděním je v oblasti meziosobních vztahů pocit zklamání a křivdy. Čím se pacient cítí hůře, tím je sugestibilnější a tíhne k pasivní závislosti, v níž by nejraději přenesl všechna rozhodování a odpovědnost za ně na nás.

Při analýze situace mívají často lidé v krizi tendenci *katathymně* (emočně) zkreslovat a uvažovat v černobílé logice „buď, anebo“. Je tomu tak proto, že negativní prožívání, úzkost, deprese a napětí zužují vědomí, brání uvědomování si souvislostí a hledání mnohých řešení. Pacient často „opakuje“ v minulosti používaná, v současnosti však nepřiměřená řešení. Má-li možnost o sobě hovořit, získává odstup a znovu nabývá schopnosti rozlišovat a vidět nová hlediska.

Také při vedení rozhovoru se osvědčuje dodržovat zásady nedirektivního empatického rozhovoru. Pacienta bereme vážně a prostřednictvím vcítění se snažíme porozumět jeho vnitřnímu světu.

Vlastní mínění vyjadřujeme opatrně prostřednictvím autentických poznámek, které dávají rozhovoru přirozenou podobu; jako např. účastenské otázky. „Vy jste to opravdu vůbec netušila?“ Nebo: „Proč se na to nezeptáte přímo?“ Je-li navázán dobrý kontakt, lze poukázat na komunikační a faktické rozpory v projevu pacienta tzv. „konfrontujícími“ výroky. Například: „Teď tomu přesně nerozumím, říkáte, že je na něho spolehnouti a přitom vám vůbec nepomůže, a jestli vám dobře rozumím, znamenalo by to pro vás velkou úlevu.“ Je vhodné, když lékař řečené shrne, stejně jako by měl na konci setkání říci, k čemu v rozhovoru dospěli.

Téma rozhovoru volí pacient. Mlčí-li delší dobu, či je-li v rozpacích, zajímáme se, co mu brání, aby volně hovořil. Důraz klademe na prožitek, který nás spolehlivě vede k tomu, co je důležité. Zjednodušeně lze říci, že terapeutická pomoc sestává ze tří momentů: **uvědomění si subjektivně důležitého obsahu** („stopování“ prožitku), jeho **vydržení** („neutíkáme“ od něj, ač bývá nepříjemný) a jeho **zpracování** (probrání z více hledisek, včetně jeho stránky kognitivní a emoční). Pak obvykle dochází ke snížení napětí a k nalezení řešení.

Otevírá-li se pacient sobě i nám, zabývá se subjektivně významnými obsahy, prožitky, prohlubuje se jeho schopnost introspekce a sebek porozumění. Tím roste i porozumění vnitřnímu světu a chování druhých lidí, lépe se orientuje ve svých vztazích a stává se schopným nalézt vlastní, optimální řešení své „krize“.

Pacient má být s naší pomocí spokojen; neměl by se však stát na nás závislým.

Krizová intervence končí, je-li pacient psychicky stabilizován na úroveň před započatím krize. Pacient by měl vědět, co může změnit a s čím se musí smířit. Jsou-li určité, subjektivně nedůležité okolnosti nezměnitelné, je třeba k nim změnit postoj.

Ukážou-li se problémy spíše „v nitru“ pacienta, doporučíme psychoterapeutickou léčbu, kterou kvalifikovaně provádějí specialisté–psychoterapeuti, zpravidla někteří kliničtí psychologové a lékaři–psychiatri. Krizovou intervenci ukončíme dohodou s pacientem, kterého připravíme na závěr tohoto zvláštního druhu pomoci.

19.4 Psychická odolnost vůči krizi

V psychologii je dnes již známo, že psychická odolnost jedince vůči závažným a náročným životním situacím, tedy i krizím, závisí na jeho:

- a) osobnostní výbavě,
- b) zdrojích vnější jistoty,
- c) typu samotné situace.

Osobnostní výbava

Osobnostní výbavou zde míníme komplexní charakteristiku člověka, jež vede k jeho emoční stabilitě (nebo naopak labilitě).

Emoční stabilita je určována vrozeným temperamentem (tedy i dědičně), který se mj. podstatným způsobem spolupodílí na průběhu a síle psychických dějů, včetně lidské vitality.

Například ze zkušenosti víme, že hodně vitální děti bývají všeobecně zdravější a reagují na frustraci spíše agresivitou, a vůbec více „vydrží“. Naopak u méně vitálních jedinců je nejčastější odezvou na frustraci prožívání a jednání, které je charakteristické akcenty úzkosti a strachu, případně deprese.

Kromě temperamentu se na emoční stabilitě spolupodílejí i vlivy okolí. Tím míníme zejména výchovu a prostředí, ve kterém dítě již od narození vyrůstá, neboť ty formují základy jeho osobnosti (hlavní rysy a vztahové vlastnosti). K žádoucí osobnostní výbavě přispívá výrazná identita, jež má blízko k ryznosti člověka a patří mezi hlavní znaky duševního zdraví.

Identický jedinec je autentický, je tedy „sám sebou“ (opakem je přetvářka, stylizace apod.). Takový člověk ví, že je stále „sám sebou“, ať již se jedná o jeho minulost, přítomnost či budoucnost. Má k sobě pozitivní vztah, uvědomuje si poměrně přesně, co si přeje a oč usiluje, ví také, co si nepřeje a nechce. Kromě dobrého sebepoznání, časové kontinuity a stálosti identita znamená, že má jedinec pevný a sjednocující základ pro různé oblasti osobnosti, jež odpovídají jeho životním rolím.

Kromě identity patří k žádoucí osobnostní výbavě také autonomie, neboli sebeurčení, které úzce souvisí s přiměřeným sebevědomím (na rozdíl od sebepodceňování či sebepřeceňování).

Autonomní člověk je poměrně nezávislý na názorech a hodnocení ostatních. Dimenze závislost–nezávislost (kromě subjektivní blízkosti–subjektivní vzdálenosti) tvoří základní kvalitu meziosobního vztahu. Lidé vnitřně nezávislí jsou relativně svobodní, osobně stabilní a méně snadno narušitelní negativními podněty a zkušenostmi.

Důležitou součástí osobnosti, která souvisí s naším tématem, jsou ve třetí kapitole pojednané **psychické obranné mechanismy a strategie zvládání závažných a náročných životních situací**.

Pokud jsou psychické obranné mechanismy opravdu funkční, zvyšují odolnost vůči zátěži. Také otázka strategie řešení problémových situací je velmi zajímavá, neboť každý člověk má tendenci k určitému postupu, jímž svízele řeší. Někdo spíše ustupuje a problém „obchází“ nebo oddaluje jeho řešení, případně jedná nepřímou. Jiný jde na věc přímo, až agresivně a vše řeší bez prodlevy.

Je nasnadě, že do subjektivně obtížné situace se s menší pravděpodobností dostane člověk, disponující celou řadou různých strategií, jež uplatňuje pružně, včas a podle typu problémové situace.

Významným zdrojem vnitřní jistoty, přispívajícím k autonomii, je **hodnotový systém** člověka, který se těsně váže také ke smyslu života. Hodnotový systém je spolehlivý tehdy, není-li bezprostředně vázán na skutečnosti snadno ohrožitelné vnějším zásahem.

Například konzumní, zvěcnělý přístup k životu, stejně tak jako pomíjivé hodnoty jako kult zdraví a mládí, skýtají člověku v zátěži malou oporu. Dokonce mohou vést k duševní krizi, pokud jsou ohroženy, nebo dojde-li k jejich ztrátě. Naproti tomu hodnotový systém příliš časově nevázaný na „pomíjivé“ záležitosti umožňuje v životě pevnější zakotvení a snadnější překonávání svízeli všeho druhu. Představuje kompas, který nás orientuje a zároveň spolehlivě upozorňuje, co máme a co nemáme dělat. V tradici evropské kultury je to vztah k duchovním hodnotám, tedy k něčemu, co lidského jedince s jeho bezprostředními zájmy přesahuje a co je svou povahou stále a poskytující oporu. Zde je třeba upozornit, že člověku je vlastní touha poznávat a porozumět celku světa, jeho smyslu i svému místu na zemi v konkrétním čase. Je zřejmé, že tato oblast souvisí s dříve zmíněnou identitou.

Důležitou součástí osobnostní výbavy člověka je jeho **úroveň mentálních schopností (inteligence)**. Intelekt však nelze posuzovat odděleně od některých dalších charakteristik osobnosti, jako jsou např. vůle a emocionalita. Faktem však zůstává, že máme-li se v nějakém problému orientovat, řešit jej a poučit se pro příště, nutně k tomu potřebujeme myslet.

Je známo, že myšlení a rozhodování jsou v životních situacích ovlivňovány také celou řadou subjektivních okolností, zvláště neuspokojenými potřebami. Ty mohou působit až naléhavě a stát se motivem jednání. Ne vždy jsme si však naší motivace plně vědomi.

Za ilustrující příklad lze uvést přání a potřebu mít vlastní dítě, své pokračování a objekt péče, jež se vyskytuje téměř u každého mladého člověka po dosažení určitého věku. Tomu předchází touha žít v intimním psychickém a fyzickém vztahu, který ústí tradičně ve sňatek a založení rodiny. Pokud tato potřeba a z ní vyplývající motivy jednání nejsou uspokojeny, mladý člověk stále hledá ve snaze najít vhodný protějšek pro život. Jeho nároky na druhého třeba i klesají a neúčastný pozorovatel by mohl dospět snadno k závěru, že dotyčné či dotyčným to „přestalo myslet“. To bývá případ vysokoškolaček, jež se po dostudování „spokojí“ s ženichem, který stojí vzděláním výrazněji níže, což by tolik nevadilo, kdyby s tím nebyl spojen mnohdy rozdílný a nejednou neslučitelný styl života, odlišná hodnotová orientace, zájmy a jiné, pro život důležité kvality osobnosti.

Vidíme, že myšlení a rozhodování mohou být podstatně určovány potřebami a, pokud si je neuvědomíme, mohou se „chovat“ jako „slepé“. Na naše jednání působí potřeby prostřednictvím prožívání a emocí, které mají bezprostřední motivační sílu. Vazba mezi poznáváním a citovou stránkou člověka je vzájemná.

Pro kultivované a rozvinuté myšlení většinou platí, že dříve nebo později dokáže rozeznat, případně „odfiltrovat“ vliv pocházející z emočního zdroje.

Zdroje vnější jistoty

Zatím jsme se věnovali osobnostní výbavě, která zvyšuje či snižuje odolnost lidského jedince k psychické zátěži. Kromě osobnostní výbavy, pro kterou je klíčovým pojmem stabilita osobnosti, to jsou **zdroje vnější jistoty**, které někdy rozhodnou, zdali u jedince dojde či nedojde k takovému duševnímu stavu, kdy již nějakou závažnou nebo náročnou životní situaci nezvládá, kdy je destabilizován, případně se dostane do duševní krize. Řadíme sem pevné rodinné zázemí a smysluplnou činnost.

Pevné rodinné zázemí

znamená, že člověk má opravdový domov, tedy místo bezpečné a jisté, tvořené neproblémovými mezosobními vztahy, které skýtají oporu, pomoc a povzbuzení. Doma jsme přijati a naši nejbližší nám rozumějí. Z klinické praxe víme, že se málokdy setkáváme s destabilizovanými lidmi, přicházejícími z prostředí, jemuž odpovídá předchozí charakteristika. Dovolíme si dokonce konstatovat, že pevné rodinné zázemí, tedy stabilní rodina a emoční stabilita jedince, spolu přímo a těsně souvisejí (srov. kap. o rodině a pojem *salutogeneze*).

Jinak samozřejmě také platí, že jakýkoliv blízký a stabilní mezosobní vztah, v němž cítíme přijetí a ochotu druhého pomoci, zvyšuje naši odolnost vůči zátěži. I v tomto významu je zřejmá „léčivost“ určitých charakteristik osobnosti lékaře ve vztahu k nemocnému.

Smysluplná činnost

je druhým zdrojem odolnosti proti duševní krizi, zdrojem, jenž přichází zvnějšku. Může mít podobu práce, hry nebo určitého způsobu trávení volného času (rozvíjení zájmů, koníčků apod.). Člověk prožívá smysluplnost tehdy, jestliže rozumí souvislostem a jedná-li tak, že svůj život a konání hodnotí jako „dobré“ a opakováníhodné. Opět je z klinické praxe všeobecně známo, že se málokdy setkáme s člověkem v duševní krizi, jenž má tvořivou činnost (vnitřně obohacující a rozvíjející) nebo opravdu užitečnou práci, tedy aktivitu, která slouží „druhým“. Pracovní planost či provizorium, práce pouze pro peníze nebo dokonce nezaměstnanost, jsou okolnosti zvyšující náchylnost k duševním krizím. Naopak mezi oblastí, které odolnost zvyšují, lze přiřadit také zájmy, v nichž mnozí naleznou kvalitní realizaci a setkávání s druhými. Jejich význam pro základní životní pocit a kvalitu života narůstá v pokročilejším věku, kdy již člověk není v pracovním procesu. Lidská bytost žije smysluplně, jestliže to, co koná, dělá smysluplně a tvořivě i ve vztahu k druhému a společně s ostatními lidmi.

Ukázali jsme, že psychická odolnost jedince je výsledkem určitých kvalit osobnosti a přítomnosti zdrojů vnější jistoty a opory. Dále stručně pojednáme o třetí oblasti, která mnohdy rozhodne o tom, dostane-li se člověk do duševní krize, či nikoli. Je to typ samotné situace.

Samotná situace

Samotnou situací míníme okolnost, která mnohdy bezprostředně vede k subjektivně vnímané a prožívané zátěži a následné silné reakci, jež je z pozice „zdravého lidského rozumu“ nesrozumitelná, avšak psychologicky pochopitelná. V běžné klinické praxi se setkáváme s tím, že někdy lidé reagují z našeho pohledu zdánlivě nevypočitatelně. Co jednomu vůbec nevadí, druhého značně rozruší. V souvislosti s odolností vzhledem k zátěži je třeba upozornit na specifické psychosociální situace, jež jsou zcela individuální povahy, na které může být jedinec nepochopitelně zvýšeně, někdy až extrémně citlivý. Vyskytují se i u lidí jinak značně odolných, vnitřně stabilních, disponujících funkčními psychickými obrannými mechanismy a pružnými strategiemi, jimiž řeší závažné a náročné životní situace. Tato „citlivá a slabá místa“ jsou obvykle vývojově podmíněna, vznikla tedy během individuálního života, zpravidla v dětství a dospívání.

Například jsou pacienti, častěji muži, kterých se nesmírně dotkne, jestliže je přehlédne nebo si při oslovení nevybavíme či spleteme jejich jméno. Cítí to jako urážku, ponížení, zranění vlastní důstojnosti – a žádná omluva nepomůže. Reagují nepochopitelným a přehnaným hněvem. Bývá to u jedinců s narcistickou poruchou osobnosti, kteří mívají velkášské představy o vlastní důležitosti a potřebují být obdivováni. Patří k nim zároveň i arogantní a zpupné vystupování.

Nebo jiní lidé jsou soutěživí a chtějí být za všech okolností první, nejlepší, chváleni a uznáváni. Jestliže jim něco nevyjde, může to pro ně subjektivně znamenat tragédii, neboť se u nich zvýrazní pocit méněcennosti, dostaví se výčitky svědomí a pocit viny. Slabým místem je v tomto případě jejich sebehodnocení v souvislosti s výkonem.

Odolnost vůči krizi zvyšuje i dřívější zkušenost s **úspěšným překonáváním analogické situace**. Pozitivní zkušenost, zejména je-li reflektována (tedy uvědoměná), patří mezi důležité zdroje zvládání závažných životních událostí.

Jestliže chceme preventivně zvyšovat psychickou odolnost lidí vůči zátěžím a krizím, musíme současně ovlivňovat osobnostní výbavu člověka i zdroje jistoty, které přicházejí sice zvnějšku, avšak sám člověk je vytváří spolu s druhými (rodina a smysluplný život). K tomu nám slouží psychoterapie, v rámci které dochází k pravdivějšímu sebepoznání, tedy i nalezení citlivých osobnostních míst a uvědomění individuálně „nebezpečných“ situací. V současné době již není pochyby o tom, že psychická odolnost je provázána s imu-

nitním systémem, proto v závěrečných částech knihy věnujeme pozornost kromě psychoterapie také *psychoneuroimunologii*.

SOUHRN

Krizi lze vymezit jako rozhodující chvíli obratu, kdy dochází ke změně. Duševní krize nastává, střetne-li se člověk s překážkou, kterou není s to vlastními silami zvládnout v přijatelném čase a navykým způsobem. Krize se dělí na akutní a chronické. Nezvládnutá a nevyřešená krize zpravidla ústí v dekompenzaci somatického stavu nebo v duševní poruchu; při hlubší depresi spojené s bezvýchodností dochází k nebezpečí suicidálního jednání. Psychologická první pomoc je jednorázový zásah, uskutečňovaný převážně prostřednictvím rozhovoru mezi lékařem a potřebným člověkem, jenž je psychicky destabilizován či nemá k destabilizaci daleko. Sestává ze čtyř kroků: vytvoření dobrého pracovního společenství, psychické stabilizace pacienta, zamezení dalšího stupňování okolností, jež pacienta destabilizují, a zajištění návaznosti další péče. Pokud pacienta nepředáme specialistovi, vedeme jej dále prostřednictvím krátkodobé krizové intervence, která sestává z opakovaných setkání, kdy celou situaci analyzujeme a hledáme řešení, zároveň poskytujeme pacientovi citovou oporu. Bývá vhodné zahrnout do terapie i rodinu pacienta. Hlavním prostředkem krátkodobé krizové intervence je nedirektivní empatický rozhovor. Krizová intervence končí, je-li pacient psychicky stabilizován na úrovni před započatím krize; zároveň by měl být jeho problém z větší části vyřešen a pacient by měl vědět, jak v budoucnu obdobným situacím čelit. Psychická odolnost jedince vůči zátěži a krizi je výsledkem interakce mezi osobnostní výbavou (zejména emoční stability) a zdroji vnější jistoty (kvalitní domov, meziosobnostní vztahy, smysluplný život). Významná je i dřívější pozitivní zkušenost s analogickou situací. Pro člověka to bývají mnohdy zcela specifické situace, jež vedou k hodnocení a prožívání určité skutečnosti jako náročné a posléze krizové.

Psychoterapie

Vtéto kapitole nejprve vymezíme obor a seznámíme se s jeho charakteristikami a indikací. Dále pak zaměříme pozornost na cíle, efektivitu psychoterapie a vyjmenujeme základní psychoterapeutické prostředky. Závěrem kapitoly pojednáme o účinných faktorech léčby a obecném modelu psychoterapie.

20.1 Definice

Psychoterapie je především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací (terciární prevencí) poruch zdraví. Uskutečňuje se výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy. Psychoterapie představuje zvláštní druh psychologické intervence působící na duševní život, chování člověka, jeho meziosobní vztahy i tělesné procesy tím, že navozuje žádoucí změny, a tak podporuje úzdravu či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví.

Jejím předmětem je tedy lidské zdraví a jeho poruchy, prevence, léčba a rehabilitace těchto poruch z hlediska možnosti jejich ovlivňování komunikační a vztahovou cestou. Vlastní psychoterapie probíhá jako vědomá, záměrná, strukturovaná a vědecky podložená interakce mezi terapeutem a pacientem.

Vědecky podložené jednání je takové, které staví na poznatcích získaných vědeckými postupy (objektivita, opakovatelnost, nezávislá kontrola, kritičnost).

Působení psychologickou cestou je odlišné povahy než působení fyzikální, chemické a biologické, které představují důležité a účinné prostředky jiného léčebného působení na pacienta.

V současné psychoterapii lze vidět osm základních proudů. Různých přístupů je až nepřehledné množství, mnohé z nich jsou lékařskými vědami neakceptovatelné, protože jsou v rozporu s platnými vědeckými poznatky. Zmíněné základní proudy jsou následující: humanistická psychoterapie, hlubinná psychoterapie, behaviorální psychoterapie, sugestivní a hypnotherapeutický přístup, relaxační a psychofyzilogické postupy, systémové, systemické a komunikační pojetí, transpersonální psychoterapie a nakonec eklektický přístup, pokračující integrativním pojetím a ústícím v obecný model psychoterapie.

Humanistická psychoterapie *=> Rogers*

jejím příkladem je např. rogersovský přístup. Klade důraz na lidské jedinečnosti a tendenci lidské bytosti k osobnímu růstu a rozvoji. Do vztahu vstupují terapeuti osobně, za sebe, nikoliv jako experti, důraz je položen na „setkání“ mezi pacientem a terapeutem. Terapeut je průvodcem na cestě za nesnadným porozuměním sobě. Cílem léčby je obnova a podpora plného osobnostního rozvoje nemocného tím, že pozná a odstraní svá vnitřní omezení a vyrovná se se sebou.

Hlubinná psychoterapie *= Dynamická Freud*

někdy je nazývána také dynamickou a řadíme do ní směry, kladoucí důraz na nevědomé procesy. V podstatě se odvíjí od psychoanalýzy, důraz je položen na vývoj v časném dětství a na vnitřních konfliktech, případně na nedostatečně strukturovaném „já“. K léčbě dochází na základě analýzy a interpretace přenosu, u některých diagnostických skupin pak prostřednictvím empatického projevu terapeuta. Pro terapii je klíčový vztah mezi terapeutem a nemocným, jenž je hlavním nástrojem změny.

Behaviorální psychoterapie

je proudem, který zahrnuje všechny směry, které se zaměřují na změnu konkrétního chování člověka v kontextu jeho prostředí. Vzhledem k tomu, že lidské chování nebývá prostředím ovlivňováno automaticky, nýbrž jeho význam je dán kognitivními (poznávacími) procesy, důraz bývá zejména u dnes nejrozšířenějšího kognitivně behaviorálního směru kladen zejména na tyto procesy. Využívá se zde dále poznatků z teorií učení a z experimentální psychologie. Terapeut postupuje spíše direktivně, od pacientů je vyžadována aktivní spolupráce a dodržování všech pokynů.

Sugestivní a hypnoterapeutický přístup

má nejstarší tradici, protože se používal za účelem léčby i jako součást kultovních rituálů už v nejstarších kulturách. Při sugerování a hypnotizování převládá direktivní, manipulativní (avšak neindoktrinující) přístup a je využívána autorita terapeuta. Sugestivní a hypnoterapeutický přístup obsahuje celou řadu technik, jež se lze poměrně snadno naučit.

Relaxační a psychofyzilogické postupy

vycházejí z předpokladu psychofyzilogické jednoty lidského organismu. Patří sem takové prostředky jako autogenní trénink, progresivní svalová relaxace, aktivačněrelaxační trénink, různá tělesná, dechová a meditační cvičení a mnoho dalších. Řadíme sem i biologickou zpětnou vazbu (*biofeedback*), kdy se pacient pod vedením terapeuta a za pomoci přístrojové techniky, již registrujeme psychofyzilogické hodnoty (krevní tlak apod.) naučí regulovat psychofyzilogické funkce žádoucím směrem.

Systémové, systemické a komunikační pojetí

nalézá uplatnění zvláště v rodinné a párové psychoterapii. Vychází se z předpokladu, že rodina tvoří rovnovážný (homeostatický) celek vybavený celou řadou zpětnovazebních mechanismů. Při práci s problémovým členem rodiny (tzv. identifikovaný pacient či nositel symptomů) se zabýváme i ostatními členy rodiny a přímo či nepřímo je zahrneme do léčby. Terapií chceme dosáhnout změnu v rodinných pravidlech, postavení členů rodiny i ve způsobech komunikace. Jedná se o poměrně manipulativní přístup.

Transpersonální psychoterapie

je hnutím vyvolávajícím v současné době příkré odmítání i nadšený souhlas. Inspiraci nalézá zejména ve východních myšlenkových i náboženských tradicích a ve zkušenostech s vlivem psychedelických látek (např. LSD, meskalin, psilocybin) na psychiku člověka. Pomocí různých cvičení (např. hluboká meditace, kontrolovaná hyperventilace) nastává změna vědomí a uvolňují se nevědomé, běžně nepřístupné psychické obsahy, jež se následně zpracují psychoterapeuticky. Transpersonální psychoterapie usiluje o rozšíření vědomí pacienta, terapeut je v roli průvodce, který nenápadně celý proces vede a řídí. Důraz je položen na prožitku.

Eklektický a integrativní přístup

jsou v praxi nejrozšířenější. Znamenají výběr a kombinaci různých postupů a metod, bez ohledu na jejich původní teoretická východiska. Používá se to, co

se v praxi při léčbě nejvíce osvědčilo, kdy se celý postup „šije“ pacientovi na míru. Jedná se o diferencovaný přístup, který postupně – spolu s výzkumem účinných faktorů léčby – vede k vytváření obecného modelu psychoterapie (viz kap. 20.5).

K ilustraci psychoterapie uvedeme tři příklady psychoterapeutické léčby: léčbu dítěte předškolního věku, adolescenta a dospělé osoby.

Ordinaci pediatra navštívila matka s pětiletým synem, který se opět začal v noci pomočovat. Kromě toho mělo dítě neklidný spánek, špatně usínalo, v noci se probouzelo. Ze slov matky bylo lze usoudit, že chlapec možná trpí nočními děsy. V mateřské škole se také choval k ostatním dětem agresivně, což dříve nebyvalo. Dítě vyšetřil pediatr a dětský neurolog – podezření na noční děsy se nepotvrdilo, také nebyl shledán žádný (ani diskrétní) organický nálezn. Chlapec byl poslán k vyšetření na pedopsychologické pracoviště. Zde byl konstatován konfliktní vztah mezi rodiči, kteří spějí, jak sami říkají, k rozvodu. Dítě bývalo svědkem ostrých sporů mezi rodiči, otec na čas rodinu opustil a opět se vrátil. Chlapec se cítil být znejistěn, prožíval úzkost a celou řadu obav. Malému pacientovi byla ordinována psychoterapie hrou v kombinaci s relaxacemi. Cílem opatření bylo zmírnit a posléze odstranit symptomy tím, že chlapec v rámci psychoterapie hrou odrea-guje své úzkosti a obavy. Relaxační cvičení zároveň působilo anxiolyticky a usnadnilo usnutí. Rodiče byli současně vedeni v manželské a předmanželské poradně. Návštěvy poradny umožnily řešení jejich vztahového konfliktu a přispěly ke kultivaci vzájemné komunikace, včetně toho, že sporné záležitosti vyřizovali zásadně v nepřítomnosti dítěte.

Sedmnáctiletá studentka se obrátila na dorostového lékaře s difusními somatickými stesky, které byly doprovázeny snadnou unavitelností a anhedonií. Diagnostické hypotézy nebyly laboratorními vyšetřeními potvrzeny a potíže ustoupily do deseti dnů při léčbě klidem. Avšak zhruba za dva měsíce se dívka k lékaři opět vrátila (tentokrát z podnětu školy) a v klinickém obraze tentokrát převládala depresivní nálada, naznačeny byly i nekonkrétní suicidální myšlenky. Pacientka byla odeslána ke konsiliárnímu psychiatrickému vyšetření, psychiatr (současně psychoterapeut) ji přebral do péče a léčil individuálními psychoterapeutickými rozhovory, podpůrně ordinoval antidepressiva. Ukázalo se, že dívka žila v dlouhodobém vnitřním konfliktu – rodiče (a zvláště otec, ke kterému měla velmi blízko) neakceptoval jejího chlapce a nutil ji, aby známosti zanechala, což však pro ni bylo nepřijatelné. Později psychoterapeut zahrnul do léčby i otce dívky. Cílem psychoterapeutických rozhovorů bylo poskytnout pacientce emoční podporu, umožnit jí se v situaci orientovat a nalézt řešení vnitřního konfliktu.

Mladá žena (28 let, vdaná) byla poslána do psychoterapeutické péče rodinnou lékařkou s diagnózou *agorafobie*. Pacientka v situacích, kdy se měla vzdálit bez doprovodu z domova (např. jít nakoupit), prožívala úzkost spojenou s pocity nevolnosti a závratěmi. Nedokázala jezdit dopravními prostředky, a to ani s blízkou osobou. Obávala se, že na veřejnosti omdlí. Stav se zhoršoval v návaznosti na to, jak se těmito místům a situacím vyhýbala. Nakonec nebyla schopna chodit do práce a ani obstarávat domácnost. V popisovaném případě byla plně indikována kognitivně behaviorální psychoterapie, konkrétně postup nazývaný *expoziční in vivo*. Léčebný postup spočíval v tom, že nemocná byla po krocích vystavována

(zprvu v přítomnosti psychoterapeutky, potom manžela a nakonec samostatně) situacím, které v ní vyvolávaly enormní strach. Postupně je zvládla. Cílem léčby bylo pomocí systematického nácviku odstranit symptomy a navrátit pacientku „do práce a do života“.

Psychoterapii lze vymezit i jako samostatný interdisciplinární a transdisciplinární obor vycházející především z psychologie (ale i z lékařských věd a filozofie), neboť využívá psychologických poznatků a zákonitostí. Spočívá v intervenci uskutečňované psychologickými prostředky s cílem pomoci potřebnému jedinci v dosahování zdraví. Transdisciplinární zde znamená, že se uplatňuje v celé řadě lékařských i nelékařských oborů. Z lékařských oborů jmenujme jako příklad psychiatrii, vnitřní lékařství, gynekologii, z nelékařských klinickou psychologii, poradenskou psychologii a speciální pedagogiku (defektologii).

V souvislosti s uplatněním psychoterapie je nutno kromě psychosociálních činitelů upozornit na oblasti, které jsou v centru pozornosti endokrinologie a imunologie. O těsném průběhu a vzájemném ovlivňování psychických a fyzických dějů v organismu člověka dnes již nepochybujeme, proto vznikla i úzká specializace psychoneuroendokrinologie. V souvislosti s imunitním systémem se stále častěji píše o psychoneuroimunologii, jíž věnujeme následující kapitolu. Spolu s tradiční psychofyziologií tvoří zdroje rozvíjejícího se poznání a patří jim podle našeho názoru v psychoterapii i lékařských vědách budoucnost. Pomohou vysvětlit spolu s psychologickými vědami mnohá „tajemství“ spojená s tzv. civilizačními chorobami.

Při vymezování oboru psychoterapie zdůrazňujeme působení skrze komunikaci a vztah. Co je tím přesněji míněno?

Komunikace zde znamená sdělování významů v interpersonálním kontextu s cílem ovlivňování druhého a navozování žádoucí změny. Komunikace probíhá na verbální (slovní) nebo neverbální (mimoslovní) úrovni a podle toho lze dělit i psychoterapeutické prostředky (postupy, metody) na **verbální** – např. rozhovor, výklad snů, psychodrama – a **neverbální** – např. psychogymnastiku, muzikoterapii, relaxaci. Kritériem dělení je, zda v určitém psychoterapeutickém prostředku převažuje ve své účinnosti část verbální, nebo neverbální.

Psychoterapeutický vztah je vytvářen chováním terapeuta, které odpovídá jeho osobnosti a přístupu, jež zastává. Reaguje jím na projevy pacienta a jeho problematiku.

Terapeut se může chovat

- **technicky, expertně, neosobně**, a spíše **direktivně**, dominantně a se snahou po objektivitě, doprovázené větší vztahovou distancí mezi ním a pacientem.
- Nebo naopak interakce může probíhat v rovině **osobního setkání** dvou či více blízkých subjektů v atmosféře lidské blízkosti a vzájemnosti, kdy terapeut je v roli průvodce a nikoliv dominujícího experta.

Ve všech možných podobách vztahu, a to jsme naznačili jen jeho krajní póly, musí být vztah syčen důvěrou pacienta v terapeuta i léčbu a nadějí ve změnu k lepšímu. Další důležitou charakteristikou psychoterapeutického vztahu je **principiální rovnost** mezi účastníky terapie, byť je jejich vzájemná pozice různě asymetrická. Tato asymetričnost je dána nejen přístupem terapeuta, ale i jeho větší mírou odpovědnosti za konstituci vztahu a průběh terapie. Principiální rovnost mezi účastníky psychoterapie vyplývá z obecně lidské meziosobní situace, jíž je i situace psychoterapie.

20.2 Psychoterapie jako profylaxe, terapie a rehabilitace poruch zdraví

Profylaxe

(primární prevence) odpovídá prevenci v tradičním medicínském pojetí a znamená soubor opatření, jejichž cílem je zamezit vznik a rozvoj nežádoucích psychických a somatických stavů, které by měly za následek poruchu zdraví.

Správně si počíná v tomto směru např. dětský lékař, který u svého pacienta včas rozezná vyšší dispoziční k úzkosti a umožní jeho zařazení do programu, v jehož rámci se provádí dětská psychoterapie hrou.

S psychoterapií ve významu profylaxe se často setkáváme v práci krizových center (psychoterapeutická první pomoc). Provádějí ji školní psychologové, manželští poradci a je nanejvýš vhodné, aby se stala běžnou součástí práce rodinných lékařů, stejně jako má vést rodinný lékař pacienty k životu respektujícímu psychohygienické zásady.

Terapie

(sekundární prevence) je léčbou v běžném slova smyslu. Konkrétně znamená užití těch psychologických postupů a strategií, jimiž mírníme a odstraňujeme poruchu zdraví. Pokud lze psychologickými prostředky vyloučit okolnosti, které k poruše zdraví vedly (např. chronický meziosobní konflikt), je součástí psychoterapeutické léčby i tato činnost.

Lze sem zařadit i sekundární prevenci, která zamezuje dalšímu rozvoji již vzniklé poruchy (např. včasná indikace a zahájení léčby).

Cílem terapie je „restitutio in sano“ (obnova zdraví).

Vlastní léčba psychologickými prostředky je specializovanou prací a volíme ji např. při léčbě poruch zdraví, tradičně nazývaných neurózami.

V tomto případě je psychoterapie základním léčebným postupem a metodou první volby. Obdobně je tomu i u terapie závislostí. V tomto případě – jsou-li již rozvinuté – však musí systematické psychoterapii předcházet detoxifikace. Psychoterapie se stala nutnou součástí komplexní léčby při ovlivňování mnoha dalších zdravotních potíží, jako jsou např. somatoformní poruchy (syndrom „dráždivého tračníku“, neurocirkulační astenie apod.), jež se diagnosticky v praxi překrývají s tzv. psychosomatickými poruchami. Zde všude nalézá uplatnění systematická i podpurná psychoterapie. Nevyužívat jejich možností dnes již znamená neléčit pacienta *lege artis*.

Systematickou psychoterapeutickou léčbu provádějí specialisté pracující nejčastěji v rámci zdravotnických zařízení (ambulance, denní stacionáře, lůžková oddělení).

Rehabilitace

(terciární prevence) v psychoterapeutickém významu představuje psychologickou intervenci, pomocí které usilujeme o zmírnění následků poruchy zdraví, přičemž rehabilitace často přechází v prevenci, čili v odstraňování předpokladů vzniku a rozvoje určité poruchy, výskytu nové ataky nemoci, dekompenzace zdravotního stavu apod. V praxi to nejčastěji znamená reaktivaci a sociální začlenění pacienta do života a jeho přijetí nevratných důsledků poruchy zdraví.

Cílem rehabilitace je „restitutio ad integrum“ (návrat do původního stavu).

Psychoterapie ve významu rehabilitace je např. uskutečňována lékařem, který pomáhá pacientovi prostřednictvím opakovaných psychoterapeutických rozhovorů přijmout a vyrovnat se s následky porážkové změny tělesného schématu (amputace končetiny apod.). Psychoterapeuticky působí i ten, kdo umožní nemocnému, který prožil změněné stavy vědomí (např. halucinatorní zážitky v rámci psychotického onemocnění), se s těmito prožitky vyrovnat, porozumět jim a učinit je osobně významné a smysluplné.

Pokud jde o **věkové rozpětí pacientů**, u kterých je psychoterapie indikována, je hlavním kritériem **ochota a schopnost kvalitní komunikace**. Spodní hranice je u běžně nadaných dětí tvořena **třemi roky**, neboť ve třech letech je „domluva“ možná a u dítěte nastává vývojový skok ve vztahování se k okolnímu světu. Na místo individuální hry nastupuje hra sociální, při které jedinec ve vztahu již „dává a bere“. U pacientů mladších tří let pracujeme spíše s ostatními členy rodiny. Velký význam zde přikládáme výchovnému poradenství, úpravě výchovných postojů, odstranění nežádoucích vlivů ze života rodiny apod. Horní věková hranice užití psychoterapie je výhradně dána již zmíněnou schopností a ochotou kvalitní komunikace ze strany staršího pacienta, což je záležitost zcela individuální. U nemocných vyšší věkové

kategorie se obvykle spokojujeme s podpůrnou psychoterapií (individuálními či skupinovými rozhovory, muzikoterapií atd.), velký význam přikládáme socioterapii (léčbě lidským prostředím).

Přihlédneme-li k **délce trvání** psychoterapie, tak ji lze schematicky rozdělit na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou.

- a) **Krátkodobá psychoterapie** se překrývá s psychoterapeutickou první pomocí a nepřekračuje délku tří měsíců (zhruba do patnácti setkání).
- b) **Střednědobá psychoterapie** se odehrává v časovém rozmezí tří až šesti měsíců (zhruba do padesáti setkání).
- c) **Dlouhodobá psychoterapie** trvá déle než šest měsíců a zahrnuje řádově stovky terapeutických setkání.

Jaká je **frekvence setkávání** mezi psychoterapeutem a pacientem, případně pacienty, při léčbě prostřednictvím skupiny nebo v rámci skupiny? (Řadíme sem i párovou, rodinnou a kolektivní formu práce.) V případě individuálního přístupu to bývá v průměru jednou týdně a terapeutická „hodina“ trvá zpravidla padesát minut. Je-li pacientů více, pracujeme s nimi obvykle devadesát minut. Frekvence setkávání, a to je třeba zdůraznit, záleží na stadiu léčby (psychoterapeutického procesu) a na specifické zdravotní a osobní problematice účastníků.

Například u individuální terapie a při poskytování první psychoterapeutické pomoci je vhodný zprvu častější kontakt mezi terapeutem a pacientem (dvakrát třikrát týdně), závěrem volíme delší intervaly setkávání (jednou za dva až tři týdny). Po ukončení vlastní intenzivní a systematické péče musí následovat kontroly pacienta, případně celé rodiny (pokud jsme s ní pracovali).

20.3 Indikace

Indikací rozumíme proces rozhodování, a posléze rozhodnutí o přiřazení určitého pacienta do psychoterapeutické péče (obecná indikace) a volbu konkrétního postupu (specificko-prognostická indikace).

Pokud jde o **obecnou indikaci** pro psychoterapeutickou léčbu, platí, že je účinná všude tam, kde se na vzniku, rozvoji a udržování poruchy zdraví podílejí psychosociální činitelé a kde úroveň mentálních schopností nemocného není nižší, než je průměr. Pacient dále musí být nejen schopen, ale i ochoten na léčbě participovat, a musí chtít se vyléčit (jde o otázku jeho motivace).

V souvislosti s **motivací pacienta k léčbě** lze konstatovat, že nepříznivě působí zvláště sekundární zisk z nemoci, nechota měnit postoje, názory a styl života. Proto věnujeme této otázce při indikačním vyšetření mimořádnou pozornost. Nejednou je třeba nemocného (případně i důležité osoby jeho života) motivačně zvláště zevrubně připravit, jinak se léčba protahuje, případně se mine cíle.

Provádění **specificko-prognostické indikace** je v kompetenci odborného psychoterapeutického pracoviště. To určí na základě osobnostních charakteristik nemocného, druhu poruchy zdraví a s přihlédnutím k pacientově interpersonální situaci konkrétní psychoterapeutický postup, délku jeho trvání a četnost kontaktů. Zásadně je zde uplatňován diferencovaný přístup a hledisko.

Psychoterapie se užívá jako :

- **metody první volby a hlavního postupu** při profylaxi, léčbě a rehabilitaci poruch zdraví, nebo se uplatňuje jako
- **metoda podpůrná, doplňková**, což bývá v kombinaci zejména s farmakoterapií, ale i s jinými opatřeními v rámci komplexního léčebného přístupu k nemocnému a jeho rodině. Těžiště léčby však bývá v nepsychologických postupech.

V prvním případě ji volíme u všech poruch zdraví, jež vznikají a jsou udržovány hlavně psychosociálními činiteli. Psychoterapie zde probíhá jako soustavná a systematická péče, poskytovaná kvalifikovanými odborníky s úplným psychoterapeutickým vzděláním. Samozřejmě nevylučujeme zároveň ani užití jiných postupů, ovšem psychoterapie tvoří osu péče o pacienta.

V druhém případě nalézá psychoterapeutický přístup místo při péči a léčbě všech vážně a dlouhodobě nemocných, pokud jsou ochotni a schopni spolupracovat. Je to proto, že každá taková porucha zdraví má svou psychosociální dimenzi a i psychickou odezvu pacienta (a jeho blízkých) na fakt vážné poruchy zdraví, které je třeba řešit. Zde se psychologická a psychoterapeutická péče navzájem doplňují a částečně splývají. Měly by ji být schopni poskytnout všichni odborníci, kteří s těmito nemocnými přicházejí do styku, zejména však ošetřující lékaři.

Psychoterapie je zcela jistě indikována všude tam, kde shledáváme u člověka nebezpečí ohrožení sebepojetí (včetně jeho žádoucího vývoje a formování) a kde nalézáme inkongruence, čili vnitřní rozpory. Jak již víme z předchozích částí knihy (zejména 3.2), těsně s těmito skutečnostmi souvisejí náročné situace (konflikt, frustrace atd.) a závažné životní události, zvláště působí-li psychotraumaticky, a způsoby, jak se s nimi jedinec vyrovnává. Zde jmenujme psychické obranné mechanismy a pevné, spolehlivé, tedy i pomáhající sociální zázemí. Právě druhé vzpomenuté skutečnosti považujeme pro život člověka za eminentně důležité, neboť meziosobní vztahy nás utvořily a stále nesou. Jedním z klíčů k porozumění lidské bytosti (a její subjektivitě) je

mezosobní vztah a komunikace, tudíž v souvislosti s indikací pro psychoterapii se ve stručnosti musíme zabývat i touto oblastí.

Vztahovou etiologií poruch zdraví rozumíme, že významné osoby života člověka **spoluurčují** jeho osobnostní vývoj, životní styl a zdravotní stav.

Jako příklad poruchy zdraví s významnou vztahovou složkou lze uvést nedostatečnou saturaci specifických vývojových potřeb v době formování osobnosti člověka (např. povzbudivý a akceptující přístup k dítěti ze strany rodičů), což může mít za následek těžkou poruchu osobnosti.

Z dosavadních výzkumů mezosobních vztahů vyplývá, že pro osobní rozvoj a duševní zdraví je podstatné, aby v blízkých vztazích byl lidský jedinec jakéhokoliv věku akceptován významnými osobami jeho života a zároveň aby docházelo k jasné (jednoznačné) vzájemné komunikaci. Nedostatečnou akceptaci a nejasnou komunikaci považujeme za faktory, přímo či nepřímo se podílející na vzniku a udržování některých poruch zdraví.

Akceptovat druhého a být druhým akceptován znamená přijmout a být přijat. Zahrnuje to vzájemný respekt, osobní a neúčelový zájem, je to prostě jiným vyjádřením toho, že člověk má někoho rád. Ve vztahu je důležitým předpokladem otevřenost a důvěra. Kvalitu akceptace si lze přiblížit i jako dimenzi, která směřuje od bezvýhradné akceptace (nekladouc si žádné podmínky), přes akceptaci selektivní, lhostejnost vůči druhému, až po odmítání, jehož krajní podobu představuje projevované nepřátelství. Nedostatek akceptace v úzkých mezosobních vztazích působí patogenně.

Za příklad nežádoucího vlivu rodičovského vztahu a chování vůči dětem, jenž vede k nerovnoměrnému osobnostnímu vývoji, případně k poruchám zdraví, lze uvést ambivalentní postoj rodiče k dítěti, zahrnující zároveň pozitivní i negativní stránku – obvykle nevědomé odmítání. Výsledkem je znejistění dítěte. Obdobně působí otevřeně konfliktní vztahy mezi rodiči, nekomplementární a extrémní výchovné praktiky uplatňované vůči dítěti (výchova nadměrně tvrdá nebo naopak rozmazlující či lhostejná, zanedbávající, případně matoucí). Rodičovské očekávání a postoj rodiče k dítěti, včetně konkrétního jednání, souvisejí nejen s určitou rodovou tradicí a tím, co si rodiče myslí, že je správné, nýbrž záleží zejména na vzájemném vztahu rodičů mezi sebou, kdy oba dva mohou dítěti přisoudit nepřiměřenou roli v rámci rodinné dynamiky. Tak se děti dostávají do role „ideálního já“ rodiče s následným přetěžováním a neurotizací (co nedokázal v životě sám rodič, má nyní dokázat jeho dítě), nebo dítěti vnutí pozici koaličního partnera při řešení manželských rozporů. Tato role je naprosto zhoubná a dítě zdravotně ohrožuje v rámci těžkých manželských krizí, ústících v rozvod. Společným jmenovatelem těchto vysoce rizikových skutečností – a v jejich výčtu by se dalo pokračovat – jsou neakceptující mezosobní vztahy, tedy vztahy nerespektující potřeby druhého člověka.

Jasná (jednoznačná) komunikace je srozumitelná a předpokládá, že komunikující jedinci se berou navzájem vážně, a hovoří spolu na stejné významové a vztahové rovině.

Na tomto místě vyjmenujeme několik typů komunikace, které mohou působit na psychiku a osobnostní vývoj destruktivně, za předpokladu, že se často vyskytují v projevu lidí, kteří si jsou vztahově blízcí.

Na prvním místě jde o komunikaci typu „Ty neexistuješ“ a komunikaci opakovaně a výrazně agresivní. Obojí druhého zpochybňuje v jeho identitě a působí „ničivě“. Dále jde o vyjadřování tzv. pseudovzájemnosti, čili předstírání pozitivního vztahu a blízkosti tam, kde převládá ambivalence nebo lhostejnost. Patogenní vliv je všeobecně uznáván v případě tzv. dvojné vazby, kdy je současně v rozporu verbální a neverbální část sdělení (např. slovy vyjadřujeme k někomu sympatii, mimoslovně a tónem hlasu však dáváme najevo nezájem). Zvláště nebezpečná, zejména pro osobnostní vývoj dítěte, je tzv. pseudoempatická komunikace a posouvání významů slov, kdy se zdánlivě, avšak chybně, do dítěte vcítíme a nutíme je, aby toto „porozumění vcítěním“ přijalo za své, k čemuž zpravidla dochází, protože dospělý má nad dítětem převahu.

Nežádoucí vliv předchozích způsobů patogenní komunikace spočívá v tom, že umožňuje vznik inkongruencí, jedinec prožívá vnitřní chaos, tenzi a u dětí je znesnadňována vnitřní diferenciací a strukturace osobnosti.

Obdobně působí komunikační paradoxy, jako jsou tzv. paradoxní pobídky typu „buď spontánní“, kdy nesplnění příkazu je předpokladem jeho splnění, což je situace svízelně řešitelná.

Předchozí způsoby komunikace jsou ohrožující a zhoubné zejména tehdy, působí-li chronicky v době intenzivního formování a rozvoje osobnosti (dětství, dospívání).

K patogenní komunikaci dochází za následujících podmínek:

- Komunikující osoby jsou vůči sobě v těsném vztahu, plynoucím ze životní nezbytnosti.
- V kontextu je sdělováno něco, co se navzájem neguje či je neslučitelné, případně subjektivně nepřijatelné.
- Člověk nemůže nereagovat a dostává se posléze do situace, kdy musí vybrat či volit z nepřijatelných možností.

Na předchozích stránkách jsme se věnovali vlivu meziosobních vztahů i způsobů komunikace na vznik a rozvoj poruch zdraví. Vzhledem ke složitosti problematiky (vztahy cirkulární kauzality, mnohočetná etiologie) dospíváme k předběžnému závěru, že **psychosociální činitele působí spíše nespecificky a jako rizikové faktory zvyšují pravděpodobnost vzniku a rozvoje poruch zdraví**. Vědecké úsilí se zaměřuje na hledání zákonitostí ve vzájemném působení proměnných z oblasti bioekopsychosociálního určení

člověka s přihlédnutím na jeho duchovní dimenzi, tvořenou vztahem k vyšším hodnotám a smyslu života.

Závěrem části o indikaci stručně popíšeme jednotlivé kroky, jimiž stanovujeme **obecnou indikaci** psychoterapie jako hlavní léčebné metody.

1. Vyloučíme organický zdroj poruchy zdraví (provedeme zevrubné lékařské vyšetření s ohledem na možnou somatickou příčinu potíží).
2. Nalezneme aktuální či vývojové (nejčastěji obojí) negativní momenty v psychosociální oblasti – např. přítomnost inkongruencí, nebo negativních nápadností v nejbližších meziosobních vztazích pacienta (v klinické praxi to zjišťujeme anamnestickým a zevrubným explorativním rozhovorem, pomocí dotazníkových metod, nejlépe však na základě cíleného psychologického vyšetření).
3. Určíme přibližnou úroveň mentálních schopností pacienta, tedy jeho intelekt (anamnestickým rozhovorem, v nejasných případech cíleným psychologickým vyšetřením).
4. Zjistíme motivaci pacienta k léčbě (zevrubným explorativním rozhovorem, ve sporných případech ordinujeme cílené psychologické vyšetření).
5. Na základě předchozích kroků posoudíme, zda je nemocný vhodný pro psychoterapeutickou léčbu. V případě, že ano, odešleme jej po náležitém vysvětlení a po informovaném souhlasu do péče psychoterapeutického pracoviště. Není-li nemocný pro psychoterapii indikován, hledáme jinou vhodnou léčbu.

20.4 Cíle a účinnost psychoterapie

Cíle jsou předem stanovené změny, kterých dosahujeme léčbou. V ideálním případě se výsledky a cíle terapie shodují. Na nejobecnější úrovni odpovídají dosažení zdraví, tedy stavu organismu před vznikem určité poruchy.

V medicíně konkrétní cíle a výsledky léčby popisujeme změnami např. anatomické nebo funkční povahy a lze je vyjadřovat fyziologickými, biochemickými, fyzikálními jednotkami, absencí škodlivých mikroorganismů v těle apod. V psychoterapii však často používáme jiných pojmů, neboť vycházíme především z psychologie.

Cíle psychoterapie (v psychologickém pojetí) jsou žádoucí změny navozené psychologickými prostředky v:

- a) osobnosti,
- b) projevu (chování),
- c) nejbližším sociálním prostředí pacienta.

ad a) Mezi žádoucí **osobnostní změny** patří především pravdivější sebe-poznání a porozumění sobě (autognoze). Následkem toho dojde u pacienta k rozsáhlejší akceptaci sebe, zvyšuje se jeho frustrační tolerance, nalezne a překoná inkongruence (vnitřní rozpory). Člověk na základě pravdivějšího sebepoznání a porozumění sobě často mění svůj hodnotový systém, názory, postoje i vlastní chování, které jinak bez dobrého porozumění sobě přispívají ke vzniku a rozvoji určité poruchy zdraví (např. pacient je po terapii ke svému zdraví ohleduplnější).

ad b) Mezi žádoucí změny v **projevu (chování)** patří zejména změna extrémních maladaptivních forem chování, jež lidem komplikují život. Dále se učí řešit problémové životní situace, pokud jde o jejich praktické zvládnutí. Například se učí jasněji komunikovat a ve vztahu k druhému diferencovaně prosazovat i ustupovat. Změny v jednání mají za následek změněnou odezvu v sociálním okolí, což opět vede k osobnostním změnám u pacienta.

ad c) Mezi žádoucí změny navozované psychologickými prostředky v **nejbližším sociálním prostředí pacienta** patří zvláště ty, které se uskutečňují v rámci jeho rodiny, případně ve společenství lidí, ke kterým má citově nejblíže. Například pomocí psychoterapie rodiny měníme postavení jejích členů mezi sebou a způsob vzájemné komunikace.

Předchozí dělení je schematické, změny nastávají v různých oblastech mnohdy současně, neboť i zde platí zákonitosti cirkulární kauzality. Za příklad nám poslouží cíl většiny léčebných intervencí, jímž je zvýšení uplatnění a vlastní kompetence (*self-efficacy*) pacienta. Předpokládá změny jak v osobnosti, tak i v projevu jedince, které se následně promítnou i do jeho nejbližšího sociálního prostředí.

Cíle psychoterapie vyjádřené v lékařské terminologii lze rozdělit na ty, které spočívají:

- a) ve zmírnění či odstranění symptomů nemoci,
- b) v regulaci nežádoucích psychofyzilogických stavů.

ad a) Symptomy poruchy zdraví lze překvapivě často příznivě ovlivňovat psychologickou cestou. Vzpomeňme na přímé **mírnění a odstraňování mnoha psychopatologických fenoménů**, jako jsou úzkost, strach a deprese. Působíme zde, jak se zdá, nejen symptomaticky, ale mnohdy i kauzálně. Např. odstraněním inkongruence zamezíme vzniku úzkostné tenze a její transformaci v tělesný symptom.

ad b) Cílem psychoterapeutických zásahů je přímá regulace **nežádoucích psychofyzilogických stavů** – např. relaxačními postupy, hypnózou či biologickou zpětnou vazbou. Takto lze měnit krevní tlak, svalovou tenzi, ale i imunitní odpověď organismu.

Během úspěšného psychotherapeutického procesu dochází pravidelně ke změnám, jež se nejdříve projevují tím, že se nemocný subjektivně lépe cítí (léčba „zabírá“), následuje příznivé ovlivnění symptomů, prohloubení sebepoznání pacienta a závěrem se proměňuje jeho interpersonální situace a roste životní spokojenost. I takto lze popsat a v praxi stanovit průběžné cíle léčby. Konečným horizontem je pak pomoci nemocnému v dosažení normality, čili vedení života, kdy člověk rozvíjí a realizuje sebe společně s druhými a s ohledem na ně. K tomu napomáhá i symptomaticky zacílená léčba, neboť předpokladem takto pojaté normality je dobrý zdravotní stav. Léčba zaměřená na sebepoznání pak mívá za následek rozeznání a odstranění subjektivních omezení, která bývají hlavní brzdou při vedení hodnotného života.

Účinností psychoterapie vyjadřujeme, že psychotherapeutickou léčbou navozujeme žádoucí změny, které nelze vysvětlit vlivem spontánní remise, ani jiným způsobem.

V širším významu účinnost znamená i výhodnost v použití psychologických postupů oproti postupům jiným – např. farmakologickým. Výhodnost se může týkat dlouhodobého účinku léčby, aktivizování nemocných nebo absence vedlejších nežádoucích vlivů (např. vytváření lékové závislosti).

Účinnost psychoterapie byla a je zjišťována srovnávacími empirickými výzkumy, kdy se určitý postup srovnává s kontrolní (neléčenou) skupinou nemocných, nebo léčená skupina je zároveň sama sobě kontrolní skupinou, určitý postup se porovnává s jinými postupy atd.

Velký přínos při zjišťování účinnosti psychoterapie představuje metaanalýza. Metaanalýza je kvantitativní postup, umožňující shrnout a porovnat neomezené množství vzájemně nezávislých výzkumů v určité oblasti. Výsledky jednotlivých výzkumů jsou převedeny na srovnatelné veličiny. V našem případě je to míra účinnosti (*effect size*, *Effekt-Stärke*), která je závisle proměnnou ve vztahu ke znakům výzkumu, charakteristikám pacienta, způsobu psychologické intervence apod. Míra účinnosti je kvantitativní index velikosti účinku psychoterapie.

Prostřednictvím rozsáhlých metaanalýz bylo zjištěno, že

psychoterapie je prokazatelně účinnější než placebo terapie či žádná terapie, přičemž různé psychotherapeutické postupy vedou k podobným změnám ve svém rozsahu, nikoli však v kvalitě. Jednotlivé postupy tedy působí diferencovaně a specificky.

Celkově lze shrnout, že psychoterapie je účinná a spolehlivá v případech, že je správně indikována. V případě obecné indikace platí **třetinové pravidlo**: u třetiny nemocných dojde k výraznému zlepšení zdravotního stavu, u třetiny počítáme s částečným efektem a u třetiny katamnesticky déle trvající efekt nezjišťujeme. Samozřejmě máme na mysli pacienty, kteří dokončí léčbu. V případě specificko–prognostické indikace se účinnost psychoterapie ještě zvýší.

Pokud jde o vztah **psychoterapie a farmakoterapie**, při správné indikaci obou léčebných postupů je výsledný efekt vyšší než při užívání pouze jednoho z těchto postupů. Psychologické působení a farmakoterapie se vzájemně potencují, zejména je třeba upozornit na nárůst placebo efektu a aktivní spolupráce pacienta při léčbě. Na druhé straně nutno provádět indikaci opatrně a diferencovaně, protože léky (kromě vedlejších účinků a nebezpečí návyku) mohou vést k pasivnímu přístupu k životu i řešení osobní situace nemocných.

Závěrem této části zdůrazňujeme, že účinnost terapie je dána i jejím kvalitním prováděním, tedy dodržováním osvědčených postupů. To souvisí nejen s kvalifikací a seriózností těch, kteří léčí, nýbrž i s možností supervize (odborné pomoci a kontroly). Zajištění stabilní **kvality léčby**, tedy léčby *lege artis*, je nutnou podmínkou její účinnosti.

20.5 Formy a prostředky psychoterapie

Formou psychoterapie rozumíme její základní uspořádání.

Léčba psychologickými prostředky se uskutečňuje ambulantně a při plné či částečné (např. denní stacionáře) hospitalizaci nemocných. V praxi převládá ambulantní péče, avšak u pacientů se složitou zdravotní a sociální problematikou bývají předchozí způsoby kombinovány.

Rozeznáváme tři základní formy psychoterapie:

- a) psychoterapii individuální,
- b) psychoterapii prostřednictvím skupiny,
- c) psychoterapii v rámci léčebného společenství.

ad a) **Individuální psychoterapie** bývá nazývána také *dyadickou*, protože se odehrává mezi dvěma subjekty: terapeutem a pacientem. V praxi je nejrozšířenější. Mezi oběma vzniká poměrně intenzivní vztah.

Základní uspořádání zde bývá dvojí: Nejčastěji sedí proti sobě či v úhlu přibližně 90 stupňů, nebo pacient leží na lůžku, na podložce apod. Důležitá je možnost dobrého soustředění, introspekce a uvolněného přemýšlení.

ad b) **Psychoterapii prostřednictvím skupiny** lze rozdělit do dvou základních typů: Buď se jedná o uměle vytvořenou skupinu, či o skupinu přirozenou, jejíž součástí je pacient i mimo situaci terapie (např. rodina).

Uměle vytvořené skupiny jsou sestavené z pacientů, kteří se navzájem neznají (což je důležitou podmínkou terapie, jinak vzniká nebezpečí nepřimrtnosti a komunikační selekce). V našich podmínkách bývá zpravidla ve skupině deset až patnáct pacientů a dva terapeuti – žena a muž. Skupina je sestavena tak, aby co nejvíce odpovídala běžné životní zkušenosti člověka. Základní uspořádání bývá kruhové, členové skupiny sedí tak, aby na sebe všichni dobře viděli. Terapeuti využívají skupinové dynamiky, tedy zejména vztahů pacientů mezi sebou. Hlavním terapeutickým prostředkem je skupinový rozhovor, jenž je doplňován psychodramatem, arteterapií apod.

Nejpřirozenější skupinou pro člověka je **rodina**, proto se u tohoto typu skupinové léčby převážně pracuje s rodinou jako celkem. Neznamená to, že všichni členové rodiny musí být při každém setkání přítomni, nýbrž že se léčba odehrává s ohledem na celou rodinu. Porucha zdraví bývá chápána jako záležitost týkající se všech a hraje úlohu stabilizátora rodiny. Kromě rodinné terapie spadá pod toto kritérium i partnerská a manželská terapie.

Zvláštní a významné postavení mají svépomocné skupiny, které se u nás mohou organizovat jako občanská sdružení. Jedná se vlastně o hnutí, na němž participují bývalí i současní pacienti, rodinní příslušníci pacientů a ostatní významné osoby jejich života. Spojují je stejné problémy, jež zpravidla vyplývají ze stejné či obdobné poruchy zdraví (např. nádorové onemocnění, závislost) a mnohdy trpkých zkušeností. Postižení lidé si skupiny sami organizují a řídí, v maximální míře je zde využita laická (i psychotherapeutická) pomoc. Hnutí svépomocných skupin představuje pozitivní sociální fenomén, pokud ovšem skupina nenabude militantní podoby.

ad c) **Psychoterapie v rámci léčebného společenství** (další informace viz podkap. 13.4) znamená, že se psychologické léčebné prostředky uplatňují v rámci této organizační jednotky, s níž se i u nás můžeme setkat v psychiatrických a psychosomatických léčebných zařízeních. Během celého pobytu je v takovém zařízení na nemocného psychotherapeuticky působeno „ze všech stran“. Zpravidla tímto způsobem pracují jednotlivá oddělení nemocnice, nebo je takto vedena celá nemocnice. Pacienti a personál tvoří společenství, vzájemně se ovlivňují a vytvářejí terapeutický a pro nemocné také pobytový program (socioterapie, terapie prací, kulturní program apod.). Řízení společenství probíhá prostřednictvím komunity, kdy tradiční mocenská hierarchie je výrazně oslabena. Komunitních setkání se účastní všichni pacienti a veškerý personál ve službě, průběh komunity řídí patientská správa a hovoří se o všem důležitém, řeší se konflikty, vítají noví pacienti atd.

Léčebné společenství je malým modelem společnosti ve smyslu *pars pro toto*. Proto musí být modelem adekvátním a umožňovat v co nejširší míře sociální učení a přeučování, stejně jako porozumění (i kritické) širším souvislostem.

Psychoterapeutické prostředky (metody) jsou konkrétní způsoby a postupy, jimiž dosahujeme stanovených cílů.

Psychoterapeutických prostředků rozeznáváme značné množství – lze je dělit na **verbální** a převážně **neverbální** (důraz je na mimoslovní komunikaci a procesech) – a na dalších stránkách si vybrané metody stručně charakterizujeme.

Psychoterapeutický rozhovor

je základním prostředkem psychologické léčby. Pacienta, jeho rodinu, případně skupinu osob přímo ovlivňujeme řečovou aktivitou během interakce, nebo změnu (např. psychického stavu, postoje) navozujeme dodáváním informací. Z hlediska převažujícího stylu lze psychoterapeutické rozhovory rozdělit na nedirektivně empatické, interpretující, podpůrně uklidňující a přesvědčující (bližší viz podkap. 8.2 a 8.3).

Rozhovor používáme v psychoterapii dětí, dospívajících i dospělých. Jeho význam pro terapii dětí roste s jejich věkem, zhruba od prepuberty se může stát hlavním prostředkem psychoterapie.

Relaxační a psychofyzilogické postupy

ovlivňují změnu úrovně vegetativní aktivity, svalového a psychického napětí. Působíme jimi na psychofyzilogické procesy s cílem dosáhnout uvolnění. Základní postupy, jimiž relaxaci navozujeme, jsou autogenní trénink, progresivní svalové uvolnění, meditace a biologická zpětná vazba (biofeedback). Prostřednictvím biologické zpětné vazby pacient získává nejčastěji vizuální nebo akustickou informaci o fyziologických hodnotách svého organismu (elektrické aktivity mozku, krevní tlak apod.), jež pak psychologickou cestou reguluje ve směru žádoucího stavu.

Tyto metody působí zejména anxiolyticky a stávají se východiskem i dalších psychoterapeutických postupů (např. vizualizace).

Zaostřování (focusing)

je koncentrativní a imaginativní cvičení vycházející z tělesnosti člověka a bývá o něm pojednáváno v souvislosti s teorií tělesně zakotveného prožívání. Zjišťujeme jím subjektivní významy osobně důležitých prožitků a obsahů našeho vědomí. Probíhá to tak, že zvláštním způsobem zaměřujeme pozornost na proud našeho prožívání ve stavu lehké relaxace.

Expoziční terapie

jedná se o postupy, kdy je pacient systematicky veden k tomu, aby se vystavoval situacím, jež v něm vyvolávají nepřiměřený strach a obavy (např. fobie). Vystavuje se jim nepřímo, ve svých představách (např. při postupné desenzibilizaci – *in vitro*), nebo přímo při expozici *in vivo*.

Sugestivními postupy a hypnózou,

kteří patří mezi nejstarší psychoterapeutické prostředky, obcházíme vědomou kontrolu pacienta. Používají se při navozování *abreakce*, jako prostředek *analgesie* apod. Ovlivňování se děje obvykle ve stavu změněného vědomí jedince, není to však podmínkou. Zejména jsou známé posthypnotické sugesce (určitá zadání, k jejichž vyplnění má dojít ve stanovené době po ukončení hypnotického transu).

Psychodrama

představuje přehrávání různých scének „jako na divadle“, s cílem umožnit pacientovi porozumět jeho problémům, navodit odreagování a případně jej naučit jinému chování. Používá se jako metoda hlavní i pomocná.

Psychogymnastika,

jejíž autorkou je česká klinická psycholožka **H. Junová** (nar. 1937) a kanadský psychiatr českého původu **F. Knobloch** (nar. 1916) je psychoterapeutická metoda, která akcentuje neverbální projev – především gesto, pohyb a mimiku. Nejlépe ji lze přirovnat k pantomimě. Umožňuje pacientovi dozvědět se o svém duševním životě poznatky, o nichž dosud nevěděl, a pomáhá mu tak k získání náhledu, či k prožití emoční korektivní zkušenosti.

Arteterapie a muzikoterapie

znamenají využití výtvarného a hudebního projevu za účelem léčby. Pacienti podle určitých pravidel kreslí, malují, modelují, provozují hudbu (aktivní muzikoterapie) nebo jí naslouchají (receptivní muzikoterapie). Tyto prostředky se obracejí zejména k prožitkové stránce člověka.

Hra

je pro děti předškolního věku až do dospívání hlavním prostředkem sebevyjádření. Proto bývá v tomto věkovém období často využívána jako základní metoda psychologické léčby. Prostřednictvím herní činnosti dochází k odrea-

gování psychotraumat, děti získávají korektivní emoční zkušenost, pacienty školního věku vedeme k náhledu atd. Hra (ať již volná, nebo námětová) je cenná i psychodiagnosticky.

Při léčbě se psychoterapeutické prostředky zpravidla kombinují, přičemž v určité fázi léčebného procesu některá metoda dominuje. Při léčbě větších dětí, dospívajících a dospělých je však základem psychoterapeutický rozhovor a vztah mezi pacientem a psychoterapeutem, neboť i při užití neverbálních postupů (např. psychogymnastiky) jeho průběh probereme na závěr terapeutického setkání a využijeme jich k navozování žádoucích změn. U malých dětí se léčba odvíjí od hry.

20.6 Účinné faktory a obecný model psychoterapie

Účinné faktory psychoterapie jsou skutečnosti a terapeutem navozené děje, které vyvolávají a způsobují změny v duševním životě, v jednání, v tělesných funkcích nebo sociálních vztazích pacienta, přičemž tyto změny jsou v přímé souvislosti s činností terapeuta.

V druhé kapitole, pojednávající o vývojové psychologii, jsme uvedli základní způsoby, jimiž se změna uskutečňuje. V návaznosti na tyto mechanismy lze dělit účinné faktory na ty, které:

- a) **usnadňují a podporují zrání** – např. optimálními vztahovými podmínkami zajišťujeme pro pacienta bezpečný psychoterapeutický prostor;
- b) **usnadňují a podporují učení** (změny navozené učením a přeučováním jsou pro psychoterapii typické a nejrozsáhlejší), proto musí být projev terapeuta konkrétní, názorný a vůbec naprosto srozumitelný;
- c) **usnadňují a podporují sebetvorbu** – míněna je zde část sebetvorby vedoucí ke změnám realizovaným alespoň částečně vědomě, tedy prostřednictvím sebereflexe, která vychází z myšlení a introspekce. Za příklad poslouží proces sebepoznávání.

Účinnost psychoterapie závisí na součinnosti dalších skutečností: pacient musí být na léčbu připraven (musí vzbudit motivaci a chuť aktivně spolupracovat, přijímat léčbu a ochotně ji nechat na sebe působit) a nakonec musí aktualizovat své problémy (otevřeně je prezentovat spolu s emočním doprovodem).

Účinné faktory v psychoterapii lze rozdělit na obecné (nespecifické) a specifické.

Obecné (nespecifické) účinné faktory, jimiž navozujeme žádoucí změny, jsou přítomné téměř ve všech psychoterapeutických formách, prostředcích a přístupech.

Schematicky je lze rozdělit podle toho, zda jsou součástí:

- a) situace terapie,
- b) osobnosti terapeuta,
- c) osobnosti pacienta,
- d) vztahu mezi pacientem a terapeutem.

ad a) **Situace terapie** musí pro pacienta představovat bezpečný prostor, tedy místo stálé, strukturované a důvěryhodné.

ad b) Mezi žádoucí **osobnostní charakteristiky terapeuta** patří jeho zralost, vnitřní stabilita a vyšší frustrační tolerance (předchozí charakteristiky souvisejí s úrovní sebepoznání). Samozřejmostí jsou odborné kvality a možnost průběžné supervize, stejně jako jeho spokojenost v osobním životě.

Z dalších charakteristik terapeuta jsou nejdůležitější: autenticita (ryzost osobnosti. Takový pacient je „sám sebou“, není rozpor mezi jeho projevem, myšlením a prožíváním.), vysoká schopnost akceptace (bezpodmínečné přijetí druhého „se vším všudy“) a vysoká schopnost empatie (porozumění vcítěním).

Nakonec je nutné, aby věřil tomu, co dělá a vnitřně za tím stál.

ad c) Mezi žádoucí **osobnostní znaky pacienta** řadíme pozitivní motivaci nemocného k uzdravě i pozitivní očekávání, pokud jde o výsledky léčby. Dále je třeba, aby považoval terapeuta za přirozenou autoritu, které si váží a jíž důvěřuje. Významným znakem je vyšší úroveň sebeexplorace, kterou vymezujeme jako subjektivní proces, během kterého se člověk sobě i druhému otevírá a zabývá se svým nitrem, tedy osobně významnými obsahy vlastního duševního života. Také alespoň průměrná úroveň mentálních schopností je podmínkou úspěšné psychoterapie.

ad d) Ve **vztahu mezi pacientem a terapeutem** je žádoucí, aby k sobě cítili náklonnost a vzájemně respektovali své role. Během terapie má mezi nimi postupně docházet k přibližování, a to z obou stran rovnoměrně. Původní vztahová asymetrie se tak zmenšuje.

Specifickými účinnými faktory psychoterapie míníme skutečnosti a děje, které se nacházejí jen v některých psychoterapeutických formách, prostředcích a přístupech.

Specifické účinné faktory psychoterapie lze z didaktického hlediska (tedy zjednodušeně) rozdělit podle převažujícího způsobu působení na:

- a) sugestivní,
- b) rozumové,
- c) citové,
- d) akční (činnostní).

ad a) **Sugesce** (z lat. *suggere*, tj. podkládat) znamená navozování změny (např. postojů, ale i obsahu myšlení, prožívání, jednání) při oslabeném kritickém myšlení pacienta a vlivem autority terapeuta. Změny navozené v psychoterapii sugescí jsou velmi časté a zpravidla způsobené nenápadným, diskrétním jednáním terapeuta, jehož si pacient ani terapeut nemusí být vůbec vědom.

ad b) Působení využívající **rozumových** prostředků se zpravidla týká sebepoznání nebo porozumění těm souvislostem, jež jsou pro pacienta důležité. Jedná se o dodávání informací a výklad (interpretace), které pak vedou u nemocného k náhledu (porozumění) subjektivně významných skutečností. Pomocí náhledu navozujeme změnu zejména v osobnosti a následně v chování druhého. Žádoucí je působit současně na rozumovou i citovou stránku člověka, neboť teprve potom bývá dosaženo trvalejších změn.

ad c) Navozování změn působením v **citové** (prožitkové, emoční) oblasti je důležité a účinné proto, že těsně souvisí s tělesností člověka, tedy i s jeho motivací.

Mezi specifické účinné faktory psychoterapie řadíme emoční podporu (pacient druhého vnímá jako toho, kdo mu rozumí a je na jeho straně), emoční korektivní zkušenost (opakované znovuprožití situace s jiným koncem, než pacient očekává), abreakci (zpravidla bouřlivé odžití vzpomínky na traumatizující událost) a katarzi (spoluprožitím dojde k uvolnění a odstranění nepříjemných pocitů).

Volně lze k této skupině přiřadit i transcendentální fenomén, jenž vzniká v subjektivně blízkém vztahu a má kvalitu hlubokého lidského setkání.

ad d) Do oblasti **akční (činnostní)** zahrnujeme vše, co souvisí s jednáním člověka, především se zde uplatňuje učení a příznivá reakce okolí. S touto stránkou změny počítají různé nácviky (např. asertivity), vyskytuje se i jako důsledek altruistického či jinak druhými oceňovaného jednání.

Závěrem části o účinných faktorech psychoterapie můžeme zdůraznit, že **změnu trvalejšího rázu** navodíme a udržíme, jestliže působilme **současně či následně** všemi čtyřmi zmíněnými cestami ovlivňování (sugestivní, rozumovou, citovou a akční-činnostní). Ke změně trvalejšího rázu zpravidla nedojde v rámci terapeutické situace, nýbrž teprve zkušeností opakovanou, a to i mimo vlastní terapii v životě pacienta. Proto jsou důležité doplňkové a udržovací programy, které následují po intenzivní terapii.

Výsledky výzkumu účinných faktorů psychoterapie podnítily zájem o vypracování obecného modelu psychoterapie, jemuž věnujeme pozornost závěrem kapitoly.

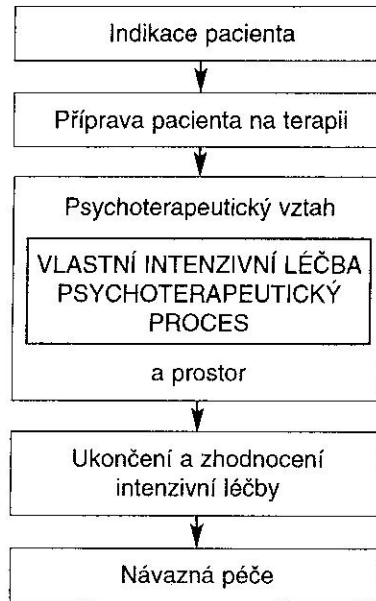
Obecný model psychoterapie je pokusem o vytvoření teoretického rámce, který zachytí to, co je přítomno u všech psychotherapeutických přístupů bez rozdílu.

Psychoterapie se jako samostatný obor vyvíjí zhruba sto let. Za tuto dobu vznikla celá řada různých, někdy se navzájem velmi lišících škol a směrů (např. rogersovská psychoterapie, psychoanalýza, behaviorální psychoterapie). V posledních desetiletích jsme svědky jejich integrace, která má v praxi podobu eklekticismu (řecky *eklektos*, tj. vybraný, vyvolený). Jedná se – budeme-li respektovat jeho vymezení naším významným klinickým psychologem, zakladatelem eklekticismu a integrujícího přístupu, S. Kratochvílem (nar. 1932) – o výběr a kombinaci různých postupů a metod, bez ohledu na jejich původní teoretické východisko. Zmíněné pojetí se uplatňuje v několika variantách: Metody jsou užívány alternativně (jedna nebo druhá), diferencovaně (podle problematiky pacienta), souběžně (více metod najednou) a postupně (v etapách nebo fázích terapie). V souvislosti s tímto přístupem se setkáváme i s názvem „technický eklekticismus“, který dobře vyjadřuje jeho podstatu, jíž je kombinace vybraných technik do jedné strategie. Psychotherapeuti přizpůsobují terapeutický postup problematice pacienta zejména na základě vlastní zkušenosti, dále toho, co ovládají, a také podle svých objektivních pracovních možností. Zmíněný pragmatický přístup je účinný, ovšem psychotherapeut si musí uchovat dostatečnou sebekritičnost vůči sobě i používaným technikám, velké nároky jsou kladeny na jeho svědomitost a odpovědnost.

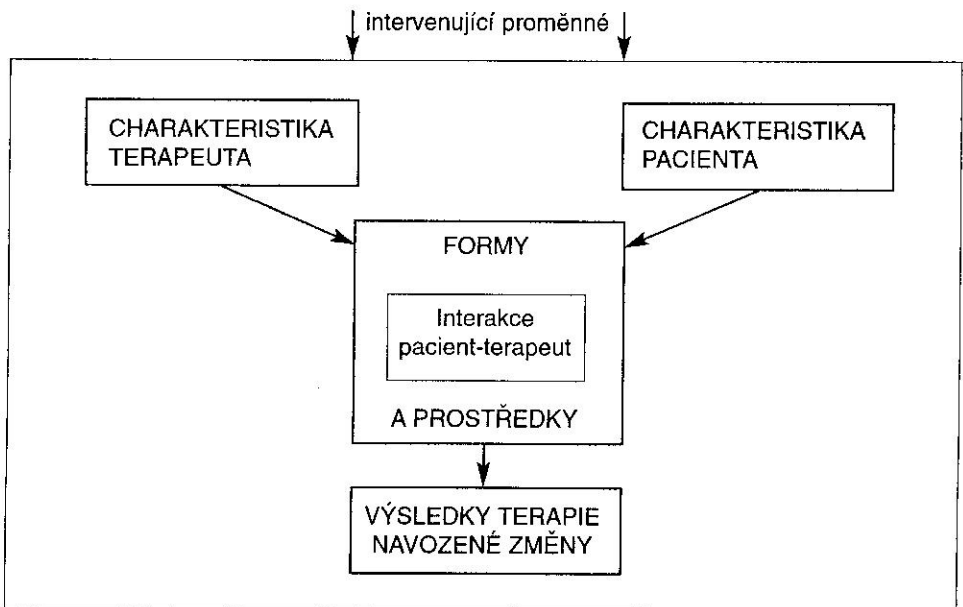
Vývoj psychoterapie jako samostatného oboru pokračuje snahou po vytvoření obecného modelu psychoterapie, který – kromě rozdílů – zachycuje především společné jmenovatele různých psychotherapeutických přístupů, tedy to, co je obecné.

Z tohoto hlediska lze jakoukoliv psychotherapeutickou léčbu vyjádřit jako **posloupnost jednotlivých kroků v čase** a vyjádřit ji následujícím způsobem – viz obrázek.

Z **časového hlediska** začíná léčba indikací pacienta (pacientem může být i rodina jako celek), kdy pro něho zvolíme optimální formu, prostředky a rozhodneme o strategii léčby. Následuje příprava pacienta (jeho motivace, seznámení s pravidly, časovým rozvrhem, a celý proces lze uzavřít psychotherapeutickou smlouvou), na niž navazuje vytvoření psychotherapeutického vztahu a prostoru (bezpečného místa, kde se lze upřímně sdělovat), a vlastní intenzivní léčbou (diferencovaná volba a užití konkrétních strategií a postupů vedoucích ke změnám zejména na základě podpory autosanačních mechanismů a učení). Závěrem pak dochází k ukončení intenzivní terapie a zhodnocení výsledků. Péče o pacienta (a zpravidla i o nejbližší osoby jeho života) pokračuje návaznou péčí (kontroly, udržovací a doplňkové programy).



Obr. 13 Časový průběh psychoterapie (jednotlivé kroky)



Obr. 14 Rovnice psychoterapeutického procesu

Obecný model psychoterapie lze vyjádřit také **rovnicí psychoterapeutického procesu**, neboť jakoukoliv psychoterapeutickou léčbu lze metaforicky znázornit jako rovnici (nikoliv v matematickém významu) sestávající ze závisle a nezávisle proměnných.

Závisle proměnné jsou dosažené výsledky, které byly plánované jako cíle léčby.

Nezávisle proměnné jsou všechny skutečnosti, které průběh léčby ovlivňují a vedou ke konkrétním psychoterapeutickým výsledkům.

Výsledek psychologické intervence

(vyjádřený např. změnami ve skórech použitých psychodiagnostických metod při opakovaném měření úzkosti, deprese, sebepojetí apod.) je závisle proměnnou vzhledem k následujícím skupinám proměnných, které se týkají:

- charakteristik pacienta vstupujícího do terapie (např. jeho věku, sociálního statutu, sebepojetí, toho, co od terapie očekává);
- charakteristik terapeuta (např. vzdělání a praxe, osobní stability, úrovně empatie);
- interakce probíhající mezi pacientem a terapeutem, případně pacientů a terapeutů mezi sebou při léčbě prostřednictvím skupiny (např. konkrétního pozorovatelného a zachytitelného chování a jeho dynamiky).

Do modelu je třeba zahrnout ještě další dva okruhy proměnných, a to:

- proměnné vyjadřující celkovou situaci léčby včetně její formy a použitých prostředků (např. individuální, skupinové formy, ambulantní léčby, denního stacionáře, plné hospitalizace, rozhovorové skupiny, biologické zpětné vazby, ad.).

Dále sem patří:

- intervenující proměnné, které s psychologickou intervencí jako záměrně řízeným a strukturovaným procesem léčby přímo nesouvisí, avšak mohou její průběh a výsledek ovlivňovat (např. zrání organismu pacienta, farmakoterapie, změna v sociální situaci nemocného).

Psychoterapie je náročným a nesnadno osvojitelným oborem zejména proto, že klade mimořádné nároky na osobnost terapeuta, neboť jeho subjektivita v různé míře vstupuje do léčebného procesu, jehož je součástí a působí jako *léčivé agens* (viz kap. o obecných účinných faktorech psychoterapie a o osobnostních charakteristikách terapeuta). Proto i vzdělávání v oboru a získání kvalifikace psychoterapeuta trvá několik let a zahrnuje mnoho set výukových a výcvikových hodin.

Vlastní vzdělávání probíhá zpravidla formou individuální nebo skupinové práce, případně jejich kombinací. Většina vzdělávacích programů sestává ze čtyř vzájemně se prolínajících částí:

- a) získání teoretických znalostí (prostřednictvím přednášek a seminářů);
- b) zažití psychoterapeutického procesu na sobě (budoucí psychoterapeut je v roli pacienta – tato autognostická část vzdělávání je zpravidla nejdelší a nejnáročnější);

- c) získání psychoterapeutických dovedností (prostřednictvím nácvikových programů);
- d) supervize vlastní práce (provádění léčby za průběžného vedení zkušeným terapeutem).

Je žádoucí, aby součástí teoretické přípravy bylo i elementární filozofické vzdělání prohloubené v oblasti filozofické antropologie (zvláště etiky). Psychoterapeut v praxi pak může lépe posoudit silné a slabé stránky svého počínání, zejména s ohledem na jeho etickou dimenzi, což bývá tématem i jeho supervizního vedení.

SOUHRN

Psychoterapie mívá buď formu individuální léčby, nebo se uskutečňuje prostřednictvím skupiny nebo léčebného společenství a je indikována všude tam, kde se na vzniku a rozvoji poruchy zdraví podílejí psychosociální činitele. Dělíme ji na krátkodobou, střednědobou a dlouhodobou. Cílem léčby je navodit žádoucí změny v osobnosti, v projevu pacienta a v jeho nejbližším sociálním prostředí, nebo přímé odstranění symptomů a regulace nežádoucích psychofyziologických stavů. Při správné obecné indikaci platí třetinové pravidlo: třetina nemocných se vyléčí, u třetiny dosáhneme signifikantního zlepšení a u třetiny pacientů v dlouhodobé perspektivě poruchu zdraví neovlivníme. Při provedení specificko-prognostické indikace je efekt léčby vyšší. Mezi základní psychoterapeutické prostředky patří psychoterapeutický rozhovor, relaxační a psychofyziologické postupy, expoziční terapie, sugestivní postupy a hypnóza. Rozeznáváme obecné a specifické účinné faktory psychoterapie, jež se snažíme během léčby co nejvíce využívat. Změny navozené terapií bývají dlouhodobé, jestliže vznikají současně na základě rozumových, sugestivních, citových a akčních prostředků. Po skončení intenzivní terapie je vhodné zařadit pacienta do udržovacích a doplňkových programů. Obecný model psychoterapie zachycuje to, co je přítomno u všech psychoterapeutických přístupů bez rozdílu. Obsahuje časový průběh léčby a rovnici psychoterapeutického procesu.

Psychoneuroimunologie

Předposlední kapitolu věnujeme oboru, jehož význam poroste nejen v lékařské a klinické psychologii, nýbrž v celé medicíně. Budeme se zabývat psychoneuroimunologií a zejména souvislostmi mezi psychickými a imunitními procesy. Závěrem se seznámíme s možnostmi psychoterapeutického ovlivňování imunitního systému a imunitní odpovědi organismu.

21.1 Definice a význam oboru

Psychoneuroimunologie je interdisciplinární obor, který zkoumá vzájemné vztahy mezi psychikou, nervovým, endokrinním a imunitním systémem.

Obor vznikl zhruba před třiceti lety poté, co se prokázalo, že imunitní systém není uzavřený, nýbrž kromě endokrinního systému komunikující s centrálním nervovým systémem, čili že je ovlivňován psychickými procesy. Z toho vyplývá jeho možná záměrná modulace psychologickou cestou.

Jsou zde řešeny otázky jako molekulárně anatomické základy interakce mezi nervovým a imunitním systémem, *katecholaminy* a imunitní funkce, imunitní odpověď na akutní psychický stres, vztah mezi dlouhodobou psychosociální zátěží a funkcí imunitního systému, imunitní odpověď na tělesnou zátěž, *vazopresin* a imunitní funkce, kožní onemocnění a imunitní funkce, zánět jater a imunitní funkce – ve výčtu by bylo možné dlouho pokračovat.

Tento nový a především teoretický obor přináší důkazy o tom, že k pokroku poznání dochází zejména v průnicích různých disciplín, které jsou místem setkání rozličných metodologických přístupů a vědeckých jazyků. V experi-

mentech a při exaktním pozorování se zároveň používá psychologických, endokrinologických a imunologických postupů.

Z psychologických metod uveďme jako příklad škálování psychických znaků (např. úzkosti), z endokrinologických chromatografii (měříme např. úroveň steroidního hormonu kortizolu) a z imunologických metod fluorescenční analýzu buněk, počet lymfocytů B a T, počet NK buněk a sledování znaků aktivace buněk).

Pomocí těchto metod lze poměrně snadno a přesně zachycovat, srovnávat a v rámci zkoumání vzájemně uspořádat veličiny odlišných kvalit (např. zjišťujeme vztah mezi depresivní náladou a hormonem kortizolem). U složitějších výzkumných projektů je však situace komplikovanější, neboť se zde více uplatňují a intervenují genetické dispozice, vlivy prostředí, interindividuální rozdíly apod.

Praktický dopad aplikace poznatků oboru na klinickou praxi je potenciálně značný, byť aktuálně jen skromný, vzhledem ke složitosti zkoumané problematiky a úrovni našeho současného poznání. Význam oboru zdůrazňujeme i v souvislosti s lékařskou psychologií, neboť **imunitní systém zásadním způsobem rozhoduje nejen o zdravotním stavu jedince, ale i o vzniku a průběhu různých onemocnění**. Proto se musíme zajímat i o roli **psychických a psychosociálních faktorů** při těchto procesech. S rozvojem poznání o etiopatogenezi a díky epidemiologickým sledováním zjišťujeme, že narůstá podíl onemocnění způsobených zejména poruchou imunitních funkcí. Tato skutečnost není jistě dána jen stále se zdokonalujícími diagnostickými možnostmi.

Za příklad poruchy zdraví způsobené nedostatečnou funkcí imunity lze uvést získaný imunodeficit (HIV) či nádorová onemocnění. Nadměrně zesílená imunitní reakce například souvisí s alergiemi. Je třeba si položit také otázku, jaký je v uvedených případech konkrétní podíl psychických a psychosociálních faktorů na jejich vzniku, udržování a rozvoji.

Dalším důvodem našeho zájmu o obor psychoneuroimunologie je zcela reálná **možnost užití psychologických prostředků k profylaktickému, léčebnému a rehabilitačnímu ovlivnění** poruch zdraví, souvisejících podstatným způsobem s funkcí imunitního systému (např. také infekčních chorob).

Vztah psychických a imunitních procesů podléhá zákonitostem již dříve opakovaně zmiňované **cirkulární kauzality** (vzájemného ovlivňování interakcí). Jejich případné rozdělování na „psychické“ a „somatické“ je z dnešního pohledu zavádějící, protože uměle (nefunkčně) odděluje tělesnou a duševní stránku člověka, jež zásadním způsobem tvoří ve vývoji i aktuálně jeden celek.

Úlohou imunitního systému, jenž je po nervovém systému v rámci lidského organismu druhým nejsložitějším systémem, je **rozeznat a zneškodnit některé látky**, které pronikly do organismu. Z biologického hlediska působí imunitní systém **homeostaticky**, avšak současně i ve směru **negativní selekce**, neboť z rozmnožování vylučuje jedince, kteří například nejsou schopni se vyrovnat s určitými viry.

Díky neuroanatomii a molekulární biologii se prokázala těsná funkční souvislost nervového, endokrinního a imunitního systému. Dokonce jsou známy způsoby přenosu informací, tedy vzájemného propojení mezi těmito systémy a jejich řízením.

Zmíněné vztahy se netýkají jen fyziologické regulace, ale jsou zobecnovány i na poruchy zdraví, jako jsou např. chronické bolestivé záněty, degenerativní onemocnění, virová onemocnění nervového systému a autoimunitní onemocnění.

Dosud nejasná je hranice mezi fyziologickou a patofyziologickou funkcí imunitního systému, protože změny jeho aktivity jsou vyvolané škodlivinami a onemocněním, přičemž nastává obrovské množství interakcí mezi nervovým, endokrinním a imunitním systémem, které jsou navíc ovlivňovány psychickými faktory, jako je např. emocionální vyladěnost jedince.

21.2 Souvislost mezi psychickými procesy a imunitou

Východisko pro pochopení vztahů mezi psychickými procesy a imunitou nám poskytuje **model psychobiologické koncepce stresu**. Stres je v něm vymezen jako stav organismu, jenž je obecnou odezvou na výrazně působící zátěž (stresor), která může být psychické či fyzikální povahy. Tato odezva organismu je především řízena vývojově starými mechanismy, které umožňují adaptaci a přežití organismu v situaci nebezpečí. Jedná se o výraznou aktivaci **sympatiko-adrenálního systému** (výsledkem je vyšší produkce *katecholaminů* – např. adrenalinu, které mají imunoaktivační účinek) a **hypotalamo-hypofyzárního systému** (výsledkem je vyšší produkce *glukokortikoidů* – např. steroidního hormonu *kortizolu*, které mají imunosupresivní účinek).

Psychobiologické koncepce stresu

Tradičně je vývoj stresové reakce jako odpovědi na stresor řazen do tří fází:

- a) fáze poplachu (šoku a protišoku);
- b) fáze pokusu o zvládnutí stresoru (útok–útěk);

Pokud stresor není zvládnut, dojde dříve či později k

- c) fázi vyčerpanosti organismu (k rezignaci).

Lidské reakce na stresor, včetně způsobů jeho zvládnání, jsou individuální (čelíme mu určitými naučenými strategiemi), doprovodné prožívání je pro člověka charakteristické a zpravidla v něm převažuje jedna z následujících možností:

- a) hněv,
- b) úzkost a strach,
- c) deprese.

ad a) U lidí majících tendenci reagovat na stresor hněvem, tedy zpravidla následnou aktivitou a agresivitou, dochází k vyšší produkci *noradrenalinu*, *testosteronu* (neuroendokrinní reakce) a ke **zvýšení** bezprostřední imunitní odpovědi.

ad b) U lidí, kteří mají tendenci reagovat na stresor úzkostí a strachem, tedy zpravidla následným stažením a únikem ze situace, dochází k vyšší produkci *adrenalinu* (neuroendokrinní reakce) a také ke **zvýšení** bezprostřední imunitní odpovědi.

ad c) U lidí majících tendenci reagovat na stresor depresivně, tedy pasivitou a odevzdaností, dochází k vyšší produkci *kortizolu* a snížení produkce *testosteronu* (neuroendokrinní reakce) a ke **snížení** bezprostřední imunitní odpovědi.

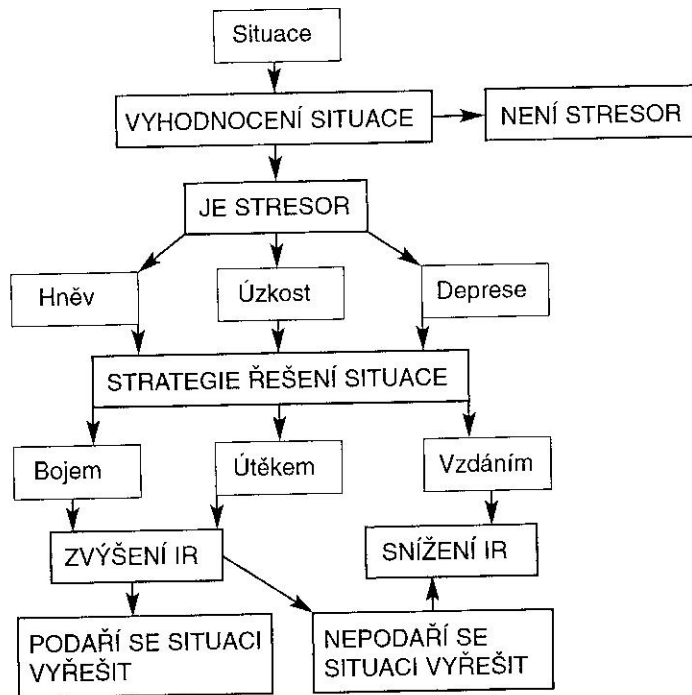
Předchozí vyhraněné (a modelové) způsoby reagování jsou zároveň strategiemi řešení zátěžových situací a mohou se vzájemně prolínat, byť máme tendenci některé upřednostňovat. Jejich užití (či neužití) záleží zejména na tom, jak člověk určitou situaci **vnímá a hodnotí (včetně její anticipace)**, jak se mu ji podaří **udržet pod kontrolou a zvládnout**. Vnímání a hodnocení (kognitivní zpracování), emoční doprovod i následující prožívání jsou do značné míry dány dřívější **zkušenostmi** jedince se stejnými a analogickými situacemi.

Například si lze dobře představit, že jedinec prožívající dlouhodobě úzkost bez perspektivy změny počne svou situaci prožívat depresivně, čemuž bude odpovídat také jiná funkce příslušných neuroendokrinních mechanismů a také změna aktivity imunitního systému. Strach nemusí vést automaticky k pokusům o únik, nýbrž se může záhy přeměnit v hněv a vést k agresivnímu projevu.

Dále je třeba upozornit, že zmiňované psychické reakce na stresor se nemusí projevovat v chování člověka, nýbrž probíhají skrytě – na subjektivní úrovni. Jedinec emoce neprojeví a neodžije v akci, tedy fyzickou aktivitou, což může vést k poruchám psychosomatického typu a zejména kardiovaskulárního systému.

Vliv psychiky člověka při spuštění a průběhu stresové reakce je zřetelný a rozhodující zejména na začátku celého děje, kdy dochází k automatickému zhodnocení situace jako stresoru, či jako situace neškodné, a k následnému emocionálním doprovodu, který určí zapojení dalších neuroendokrinních mechanismů, které již dále probíhají autonomně.

Předchozí souvislost lze zjednodušeně vyjádřit pomocí blokového schématu.



Obr. 15 Vztah mezi psychickými procesy, stresem a imunitní reakcí (IR)

Na základě řady experimentů a exaktních pozorování lze vyvodit, že **akutní stres**, pokud je doprovázen aktivní snahou člověka jej zvládnout (nereaguje pasivně–vzdáním se), **zvyšuje aktivitu a funkčnost imunitního systému**, a naopak **dlouhodobý stres** (zde dochází k vyčerpanosti, depresivním prožitkům, ztrátě kontroly nad situací, beznadějí apod.) **snižuje aktivitu a funkčnost imunitního systému**.

Souvislost mezi krátkodobou psychickou zátěží (trvající do hodiny) a imunitní odpovědí organismu byla např. zpracována v obsáhlejší metaanalýze, která zahrnovala devětdvacet výzkumů. Sledovány byly parametry psychologické, imunologické, kardiovaskulární a endokrinní. Stresorem byl první parašutistický seskok, řešení neřešitelných úloh pod tlakem, silný hluk, shlédnutí videofilmu o chirurgickém zákroku apod. Metaanalýzou bylo doloženo, že v situaci krátkodobé psychické zátěže nastane výrazná aktivace funkcí imunitního systému (došlo zejména k nárůstu NK buněk–*natural killers*, uplatňujících se při odstraňování nádorových buněk a buněk zasažených virem), což lze vysvětlit působením *katecholaminů*.

Akutní stres vyvolává aktivitu *sympatiku*, tedy zvýšenou produkci *adrenalinu* a *noradrenalinu*, což vede ke zvýšení *katecholaminů* a následkem toho se krátkodobě zvýší imunitní odpověď organismu. Při déle trvajícím stresu se aktivizuje *parasympatikus*, což má za následek vyšší produkci *acetylcholinu*, zvýšení *glukokortikoidů* a posléze dochází ke snížení funkce imunitního systému.

Ovlivnění funkčnosti imunitního systému je dáno zejména vztahem mezi produkcí katecholaminů a glukokortikoidů a tato produkce je ovlivňována také psychologickými faktory.

Psychobiologická koncepce stresu slouží za příklad těsného propojení mezi nervovým, humorálním, imunitním systémem a psychikou člověka. Nebývá však vždy přesně rozlišováno mezi stresem (reakcí organismu na stresory) v užším slova smyslu, kdy se jedná spíše o relativně krátkodobé děje (zpravidla do jedné hodiny) a stresem v širším slova smyslu (dlouhodobé a chronicky působící vlivy nižší intenzity, které nevyvolávají klasickou stresovou reakci).

Stresor i dlouhodobá náročná a závažná životní situace se vždy promítají do psychiky člověka (kognitivní funkce, prožívání). Výsledný způsob jejich psychického zpracování závisí především na osobnosti a předchozích zkušenostech, které určují postoj jedince k těmto záležitostem i způsob, jak se s nimi vyrovnává (subjektivně, zejména pomocí psychických obranných mechanismů a objektivně – jednáním).

Subjektivní i objektivní reakce na stresor i dlouhodobou zátěž je značně rozdílná – individualizovaná.

Zdá se, že významnou roli, jak jsme již dříve naznačili, hraje jednak:

- **způsob vnímání a hodnocení situace** (ve směru zvládnou–nezvládnou, kontroloji–nekontroloji), a za druhé
- **navyklá (naučená) strategie vyrovnávání se s náročnými životními situacemi.**

Na subjektivně vnímané aktuální nebezpečí, jak již dříve bylo upozorněno, mohou reagovat buď

- **hněvem** (zvýší se noradrenalin),
- **úzkostí nebo strachem** (zvýší se adrenalin), nebo
- **depresivně, útlumem**, či jiným ekvivalentem depresivního prožívání (zvýší se acetylcholin).

Tyto neuromediátory, jak již víme, přímo ovlivňují endokrinní systém, ale i funkci imunitního systému ve smyslu přechodného zvýšení, nebo snížení imunity.

Pokud jde o dlouhodobou zátěž, tak z psychologického hlediska pro její zvládnutí a příznivý průběh zvládnutí hraje důležitou roli přítomnost a pomoc druhých lidí, kteří působí „antidepresivně“, a jak se zdá, přispívají také ke zvýšení funkce imunitního systému postiženého člověka. Sociální opora moderuje vztah stresor–reakce imunitního systému, a zároveň zmenšuje nepříznivý dopad náročných životních situací na lidské zdraví.

Pokud jde o výraznou zátěž (ať již krátkodobou, či dlouhodobou), bývá rozlišováno mezi eustresem a distresem, jež jsou dány postojem jedince spojeným s určitým způsobem prožívání.

Eustres

znamená, že člověk, byť v zátěži, ji vnímá a hodnotí jako výzvu a prožívá ji stenicky. Dochází ke zvýšení katecholaminů, kortizol je potlačen, imunitní reakce je vyšší.

Za příklad eustresu nám může posloužit velmi náročná práce přinášející radost.

Distres

znamená, že člověk určitou situaci chápe jako něco negativního a prožívá ji jako nepříjemnou. Dochází ke zvýšení kortizolu, katecholaminy jsou potlačeny a imunitní reakce snížena.

Příkladem distresu je nutnost překonání překážek, které vnímám jako nepřekonatelné, ze situace není úniku a své počínání hodnotím jako marné. Dostává se beznaděje.

Třetí možností je **eustres spojený s distresem**. Neuroendokrinní a imunitní reakce organismu závisí na vzájemném poměru obou složek.

Za příklad této situace nám poslouží náročná práce spojená s nechuť, tato nechuť však není příliš silná.

V odborné literatuře je bohatě referováno o pozorováních, klinických zkušenostech a exaktních výzkumech týkajících se vlivu akutního stresu i dlouhodobé zátěže na zdravotní stav jedince.

Například u některých zvířat dojde k *imunosupresi*, jestliže jsou vystavena stále a těsné přítomnosti nadřazeného jedince a nemohou se vzdálit. Tato situace u nich vyvolává silnou stresovou odezvu končící letálně. Avšak u jedinců, kteří situaci aktivně čelí, imunosuprese nenastane.

Také u opičích mláďat oddělených od matek (a těch, která tím evidentně „trpí“) dochází k imunosupresi. Následným afiliantním chováním se u nich imunitní reakce opět zvyšuje (konkrétně NK lymfocyty), což lze vysvětlit tím, že se péčí aktivizuje sympatikus.

Osamělé osoby (např. opuštěné či rozvedené ženy) s nízkou úrovní sociální opory (pozitivních meziosobních vztahů), vykazovaly ve srovnání s kontrolní skupinou pokles činnosti imunitního systému.

U některých lidí byl sledován vliv události subjektivně vnímaných jako dlouhodobá zátěž (rozvod, úmrtí blízké osoby, přelidňenost, sociální nestabilita apod.) a byla u nich zjištěna vyšší nemocnost a úmrtnost, zejména jedná-li se o poruchy ledvin a kardiovaskulárního systému. Zde se ovšem nedaří přesně oddělit vliv nezdávavého životního stylu vázaného na dlouhodobou psychosociální zátěž (častý je vyšší konzum alkoholu a jiných drog) od bezprostředního vlivu na funkci imunitního systému. Hypoteticky lze předpokládat, že v problémových situacích, které jsou subjektivně neřešitelné, je jedinec dezorientován, ztrácí nad nimi kontrolu a možnost je změnit, a dostávají se u něj pocity bezmoci, beznaděje, depresivní prožívání. Tyto prožitky (nikoli deprese jako onemocnění), což již bylo prokázáno, působí imunosupresivně. Z hlediska zdraví a jeho poruch pak nastanou nežádoucí fyziologické reakce ústící ve snížení funkce imunitního systému.

Dlouhodobá zátěž se jeví být horší než akutní stres.

K ilustraci vztahu mezi psychickou zátěží a funkcí imunitního systému, projevující se ve výskytu infekčních onemocnění, nám poslouží následující významný experiment.

Čtyřistadvacet zdravých dobrovolníků (průměrný věk 33,6 let) bylo nakaženo různými viry způsobujícími onemocnění horních cest dýchacích, část osob však neobdrželo viry, nýbrž placebo. Zároveň byla zjišťována psychická zátěž u všech těchto dobrovolníků během roku. Ukázal se být zřetelný lineární vztah mezi psychickou zátěží a rizikem vzniku onemocnění. V jiných výzkumech byla zase zjištěna souvislost mezi *neuroticismem* (emoční labilitou a vyšší úzkostností vedoucí patrně k chybnému zvládnutí zátěže) a nižší sekrecí *imunoglobulinu IgA*. Obdobný vztah byl shledán i u lidí s inhibovaným motivem moci (nastává vnitřní konflikt mezi potřebou ovládat druhé a snahou to nedávat najevo) a sekrecí *imunoglobulinu IgA*.

Dílčích výsledků týkajících se souvislostí mezi psychickou a psychosociální zátěží a funkcí imunitního systému je celá řada. Nedaří se vždy najít bezprostřední a přímé zákonitosti, avšak z dostupných prací lze vyvodit závěr o

zřetelném vztahu mezi subjektivně vnímanou a prožívanou zátěží, postojem člověka k této zátěži (včetně sebehodnocení co do schopnosti zátěž kontrolovat, ovlivňovat, případně zvládnout) a funkcí jeho imunitního systému.

Poznatky psychoneuroimunologie zdůvodňují nezbytnost **průběžné a soustavné psychologické péče lékaře o nemocného člověka a významné osoby jeho života**. Touto péčí totiž ovlivňujeme prožívání i postoj jedince k nemoci, stejně jako zajišťujeme jeho psychosociální podporu. Dnes již víme, že tyto skutečnosti přímo souvisejí s funkcí imunitního systému.

Problematika vztahu psychiky a imunity není zdaleka vyčerpána psychobiologickou koncepcí stresu, neboť stále dochází ke vzájemnému ovlivňování obou těchto složitých systémů. Souvislosti mezi psychickými procesy a imunitním systémem lidského jedince si lze také přiblížit prostřednictvím psychologického pojmu učení.

Učení

Tento pojem jsme vymezili jako jeden z předpokladů změny (tedy i podmínku vývoje). Je to způsob osvojování něčeho nového vlivem zkušenosti. Pokud jde o psychoneuroimunitní systém, předpokládáme, že zde dochází k učení už na fyziologické a molekulární úrovni. Má podobu učení asociativního (klasické podmiňování). Hypoteticky lze předpokládat, že ke změně učením dochází i mechanismy, jež teprve čekají na své objevitele. Předchozí tvrzení je podpořeno nejenom skutečností, že již v rámci vegetativního systému existuje paměť (tedy schopnost se učit), ale také tím, že specifická imunita se utváří až během života jedince a na základě jeho individuální zkušenosti se škodlivinami.

Pro osvětlení problematiky učení si uvedme příklad farmakologického experimentu na zvířatech. Experimentální skupině zvířat se injekčně aplikovala látka působící na imunitní systém supresivně (*cyclophosphamid*) a současně se zvířatům umožnilo pít cukerný roztok. Díky *cyclophosphamidu* nastalo záhy abnormální (aversivní) chování a došlo k přechodnému snížení imunity. Tyto změny se vyskytovaly u stejných zvířat i později, když jim byl podán ke konzumaci pouze cukerný roztok. Kontrolní skupině zvířat bylo injekčně aplikováno placebo a dostala k pití – stejně jako experimentální skupina – rozpuštěný cukr. Žádné abnormální chování se u těchto zvířat nevyskytlo a podle očekávání nedošlo ani ke změnám v imunitní odezvě, a to ani při opakování pokusu s vynecháním injekční aplikace placeba. Takto bylo prokázáno, že se může vytvářet podmíněná reakce v rámci imunitního systému.

Vliv učení na funkci imunitního systému je z praxe znám i u lidí. Například alergickou reakci lze vyvolat i slovní prezentací či vizuální představou určitých podnětů.

Z vývojové psychologie víme, že člověk se v raném dětství vyvíjí zejména díky zrání a učení. K jednoduchému učení dochází, jak se zdá, ještě před jeho narozením. Hypoteticky se lze domnívat, že zejména v prvním senzitivním období (záhy po narození), ale i později v dětství se na rozvoji imunitního systému spolupodílejí psychosociální činitelé, zejména kvalita péče matky.

Předpokládáme, že např. psychická deprivace v časném dětství, vyvolávající anaklytickou depresi, může mít na dítě imunosupresivní vliv. Z psychologického hlediska vede neoptimální péče ke změnám v organismu (na biologické rovině), které se v senzitivním období osvojí někdy i jednorázovým učením (*imprinting*).

Učením člověk získává své typické způsoby reagování a zdá se, že se učí v určitých situacích i stejně prožívat.

Jaký je vztah mezi **prožíváním a funkcí imunitního systému**? Na tuto otázku jsme hledali odpověď už na předchozích stránkách. Nyní hlavní poznatky zopakujeme, rozšíříme a prohloubíme v souvislosti s učením.

Zde je třeba na prvním místě upozornit na depresivní prožitky související s pocity bezmoci a beznaděje. Víme, že mají imunosupresivní vliv.

Z psychologického hlediska si lze představit následující mechanismus vzniku těchto stavů a reakcí učením: Určitá situace je jedincem vnímána jako ohrožující (např. ztráta někoho či něčeho významného, nebo vnitřní neřešitelný konflikt). Lze na ni reagovat úzkostí, strachem, nebo projevy paniky. Jestliže nastává chronifikace a člověk si myslí, že situaci nemůže ovlivnit, dochází k zobecnění a dostávají se pocity bezmocnosti, přecházející v depresi spojenou s beznadějí. Současně bývá zjišťována snížená funkčnost imunitního systému, související mj. s vyšší koncentrací *kortizolu*. Je zřejmé, že na průběhu popsaného procesu se podílejí zejména mechanismy učení, proto hovoříme o naučené bezmoci a beznaději.

Tendence hodnotit a prožívat události, určitým způsobem vnímat, se váže na **typ osobnosti** (včetně nastavení co do interpersonálních vztahů) a na její vnitřní dynamiku. Proto byla zkoumána hypotéza o funkci imunitního systému v závislosti na určitých rysech osobnosti člověka. Bylo zjišťováno, zda jsou lidé nemocní nádorovým onemocněním již premorbidně něčím osobnostně typičtí. Z dostupných pramenů vyplývá, že zatím nebyl potvrzen „rakovinný typ osobnosti“. Na druhé straně bylo výzkumně prokázáno, že pacientky s nádorovým onemocněním prsu a nemocní melanomem projevují ve srovnání s kontrolními skupinami méně své negativní (zejména *dysforické*) emoce. Zároveň sledujeme signifikantní souvislost mezi neschopností vyjadřovat negativní emoce a prognózou onemocnění, což jsou velmi důležitá zjištění pro klinickou praxi. Považujeme za prokázané, že onkologičtí pacienti charakterističtí „bojovým duchem“, tedy nezlomností, houževnatostí a nevzdávající svoji situaci, mají signifikantně lepší prognózu než osoby s opačnými charakteristikami. Dále bylo zjištěno, jak již víme, že u lidí zvýšeně úzkostných (úzkostnost je osobnostním rysem, tedy trvalejší charakteristikou člověka) bývá snížena hladina sekrečního imunoglobulinu IgA, čímž se zvyšuje náchylnost k onemocněním infekčními chorobami.

Pro funkci imunitního systému se ukazuje být důležitý zejména způsob subjektivního zpracování zatěžujících událostí.

Pacienty s nádorovým onemocněním, u kterých došlo k úmrtí někoho blízkého, lze takto například rozdělit do dvou skupin. Jednak na ty, kteří se s úmrtím špatně

vyrovnali (vlastně nevyrovnali) – nastává u nich dlouhodobá menší aktivita imunitního systému, projevující se i klinickými následky. Druhou skupinu tvoří ti, kdo se vyrovnali s úmrtím subjektivně dobře – u nich ke snížení aktivity imunitního systému nedochází.

Pokud jde o vztah mezi prožíváním a funkcí imunitního systému, existuje zde řada hypotéz, které jsou výzkumně prověřovány. Výsledky zatím nejsou jednoznačné. Rýsuje se zde však trend, který zdůvodňuje a současně potvrzuje dříve zmíněné poznatky salutogeneze (viz kap. 5.4) a pojetí odolnosti (viz kap. 19.4):

Prožitky stenické (vyjadřující vnitřní pohodu a psychickou energii), které souvisejí s určitými životními postoji a osobnostními charakteristikami (zejména s reálným sebevědomím, s porozuměním sobě a světu, v němž je člověk zakotven, s pozitivním vztahem k životu) a se způsobem vyrovnávání se se zátěží (hlavně s aktivním zasahováním a kontrolou situace), zvyšují obecně odolnost člověka vůči škodlivinám a optimalizují funkci jeho imunitního systému. U prožitků astenických (s negativním a vnitřně tlumícím laděním) lze předpokládat opačný směr a dopad jejich vlivu.

21.3 Ovlivňování imunitního systému psychoterapeutickými prostředky

Psychický stav člověka ovlivňuje funkci jeho imunitního systému, a to v situacích náročných i běžných. Lze se domnívat, že ovlivnění přichází i z opačného směru, protože v této oblasti platí zákonitosti cirkulární kauzality. Kromě toho považujeme za prokázanou mnohočetnou etiologii poruch zdraví (na rozdíl od monokauzálního pojetí), stejně jako přijímáme celostní bioekopsychosociální paradigma současné medicíny. Proto překvapí, jak relativně malá pozornost je i nadále věnována aplikovanému výzkumu, týkajícímu se ovlivňování imunitního systému psychologickými prostředky při poruše zdraví.

Jako příklad aplikovaného výzkumu uvedme katamnestický výzkum – sledování pacientek s nádorovým onemocněním prsu po dobu deseti let. Nemocné byly – kromě obvyklých a osvědčených postupů – léčeny skupinovou psychoterapií

(devadesát minut týdně po dobu jednoho roku) a srovnávány s vyváženou kontrolní skupinou patientek psychoterapeuticky neléčených. Byly zjištěny statisticky signifikantní a klinicky relevantní rozdíly ve prospěch skupiny s psychoterapií (např. ženy léčené psychoterapií v průměru přežily 36 měsíců, ženy neléčené psychoterapií měly průměrnou dobu přežití pouze 18 měsíců). Na tento výzkum navázaly další, detailnější výzkumné studie (např. s nemocnými s maligním melanomem prvního stadia), do kterých byla zahrnuta systematická skupinová psychoterapie. U pacientů sledovali výzkumníci délku jejich života, průběžný klinický stav, psychologické proměnné (např. úzkostnost, depresivitu), imunologické parametry (NK–buňky, T–lymfocyty ad.), ale i zvládání náročných životních situací, spolupráci se zdravotníky a další proměnné. Z tohoto i dalších obdobných výzkumů lze dospět k závěru, že u nemocných vlivem skupinové psychoterapeutické intervence (ve srovnání s kontrolními psychoterapeuticky neléčenými skupinami) došlo k dlouhodobému zlepšení funkce imunitního systému, dále k vytváření „zdravého chování a zvyků“, pacienti se lépe vyrovnávali s faktem závažného onemocnění a zvýšila se kvalita i délka jejich života. Výzkumy jednoznačně prokázaly pozitivní vliv skupinové psychoterapie na průběh onemocnění i osobní život nemocných.

Domníváme se, že výzkumné opomíjení této důležité a nesmírně zajímavé oblasti je dáno nejen relativní neznalostí a podceňováním vlivů psychických procesů a možností psychoterapie, nýbrž i financováním výzkumů, kdy prostředky na výzkum jsou také zájmově určovány. Snadněji je lze získat od farmaceutických firem a výrobců zdravotnické techniky – a tím je dáno i zaměření výzkumných projektů.

Psychoterapeutickými prostředky usilujeme – podle předpokládaného podílu vlivu imunitního systému na etiopatogenezi a udržování určité poruchy zdraví – o:

- **zesílení imunitní reakce** (např. u nádorového onemocnění), či naopak o
- **zeslabení imunitní reakce** (např. u autoimunitních chorob).

Při celkovém posouzení pak lze tyto snahy nazvat užitím psychologických postupů, s cílem dosáhnout **funkční optimalizace imunitního systému**.

Upozorňujeme, že výsledky výzkumů sledujících zesilování nebo zeslabování imunitní reakce v průběhu a v bezprostřední návaznosti na použití určité psychoterapeutické techniky jsou nejednotné a výsledky často překvapivě neodpovídají teoretickým předpokladům. Zdá se, že zde působí osobnostní a vztahové proměnné a také aktuální somatický stav, které modifikují působení konkrétního postupu. Proto by bylo vhodné v každém jednotlivém případě průběžně kontrolovat účinek psychologického působení na imunitní systém pacienta.

Na úrovni současného poznání lze považovat za vhodné užívání relaxačních postupů, neboť člověka příznivě vyladují a harmonizují funkce jeho organismu. Dále je to psychoterapeutický vztah, jehož pomocí poskytujeme nemocnému (případně i jeho blízkým) emoční podporu a jistotu – i pokud jde o budoucnost. V tomto významu působí „anxiolyticky“ a „antidepresivně“.

Používané psychologické postupy lze dále rozdělit na ty, kterými především (a hypoteticky)

- a) ovlivňujeme **bezprostředně a přímo funkci imunitního systému** a na postupy, kterými především (a hypoteticky)
- b) působíme **nepřímo (zprostředkovaně) na funkci imunitního systému**.

ad.a) **Přímý a bezprostřední vliv** lze uvažovat jako krátkodobý a spočívá především v regulaci aktivace organismu. Psychofyziologickými parametry jej lze zachytit a popsat také introspektivně.

Mezi takto působící postupy řadíme relaxační metody, včetně řízené imaginace (zde využíváme představivosti pacienta), biologické zpětné vazby (průběžně monitorované fyziologické parametry pacient dokáže měnit na základě zpětné vazby a vlastní psychickou aktivitou), sugestivních postupů a hypnózy.

Bylo např. prokázáno, že psychická relaxace nejen krátkodobě, ale při opakovaných cvičeních i dlouhodobě, vede ke zvýšení sekrece imunoglobulinu IgA k dalším žádoucím a prokazatelným změnám ve funkci imunitního systému.

ad.b) **Nepřímý (zprostředkovaný) vliv** na imunitní systém je spíše dlouhodobý a uskutečňuje se, jak předpokládáme, na psychické úrovni zejména díky tomu, že u nemocného ovlivňujeme jeho:

- **kognitivní funkce** ve směru lepšího porozumění sobě a vlastní situaci, takže je **dotává více pod kontrolu** (opakem je „být vydán na pospas“, „nechápat“);
- **prožitkovou oblast** tím, že navozujeme **stenické prožitky** (opakem je rezignace, depresivní prožitky, bezmocnost, beznaděj apod.);
- **psychosociální oblast** ve směru zajištění psychosociální podpory přes pěstování a rozvíjení meziosobních vztahů (opakem je psychická osamělost a sociální izolace).

Předchozí skutečnosti vedou k tomu, že pacient na rovině racionální i iracionální myslí a prožívá naději ve změnu k lepšímu (pozitivní vztah k cílům léčby), lépe o sebe pečuje a využívá svých možností (žije aktivněji, zdravěji, nemoci „nepropadá“). Obvykle se zlepšuje i jeho spolupráce se zdravotníky.

Z psychoterapeutických prostředků, spadajících pod tuto kategorii, lze např. jmenovat psychoterapeutické rozhovory (ať již individuální či ve skupině), nácviky aktivního a produktivního chování (týkají se prevence i konkrétního řešení zátěžových a kritických situací). Obsáhlejší a pravdivější sebepoznání, stejně jako některé postupy nácvikové terapie, vedou ke změnám postojů, očekávání, hodnocení událostí i ke změně životního stylu. Za velmi významné je třeba považovat poskytování psychologické podpory prostřednictvím psychické blízkosti v rámci bezpečného a pevného psychoterapeutického vztahu.

Jako příklad vlivu psychiky na poruchu zdraví, z něhož pak vyplývá nezbytnost psychoterapeutické péče, lze uvést chronický únavový syndrom. Jedním z předpokládaných faktorů při vzniku a trvání únavového syndromu je jistá psychická predispozice k tomuto onemocnění. Přítomnost depresivních prožitků u takto nemocných jak v anamnéze, tak v průběhu onemocnění může sehrát úlohu v předpokládané inadequate reakci imunitního systému. Ovšem zmíněný vztah není zcela jednoznačný a musí být ještě potvrzen či vyvrácen dalšími výzkumy. V této souvislosti se také uvažuje o možné účasti poruch *hypothalamo-hypofysární osy*, kde se protínají endokrinní a imunitní regulace a navzájem se podmiňují. Při současné terapii tohoto onemocnění je nejdůležitější složkou léčby psychoterapie a osvojení správného denního režimu, který pacienta co nejméně vyčerpává.

Za jiný příklad vhodnosti psychoterapeutické péče, tentokrát u onkologicky nemocných (a jejich blízkých), prováděné v rámci komplexní léčby, lze považovat skupinové programy, kterých se účastní nemocní – v různém stadiu vývoje onemocnění – a jejich rodinní příslušníci.

Jedná se o otevřené skupiny pracující během hospitalizace, které mohou pokračovat i ambulantně, případně pacienti a jejich blízcí přecházejí do svépomocných laických skupin. Ukazuje se jako užitečné, aby se skupin účastnili i ošetřující lékaři, neboť se tím výrazně zlepší komunikace a vztah mezi všemi zúčastněnými. Nejlépe se osvědčují strukturované skupiny (program je pevně stanoven), kdy základem je rozhovor ve skupině, obohacený o různé nácviky vhodného chování a relaxace. Součástí psychoterapie je i zdravotní výchova (informace o nemoci, léčebných možnostech a vlastních žádoucích aktivitách).

Psychoterapeutická péče o onkologicky nemocné (a jejich blízké) umožňuje zúčastněným lepší orientaci v situaci, včetně přijetí a vyrovnání se s nemocí i s možností předčasného úmrtí. Pacienti a příbuzní si poskytují emoční podporu a informace, vycházející z vlastní zkušenosti s nemocí. Pěstuje se vzájemnost a otevřenost. Dále se učí zvládat zátěž i praktické záležitosti spojené s nemocí. Pacienti jsou vedeni k aktivnímu životu a přiměřené fyzické zátěži (např. vhodné sportovní aktivity zvyšují sebevědomí, zlepšují fyzickou kondici i funkčnost imunitního systému). Je důležité, aby se v programech navazujících na aktivní psychoterapeutickou léčbu během hospitalizace uchovalo a dále pěstovalo to, co si nemocní a jejich blízcí osvojili, a byla nadále rozvíjena psychosociální podpora pacientů ze strany příbuzných.

Závěrem lze konstatovat, že **při poskytování kvalifikované psychoterapeutické (případně i duchovní) péče podporujeme sebeúzdavné mechanismy a zvyšujeme kvalitu života pacienta i jeho nejbližších.** I závažné onemocnění se může vlastně stát „branou k životu“, jestliže vede k novému pohledu na život a zřetelnějšímu rozlišení mezi tím, co vlastně je a co není důležité. Člověk pak nemusí umírat dříve psychicky než fyzicky.

SOUHRN

Imunitní systém rozhoduje o zdravotním stavu jedince, tedy i o vzniku a průběhu poruch zdraví. Vzhledem ke stálé interakci mezi nervovým, endokrinním, imunitním systémem a psychikou se musíme zajímat také o psychické a psychosociální faktory, které imunitu ovlivňují. Teoretické východisko nám skýtá model psychobiologické koncepce stresu a pojem učení. Vliv psychiky při spuštění a průběhu stresové reakce je zřetelný a rozhodující zejména na začátku děje, kdy se zapojují hodnotící kognitivní funkce. Následuje emoční reakce, která určuje spuštění dalších neuroendokrinních mechanismů. Pro jedince je – pokud jde o imunitní reakci – žádoucí, aby náročné situaci rozuměl, měl ji pod kontrolou a prožíval ji stenicky (astenické prožitky snižují imunitní odpověď). Dále je důležitá psychosociální podpora (pozitivní interpersonální vztahy). Psychoterapeutickou cestou lze aktuálně i potenciálně ovlivňovat imunitu (byť si výzkumy v této oblasti protiřečí). Jednoznačně lze doporučit relaxační postupy a takovou kvalitu psychoterapeutického vztahu, která pacienta (a jeho blízké) emočně podporuje a znamená pro něj jistotu. I v případě ovlivňování imunitního systému psychologickými prostředky je nutno počítat s tím, že působí diferencovaně a specificky.

Psychologická diagnostika

V závěrečné kapitole knihy se seznámíme s místem osvědčené spolupráce mezi lékařem a psychologem, jímž je diagnostika. Probereme základní psychologické diagnostické postupy a metody, včetně jejich uplatnění v praxi. Větší pozornost budeme věnovat testům a projektivním zkouškám. Konec kapitoly patří konkrétní spolupráci mezi lékařem a psychologem.

22.1 Vymezení oboru a jeho užití v praxi

Psychologická diagnostika je aplikovaným psychologickým oborem, který se zabývá systematickým poznáváním a zachycováním osobnosti člověka, případně některých jeho psychologických charakteristik.

V procesu psychologické diagnostiky se zaměřujeme na psychické děje i vlastnosti, na lidské chování (zde se projevují vlastnosti, postoje, hodnotový systém, motivace apod.) a výtvoř (např. deník, výtvarný projev). Důraz kládeme na jejich přesný popis (deskriptivní přístup) a zachycení ve vývoji, popřípadě studujeme charakteristiky člověka ve vzájemných vztazích a souvislostech (dynamický přístup). V každém případě pak zjištěná empirická data zařazujeme do určitých kategorií a vyjadřujeme je kvalitativně (např. jako prostou přítomnost, či nepřítomnost určitého znaku) nebo kvantitativně (znak zachytíme na stupnici a přiřadíme mu číselnou hodnotu). V dnešní psychologické diagnostice převládá **vicedimenzní přístup**, tedy psychologický nálezn současně obsahuje více úhlů pohledu na určitou skutečnost.

Lze takto např. popsat strukturu osobnosti člověka, jeho typické rysy a vlastnosti včetně hodnotové orientace. Psychologickými zkouškami a testy můžeme poznat i dynamiku osobnosti, tedy, jak již jsme zmínili, vzájemné vztahy mezi některými vlast-

nostmi a funkce psychických obranných mechanismů. Zachycujeme osobnost ve vývoji i vlivy, které jedince formovaly do současné podoby. Pomocí testů lze přesně vyšetřit a kvantitativně vyjádřit úroveň mentálních schopností člověka, jeho intelektový potenciál (předpokládanou převážně vrozenou část inteligence) i tu část inteligence, která byla získána spíše vlivem socializace (výchovným a vzdělávacím působením, tedy prostředím v nejširším slova smyslu). Psychologicky lze diagnostikovat i jednotlivé funkce psychiky, jako je pozornost a paměť. U dětí zachycujeme psychomotorickou a psychosociální vývojovou úroveň – ve větu možností bychom mohli pokračovat.

Diagnostikující psycholog, tedy i obor psychologické diagnostiky, se uplatňuje všude tam, kde se zajímáme o **subjektivní faktor**, tedy nejen v rámci zdravotnictví (i když tato oblast se nás týká nejvíce). Setkáme se s nimi v rámci poradenství, např. výchovného, a při volbě povolání (což je oblast činnosti pedagogicko-psychologických poraden i mnoha privátně praktikujících psychologů). Dále se provádí psychologická diagnostika v manželských a předmanželských poradnách, při výběru pracovníků do náročných profesí apod.

Zvláštní pozornost zaslouží činnost psychologa jako soudního znalce (forenzní psychologie) v občansko-právních sporech i ve věcech trestních. Psycholog se nejčastěji vyjadřuje v případech sporů o děti k osobnosti rodičů, jejich výchovným předpokladům, vzájemným vztahům a citovým vazbám dětí k nim. Svým posouzením může participovat také při sporech o dědictví (otázky právoplatnosti závěti) a při uzavírání smluv, kdy vzniká pochybnost, zda jedna ze stran je zcela způsobilá k tomuto právnímu úkonu. Ve věcech trestních forenzní psycholog spolupracuje se soudy a s policií. Řeší otázky motivace lidí obviněných ze závažných trestních činů, v úzké spolupráci s psychiatrem přispívá k diagnostice duševního stavu (včetně posuzování schopnosti obviněných rozlišovat a ovládat své chování při inkriminovaném jednání), zabývá se stupněm věrohodnosti výpovědí lidí zúčastněných v trestním řízení (poškozených, obviněných a svědků), vyslovuje se k resocializačním možnostem (tedy k vlivu trestu na nápravu pachatele) atd.

Psychologická diagnostika však nalézá také široké uplatnění především ve zdravotnictví. Je tomu proto, že psychika člověka, jak již víme, hraje významnou úlohu v prevenci, terapii a rehabilitaci poruch zdraví u dětí, dospívajících i dospělých. A klinický psycholog (tedy psycholog pracující ve zdravotnictví, který k tomu má příslušnou kvalifikaci) je schopen pomocí specifických diagnostických metod poměrně přesně a pravdivě zachytit a vyjádřit subjektivní stránku a její podíl na poruše zdraví. To je důležité, neboť z toho pak vyplývají další opatření, bez kterých by přístup lékaře k člověku, kterému je potřeba pomoci (to platí i o jeho rodině) nebyl *lege artis* (tedy na úrovni dnešního vědeckého poznání a reálných možností).

Psychologická diagnostika (a práce klinického psychologa) je ve zdravotnictví využívána v následujících čtyřech oblastech:

- a) **V diagnostice psychického vývoje, psychiky poruch zdraví:** Klinický psycholog je schopen přesně zachytit vývojovou úroveň dítěte a dospívajícího (vlastně i dospělého člověka, neboť i dospělost a stáří má

svá vývojová stadia). Psychologickou diagnostikou dále zjišťujeme psychologické charakteristiky, jež korespondují se zdravím a jeho poruchami, což lékaři přispívá k diagnostice, zejména při řešení diferenciálně diagnostických problémů. Zde se klinický psycholog uplatní zejména v rámci pedopsiatrie, dětské neurologie, dále v psychiatrii a v neurologii dospělých. V posledních letech se uplatnění psychologa rozšířilo i do interních oborů (v rámci psychosomatického přístupu). Psycholog se na základě diagnostického vyšetření vyjadřuje k otázkám etiopatogeneze poruch zdraví a psychosociálních mechanismů, které je eventuálně udržují a rozvíjejí.

Například dětský klinický psycholog zjistí, že psychomotorická instabilita dítěte (tělesný neklid) a jeho nedostatečná koncentrace pozornosti nejsou dány hyperkinetickou poruchou (lehkou mozkovou dysfunkcí), nýbrž konfliktním rodinným prostředím a zároveň přetěžováním dítěte. Jedná se tedy o neurotizaci. Z toho pak vyplynou léčebné zásahy a další vedení dětského pacienta a celé rodiny. Opakovaným psychologickým vyšetřením lze poměrně spolehlivě rozlišit, zda nápadné projevy a zdravotní potíže pacienta (např. zrakové iluze, hypoparanoia, vyšší anxiety) jsou projevem počínajícího psychotického onemocnění, poruchy osobnosti, toxikomanie, či zda mají pravděpodobně neurologickou příčinu.

b) Při indikaci preventivních, léčebných a rehabilitačních opatření:

Na základě psychologického vyšetření lze nemocnému (a jeho blízkým) doporučit specializovanou péči, jež má preventivní charakter. Tato péče může probíhat i mimo oblast zdravotnictví.

Například klinický psycholog u dítěte diagnostikuje vývojové poruchy učení (dyslexii, dysorthografii, dyskalkulii apod.). Takto postižené dítě vyžaduje zvláštní péči a eventuální přeřazení do speciální třídy, což nejlépe zajistí pedagogicko-psychologické poradny.

Klinický psycholog může svým nálezem přispět k indikaci nemocného pro psychoterapii, nebo ji naopak nedoporučit (např. pro jeho nízký intelekt či proto, že zdravotní obtíže pacienta nesouvisí s psychosociální oblastí). Na základě doporučení psychologa často ošetřující lékař odešle nemocného ke specializovanému vyšetření (neurologickému, očnímu, imunologickému apod.).

Pokud jde o rehabilitaci – ať již tělesnou, psychickou či sociální –, měly by na její indikaci participovat také psychologové. Ti napomáhají upřesnit rozsah a stupeň poškození (včetně jeho psychické odezvy), které chceme rehabilitací napravit.

Například u pacientů po mozkové příhodě je žádoucí neuropsychologické vyšetření psychických funkcí i subjektivní odezvy na tuto skutečnost. Z nálezů pak vyplývá, kde lze s rehabilitací (např. fatických poruch) začít a zda je u nemocného zároveň nutné systematické psychoterapeutické vedení a práce s rodinou.

- c) **Při sledování účinku léčebných a rehabilitačních opatření:** Psychologické vyšetření je v mnoha případech vhodné ke kontrole průběhu terapie a výsledků léčebných – např. neurochirurgických zásahů. Bývá využíváno nejen pro výzkumné účely (u vyvážených skupin nemocných lze např. srovnávat léčebný efekt podávání různých farmak, která jsou v daných případech všechna indikována jako vhodná), ale jeho výsledek může být i důvodem změny léčby. Totéž se týká rehabilitace.

Jako příklad lze uvést neuropsychologické vyšetření psychických funkcí (myšlení, paměti apod.) pacienta před neurochirurgickou operací, krátce po ní a dále katamnesticky opakovaně vždy po jednom až třech měsících. Ze srovnání výsledků získáme jedno z kritérií pro posouzení efektu operace a zároveň kontrolujeme průběh rehabilitace.

Jinou možností je psychologické vyšetření pacienta (zajímáme se u něho např. o výskyt psychopatologických fenoménů a o stav jeho sebepojetí) v rámci indikačního vstupního vyšetření, kdy posuzujeme vhodnost psychoterapie. Pacienta opakovaně kontrolujeme vždy po třech týdnech psychoterapeutické léčby. Pokud nedochází k žádoucím změnám, je možné léčbu změnit za vhodnější, případně ji doplnit dalšími opatřeními. Pacienta psychologicky vyšetříme i na konci léčby, katamnesticky po šesti měsících a po roce od ukončení intenzivní terapie. Posoudíme bezprostřední efekt léčby a zjistíme, zda jsou navozené změny trvalejšího charakteru. V takových případech volíme pro pacienta nezatěžující a pro psychologa zároveň časově nenáročné postupy, jichž je celá řada (např. dotazníky a různé škály, které pacient sám vyplňuje).

- d) **Při posudkové činnosti:** Také zde nalézá klinický psycholog ve spolupráci s lékařem bohaté uplatnění. Ve sporných a složitějších případech pomáhá lékaři rozhodnout, zda žadatelé jsou způsobilí, či nezpůsobilí k řízení motorového vozidla, zda mohou, či nemohou vlastnit zbrojní průkaz apod. Psychologické vyšetření bývá vyžadováno i v souvislosti s důchodovým řízením ze zdravotní indikace (přiznání částečného či úplného invalidního důchodu), při změně pracovní schopnosti (u osob se sníženou psychickou výkonností a adaptabilitou) nebo při zařazování lidí do útavů sociální péče či obdobných zařízení.

U žadatele o zbrojní průkaz, jenž byl v době dospívání krátkodobě psychiatricky léčen, lze psychologickou cestou zjistit, zda je v současné době již psychicky stabilní, jak se vyrovnává se zátěží, zda není zvýšeně agresivní, zbrklý apod.

Vidíme, že psychologické vyšetření je v praxi lékaře někdy nutností, jindy doporučeníhodné a žádoucí, protože lékař získá jinak nedostupné informace. Ty mu umožní kompetentnější rozhodování při volbě dalších opatření týkajících se nemocných a jejich rodin, což se nakonec projeví i na kvalitě a celkových výsledcích jeho práce.

22.2 Psychologický diagnostický postup a metody

Je třeba zdůraznit, že psychologická diagnostika je pokusem o vědecké poznávání člověka. Je procesem odborně náročným a vyžadujícím specializované vzdělání a možnost průběžné supervize. Se specializovanými psychologickými metodami (zejména s testy a projektivními zkouškami) mohou proto ve zdravotnické praxi pracovat **výhradně kliničtí psychologové** nebo osoby pod jejich přímým vedením (např. zadávání a vyhodnocování některých dotazníků lze svěřit zaškoleným pracovníkům–nep psychologům). Pokud tuto zásadu nedodržíme, vzniká nebezpečí, že získáme zkreslené údaje, které spolu s neodborným vyhodnocením a interpretací pacienta poškodí. Ten, kdo používá psychologické postupy (zejména testy a projektivní zkoušky), musí znát i jejich konstrukci a teorii, která se k nim váže. Proto je nutno před jejich užíváním důrazně varovat laiky (tedy i lékaře).

Psychologický diagnostický postup sestává z několika kroků:

1. **Studium dostupných materiálů** o vyšetřované osobě (např. zdravotnické dokumentace, předchozích psychologických vyšetření, informací od rodinných příslušníků, u dětí zpráv ze školy apod.).
2. **Výběr psychologických metod** podle toho, co chceme zjistit, což je dáno zadanými otázkami (nejčastěji od lékaře). Zde – např. v případě dětí – musíme přihlížet k jejich věku, obecně nutno vycházet ze zdravotního stavu pacienta a jeho schopnosti spolupracovat.
3. **Vlastní psychologické vyšetření** má dvě části:
 - **Navázání kontaktu** s vyšetřovanou osobou (či osobami při skupinovém vyšetření nebo při simultánním vyšetření např. celé rodiny). Přitom je třeba zúčastněným osobám vysvětlit důvod vyšetření a informovat je rámcově o jeho průběhu. Nutné bývá jejich uklidnění a navození přátelské, povzbudivé atmosféry.
 - **Aplikace psychologických metod:** – De facto se jedná o prezentaci soustavy podnětů a registraci reakcí vyšetřovaných. Tato část má svá přísná pravidla (např. průběh administrace testů).

Po ukončení vyšetření pacienty orientačně a pravdivě informujeme o výsledku způsobem, jenž zanechává příznivý dojem.
4. **Vyhodnocení a interpretace výsledků:** Také při vyhodnocování jednotlivých metod musí psycholog přesně dodržovat předepsané postupy. Při interpretaci výsledků pak integruje výsledky získané z jednotlivých metod a ostatních informací o pacientovi v jeden celek.
5. **Formulace klinického nálezu a sepsání závěrečné zprávy:** Zde se psycholog řídí především tím, komu je zpráva určena. Pro příjemce musí být totiž naprosto srozumitelná. Ze zprávy vyplývá, jak k nálezu dospěl

(použité metody a jejich výsledky) a co jej vedlo k dané interpretaci. Její součástí je i doporučení dalších opatření.

Psychologické vyšetření je pro pacienta náročné, zatěžující a trvá zpravidla několik hodin. Proto je vhodné je rozdělit nejméně do dvou sezení, kdy psycholog při prvním setkání naváže s nemocným kontakt a začne s aplikací metod. Ve druhém sezení je pak dokončí.

Psychologické diagnostické vyšetření (a setkání s klinickým psychologem) má také psychoterapeutický potenciál v tom, že je pacient s pochopením přijat autoritou v situaci zátěže, je s ním zacházeno povzbudivě a kontakt vyúsťuje v celkově pozitivní zkušenost.

Psychologických metod, tedy určitých víceméně strukturovaných postupů, jejichž užívání se řídí přesnými pravidly, máme v současné době více než tisíc. V České republice se jich v klinické praxi užívá téměř sto. U nás je jejich oficiálním výrobcem a distributorem Psychodiagnostika s. r. o. Brno, která je dodává výhradně psychologům. Některé z nich jsou v počítačovém provedení a psychologové ji získají v Testcentru Praha.

Psychologické metody dělíme na:

- klinické,
- exaktní.

Klinické diagnostické metody

Klinické diagnostické metody jsou idiografické povahy, důraz je v nich tedy položen na popis a jedinečnost každého vyšetřovaného pacienta. Jsou málo strukturované a používají je v klinické praxi i lékaři (nejedná se o výhradně psychologické metody).

Při jejich užití je psycholog či lékař s nemocným zpravidla v přímém kontaktu *face to face*, získává od něho rovnou potřebné informace, vytváří si průběžně pracovní hypotézy, které verifikuje. Důležitá je vysoká úroveň jeho empatie, tedy schopnosti a snahy porozumět vnitřnímu světu pacienta a jeho situaci. Velký význam má profesionální zkušenost a osobnostní zralost. Vyhodnocování a interpretace výsledků je spíše kvalitativní povahy, důraz klademe, jak již bylo výše uvedeno, na jedinečnost a celek (celostní přístup).

- U klinických diagnostických metod platí, že hlavním nástrojem poznávání je osobnost psychologa či lékaře.
- Mezi klinické diagnostické metody řadíme pozorování, rozhovor a hodnocení soukromých výtvorů (analýzu spontánních produktů).

Pozorování

bývá užíváno zejména jako nezáměrný postup v rámci klinické situace. Vší máme si vzhledu pacienta, jeho typických a nápadnějších projevů, z nichž

usuzujeme na aktuální stav (např. maskovitost v mimice depresivních nemocných) i obecnějších charakteristik (např. zanedbaný zevnějšek a chrup dítěte pocházejícího z primitivního rodinného prostředí).

Pozorování bývá kombinováno se **škálováním**, kdy každý stupeň škály je přesně (nejlépe operacionálně) vymezen a popsán, takže mezi různými posuzovateli nastává při hodnocení vysoká shoda. Škálováním zachycujeme zejména emocionální stavy nemocných (např. úzkost, depresi, hněv) a jejich chování (klid–neklid) i složitější fenomény (např. kvalitu života).

Rozhovorem

jsme se blíže zabývali v kap. 8. Rozmluvou získáváme především informace, které si vyšetřovaná osoba pamatuje, uvědomuje a je ochotna je upřímně sdělit. Samozřejmě je nutné, aby skutečnosti, o kterých hovoří, byla schopna správně vnímat, hodnotit a vyjádřit. Předpokladem pravdivosti sdělovaných údajů je také důvěra v psychologa nebo lékaře, kterou získáme empatickým a autentickým projevem, kdy pacient cítí, že o něho máme nepředstíraný zájem. Přesto je žádoucí, aby důležité informace byly ověřeny během rozhovoru z „různých stran“, případně později i z různých zdrojů (od příbuzných, na pracovišti), ovšem zde musíme mít vždy na paměti, jaký je vztah informátora vzhledem k pacientovi.

Rozhovor užitý v diagnostické intenci je náročnou metodou, neboť se neustále pohybuje ve dvou rovinách: v rovině bezprostředně vedené rozmluvy a v rovině strategie vedení rozhovoru.

Hodnocení soukromých dokumentů (analýza spontánních produktů)

V tomto případě nebýváme s nemocným v bezprostředním kontaktu, ovšem takto získané informace a z nich plynoucí hypotézy si musíme ověřit rozhovorem s pacientem, eventuálně z dalších zdrojů (od příbuzných apod.).

Řadíme sem kvalitativní rozbor dopisů, poznámek, deníků, výtvarných a literárních výtvorů. Jsou hlubokou sondou do soukromí člověka.

Všímáme si i pacientova písma a celkové úpravy jeho psaného projevu, neboť z písemného projevu lze usuzovat na osobnost a její aktuální stav, zvláště máme-li možnost srovnat písmo z rozličných období jeho života. K náhlé a typické změně písma např. často dochází při poškození CNS (po náhlé mozkové příhodě, mozkovém nádoru apod.). Grafologie bývá lékaři neprávem považována za něco obsolentního a „nevědeckého“. Odborně provedený grafologický rozbor písma se již blíží exaktním metodám.

Exaktní diagnostické metody

Exaktní psychologické metody jsou *nomothetické*, předpokládají tedy obecně platné zákonitosti mezi zkoumanými empirickými skutečnostmi, jimiž jsou lidský duševní život a chování. Vycházejí z předpokladu zásadní zachytitel-

nosti a měřitelnosti všech psychických jevů a nauka o jejich měření se nazývá **psychometrie**.

Rozeznáváme několik základních typů exaktních psychologických metod, které na rozdíl od klinických metod smějí užívat výhradně kliničtí psychologové (vyjímky z tohoto pravidla později uvedeme). Jsou to vývojové škály, psychologické testy a postupy vycházející z experimentální psychologie. Zvláštní skupinu tvoří projektivní zkoušky, které tvoří přechod od klinických k exaktním metodám.

Vývojové škály

se používají zejména při diagnostice psychického vývoje a chování nejmenších dětí, tedy dětí v prvních letech života. Podobají se postupům známým v dětské neurologii.

Princip užívání vývojové škály spočívá v tom, že dítě pozorujeme, případně přesně daným způsobem stimulujeme (např. mu podáme korálek a sledujeme, jak jej uchopuje, zda dlaní, palcem a ukazováčkem, špetkou apod.) a zaznamenáváme jeho chování, jež pak srovnáváme s příslušnými charakteristikami, odpovídajícími určitému věkovému období (např. osmnácti měsícům, dvaceti čtyřem měsícům). Sledované chování se týká různých kategorií, jako je jemná senzomotorika, manipulace a úroveň vývoje řeči (broukání, žvatlání, první smysluplná slova apod.). Splněním určitých položek a jejich prostým součtem získáme hrubé skóry, které převedeme na vývojový kvocient (mentální vývojový index), umožňující srovnání vývojové úrovně testovaného dítěte s jeho vrstevníky – tedy normou. Kromě kvantitativního vyjádření je pro klinické účely důležité zaznamenávat i kvalitu chování dítěte a všechny jeho nápadnosti (např. emocionalitu, temperament, způsob navazování vztahu), neboť takto lze včas rozpoznat děti vyžadující zvláštní péči (např. děti autistické). U dětí vyvíjejících se nežádoucím směrem platí, že čím dříve začneme s nápravou, tím větší je pravděpodobnost úspěchu. Proto je tak důležité včasné zachycení nepříznivého vývoje.

Psychologické testy,

jejichž přísná kritéria splňují i některé vývojové škály, jsou normované a postup, jímž je vytváříme, nazýváme **standardizací**.

Test je přesně určený postup, pomocí kterého zachytíme, kvantitativně a srovnatelně vyjádříme jeden či více empiricky definovaných znaků u testovaného jedince vzhledem k části populace (např. určitého věku) nebo jejímu celku.

Test má **normy**, jež jsou normami statistickými a vycházejícími z předpokladu normálního rozložení zjišťovaného znaku v populaci.

Přesně určený postup znamená, že se bez nejmenších odchylek musíme držet návodu, čili pokynů k provádění jednotlivých kroků při testování. Jinak je získaný výsledek nehodnotný a nesrovnatelný. Kvantitativní a srovnatelné vyjádření značí, že je znak vyjádřen u každého testovaného jedince číselnou hodnotou, která je přesně porovnatelná s výsledkem jiných testovaných jedinců, nebo daného jedince při opakovaném testování, a s normou. V psychologii jsou nejznámějšími jednotkami měření inteligenční kvocient (IQ), vývojový kvocient (VQ), paměťový kvocient (MQ) a čtecí kvocient (ČQ).

Mezi základní vlastnosti každého testu, jehož vysokou úroveň dosahujeme standardizací, patří jeho objektivnost, validita, reliabilita, normovanost, ekonomičnost a užitečnost. Zmíněné vlastnosti vysvětlíme jen náznakem, neboť se jedná o velmi složitou problematiku, které se věnují úzčí specialisté.

Objektivnost testu nám říká, jak dalece jsou způsob provedení (např. instrukce, kladení otázek), vyhodnocení (např. skórování odpovědí, převod hrubých skóreů na vážené skóre) a interpretace nezávislé na tom, kdo vyšetření provádí. U vysoce objektivních testů jsou psychologové zcela zaměnitelní.

Validita (platnost testu) nám říká, do jaké míry test skutečně měří to, co měřit má.

Například lékařským teploměrem zjišťujeme teplotu těla, avšak teploměr není validní pro zjišťování hmotnosti pacienta. Podobně i výkonový test k měření inteligence není validní pro zjišťování emocionality, naopak přítomnost deprese může jeho validitu snižovat, neboť depresivní pacient dosahuje horšího výsledku.

Reliabilita (spolehlivost, stálost) je přesnost, s jakou test měří to, co měří.

Například sluneční hodiny jsou méně přesné než mechanické, i když obojí měří čas. Podobně je tomu i u různých testů, měřících určitý znak s různou mírou přesnosti. Za předpokladu, že sledovaný znak je stabilní a v čase se nemění, nesmí tato přesnost měření kolísat v čase (při opakovaném měření stejným testem).

Normovanost vyjadřujeme, že test obsahuje normy – údaje získané statistickou analýzou na velkém vzorku pokusných osob v rámci standardizace. Normy nám umožní zjištění přesné polohy (úrovně) otestovaného jedince vzhledem k ostatní populaci, tedy zajišťují srovnatelnost testovaného jedince v určitém empirickém znaku s ostatními.

Stejně jako některý člověk měří 175 cm a jiný 180 cm, má někdo IQ 97 a někdo 129. Zde je však třeba vždy uvést, jakou metodou (testem či testy) jsme k výsledku dospěli.

Ekonomičnost testu znamená, že jeho používání nemá být příliš drahé. Vzhledem k vynaloženým prostředkům by měl poskytnout co nejvíce využitelných informací.

Užitečnost testu vyjadřujeme, že k informacím, které jím získáme, nelze dospět pohodlněji, rychleji, přesněji a levněji jinou cestou.

Každý opravdový test sestává z:

- a) **testového manuálu** (příručky), která obsahuje postup, jakým byl test vytvořen, přesný návod, jak jej používat, včetně jeho vyhodnocení. Že v něm jsou převodní tabulky, normy, pokyny pro interpretaci, příklady atd.;
- b) **vyhodnovacích pomůcek**, obvykle se jedná o různé typy šablon, škál a vůbec všeho, co umožňuje rychlé vyhodnocení testu;
- c) **testového materiálu**, což je vše, s čím testovaná osoba pracuje – např. to jsou různé karty, skládky, záznamové archy apod.

V současné době se stále více používají při testování počítače a počítačové programy, do kterých jsou převáděny i tradiční psychologické testy (včetně jejich vyhodnocování a grafického vyjádření výsledků). U nás máme k dispozici již několik desítek počítačových programů, z nichž některé se týkají i testů používaných v klinické psychologii (*psycho-soft-system*). V klinické praxi však jejich využití není univerzální, zejména u duševně nemocných (např. u lidí nalézajících se v psychotickém stavu) či u méně inteligentních pacientů. Ochudili by nás o kvalitu vztahu, který z diagnostického procesu nelze nikdy vyloučit. Počítačově lze proto provést jen část vyšetření, avšak v každém případě nalézají široké uplatnění při zpracování a vyhodnocování dat.

Rozeznáváme testy určené dětem, dospívajícím a dospělým, testy administrované individuálně, hromadně či obojím způsobem, postupy časově ohraničené (limitované), nebo neohraničené, testy vyžadující znalost jazyka či testy, kde se verbální prvek uplatňuje minimálně či vůbec. Také jednotlivé testové položky (*items*) mají rozličnou formu: mohou to být otázky, úsudkové početní příklady, geometrické obrazce vyžadující doplnění, různé manipulativní nebo kresebné úlohy apod. Testy lze používat jednotlivě nebo ve formě testových baterií, obsahujících řadu testů, které se navzájem doplňují.

Při volbě testů se klinický psycholog řídí zásadou **získání co nejvíce relevantních informací při co nejmenším zatížení pacienta**. Pokud jde o užitečnost testů a testování v klinické praxi, s trochou nadsázky lze říci, že žádný test není lepší než sám klinický psycholog, který jej používá.

Testy v pravém slova smyslu – tedy postupy splňující testová kritéria – lze rozdělit do dvou skupin, a to na:

- **Testy schopností:** K nim řadíme zejména testy inteligence, ale i testy speciální, jimiž zjišťujeme např. kreativitu; testy jednotlivých psychických funkcí, kterými měříme a hodnotíme např. úroveň pozornosti, paměti; testy vědomostí atd.
- **Osobnostní dotazníky, které mají testovou úroveň:** Jsou založené na subjektivní výpovědi testované osoby, předpokládají u ní tedy již rozvinutější introspekci. Osobnostní dotazníky kvantitativně zachycují osobnostní rysy, ale i způsob vztahování se k druhým lidem (interpersonální diagnóza), přítomnost některých psychopatologických fenoménů atd.

Lékař se často potřebuje přesněji orientovat v úrovni mentálních schopností pacienta, proto žádá od psychologa vyšetření inteligence (intelektu, úrovně mentálních schopností).

**Intelligence je složenou schopností, která se projevuje na nej-
obecnější úrovni při řešení problémových situací a přizpůsobivost
jedince. Zjišťujeme ji prostřednictvím určitého výkonu,
zachytilného a měřitelného psychologickými testy intelligence.**

Výrazem „přizpůsobivost“ míníme úroveň vyrovnávání se s požadavky života nejen z hlediska přítomnosti, nýbrž i vzhledem k budoucnosti.

Teorii intelligence je dnes celá řada. Zmíníme se o dvou základních:

Dvoufaktorová teorie intelligence vyjadřuje, že určitý výkon v testu je dán obecným faktorem, projevujícím se i ve všech ostatních výkonech, a faktorem (či faktory) specifickým, uplatňujícím se jen v určitém typu výkonu (např. prostorová orientace nebo verbální zdatnost). Z dvoufaktorového pojetí intelligence např. vychází Ravenův test intelligence (viz podkap. 22.3). **Vícefaktorová teorie intelligence** tvrdí, že intelligence se skládá z omezeného počtu faktorů (např. z logického myšlení, paměti, prostorové představivosti), které jsou vzájemně nezávislé (nekorelující). Kromě toho lze inteligenci dělit na spíše vrozenou (tzv. *fluidní*), či na získanou vlivem prostředí (tzv. *krytalickou*), verbální a názorovou. Bývá také rozlišována i intelligence sociální ad.

Pro praxi si pamatujeme, že se jedná o **schopnost kombinovanou z více faktorů** (např. z faktoru verbálního, faktoru prostorové orientace), z nichž některé spolu nekorelují vůbec, u jiných však byla korelace shledána. Podstatu intelligence, jež se projevuje v úrovni adaptace a v řešení nových, dosud neznámých problémových situací, tvoří myšlení. Pokud jde o vrozený a získaný podíl na určitém výkonu, lze konstatovat, že výraznější podíl vrozených předpokladů vysuzujeme všude tam, kde se jedná o extrém – ať již v pozitivním, nebo negativním významu. Průměrný (obvyklý, střední) výkon bude spíše záležet na získaném podílu intelligence vlivem sociálního prostředí (na výchově apod.). Vysoká intelligence (avšak i její opak) se vyskytuje u osob méně prostředím ovlivnitelných, naopak u lidí „průměrného intelektu“ se dá prostředím mnohé získat, ale i ztratit (např. malou pozitivní stimulací). Pokud jde o dědičnost intelektových vloh, zdá se, že má dědičnost větší váhu všude tam, kde nejsou faktory závislé na vlivech prostředí (např. logičnost myšlení a vůbec obecný faktor intelligence), naopak s vlivem prostředí značně souvisí verbální obratnost, sociální intelligence apod. Nutno však upozornit, že výkon v testu modifikují také osobnostní charakteristiky jedince (např. úzkostnost, vůle), ale i situace (např. deprese, únava) či jiné okolnosti (např. simulace).

Inteligenci vyjadřujeme inteligenčním kvocientem (IQ), přičemž IQ je standardním skórem, který vyjadřuje pozici jednotlivce v jeho věkové skupině.

Orientačně rozeznáváme následující inteligenční pásma, přičemž počty jedinců, spadajících do těchto pásem, odpovídají normálnímu rozložení:

IQ	Označení	Výskyt v populaci (%)
131 a více	výrazný nadprůměr	2,2
121-130	nadprůměr	6,7
111-120	lehký nadprůměr	16,1
90-110	průměr	50,0
80-89	podprůměr	16,1
70-79	slaboduchost	6,7
50-69	lehká mentální retardace	> 2,2
35-49	středně těžká mentální retardace	
20-34	těžká mentální retardace	
19 a méně	hluboká mentální retardace	

O mentální retardaci mluvíme od IQ 69 níže a vyskytuje se u 2,2 % populace.

Mírná duševní zaostalost odpovídá širší normě, ovšem slaboduché děti je již vhodné zařadit do zvláštní školy.

Postupy vycházející z experimentální psychologie jsou vysoce exaktní a v klinické praxi zatím spíše méně používané. Setkáme se s nimi jen na specializovaných pracovištích. Jedná se převážně o přístrojovou diagnostiku, pomocí které zachycujeme a vyhodnocujeme fyziologické ukazatele (např. při fyziologické detekci), reakční čas, průběh diskriminačního učení, ale i sexuální zaměření vyšetřovaného (přístrojem pracujícím na principu *tachystoskopu*, nebo *plethysmografu*) atd. Velké uplatnění zde nalézají počítače, které mohou prezentovat podněty, problémové situace a registrovat reakce, odpovědi i způsob řešení. Počítačově lze snímat také objektivní ukazatele, jako je tomu např. u EEG biofeedbacku, kdy takto registrujeme a vyhodnocujeme i složitou elektrickou aktivitu mozku.

Se zmíněnými postupy pracují nejen psychologové, ale i jiní specialisté – zejména lékaři.

Neuropsychologické diagnostické metody mají místo mezi testovými i experimentálními postupy. Dnes bývá neuropsychologie řazena do biologické psychologie. Zdůrazňuje spíše kognitivní stránku psychických procesů, na rozdíl od fyziologické psychologie, kde je akcentována jejich emocionální stránka. Neuropsychologickými diagnostickými metodami (různými testy) zjišťujeme vliv poškození mozku na psychické procesy, osobnost a chování člověka. Naopak z určitých projevů jedince lze usuzovat na druh a stupeň poškození centrálního nervového systému, čímž přispíváme k diagnostice. Uplatnění nalézají zejména v neurologii a při rehabilitaci psychických funkcí (např. u pacientů po úrazu mozku či cévní mozkové příhodě).

V této souvislosti nelze nezmínit **zobrazovací metody**, jež jsou mimořádně cenné pro diagnostiku i výzkum mozku živého člověka.

Dělí se na:

- **statické** (strukturální), k nimž náleží počítačová tomografie a magnetická rezonance;
- **dynamické** (funkční), do kterých řadíme funkční magnetickou rezonanci, pozitronovou emisní tomografii aj.

Použití zobrazovacích metod je v současné době v kompetenci lékařů.

Projektivní psychologické zkoušky tvoří přechod mezi klinickými a exaktními metodami, přičemž některé se více blíží postupům klinickým a jiné postupům exaktním.

Výraz projektivní souvisí etymologicky s latinským *proicere*, tj. hodit dopředu. Lze si tak přiblížit psychologický mechanismus projekce, tvořící základ metod, velmi osvědčených v klinické praxi. Projekci jsme zmínili v souvislosti s psychickými obrannými mechanismy (podkap. 3.2) v tom smyslu, že to, co nás vnitřně zneklidňuje (tedy vyvolává úzkost a tenzi),

máme tendenci připisovat druhým, a tím se nepříjemného pocitu zbavíme. Toto pojetí je původně psychoanalytické a víme, že mnohdy tomu také tak skutečně je, že totiž přenesením negativního pocitu či postoje na druhého si subjektivně ulevíme. Kromě tohoto pojetí projekce (jakožto obranného mechanismu) však lze projekci chápat jako jednu ze základních vlastností psychiky, spočívající v tom, že máme tendenci vnímat, hodnotit, myslet a tvořit na základě našich osobnostních vlastností, potřeb a motivů. Jinými slovy: jakýkoliv výtvar (vjem, kresba, odpověď na otázku) je také výtvozem psychické činnosti, proto poukazuje a vypovídá o zdroji této aktivity, kterým jsou duševní procesy, tedy i osobnost člověka.

Projektivní zkouška je psychodiagnostický postup, z něhož usuzujeme na různé stránky osobnosti (včetně jejích vlastností, motivů, potřeb i tendencí) z výtvorů, které člověk produkuje na základě neurčitých či mnohoznačných podnětů.

Neurčitost a mnohoznačnost podnětů, na které vyšetřovaný jedinec reaguje, poskytuje dobrou příležitost k subjektivnímu vnímání a interpretaci těchto podnětů. Každý člověk takto vidí, slyší, myslí, prožívá a nakonec projeví „to své“, které zároveň vypovídá o jeho nitru.

Projektivních zkoušek rozeznáváme několik typů. Některé jsou určené pro děti, jiné pro dospívající nebo dospělé. V praxi jsou nejrozšířenější postupy, u kterých požadujeme, aby na předložené obrázky, jež mohou být indiferentní či s naznačeným dějem, pacient říkal, co vidí, nebo vyprávěl děj, vymýšlel povídku apod. Dalším často používaným typem jsou kresebné zkoušky. Vyšetřovaná osoba např. kreslí na zadané téma (např. strom), nebo je volba tématu věcí jejího rozhodnutí, případně dokresluje nedokončenou kresbu. Mezi projektivní postupy řadíme i barvové zkoušky založené na preferenci, nebo naopak odmítnutí určitých barev. V praxi jsou rozšířené asociační zkoušky, kdy pacient reaguje na verbální podněty (dokončuje započaté věty, řekne první slovo, jež jej napadne po podnětovém slově apod.).

Velkou výhodou projektivních postupů je jejich malá „průhlednost“, neboť vyšetřovaná osoba neví, co se jimi zjišťuje a nemůže při tom klamat. Záměrně neupřímný projev, jenž může mít důvod v paranoidní nastraženosti či v účelových tendencích („neodhalit se“), je snadno zjiitelný a skýtá nám v případě projektivních zkoušek stejně hodnotné údaje jako projev upřímný.

Osvojení a práce s projektivními zkouškami je pro psychologa obtížnější než v případě testů. Jejich vyhodnocování a zejména interpretace vyžadují po psychologovi rozvinutější introspekci i vyšší schopnost empatie, stejně jako hlubší sebepoznání a bohatší klinickou zkušenost.

Diagnostikující psycholog obvykle užívá metod, s nimiž umí dobře pracovat a jež se mu osvědčily.

Mezi klinickými a exaktními metodami není v praxi rozpor, protože jsou navzájem komplementární a jejich kombinací zvýšíme poznávací hodnotu diagnostického psychologického vyšetření.

Na následujících stránkách se seznámíme s některými osvědčenými psychologickými diagnostickými metodami, které se užívají řádově desítky let u nás i ve většině zemí světa.

22.3 Metody psychologické diagnostiky dětí, dospívajících a dospělých

Gesellův test

je vlastně škálou, na které zachycujeme vývojovou úroveň dítěte ve věku mezi čtyřmi týdny až třemi roky. Každému věkovému období je vlastní určité chování, jehož přítomnost či nepřítomnost zjišťujeme a z toho určíme vývojovou úroveň (vývojový kvocient) dítěte.

Gesellův test sestává z pěti oblastí a každá oblast obsahuje řadu položek (úkolů), které jsou typické pro určitý věk. Tyto oblasti jsou: jemná motorika ruky, lokomoce, adaptivní chování (reakce na podněty apod.), řeč a sociální chování.

Tímto testem lze odhadnout intelektový potenciál, tedy např. vyslovit podezření na mentální retardaci, posoudit kvalitu psychických funkcí (např. pozornosti), vývojové zvláštnosti v pozitivním i negativním smyslu, včetně vztahových zvláštností dítěte (např. autistické tendence).

Test Terman-Merrillové (Stanford-Binetova zkouška)

patří mezi testy, jimiž zachycujeme vývojovou úroveň, tedy úroveň mentálních schopností (inteligenci) ve věku od dvou a půl let do dospělosti. U malých dětí se jedná zejména o psychomotoriku a celkovou schopnost adaptace na novou situaci.

Test sestává z celé řady položek (úkolů), jejichž splnění odpovídá určitému věkovému období (analogicky jako v případě Gesellova testu). Jedná se o patnáct typů úloh verbální i neverbální povahy, jako jsou: napodobování, verbální vztahy, skládání a stříhání papíru atd.

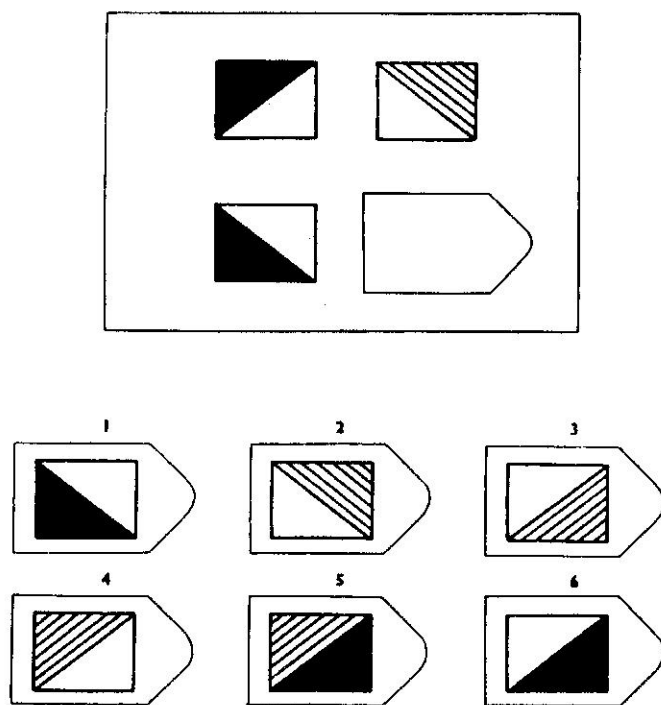
Součástí úkolů pro třetí vývojový rok je nakreslit kruh podle předlohy, v úkolech pro pátý vývojový rok je nakreslení čtverce podle předlohy. Sedmileté dítě má dokázat

namalovat podle předlohy kosočtverec a správně odpovědět na otázky: „Čím se podobají dřevo a uhlí, jablko a broskev, loď a auto, železo a stříbro?“

Testem zjistíme mentální věk vyšetřovaného (věk odpovídající výkonu, např. pěti letům a osmi měsícům) a inteligenční kvocient (IQ). Kromě toho nám poskytne cenné informace o úrovni percepce. Je citlivý k detekci poruch pozornosti (např. u dětí s hyperkinetickou poruchou – lehkou mozkovou dysfunkcí) a poruch paměti, vypovídá mnohé také o osobnosti (na předchozí usuzujeme např. z bizarních odpovědí).

Ravenovy progresivní matice

jsou patrně nejrozšířenějším inteligenčním testem, který nás informuje o intelektovém potenciálu (spíše vrozeném podílu inteligence). Je neverbální, testovat lze individuálně i ve skupině a řešení položek závisí zejména na logice myšlenkových procesů, pozornosti, vnímání a vůli. Jedná se o geometrické obrazce, jež se doplňují. K dispozici je i jeho počítačová podoba.



Obr. 16 Položka z Ravenova testu. Pacient vybírá správnou odpověď ze šesti možností.

Rozoznáváme tři základní formy testu, konstruovaných podle stejných pravidel:

- pro děti ve věku mezi 6–11 rokem (a osoby starší 65 let);
- pro osoby mezi 8–64 roky (tato forma je v klinické praxi nepoužívanější);
- pro osoby starší 18 let a mentálně nadprůměrné.

Nejpoužívanější druhá forma sestává z pěti subtestů, z nichž každý má dvanáct položek, jejichž obtížnosti roste. Je výbornou screeningovou metodou zjišťující rychle (trvá cca 30 minut) a spolehlivě mentální kapacitu vyšetřovaného a některé další údaje (např. *susp. organicitu* – případné podezření však nutno objektivizovat).

Wechslerovy testy inteligence

patří mezi nejosvědčenější a v klinické praxi nejužívanější testy inteligence. Jejich hodnota spočívá v tom, že nám poskytují současně i celou řadu klinicky relevantních údajů, cenných zejména v procesu diferenciální diagnostiky.

Rozoznáváme tři základní druhy testů, konstruovaných podle stejných pravidel:

- pro děti ve věku od 4 do 6 let;
- pro děti a mládež od 5 do 16 let (u nás se nazývá Pražským dětským Wechslerem, další nejnovější verze se označuje zkratkou WISC-III UK);
- pro dospívající a dospělé od 16 let a výše (označovaný u nás WAIS-R).

Wechslerův test pro dospívající a dospělé (WAIS-R) sestává z části verbální (šesti subtestů) a části neverbální (pěti subtestů). Každý subtest sestává z více položek, které vyšetřovaná osoba řeší individuálně a v přímém kontaktu s psychologem. Existuje počítačová verze testu ke zpracování získaných dat.

Mezi verbální subtesty patří:

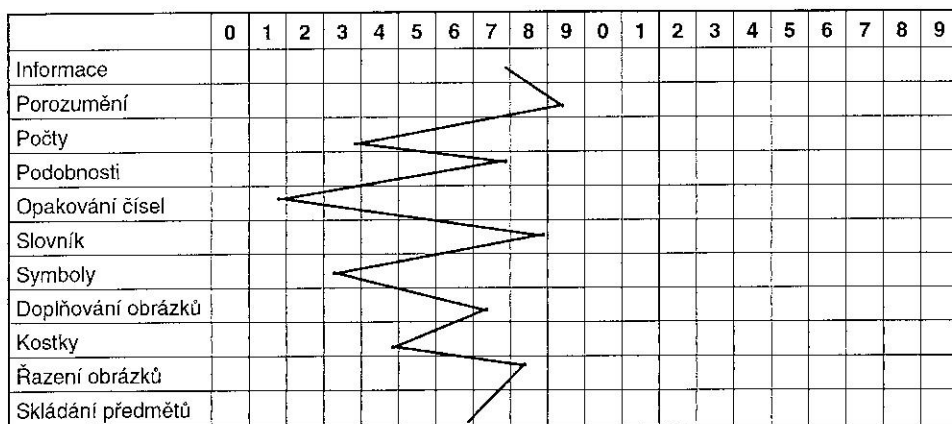
- **informace** (zjišťujeme úroveň všeobecného vzdělání a vliv prostředí v dětství na posuzovaného);
- **porozumění** (zjišťujeme schopnost orientace v praktických a zejména sociálních situacích);
- **čísla** (určíme úroveň vstřípivosti paměti a schopnost koncentrovat pozornost);
- **počty** (zjišťujeme matematické dovednosti a matematický úsudek);
- **podobnosti** (určíme úroveň logických myšlenkových postupů, projevujících se zejména při utváření pojmů zobecňováním);
- **slovník** (z výsledků usuzujeme na jazykový cit, slovní zásobu a na sociálně kulturní vlivy působící v dětství a dospívání).

Mezi neverbální (performační) subtesty patří:

- **symboly** (zjišťujeme psychomotorické tempo a senzomotorickou koordinaci, koncentraci, rozsah a přenášení pozornosti, sílu volního úsilí atd.);
- **doplňování** (usuzujeme na úroveň vizuální koncentrace a diferenciaci podstatných a nepodstatných detailů vzhledem k celku);

- **řazení** (subtest informuje o schopnosti rozčlenit a uchopit sociální situace v celku, čili porozumět a anticipovat děj z fragmentů);
- **kostky** (postihujeme analyticko-syntetickou činnost CNS, senzomotorickou koordinaci a jemnou motoriku, psychomotorické tempo atd.);
- **skládání** (usuzujeme na schopnost usoudit z části na celek, subtest postihuje tzv. „praktickou inteligenci“).

Výsledky jednotlivých subtestů tvoří inteligenční profil (*scatter*), jehož kvantitativní a kvalitativní analýzou (při přihlédnutí k chování pacienta během vyšetřování) získáváme mnoho důležitých informací. Přispívá k diagnostice poruch osobnosti, psychóz, neuróz, mentálního defektu, organického postižení CNS (deteriorace mentálních funkcí) atd.



Verb. V. S.: 58 IQ: 98
 Perf. V. S.: 45 IQ: 99
 Celk. V. S.: 103 IQ: 98

Obr. 17 Wechslerův test – scatter je typický pro organické postižení centrálního nervového systému

Cattellův osobnostní dotazník (16 PF)

slouží ke kvantitativnímu zachycení základních osobnostních rysů, včetně orientačního posouzení intelektu. Používá se jednak dotazník HSPQ určený pro dospívající (věkové rozpětí třináct až sedmnáct let, zjišťujeme čtrnáct rysů osobnosti), dále pak, a tomu budeme nyní věnovat pozornost, se v praxi setkáme s dotazníkem 16 PF určeným pro osoby starší sedmnácti let. Dotazníky HSPQ a 16 PF lze administrovat individuálně i skupinově, existují také v počítačové verzi, kde jejich administraci a vyhodnocování provede počítač.

V České republice se používají tři formy dotazníku 16 PF: forma A a B (tyto formy jsou paralelní a zaměnitelné), dále pak forma E, která je určena pro osoby s nižší gramotností (hůře čtoucí, rozumějící apod.).

Dotazník sestává ze 187 otázek a vyšetřovaný má zatrhnout jednu ze tří možných odpovědí.

Dotazník vznikl pomocí faktorové analýzy, obsahuje šestnáct polárních osobnostních rysů prvního řádu (základních), z nichž lze snadno převodem získat pět polárních faktorů druhého řádu, sycených určitými faktory prvního řádu a vyjadřujících stupeň úzkostnosti, extroverze, houževnatosti (tvrdosti), sebekontroly a závislosti (nezávislosti) na druhých.

Pro ilustraci uvedeme stručné charakteristiky primárních faktorů A, C a N:

Faktor A

A (-) schizotypie: staženost do sebe, rezervovanost, kritický odstup.

A (+) cyklotymie: společenskost, bezstarostnost, přátelskost, vřelost.

Faktor C

C (-) slabost ega: emoční instabilita, lehká citová ovlivnitelnost, snadná rozrušitelnost.

C (+) vyšší síla ega: emoční stálost, zralost, klidnost.

Faktor N

N (-) naivita: upřímnost, neokázalost.

N (+) sofistikovanosť: „znalost světa“, protřelost.

Výsledky (vážené skóry) vyjadřujeme graficky v profilu (*scatter*) a interpretujeme ve vzájemném kontextu. Získáme tak ucelený obraz o struktuře a dynamice osobnosti vyšetřovaného jedince.

Minnesotský osobnostní dotazník (MMPI)

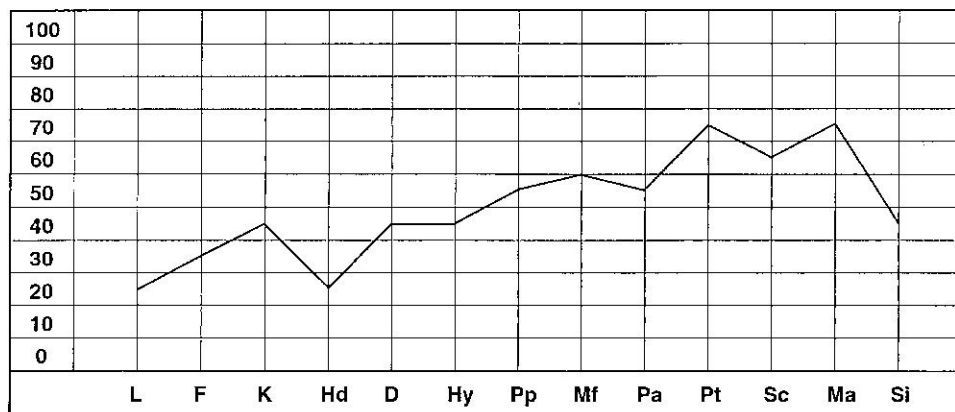
je vícedimenzní dotazník psychometrické úrovně, vhodný zejména ke kvalitativnímu a kvantitativnímu postižení mnoha psychopatologických projevů a některých osobnostních zvláštností u dospělých osob, jejichž intelekt je alespoň průměrný. Sestává z více než pěti set otázek, pokrývajících dvacet šest oblastí. Pacient otázky třídí do tří kategorií: souhlasím, nesouhlasím, nemohu se rozhodnout (nevím). Dotazník lze snímat individuálně i ve skupině.

Na dotazníku je cenné, že obsahuje i validizační škály (L, F, K). Lze tedy zjistit, do jaké míry testové výsledky odpovídají skutečnosti, případně které okolnosti výsledek zkreslují. Postihujeme jimi agravaci, simulaci a disimulaci.

Z dotazníku lze získat velké množství klinických i neklinických škál, z nichž se u nás nejčastěji používají následující: škála hypochondrie, deprese, hysterie, sociální psychopatie, škála maskulinních a feminních zájmů, škála paranoidity, psychastenie, schizoidity, hypomanie a škála sociální introverze–extroverze.

Výsledky vyjádříme v diagnostickém profilu (*scatteru*) a porovnáme s profilovými kódy, které odpovídají průměrným skupinovým výsledkům pacientů

určité diagnostické kategorie. Profilové kódy nám slouží jako dobré vodítko pro interpretaci.



L – škála, F – škála, K – škála, Hd – hypochondrie, D – deprese, Hy – hysterie, Pp – psychopatie, Mf – maskulinita/feminita, Pa – paranoidita, Pt – psychastenie, Sc – schizofrenie, Ma – mánie, Si – sociální introverze

Obr. 18 Minnesotský osobnostní dotazník – scatter je typický pro schizofrenní onemocnění

Rorschachova projektivní zkouška

je univerzálním a základním diagnostickým prostředkem používaným na celém světě. Lze ji použít u dětí zhruba od tří let, horní hranice aplikace je dána schopností a ochotou staršího člověka spolupracovat. Rorschachovou projektivní zkouškou posuzujeme osobnost jako celek (strukturu, dynamiku), zvláště je vhodná k posouzení emocionality a k detekci psychopatologických fenoménů. Uplatňuje se proto zejména v rámci diferenciální diagnostiky, ale i při indikaci pro psychoterapii – a ve výčtu možností bychom mohli dlouze pokračovat.

Administruje se obvykle jako individuální projektivní zkouška, lze ji však využít i při rodinné diagnostice, kdy se protokol snímá současně u celé rodiny.

Zkouškový materiál sestává z deseti tabulí, na nichž jsou neurčité, avšak symetrické šedé a barevné skvrny. Pacientovi postupně předkládáme jednotlivé tabule s otázkou: „Co by to mohlo být?“ a všechny jeho odpovědi i chování pečlivě zaznamenáme, měříme reakční čas atd. Po skončení první fáze zkoušky necháme vyšetřovanou osobu vybrat dvě nejsympatičtější a dvě nejméně sympatické tabule a žádáme zdůvodnění výběru. Závěrečná fáze zkoušky spočívá v podrobném rozboru všech odpovědí s pacientem a v jejich osignování (každé odpovědi je přiřazena určitá značka). Čas potřebný k sejmutí protokolu a jeho osignování je individuálně různý, počítáme však nejméně

s dvěma hodinami. Následuje kvalitativní a kvantitativní rozbor, vyhodnocení protokolu a jeho interpretace, což může být časově náročnější než vlastní práce s pacientem.

Každé vyšetření je jedinečnou a neopakovatelnou záležitostí a psycholog se v něm zdokonaluje po celý život.



Obr. 19 Jedna z tabulí Rorschachovy projektivní zkoušky. Úkolem pacienta je na skvrnu asociovat.

Tematický apercepční test (TAT)

je projektivní zkouškou, která dosáhla po celém světě velkého rozšíření, neboť umožňuje hlubokou sondu do psychického soukromí vyšetřované osoby. Vypovídá velmi mnoho o osobnosti z mnoha hledisek – postihuje trvalejší vlastnosti a rysy, potřeby a motivaci, vztahy vyšetřované osoby k sobě, druhým lidem a obecně k životnímu okolí, odkrýváme psychotraumata, psychopatologické projevy atd. Používá se od věku čtyř let, horní věková hranice je limitována schopností a ochotou vyšetřované osoby spolupracovat. Můžeme ji administrovat individuálně, je vhodná rovněž k diagnostice rodiny jako celku.

Zkouškový materiál sestává z jedenatřiceti tabulí, obsahujících neutrální či dramatické, nicméně mnohoznačné obrázky, umožňující projekci vyšetřovaného. Převážná většina tabulí je oživena lidskými postavami různého, a někdy neurčitého typu. Při vlastním provádění zkoušky používáme obvykle jedenadvaceti tabulí, neboť podle věku

a pohlaví vyšetřované osoby deset tabulí vyřazujeme. Některé tabule jsou univerzální, jiné určené jen pro ženy, či muže, děvčata, nebo chlapce. Protokol obvykle snímáme ve dvou sezeních. Instrukce obsahuje následující pokyny: Posuzovaná osoba má co nejdramatičtěji vyprávět příběh, který se na předloženém obrázku odehrává, je třeba říci, jak k situaci došlo a jak dopadne, co si osoby na obrázku myslí, cítí a co mají zobrazené postavy v úmyslu. Psycholog všechny odpovědi vyšetřovaného na každou tabuli zapíše (také je možné, aby vyšetřovaná osoba v nepřítomnosti psychologa příběhy sama psala), psycholog do produkce zasahuje co nejméně, pouze vyšetřovanou osobu povzbuzuje k produkci. Analýza a vyhodnocování protokolu se provádí ve dvou směrech: všímáme si identifikace vyšetřovaného s hrdiny příběhů (postoje, potřeby, motivy, přání apod.) a dále se zaměřujeme na okolní postavy a současně postihujeme vliv prostředí na hrdinu či hrdiny příběhů, neboť i zde dochází k projekci.

Tato metoda je časově a odborně náročná. Co z ní psycholog „vytěží“, záleží obdobně jako u Rorschachovy projektivní zkoušky nejen na odborných vědomostech, ale také na jeho profesionální zkušenosti, schopnosti empatie a úrovni sebepoznání.

V závěrečné části kapitoly, ale i celé knihy, se zamyslíme nad možnostmi spolupráce lékaře a klinického psychologa.

22.4 Spolupráce lékaře a klinického psychologa

Klinickým psychologem se stane člověk tak, že vystuduje na filozofické fakultě psychologii jako jednooborové studium, několik let pracuje ve zdravotnickém zařízení a složí zkoušku ze specializační průpravy pro práci ve zdravotnictví (což je analogie lékařské atestace). Je tedy specializovaným odborníkem a kromě psychologických znalostí má hlubší znalosti i z těch lékařských oborů, s nimiž profesionálně přichází do kontaktu (psychiatrie, pediatrie, gynekologie apod.).

Dále je třeba konstatovat, že spolupráce mezi lékařem a klinickým psychologem je oboustranná, probíhá tedy oběma směry. Iniciátorem (a zadavatelem otázek) je někdy lékař, jindy klinický psycholog. Spolupráce se týká celého preventivněléčebného a rehabilitačního procesu. Nyní již známe důvod této vzájemnosti: je jím komplementarita vycházející z bioekopsychosociálního paradigmatu současné medicíny.

Na následujících stránkách se budeme věnovat spolupráci mezi lékařem a klinickým psychologem v oblasti psychologické diagnostiky, kde je to častěji lékař, kdo iniciuje spolupráci a v konkrétních případech zadává psychologovi úkoly formou otázek, na které psycholog odpovídá.

Péče o pacienta a jeho rodinu dnes probíhá formou **týmové spolupráce**. To konkrétně může znamenat, že psychologické vyšetření (ať již základní, či speciálně cílené podle oboru a povahy pracoviště) proběhne u všech nemocných ještě **před lékařským vyšetřením** a zpravidla bývá součástí příjmového vyšetření.

Lze se setkat s tím, že všichni noví pacienti dětské psychiatrické ambulance jsou nejprve orientačně vyšetřeni dětským klinickým psychologem a teprve pak následuje pedopsychiatrické vyšetření dítěte. Psychologickému vyšetření samozřejmě předchází sejmутí anamnézy s doprovodem dítěte, což bývá úkolem sociální pracovnice či sestry. Anamnéza je předána psychologovi s podrobnou referencí o případu. Psycholog zaměřuje vyšetření především na zjištění struktury intelektu dítěte, zajímá se o případné vývojové poruchy učení, vztahy v rodině a ve škole (jak je dítě vnímá, prožívá a hodnotí) apod. Tato základní psychologická diagnostika pak umožní lékařům cíleně se věnovat problematice dětského pacienta a jeho nejbližších (zásadou je, že pacientem není jen identifikovaný pacient, nýbrž pacientem je celá rodina).

Jako jiný příklad diagnostické spolupráce lze uvést psychoterapeutické oddělení nemocnice, určené pro dospělé pacienty. Součástí vstupního vyšetření může být psychologický *screening*, obsahující orientační vyšetření intelektu, zjištění psychopatologických a psychosomatických symptomů včetně jejich intenzity, dále jím zachycujeme možné psychosociální (dynamické) etiopatogenetické činitele. S těmito údaji přichází pacient k lékařskému vyšetření a lékař se takto velmi rychle orientuje v základní problematice nemocného.

Většinou ale psychologické vyšetření následuje až **po základním lékařském vyšetření**, kdy pomáhá lékařovi upřesnit pracovní diagnózu a rozhodnout o dalších opatřeních. Je velmi důležité, aby lékař své požadavky formuloval **jednoznačně, jasně a účelně** – žádost o spolupráci psychologa nesmí být výrazem lékařovy bezradnosti, rozpaků, či projevem snahy o poskytnutí mimořádné péče pacientovi v případech, kdy psychologické vyšetření není indikováno. Psychologické vyšetření je časově náročné a pro pacienta zatěžující, proto musí být opravdu odůvodněné.

Základem diagnostické spolupráce je kolegiální vztah mezi lékařem a klinickým psychologem a velmi dobrá vzájemná komunikace.

Proto je třeba, aby dobré vztahy byly vědomě a průběžně rozvíjeny. Dále lze doporučit, aby všude tam, kde spolupráce není ještě automatická a osvědčená, byly otázky položené psychologovi formulovány až po vzájemné dohodě, neboť pak jsou přesněji zacílené – a z psychologického hlediska reálněji zodpověditelné a snadněji uplatnitelné při další péči. Komunikace mezi lékařem a psychologem může mít ráz konzilia, kdy se např. po vizitě domlouvají o možnostech dalšího upřesnění diagnózy, z porady pak vyplynou otázky, jejichž zodpovězení povede k dalším terapeutickým či rehabilitačním opatřením. Cílem spolupráce mezi lékařem a psychologem je pomoc pacientovi, a to

se týká i vyšetření za účelem posudkového řízení, kdy „domluva předem“ bývá velmi žádoucí, jinak se často řízení zbytečně protahuje.

Jaké otázky klade zpravidla lékař psychologovi? Přiblížíme si je v následujícím ilustrativním výčtu, který zdaleka není vyčerpávající. Týká se diagnostického upřesnění či indikace léčebných a rehabilitačních opatření.

Dětský lékař se může ptát:

Jaká je vývojová úroveň – struktura mentálních schopností (intelekt) dítěte? Splňuje dítě z psychologického hlediska podmínky vstupu do školy (školní zralost)? Jaký je vliv rodinného prostředí (zejména výchovné postupy rodičů) na dítě? Je vhodná rodinná psychoterapie? Jsou u dítěte přítomny vývojové poruchy učení? Souvisejí zdravotní potíže s lehkou mozkovou dysfunkcí, nebo spíše s neurotizací?

U dospívajících (pubescentů a adolescentů) pacientů může lékař formulovat požadavky takto:

Vyšetřete strukturu mentálních schopností (intelektu). Jaké je sebezpojetí a zejména sebehodnocení pacienta a s čím souvisí? Jaké jsou hlavní vnitřní inkongruence (rozpory)? Je vhodná psychotherapeutická péče – a jaká? Jaké jsou z psychologického hlediska hlavní zdroje zátěže? Souvisejí potíže nemocného s jeho meziosobními vztahy (zejména pokud jde o vrstevníky a rodinu), případně jak konkrétně? Mohou být zdravotní potíže podmíněné psychologicky?

U dospělých pacientů se lze ptát:

Jaká je struktura a dynamika osobnosti (ve vývoji i aktuálně)? Jsou deprese spíše biologické, či psychogenní etiologie? Jaká je z psychologického hlediska etiopatogeneze zdravotních potíží? Je přítomno organické postižení CNS? Je přítomna agravace obtíží, popř. jakou plní funkci? Zhodnoťte případnou účelovost obtíží. Jaké jsou vztahy v rodině pacienta? Hlavní motivy určující současné jednání nemocného.

U starších pacientů lékař může psychologa žádat o vyšetření stupně deteriorace mentálních funkcí, o posouzení dynamiky osobnosti (vývojově nebo aktuálně), posouzení vztahů mezi příbuznými, o zjištění hodnotového systému, zdrojů frustrace atd.

Každé psychologické vyšetření určené pro lékaře musí být **přehledné, informačně bohaté a srozumitelné**. Proto je vhodné (a lékař to může od psychologa vyžadovat), aby jej o nález a případných doporučeních ústně informoval, a to buď současně s předáním vyšetření, nebo poté, co si je lékař prostuduje (může pak požádat o bližší vysvětlení, položit psychologovi doplňující otázky apod.). Je nutné, aby doporučení psychologa byla **reálně uskutečnitelná**.

Psychologické vyšetření obvykle obsahuje následující části:

1. základní osobní údaje o pacientovi;
2. důvod, účel a cíl psychologického vyšetření (a kdo je zadává);
3. kdy a v kolika sezeních bylo uskutečněno;
4. aktuální zdravotní stav pacienta (ev. hlavní a vedlejší diagnózy);
5. chování pacienta během vyšetření a jeho nápadnosti;
6. stručnou anamnézu s přihlédnutím k psychologickému přístupu (vývoj osobnosti, meziosobní vztahy, formativní vlivy ad.);
7. použité psychologické metody a jejich stručné výsledky (tato část obsahuje informace určené psychologům, kteří budou provádět případné další

- vyšetření – jsou zde heslovitě uvedeny základní údaje o testování, dosažené skóry apod. Údajům zde uvedeným lékař zpravidla rozumí méně);
8. klinický nález a interpretace souvislostí;
 9. závěr (souhrn) vyšetření.
 10. doporučení.

Požadavky na vyšetření

(nejen kladené otázky, ale i struktura a detailnost vyšetření) jsou samozřejmě dány potřebami vycházejícími z typu zdravotnického zařízení a jeho oborové specializace (ambulance, lůžkové oddělení, onkologie, dětská neurologie atd.). Především je to však vždy věcí **domluvy** mezi lékařem a psychologem, neboť teprve po takové domluvě psycholog poskytne lékaři informace nezjistitelné jiným způsobem a prakticky použitelné ve prospěch nemocného.

Pro lékaře je nejdůležitější součástí psychologického vyšetření jeho závěr a doporučení. Proto uvedeme na ukázkou několik psychologických závěrů a doporučení tak, jak se s nimi setkáváme v praxi.

V prvním případě si vyžádal vyšetření pediatr. Jedná se o romskou holčičku, které jsou dva roky a deset měsíců. Nalézá se v dětském domově pro děti do tří let a má být přeřazena do zařízení pro starší děti. Proto lékař žádá celkové psychologické vyšetření, které je v takovém případě nezbytné.

Závěr psychologického vyšetření: vyšetřované dítě se nalézá ve vývojovém stadiu na rozhraní batolecího a předškolního věku. Lze s ním snadno navázat kontakt, nebojí se a se zájmem spolupracuje. Dobře chápe, co se od něj žádá, pokynům vyhoví.

Dítě zvědavé, bystře reagující, emočně celkem stabilní, mimika a forie jsou diferencované. Hovoří ve dvoučlenných větách. Jemná a hrubá motorika, rovněž lokomoce jsou adekvátní věku.

Úroveň psychomotorického a psychosociálního vývoje odpovídá při celkovém posouzení aktuálně dvěma rokům a sedmi měsícům vývojového věku, tedy normě. Pozornost dítě soustřeďuje a přenáší dobře. Řeč lze hodnotit jako lehce opožděnou, a to v její aktivní složce, včetně používaných slovní zásoby (pasivní stránka řeči je na velmi dobré úrovni).

Základní návyky vytvořeny, čistotu udrží i přes noc. Mezi ostatní děti se zařazuje bez nápadnosti, umí se prosadit, hra převládá zatím individuální. Mezi personálem oblíbené. V podmínkách dětského domova dobře adaptováno.

Celkové: dítě je z psychologického hlediska zdravé, přiměřeně se vyvíjející, prognóza optimistická. Romské etnikum.

Doporučuji: Dítě vhodné k přeřazení do předškolního dětského domova běžného typu. V případě právního uvolnění lze uvažovat o náhradní rodinné péči. V individuálním výchovném plánu je třeba se zaměřit na rozvoj řeči – na mluvení ve větách a na rozšíření aktivní slovní zásoby.

Psychologické vyšetření bylo vyžádáno dětským psychiatrem, který převzal do péče devítiletého chlapce pro občasné noční pomočování a poruchy chování ve škole (zlobení, drobné krádeže). Učí se podprůměrně a hrozí mu snížený stupeň z chování. Psycholog má provést celkové vyšetření dítěte a navrhnout opatření, jak dítěti pomoci.

Závěr psychologického vyšetření: Vyšetřovaný chlapec se nalézá ve vývojovém stadiu mladšího školního věku (navštěvuje třetí třídu základní školy). S dítětem lze dobře navázat kontakt, zprvu v úzkostné tenzi, snaživý, pozitivně reaguje na pochvalu, projevují se známky psychomotorické instability na místě (neposedný). Vzhledem k věku malé postavy, celkově subtilní.

Osobnost chlapce vykazuje snížené sebehodnocení (zejména ve vztahu k vrstevníkům). Úroveň mentálních schopností je nerovnoměrně rozložená. Neverbální část intelektu odpovídá pásnu podprůměru, verbální část intelektu leží v pásnu průměru. Celkově intelekt odpovídá normě. Relativně horší je grafický projev dítěte a všípivost paměti, hůře koncentruje a přenáší pozornost (je roztěkaný).

Chlapec žije společně s matkou (svobodná matka), otce nepoznal, náhradní mužská postava chybí aktuálně i ve vývoji. Dobrého kamaráda zatím nemá a velmi po něm touží. Citově nejbližší má k matce, ve škole je hůře zařazen – spíše na okraji třídy, je vysmívaným dítětem (má malou postavu, je neobratný v tělocviku apod.). Třídní učitelky se obává. Ze zájmů uvádí náklonnost ke zvířatům (avšak žádné nechová, matka to nedovolí).

Celkově: Průměrně až podprůměrně nadané dítě, přítomny jsou známky organického postižení centrálního nervového systému ve směru hyperkinetické poruchy (lehké mozkové dysfunkce) *perinatální etiologie* (*hypoxie* při porodu). Počínají poruchy sebehodnocení ve směru pocitů insuficience. *Enuresis nocturna*. Poruchy chování lze vidět jako pokusy kompenzovat tyto pocity, stejně jako špatné zařazení chlapce mezi vrstevníky a jeho školní neúspěšnost.

Doporučuji: dítě ponechat nadále v péči dětské psychiatrie, vhodné je jeho zařazení do psychoterapeutické skupiny s doplňkovým relaxačním programem. Doporučuji informovat školu o zdravotních problémech a situaci dítěte, neboť z psychologického hlediska přímo souvisejí s jeho potížemi ve škole. Nutná je průběžná spolupráce s matkou (školní příprava dítěte, jeho zájmová činnost – skauting?, chovatelský kroužek?).

Dorostová lékařka žádá o vyšetření sedmnáctileté studentky, která se podle svých starostlivých rodičů povahově mění, prý se do sebe uzavírá, prospěchově se zhoršila. Psycholog má posoudit, zda se u dívky nejedná o počínající psychotické onemocnění.

Závěr psychologického vyšetření: pacientka se nalézá ve vývojovém stadiu adolescence. V kontaktu bez negativních nápadností, sdílná, inteligentní, má kultivovaný projev.

Osobnost dívky je dobře strukturovaná, stabilní, vykazuje známky dospívání, jež však nejsou příliš výrazné (zvýšený sebecit, diskrepance mezi reálným a ideálním „já“). Úroveň mentálních schopností je výrazně nadprůměrná.

Psychologickým vyšetřením jsme nezjistili přítomnost psychopatologických fenoménů, které by svědčily o počínajícím psychotickém onemocnění. Dívka je plně zakotvena v realitě. Nápadnosti v chování (uzavřenost, malá komunikace s rodiči apod.) jsou dány s největší pravděpodobností vztahy v rodině. Dívka vyrůstá jako

jedináček a dítě starších rodičů, kteří vůči ní zaujímají nadměrně ochranný a starostlivý postoj. Snaží se ji stále kontrolovat, pomáhat apod. Brání dceři v osamostatňování, což pacientka vnímá úkorně a reaguje odmítáním komunikace s rodiči. Mimo situaci rodiny bez nápadností, mezi vrstevníky a učiteli oblíbená.

Celkově: Vztahové problémy v dospívání. Psychopatologické fenomény, které by svědčily pro duševní onemocnění či nerovnoměrný osobnostní vývoj, vyšetřením nezjišťují.

Doporučují: Zařazení pacientky do psychotherapeutického programu – vhodné jsou zprvu nedirektivní individuální rozhovory, perspektivně přejít na psychotherapii celé rodiny.

Neuroložka poslala k psychologickému vyšetření sedmatřicetiletou pacientku po autonehodě, jež byla spojena s otřesem mozku a bezvědomím. Lékařku zajímá, zda úraz hlavy nezanedbal následky projevující se v psychických funkcích pacientky.

Závěr psychologického vyšetření: Pacientka se nalézá ve vývojovém stadiu střední dospělosti. V kontaktu bez negativních nápadností, ochotně spolupracuje. Subjektivně si stěžuje na snadnější psychickou i fyzickou unavitelnost, také se přý hůře soustřeďuje.

Osobnostně je pacientka plně komponována, vnitřně stabilní, povahový svéráz tvořen větší společenskostí. Úroveň mentálních schopností odpovídá spodnímu pásmu průměru, úroveň jednotlivých funkcí vykazuje rovnoměrné rozložení. Pozornost koncentruje a přenáší dobře, též mnestické funkce jsou bez nápadností a v relaci s celkovým intelektem. Přiměřené pracovní tempo i reakční čas. Během vyšetření a testové zátěže se neprojevila snadnější unavitelnost pacientky.

Celkově: Psychologickým vyšetřením nezjišťují projevy organického poškození centrálního nervového systému ani jiné známky z oblasti psychopatologie. Z psychologického hlediska je pacientka zdráva. Její subjektivní stesky mohou souviset s dlouhodobou pracovní neschopností, netrénovaností a obavami, zda zvládne po nástupu do práce své povinnosti.

Doporučují: Z psychologického hlediska je vhodné pacientce co nejdříve ukončit pracovní neschopnost (to s ní bylo prohodováno, předběžně souhlasí) a nadále ji vést v rámci neurologie.

Rodinná lékařka posílá k psychologickému vyšetření jednatřicetiletého muže v rámci přezkumu jeho schopností nutných k řízení motorového vozidla.

Závěr psychologického vyšetření: Posuzovaný se nalézá ve vývojovém stadiu stáří. V kontaktu lehce odbržděný, mnohomluvný, snaží se demonstrovat svoji duševní svěžest. Nedoslýchá.

Osobnost posuzovaného vykazuje známky menší vnitřní stability, v situaci zátěže může svoji emocionalitu hůře brzdít a ovládat (lze očekávat impulzivitu, zbrkllost). Úroveň mentálních schopností odpovídá při celkovém posouzení pásmu průměru, během testování se projevuje snížená sebekritičnost (je ji však schopen korigovat) a zbrkllost.

Vyšetřením nezjišťují přítomnost psychopatologických fenoménů, které by svědčily pro přítomnost duševního onemocnění, poruchu osobnosti či patologickou deterioraci mentálních funkcí.

Celkově: Posuzovaný muž je vzhledem k věku psychicky komponován, vyšetřením však u něho zachycuji počínající změny v osobnosti, související se stářím (snížená sebekritičnost, známky emoční lability, v zátěži možná impulzivita).

Doporučuji: Z psychologického hlediska není vhodné a nedoporučuji, aby posuzovaný muž nadále řídil motorové vozidlo, a to z důvodu počínajících osobnostních změn vlivem stáří. Posuzovaného jsem s výsledkem vyšetření seznámil, projevuje nespokojenost, pravděpodobně bude žádat revizní psychologické posouzení.

SOUHRN

Psychologická diagnostika je aplikovaným psychologickým oborem, který se zabývá systematickým poznáváním a zachycováním osobnosti člověka, případně některých jeho psychologických charakteristik. Lékař psychologa potřebuje (a využívá) zejména při diagnostice psychického vývoje a psychiky člověka (včetně jeho osobnosti a meziosobních vztahů) a v souvislosti s diferenciální diagnostikou. Psycholog nalezne uplatnění i při indikaci některých preventivních, léčebných a rehabilitačních opatření a také při sledování jejich průběhu a výsledku. Je nezastupitelný při posudkové činnosti. Psychologická diagnostika přispívá ke zlepšování kvality práce lékaře. Psychologické metody dělíme na klinické (pozorování, rozhovor, hodnocení soukromých dokumentů) a exaktní (vývojové škály, testy, postupy vycházející z experimentální psychologie). Projektivní zkoušky tvoří přechod mezi klinickými a exaktními metodami. Testy vytváříme standardizací a musí splňovat testová kritéria (objektivnost, validitu, reliabilitu, normovanost, ekonomičnost, užitečnost). Základem dobré spolupráce mezi lékařem a psychologem je kolegiální vztah a velmi dobrá komunikace. Psycholog může pacienty vyšetřovat před lékařským vyšetřením (obvykle jde o *screening*), většinou však psychodiagnostický proces proběhne až po lékařském vyšetření. Odpovídá se v něm na konkrétní otázky položené lékařem. Tyto otázky lékař formuluje jasně a tak, aby jejich zodpovězení usnadnilo rozhodování o dalších opatřeních (praktická využitelnost). Závěr psychologického vyšetření musí být zcela srozumitelný a doporučení psychologa realizovatelná.

V dodatcích uvedeme pět textů, vztahujících se k lékařské etice. První text je výňatkem z *Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny*. Ve druhé ukážce se seznámíme s právy pacienta (jedná se o dospělé a svéprávné nemocné), ve třetí pak s *Chartou práv hospitalizovaných dětí*. Poslední dva dodatky se týkají ochrany lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících a Helsinské deklarace Světové lékařské asociace.

Zásadním dokumentem, který uvádíme ve zkrácené podobě, je *Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny*, jejíž podstatnou část spolu uveřejňujeme s komentářem našeho předního bioetika Jana Payna (nar. 1953), předsedy Centrální etické komise při Ministerstvu zdravotnictví České republiky. Tento dokument se stal součástí naší právní úpravy v roce 2001 a je pro nás právně závazný.

Ostatní dodatky otiskujeme proto, aby si čtenář vytvořil představu, jak se problematika etiky ve vztahu k nemocným konkrétně realizuje v dokumentech, které mají pro chování lékařů ráz doporučení.

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny

Předseda Centrální etické komise při Ministerstvu zdravotnictví České republiky Jan Payne nám Úmluvu přibližuje následujícím způsobem:

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, zkráceně též *Bioetická konvence*, je unikátním dokumentem vypracovaným Radou Evropy s dopadem na veřejný i soukromý život všech občanů našeho kontinentu. Iniciátorkou tohoto dokumentu byla významná odbornice v oblasti lékařského práva, profesorka Catherine Lalumier z Paříže. V Istanbulu na sedmnácté konferenci ministrů spravedlnosti roku 1990 přednesla návrh, aby byla zřízena zvláštní komise, která by měla vypracovat závazný dokument týkající se otázek na pomezí práva a etiky, s dopadem na zdravotnictví. Tato komise byla při Radě Evropy skutečně zřízena (CDBI) a výsledkem její práce je první verze návrhu, který byl podroben diskusi ve Štrasburku i v jednotlivých členských zemích. Do Štrasburku na pravidelné konference vysílala své reprezentanty za Českou republiku také Centrální etická komise při ministerstvu zdravotnictví a řada jejích kritických připomínek byla zapracována do výsledné verze

dokumentu. Konečná podoba pak byla schválena roku 1996 a v současnosti je podpisována či již i ratifikována jednotlivými členskými zeměmi. Tohoto procesu se účastní i Česká republika a v současnosti začínají zákonodárné orgány pracovat na přizpůsobení našich právních norem této významné mezinárodní dohodě.

Avšak práce bude nejen na zákonodárné úrovni. Povaha dokumentu je totiž taková, že do dosud poněkud zatuchlého lékařského myšlení vnáší čerstvý vzduch, a tomu se budou muset všichni pracovníci ve zdravotnictví přizpůsobit. V čem změna spočívá? Ve stručnosti ji lze charakterizovat takto: Dosud v medicíně platilo vcelku bez výjimky hippokratovské pravidlo „především neškodit“ a do konfliktu s morálkou či etikou se lékař dostal pouze tak, že podlehl pokušení (např. bráním úplatků, leností dále se vzdělávat). Avšak současnost přináší radikální změnu v tom, že kromě onoho zavedeného hippokratovského pravidla je třeba čítit také jiné pravidlo, že totiž každý pacient je autonomní bytostí a že je třeba nechat na něm, aby sám rozhodl, co je pro něj vhodnou léčbou. Již samotný tento důraz na autonomní chování je pro leckterého odborníka pobuřující.

Do téměř neřešitelných rozporů se ovšem etika dostává díky tomu, že pacientovo přání může být, a vlastně obvykle bývá, v rozporu s tím, co pro pacienta pokládá za dobré lékař, přičemž tohoto důrazu na konání dobra se nelze vzdát. Jsou zde totiž dva principy a mezi nimi je napětí, které na obecné rovině nelze vůbec odstranit. A poněvadž tento konflikt vyvstává zejména při uzavírání informovaného konsensu s tím, že bez takového konsensu už nelze v medicíně dělat vlastně vůbec nic, je zdravotnictví vcelku vydáno napospas hluboké krizi svých vlastních předpokladů: Jejím základem už nejsou jen obecné vědecké pravdy, nýbrž i pravda zcela konkrétní a osobní povahy, vztažená ke konkrétnímu případu. Potíž pak je v tom, že pro takto jedinečné myšlení neposkytuje současnost žádné poučení a je na každém, aby sebe sama autodidakticky vzdělával.

Text vlastní Úmluvy:

Úmluva o lidských právech a biomedicině Rady Evropy

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti a v souvislosti s aplikací biologie a medicíny.

Kratší dohodnutý název: *Úmluva o lidských právech a biomedicině*

Kapitola I

Článek 1 (Návrh a cíl)

Smluvní strany budou chránit důstojnost a identitu všech lidí a v souvislosti s aplikací biologie a medicíny zaručí každému, a to bez diskriminace, respektování jeho integrity a všech ostatních práv a svobod. Každá smluvní strana zařadí do svého právního řádu potřebná opatření k realizaci ustanovení této konvence.

Článek 2 (Priorita zájmů člověka)

Zájmy a blaho člověka (lidské bytosti) musí být nadřazeny všem ostatním zájmům společnosti a vědy.

Článek 3 (Spravedlivý přístup)

Smluvní strany učiní – v rámci své jurisdikce – veškerá příslušná opatření k zajištění spravedlivého přístupu k péči o zdraví, přičemž budou brát v úvahu jak její dostupnost, tak přiměřenou kvalitu.

Článek 4 (Profesionální úroveň)

Každý zásah do sféry zdraví, včetně výzkumu, musí být prováděn v souladu s profesními závazky a na odpovídající odborné úrovni.

Kapitola II**Článek 5 (Souhlas)**

Žádný zásah do sféry zdraví nesmí být proveden bez potřebného informování osoby, která jej podstupuje, a bez jejího souhlasu.

Informace poskytnutá dané osobě se musí týkat jak účelu a charakteru zásahu, tak jeho důsledků a s ním spojených rizik.

Příslušná osoba se může kdykoli svobodně rozhodnout, že svůj souhlas odvolá.

Článek 6 (Ochrana nezpůsobilých osob)

1. V souladu s články 17 a 20, uvedenými dále, lze u osob, jež nejsou právně způsobilé dávat souhlas, provádět zásahy sloužící výhradně k jejich prospěchu.
2. Jestliže nezletilý občan není ještě právně způsobilý dát souhlas k zásahu, smí být zásah proveden jedině se svolením jeho zástupce nebo zákonem určeného orgánu či osoby.
3. Pokud z právního hlediska není dospělá osoba způsobilá dát svůj souhlas – vzhledem k duševní poruše, chorobě nebo z jiných důvodů – může být zásah proveden jedině se svolením jejího zástupce nebo zákonem ustanoveného orgánu či osoby.
Pokud je to možné, má se příslušná osoba zúčastnit právního řízení.
4. Pro zákonem stanoveného zástupce, orgán či osoby zmiňované v odstavci 2 a 3 platí stejné podmínky, jako jsou uvedeny v článku 5.
5. Svolení zmiňované v odstavcích 2 a 3 může být v zájmu příslušné osoby kdykoli odepráno.

Článek 7 (Ochrana osob s duševní chorobou)

Pacienti, kteří trpí závažnou duševní chorobou, mohou být – bez svého souhlasu a při dodržení zákonem stanovených ochranných podmínek – podrobeni zásahu zaměřenému na léčbu jejich duševní choroby v případě, kdy by bez takové léčby pravděpodobně došlo k vážnému poškození jejich zdraví. V zákonem stanovených ochranných podmínkách by měl být zahrnut dozor lékaře, kontrolní opatření a možnost odvolání.

Článek 8 (Naléhavé případy)

Jestliže v naléhavých případech není možné získat odpovídající souhlas, musí být každý lékařský zásah proveden v zájmu zdraví dané osoby bezodkladně.

Článek 9 (Dříve vyslovená přání)

U pacienta, jenž v době zásahu není v takovém stavu, aby mohl vyslovit svá přání, nutno přihlížet k přání, která pacient v souvislosti s provedením zásahu vyslovil dříve.

Kapitola III Soukromí a právo získávat informace**Článek 10 (Soukromí a právo získávat informace)**

1. Každý má právo na to, aby i v oblasti informací o jeho zdraví byl respektován jeho soukromý život.

2. Každý je oprávněn znát všechny informace o svém zdraví. Pokud si však někdo být informován o svém zdraví nepřeje, je to třeba respektovat.
3. Ve výjimečných případech mohou být práva uvedená v odstavci 2 omezena zákonem, je-li to v zájmu pacienta.

Kapitola IV

Článek 11 (Žádná diskriminace)

Jakákoli diskriminace kvůli genetické výbavě je u všech osob zakázána.

Článek 12 (Testy k ověření podezření na genetické onemocnění)

Testy, jejichž pomocí lze zjistit, zda příslušná osoba je nositelem genu odpovědného za nemoc, nebo jejichž pomocí se má zjistit genetická predispozice k onemocnění, smějí být prováděny jedině s cílem péče o zdraví nebo k účelům vědeckého výzkumu zaměřeného na péči o zdraví a genetické poradenství.

Článek 13 (Zásahy na lidském genomu)

Zásah na lidském genomu smí být prováděn pouze z preventivních důvodů, a jen v tom případě, že jeho cílem nebude změna genomu dalších generací.

Článek 14 (Selekce pohlaví)

Používání technik lékařsky asistované reprodukce za účelem volby pohlaví budoucího dítěte je zakázáno, s výjimkou případů, kdy má být zabráněno vážným dědičným onemocněním vyskytujícím se u určitého pohlaví.

Kapitola V Vědecký výzkum

Článek 15 (Všeobecné směrnice)

Vědecký výzkum v oblasti biologie a medicíny může být prováděn bez omezení, pokud to je ve shodě s touto konvencí a ostatními právními ustanoveními zajišťujícími ochranu člověka.

Článek 16 (Ochrana osob, na nichž se provádí výzkum)

Výzkum na lidském jedinci smí být prováděn jedině tehdy, jsou-li dodrženy veškeré následující podmínky:

- I. jestliže neexistuje jiná, srovnatelně účinná alternativa než výzkum na lidech;
- II. jestliže rizika, která mohou vzniknout u jedince, na němž je prováděn výzkum, nejsou v neproměru k potenciálnímu prospěchu z tohoto výzkumu;
- III. jestliže výzkumný projekt byl schválen příslušným orgánem, jeho vědecká hodnota včetně důležitosti cíle výzkumu byla ověřena nezávislou instancí a jeho etická přijatelnost posouzena odborníky z více disciplín;
- IV. jestliže osoby, na nichž se bude výzkum provádět, byly informovány o svých právech a zárukách zákonně stanovených na jejich ochranu;
- V. jestliže potřebný souhlas, uvedený v článku 5, byl dán výslovně a s konečnou platností a jestliže je to doloženo příslušnou dokumentací. Tento souhlas však může být na základě svobodného rozhodnutí kdykoli odvolán.

Článek 17 (Ochrana osob nezpůsobilých dát souhlas k výzkumu)

1. Výzkum na jedinci nezpůsobilém dát souhlas, jak je uvedeno v článku 5, smí být prováděn jedině tehdy, jsou-li splněny veškeré následující podmínky:
 - jestliže jsou splněny podmínky uvedené v článku 16, pododstavec I a IV;

- jestliže daná osoba může mít z výsledků výzkumu reálný a přímý pozitivní efekt na zdraví ;
 - jestliže srovnatelně účinný výzkum nemůže být prováděn na osobách způsobilých dát k němu souhlas;
 - jestliže potřebné svolení uvedené v článku 6 bylo dáno výslovně a písemnou formou;
 - jestliže příslušná osoba nemá proti realizaci výzkumu námitky.
2. Výjimečně a při dodržení zákonem předepsaných ochranných opatření, v případě, že by výsledky výzkumu neměly mít přímý a pozitivní efekt na zdraví dané osoby, smí se tento výzkum provádět v souladu s podmínkami uvedenými v odstavci 1, pododstavce I, III, IV a V, a to za následujících dodatečných podmínek:
- I. jestliže výzkum přispěje – v důsledku důkladnějšího vědeckého poznání celkového stavu dané osoby, jejího onemocnění nebo poruchy – svými konečnými výsledky k tomu, že pozitivně ovlivní zdravotní stav dané osoby nebo jiných osob stejné věkové kategorie, se stejnou poruchou nebo těch, které se nacházejí ve stejné životní situaci,
 - II. jestliže s výzkumem je spojeno pouze minimální riziko a minimální zátěž pro danou osobu.

Článek 18 (Výzkum embryí in vitro)

1. Tam, kde je výzkum embryí in vitro povolen zákonem, musí být zajištěna přiměřená ochrana embrya.
2. Dávat vzniknout lidským embryím výhradně k účelům výzkumu je zakázáno.

Kapitola VI Vynětí orgánů a tkání od živých dárců k účelům transplantace

Článek 19 (Všeobecná směrnice)

1. Vynětí orgánů a tkání k účelům transplantace ze živého člověka s cílem terapeutického prospěchu pro příjemce je dovolené jen tehdy, není-li možné získat potřebný orgán z osoby zemřelé a neexistuje-li žádná jiná terapeutická metoda, jež by měla srovnatelný účinek.
2. Nezbytný souhlas dané osoby, jak je uvedeno v článku 5, se musí týkat výslovně příslušného zásahu a musí být vyjádřen písemnou formou nebo před oficiálním orgánem.

Článek 20 (Ochrana osob nezpůsobilých vyjádřit souhlas s vynětím orgánu)

Žádný orgán ani tkáň nesmí být vyňaty osobě, která není způsobilá dát k tomu svůj souhlas podle článku 5.

Výjimečně a při dodržení zákonem předepsaných ochranných opatření smí být vynětí regenerujících tkání od osob nezpůsobilých dát svůj souhlas povoleno v případě, že budou dodrženy následující podmínky:

- není k dispozici kompatibilní dárců způsobilý vyjádřit svůj souhlas;
- příjemce je dárcův sourozenec;
- musí být maximální pravděpodobnost, že dárcovstvím bude příjemci zachráněn život;
- svolení podle odstavců 2 a 3 článku 6 bylo dáno výhradně k příslušnému zásahu a písemnou formou v souladu se zákonem a schváleno kompetentním orgánem;
- potenciální dárců nemá vůči provedení zásahu námitky.

Kapitola VII Zákaz finančního prospěchu a nakládání s vyňatou částí lidského těla

Článek 21 (Zákaz finančního prospěchu)

Lidské tělo jako takové, ani jeho části se nesmějí stát předmětem finančního prospěchu.

Článek 22 (Nakládání s vyňatou částí lidského těla)

Jestliže je během lékařského zákroku vyňata některá část lidského těla, musí být uchována a smí být použita k jiným účelům, než pro který byla vyňata, jedině v případě, že to bude provedeno po příslušné informaci a se souhlasem dané osoby.

Kapitola VIII Porušení ustanovení konvence

Článek 23 (Porušení práv nebo zásad)

Smluvní strany jsou povinny zajistit odpovídající soudní ochranu, aby bylo možno předcházet nebo neprodleně zamezit nezákonnému porušování práv či zásad uvedených v této konvenci.

Článek 24 (Náhrada za nezaviněnou škodu)

Osoba, která nezaviněně utrpěla škodu v důsledku lékařské intervence, je oprávněna obdržet spravedlivou náhradu podle zákonem stanovených podmínek a postupů.

Článek 25 (Sankce)

Smluvní strany musí zajistit příslušné sankce, jichž bude použito při porušení ustanovení uvedených v této konvenci.

Kapitola IX Vztah mezi touto konvencí a jinými ustanoveními

Článek 26 (Restrikce při uplatňování práv)

1. Při uplatňování práv a ochranných ustanovení obsažených v této konvenci nesmějí být prováděny žádné restrikce, kromě těch, jež jsou povoleny zákonem a jsou nezbytné v demokratické společnosti v zájmu veřejné bezpečnosti, předcházení zločinům, jakož i ochrany práv a svobod ostatních.
2. Restrikce uvedené v předchozím odstavci se netýkají článků 11, 13, 14, 16, 17, 19, 20 a 21.

Článek 27 (Širší ochrana)

Žádné z ustanovení této konvence nesmí být interpretováno jako limitující nebo jinak nepříznivě ovlivňující možnosti některé smluvní strany přijmout v souvislosti s aplikací biologie a medicíny ještě další ochranná opatření než ta, která jsou smluvně dohodnuta v této konvenci.

Kapitola X Veřejná diskuse

Článek 28 (Veřejná diskuse)

Smluvní strany zařídí, aby základní otázky vyvstálé následkem pokroku v biologii a medicíně byly jako klíčové posuzovány v rámci veřejné diskuse, a to zejména z lékařského, sociálního, ekonomického, etického a právního aspektu, a aby každá aplikace biologie a medicíny se stala předmětem odpovídající konzultace.

Článek 29 (Interpretace konvence)

Evropský soud pro lidská práva může, bez přímého poukazování na specifická soudní řízení, dávat svá dobrozdání k právním otázkám týkajícím se interpretace této konvence na žádost:

- vlády některé smluvní strany, poté co byly informovány ostatní smluvní strany;
- členů výboru uvedeného v článku 32, kteří zastupují smluvní strany v této konvenci na základě rozhodnutí přijatého dvoutřetinovou většinou hlasů.

Článek 30 (Zprávy o používání konvence)

Na žádost generálního sekretáře Rady Evropy je každá smluvní strana povinná sdělit, jak bude – v souladu s její interní jurisdikcí – zajištěno účinné provádění jednotlivých ustanovení této konvence.

(Text převzat ze skripta: Kořenek J., (2001). *Lékařská etika*. Olomouc: Univerzita Palackého.)

Práva pacienta

Práva pacienta jsou pro české země prohlášena za platná dnem 25.2.1992. Za platná je vyhlásila Centrální etická komise českého ministerstva zdravotnictví. Pro upřesnění doplňujeme, že součástí práv pacienta je dnes i svobodná volba lékaře.

- 1) Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
- 2) Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu jakož i možnost denně se stýkat s členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
- 3) Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se jich zúčastní.
- 4) Pacient má v rozsahu, který dovoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
- 5) V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčba je věcí důvěrnou a musí být prováděna diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
- 6) Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

- 7) Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí přeložení nejprve schválit.
- 8) Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
- 9) Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to i bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
- 10) Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
- 11) Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Charta práv hospitalizovaných dětí

Tento dokument vychází z textu *Charty práv dětských pacientů* britské organizace NAWCH (National Association for the Welfare of Children in Hospital) se sídlem v Londýně. Materiál v tomto znění podpořila Centrální etická komise při Ministerstvu zdravotnictví ČR v roce 1993.

1. Děti mají být do nemocnice přijímány jen tehdy, pokud péče, kterou vyžadují, nemůže být stejně dobře poskytnuta v domácím ošetřování nebo denní hospitalizaci.
2. Děti v nemocnici mají mít právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Tam, kde je to možné, mělo by se rodičům dostat pomoci a povzbuzení k tomu, aby s dítětem v nemocnici zůstali. Aby se na péči o své dítě mohli podílet, měli by rodiče být plně informováni o chodu oddělení a povzbuzováni k aktivní účasti na něm.
3. Děti anebo jejich rodiče mají právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Musí mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
4. Děti, anebo jejich rodiče mají právo poučení se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována.
Každé dítě musí být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné, a před zbytečnými úkony podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.

5. S dětmi se musí zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.
6. Dětem se musí dostávat péče náležitě školeného personálu, který si je plně vědom fyzických i emocionálních potřeb dětí každé věkové skupiny.
7. Děti mají mít možnost nosit své vlastní oblečení a mít s sebou v nemocnici své věci.
8. O děti má být pečováno společně s jinými dětmi téže věkové skupiny.
9. Děti mají být v prostředí, které je zařízeno a vybaveno tak, aby odpovídalo jejich vývojovým potřebám a požadavkům a aby zároveň vyhovovalo uznaným bezpečnostním pravidlům a zásadám péče o děti.
10. Děti mají mít plnou příležitost ke hře, odpočinku a vzdělání, přizpůsobenou jejich věku a zdravotnímu stavu.

Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících

Doporučení Parlamentního shromáždění Rady Evropy 1418 (1999):

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, jež z ní lze odvodit.
2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.
3. V roce 1976 deklarovalo Parlamentní shromáždění v rezoluci č. 613 své předsvědčení, „že největším přáním většiny umírajících pacientů je zemřít pokojně a s důstojností, pokud možno za doprovodu příbuzných a přátel, s jejich útechou a podporou“. Ve svém Doporučení 776 (1996) k tomu shromáždění dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem lékařské činnosti, jejíž snahou také musí být ukončit utrpení“.
4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám smrtelně nemocných nebo umírajících lidí.
5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech smrtelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.
6. Jak ukázaly mnohé současné i minulé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Právě tak, jako je člověk slabý a závislý na začátku svého života, potřebuje ochranu a podporu i při umírání.
7. Základní práva odvozená z důstojnosti smrtelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:
 - malou dostupností paliativní péče a kontroly bolesti;

- častým zanedbáváním péče o tělesné utrpení a nedostatečným ohledem na psychologické, sociální a duchovní potřeby;
 - umělým prodlužováním procesu umírání, buď nepřiměřeným používáním léčebných prostředků, nebo pokračováním v léčbě bez pacientova či pacientčina souhlasu;
 - nedostatečným dalším vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči;
 - nedostatečnou péčí a podporou věnovanou rodinným příslušníkům a přátelům smrtelně nemocné nebo umírající osoby, jež by mohly přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích;
 - obavami nemocného ze ztráty autonomie, z úplné závislosti na příbuzných a institucích a z toho, že by mohl být na obtíž;
 - chybějícím nebo nevhodným sociálním a institucionálním prostředím, umožňujícím pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli;
 - nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči o smrtelně nemocné a umírající a pro jejich podporu;
 - sociální diskriminací, jaká je vlastní slabosti, umírání a smrti.
8. Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost smrtelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:
- a) že uznají a budou hájit nárok smrtelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:
 - aby zajistily, že bude paliativní péče uznána za zákonný nárok individua;
 - aby byl všem smrtelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči;
 - aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli smrtelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče;
 - aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o smrtelně nemocné nebo umírající ambulantně;
 - aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o smrtelně nemocného nebo umírajícího pacienta;
 - aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o smrtelně nemocné nebo umírající ;
 - aby zajistily, že smrtelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolesti, i kdyby tato léčba měla u příslušného jedince přispívat ke zkrácení života;
 - aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému smrtelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetrovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy;
 - aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii;
 - aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout

nout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti;

- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny.
- b) tím, že budou chránit právo smrtelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:
- aby se prosadilo právo smrtelně nemocné nebo umírající osoby na upřímnou, srozumitelnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu, a aby při tom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován;
 - aby měla každá smrtelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího;
 - aby bylo zajištěno, že žádná smrtelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činen nátlak. Musí být zvažena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem;
 - aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého lékařského postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle, v „pořízení“ smrtelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů, ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti, a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení;
 - aby bylo zajištěno, že výslovná přání smrtelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností;
 - aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány.
- c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení smrtelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:
- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k smrtelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“;

- uznají, že přání zemřít, vyjádřené smrtelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby,
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené smrtelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt.

(Text převzat ze skriptů: Kořenek J. (2001). *Lékařská etika*. Olomouc: Univerzita Palackého.)

Helsinská deklarace Světové lékařské asociace

Na 52. výročním zasedání Světové lékařské asociace ve skotském Edinburgu, které se konalo v říjnu 2000, byla přijata novelizovaná verze *Helsinské deklarace* (doporučení pro lékaře zabývající se medicínským výzkumem na člověku). Podle tohoto směrodatného mezinárodního dokumentu se řídí vědecktí pracovníci a lékaři na celém světě při provádění vědeckého výzkumu a při klinickém ověřování nových metod, léčiv a zdravotnických prostředků. V § 2 odst. 17 na něj odkazuje i *Etický kodex České lékařské komory*. Porušení zásad Helsinské deklarace znamená porušení *Etického kodexu* a podléhá řízení a sankcím uvedeným v zákonu č. 22/1991 Sb., o České lékařské komoře a Disciplinárním řádu ČLK.
(Poslední revidovaný text z října 2000.)

Úvod

1. Světová lékařská asociace vyhláší v Helsinské deklaraci etické principy, jimiž se mají řídit lékaři a jiné osoby při medicínském výzkumu prováděném na člověku. Medicínský výzkum na člověku zahrnuje také výzkum na identifikovatelných látkách lidského původu nebo identifikovatelných datech.
2. Povinností lékaře je podporovat a chránit lidské zdraví. Znalosti a svědomí lékaře jsou zasvěceny této povinnosti.
3. *Ženevská deklarace* Světové lékařské asociace zavazuje lékaře slovy: „Zdraví mého pacienta bude mým nejpřednějším zájmem“, a v *Mezinárodním kodexu lékařské etiky* se prohlašuje: „Při poskytování zdravotní péče, která by mohla oslabit fyzický nebo duševní stav pacienta, bude lékař postupovat vždy pouze s ohledem na zájem tohoto pacienta.“
4. Pokrok v medicíně je možný díky výzkumu, jehož nezbytnou součástí je i výzkum prováděný na člověku.
5. Při provádění medicínského výzkumu na lidech je nezbytné upřednostňovat zájem a blaho pacienta, který se výzkumu účastní, před zájmy vědy a společnosti.
6. Základním účelem medicínského výzkumu prováděného na člověku je zlepšit preventivní, diagnostické a léčebné postupy a napomoci lepšímu pochopení původu a rozvoje nemocí. I ty nejlepší osvědčené preventivní, diagnostické a léčebné metody musí být neustále přehodnocovány vzhledem k jejich účinnosti, hospodárnosti, dostupnosti a kvalitě.
7. Při poskytování zdravotní péče a při lékařském výzkumu je většina preventivních, diagnostických a léčebných postupů spojena s rizikem a zátěží pro pacienta.
8. Medicínský výzkum podléhá etickým standardům, které směřují k posílení respektu ke všem lidským bytostem a které posilují ochranu jejich zdraví

a práv. Některé skupiny osob jsou zranitelnější a potřebují proto zvláštní ochranu. Je nutno uznat zvláštní potřeby ekonomicky a zdravotně znevýhodněných skupin. Zvláštní pozornost vyžadují osoby, které nemohou samy za sebe dát ani odmítnout souhlas, dále osoby, které by mohly být donuceny dát souhlas pod nátlakem, a ti, kterým výzkum nepřináší osobní prospěch, a osoby, které se účastní výzkumu v kombinaci s poskytováním zdravotní péče.

9. Řešitelé výzkumného projektu musí znát podmínky, jejichž splnění pro výzkum na člověku vyžadují etické normy, zákonné normy a další právní předpisy, které platí v jejich vlastních státech, jakož i požadavky vycházející z mezinárodních dokumentů. Žádné národní etické normy, zákonné normy ani další právní předpisy by neměly omezit nebo vyloučit ochranu lidských bytostí, která je dána touto deklarací.

Základní principy vztahující se na veškerý medicínský výzkum

10. Každý lékař je v rámci vědeckého výzkumu povinen chránit život, zdraví, soukromí a důstojnost každého jednotlivce, který je předmětem výzkumu.
11. Medicínský výzkum na člověku musí být prováděn v souladu s obecně uznávanými zásadami vědeckého výzkumu založenými na důkladné znalosti vědecké literatury, dalších relevantních pramenech informací a na řádně prováděných laboratorních pokusech a tam, kde je to správné, na pokusech na zvířatech.
12. Výzkum, který by mohl mít negativní vliv na životní prostředí, musí být prováděn s náležitou opatrností, rovněž je nutno respektovat blaho pokusných zvířat.
13. Návrh a provádění každého výzkumného postupu, do něhož jsou zapojeny lidské bytosti, musí být jasně formulován ve výzkumném protokolu. Tento protokol by měl být předložen k posouzení, připomínkám a pokynům a tam, kde je to vhodné, ke schválení zvláště ustanovené etické komisi, která musí být nezávislá na řešiteli projektu, sponzorovi a na jakékoli další možnosti ovlivňování. Tato nezávislá komise musí být v souladu s právní úpravou státu, ve kterém se výzkumný projekt provádí. Tato komise je oprávněna sledovat průběh výzkumných projektů. Řešitel projektu je povinen komisi poskytovat informace nutné k monitorování, zejména informace o všech závažných nepříznivých skutečnostech. Řešitel projektu by měl předložit komisi k posouzení informace týkající se zdrojů financování projektu, institucionální příslušnosti řešitele a další možnosti střetu zájmů. Zprávy o výsledcích výzkumu, které nerespektují principy této deklarace, by neměly být přijaty k publikaci.
14. Výzkumný protokol musí vždy obsahovat vyjádření ohledně posouzení etických hledisek a vyjádření, že je v souladu s principy této deklarace.
15. Medicínský výzkum na člověku musí být prováděn pouze vědecky kvalifikovanými osobami a pod dohledem lékařů oprávněných k výkonu klinické praxe. Odpovědnost za osoby vždy spočívá na medicínsky kvalifikovaných osobách, a nikdy na osobách, které jsou předmětem výzkumu, přestože tyto osoby poskytlý souhlas.
16. Každému medicínskému výzkumnému projektu, do kterého jsou zapojeny lidské bytosti, musí předcházet pečlivé zhodnocení předpokládaných rizik a zátěže, jakož i očekávaného prospěchu pro pacienta nebo pro jiné osoby. To předem nevylučuje, aby do lékařského výzkumu byli zapojeni zdraví dobrovolníci. Návrh a výsledky těchto výzkumných studií musí být veřejně dostupné

- a prospěch osoby, která je subjektem výzkumu, musí vždy převážít zájem vědy a společnosti.
17. Lékaři by se měli zdržet účasti na medicínském výzkumu na člověku, pokud si nejsou jisti, že byla řádně zhodnocena případná rizika a že je lze uspokojivě zvládnout. Lékaři by měli ukončit každý výzkum, u něž by se ukázalo, že rizika převažují nad potenciálními přínosy nebo pokud je podán nezvratný důkaz o pozitivních a přínosných výsledcích.
 18. Medicínský výzkum na člověku by měl být prováděn pouze tehdy, jestliže význam cíle výzkumu převažuje nad riziky a zátěží spojenými s tímto výzkumem. To je důležité zejména v případě, když jsou do výzkumné studie zapojeni zdraví dobrovolníci.
 19. Medicínský výzkum je oprávněný pouze tehdy, pokud existuje rozumná pravděpodobnost, že skupina populace, na které se výzkum provádí bude mít prospěch z výsledků výzkumu.
 20. Osoby účastníci se na výzkumu musí být zdraví dobrovolníci a informovaní účastníci výzkumného projektu.
 21. Právo na ochranu nedotknutelnosti (integrity) osob účastnících se výzkumu musí být vždy respektováno. Je třeba učinit vše pro to, aby bylo respektováno soukromí pokusných osob, aby byla zachována důvěrnost informací o pacientech a dále proto, aby byly minimalizovány negativní důsledky výzkumné studie na fyzickou a psychickou nedotknutelnost (integritu) a svébytnost (identitu) osob účastnících se výzkumu.
 22. Při jakémkoli výzkumu prováděném na člověku musí být každý potenciální účastník odpovídajícím způsobem informován o cílech, metodách, zdroji financování projektu, možných konfliktech zájmů, předpokládaných přínosech a potenciálním riziku studie, jakož i o možném nepohodlí (nepříjemných stránkách), které jsou s výzkumem spojeny. Pokusná osoba musí být informována o svém právu kdykoli odstoupit od své účasti ve výzkumném projektu a právu odvolat svůj souhlas s účastí na studii, aniž by to mělo pro ni neblahé následky. Až se lékař přesvědčí, že pacient porozuměl všem informacím, měl by získat jeho dobrovolný informovaný souhlas, pokud možno v písemné formě. Není-li získán písemný souhlas, musí být zdokumentován postup získání tohoto souhlasu.
 23. Při získávání informovaného souhlasu pacienta k účasti na výzkumném projektu se musí lékař zvláště pečlivě přesvědčit, zda pokusná osoba není vzhledem k lékaři v závislém postavení nebo zda souhlas nebyl získán pod nátlakem. V takovém případě musí informovaný souhlas pacienta získat lékař, který se výzkumu neúčastní a ke kterému nemá pokusná osoba žádný vztah.
 24. V případě, že se jedná o osobu zbavenou způsobilosti k právním úkonům, která je z fyzických nebo psychických příčin neschopná udělit svůj souhlas, nebo v případě, že se jedná o osobu nezletilou, musí řešitel projektu získat souhlas od zákonného zástupce, určeného podle platných právních předpisů. Tyto skupiny osob by neměly být zapojeny do výzkumu, pokud by to nemělo pozitivní přínos pro jejich zdraví a pokud by takovýto výzkum mohl být prováděn na osobách způsobilých k právním úkonům.
 25. Pokud se jedná o osobu nezpůsobilou k právním úkonům, jako je nezletilá osoba, která je schopna dát souhlas s rozhodnutím o zapojení do medicínského výzkumu, řešitel projektu je povinen získat její souhlas, kromě souhlasu zákonného zástupce.

26. Výzkum na osobách, u nichž nelze získat souhlas, ani souhlas jím pověřené osoby, nebo předběžný souhlas, může být proveden pouze za podmínky, že jejich fyzický či duševní stav, který brání získání jejich souhlasu, je neodlučitelně spojen se zkoumanou skupinou populace. V protokolu výzkumného projektu, který se předkládá k posouzení a schválení hodnotící komisí, by měly být uvedeny konkrétní důvody pro zapojení osob, jež jsou ve stavu, který jim znemožňuje poskytnout informovaný souhlas. V protokolu by mělo být uvedeno, že souhlas k setrvání ve výzkumném projektu bude od dotyčného nebo od jeho zákonného zástupce vyžádán, jak to nejdříve bude možné.
27. Jak autoři, tak vydavatelé jsou povinni dodržovat etické normy. Při publikaci výsledků výzkumu jsou výzkumní pracovníci povinni dodržovat jejich správnost (přesnost). Publikovány nebo jinak zpřístupněny veřejnosti by měly být jak negativní, tak pozitivní výsledky výzkumu. V publikaci by měly být deklarovány kromě zdrojů financování projektu, institucionální příslušnost řešitele i jakákoli možnost střetu zájmů. Zprávy o výsledcích výzkumu, které nerespektují principy této deklarace, by se neměly přijímat pro publikování.

Další zásady pro medicínský výzkum, spojené s poskytováním zdravotní péče

28. Lékař může spojit medicínský výzkum s poskytováním zdravotní péče jen do té míry, do jaké je výzkum oprávněný vzhledem ke své potenciální profylaktické, diagnostické a terapeutické hodnotě. Pokud je medicínský výzkum spojen s poskytováním zdravotní péče, je nutno dodržovat dodatečné standardy ochrany pacientů zapojených do výzkumu.
29. Přínos, rizika, zátěž pro pacienta a účinnost nových metod by měly být porovnávány s nejlepšími současnými preventivními, diagnostickými či léčebnými metodami. To však nevylučuje použití placeba nebo neléčení ve výzkumných projektech tam, kde žádné ověřené preventivní, diagnostické či léčebné metody neexistují.
30. Na závěr každého výzkumného projektu musí být každému pacientovi, který se ho účastnil, zaručena dostupnost nejlepších ověřených preventivních, diagnostických či léčebných metod, které byly výzkumem identifikovány.
31. Lékař by měl plně informovat pacienta, které aspekty zdravotní péče jsou spojeny s výzkumem. Pacientovo odmítnutí účastnit se na výzkumu nesmí za žádných okolností narušit vztah pacienta s lékařem.
32. Pokud při léčbě pacienta neexistují řádné osvědčené preventivní, diagnostické a léčebné metody nebo jsou neúčinné, musí lékař mít svobodu po získání úplného, informovaného souhlasu pacienta k použití neověřených nebo nových preventivních, diagnostických a léčebných postupů, pokud podle úsudku lékaře nabízejí naději na záchranu života, znovunabytí zdraví nebo mohou zmírnit utrpení pacienta. Pokud je to možné, měly by se tyto metody stát předmětem výzkumu, aby se ověřila jejich bezpečnosti a účinnosti. Vždy je nutno zaznamenat veškeré nové informace a to, co má být zveřejněno, poskytnout ke zveřejnění. Je nezbytné se řídit dalšími relevantními směrnicemi této deklarace.

(Text převzat z skript: Kořenek, J. (2001). *Lékařská etika*. Olomouc: Univerzita Palackého.)