

Susan Ayers, Richard de Visser

Psychologie v medicíně



Psychologie v medicíně

Susan Ayersová
a Richard de Visser



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

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

Susan Ayers, Richard de Visser

PSYCHOLOGIE V MEDICÍNĚ

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, 170 00 Praha 7

tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400

www.grada.cz

jako svou 5848. publikaci

Z anglického originálu *Psychology for Medicine* (ISBN 978-1-4129-4691-9), vydaného nakladatelstvím SAGE Publications of London, Ltd., v roce 2011, přeložila PhDr. Helena Hartlová.

Odpovědná redaktorka PhDr. Alena Palčová

Sazba a zlom Antonín Plicka

Návrh a realizace obálky Jan Dvořák

Počet stran 568

Vydání 1., 2015

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

English language edition published by SAGE Publications of London, Thousand Oaks, New Delhi and Singapore, © Susan Ayers and Richard de Visser, 2011

Czech edition © Grada Publishing, a.s., 2015

Cover Image © Shutterstock

ISBN 978-80-247-9734-2 (ePub)

ISBN 978-80-247-9733-5 (pdf)

ISBN 978-80-247-5230-3 (print)

OBSAH

Poděkování	viii
Průvodce	xii
1 Psychologie a medicína	1
1.1 Psychologie a medicína	2
1.2 Co je zdraví?	4
1.3 Proč je psychologie důležitá?	9
1.4 Různé přístupy k medicíně	12
První oddíl Psychologie a zdraví	23
2 Motivace, emoce a zdraví	25
2.1 Motivace	27
2.2 Motivace a zdraví	30
2.3 Emoce	32
2.4 Emoce a zdraví	40
2.5 Závěry	47
3 Stres a zdraví	49
3.1 Co je stres?	50
3.2 Stres a zdraví	60
3.3 Stres v medicíně	66
3.4 Zvládání stresu	69
3.5 Závěry	71
4 Symptomy nemoci a nemoc	73
4.1 Vnímání symptomů	75
4.2 Bolest	81
4.3 Efekt placebo a efekt noceba	88
4.4 Přesvědčení o nemoci a kognitivní reprezentace nemoci	91
4.5 Závěry	95
5 Zdraví a chování	99
5.1 Předjímání a změna chování ke zdraví	100
5.2 Model přesvědčení o zdraví	103
5.3 Teorie plánovaného chování	107

5.4	Transteoretický model	113
5.5	Teorie PRIME	116
5.6	Závěry	119
6	Chronická nemoc, smrt a umírání	123
6.1	Chronická nemoc	125
6.2	Psychologické intervence	131
6.3	Smrt a umírání	133
6.4	Smrt a lékařská praxe	140
	Druhý oddíl Základy psychologie	149
7	Mozek a chování	151
7.1	Složení a organizace nervového systému	152
7.2	Komunikace v neuronech a mezi neurony	155
7.3	Struktura mozku a centrálního nervového systému	158
7.4	Řízení pohybu	164
7.5	Spánek, vědomí a biologické hodiny	167
8	Psychosociální vývoj v průběhu života	177
8.1	Dětství	179
8.2	Adolescence	193
8.3	Dospělost	197
8.4	Stáří	197
9	Sociální psychologie	203
9.1	Postoje	204
9.2	Psychologie self	209
9.3	Jednotlivci a skupiny	215
9.4	Antisociální a prosociální chování	223
10	Učení, vnímání a paměť	227
10.1	Vnímání	228
10.2	Pozornost	233
10.3	Učení	239
10.4	Paměť	246
	Třetí oddíl Tělesné systémy	255
11	Imunita a ochrana	257
11.1	Infekce, záněť a imunita	259
11.2	Psychologické aspekty poruch imunity	263
11.3	Kůže	266
11.4	Rakovina	269

12 Kardiiovaskulární a respirační systémy	279
12.1 Kardiiovaskulární zdraví	280
12.2 Respirační zdraví	296
13 Gastrointestinální systém	305
13.1 Psychologické faktory a gastrointestinální systém	307
13.2 Životní styl a zdraví gastrointestinálního traktu	312
13.3 Gastrointestinální poruchy	329
14 Reprodukční a endokrinní systém	337
14.1 Reprodukce	338
14.2 Endokrinní poruchy a psychosociální zdraví	351
15 Urogenitální systém	359
15.1 Sexuální zdraví	360
15.2 Sexuálně přenosné infekce	365
15.3 Rakovina prostaty a varlat	372
15.4 Inkontinence moči a selhání ledvin	377
16 Psychiatrie a neurologie	385
16.1 Psychiatrie	386
16.2 Diagnostika a léčba duševních poruch	396
16.3 Neurologické poruchy	402
16.4 Neuropsychologické vyšetření a rehabilitace	405
Čtvrtý oddíl Psychologie v medicínské praxi	411
17 Vědecky podložená medicína	413
17.1 Vědecky podložená medicína	414
17.2 Dodržování léčby	420
17.3 Komunikace mezi lékařem a pacientem	428
18 Vedení klinického rozhovoru	437
18.1 Jak komunikujeme	439
18.2 Vedení klinického rozhovoru	444
18.3 Obtížné rozhovory	451
18.4 Sdělování nepříznivých zpráv	456
19 Psychologické intervence	461
19.1 Co je psychoterapie?	464
19.2 Která terapie je nejlepší?	478
19.3 Psychologické intervence ve zdravotnictví	479
Literatura	491
Rejstřík	543

PODĚKOVÁNÍ

Napsat knihu znamená víc než jen shromáždit její obsah, a příběh skrývající se za touto knihou by sám stál za přečtení. Na tuto cestu jsme se vydali proto, že nás rozčilovala neexistence dobré obsáhlé učebnice psychologie pro studenty medicíny. Náhodou jsme se o tom mimochodem zmínili lidem v nakladatelství SAGE, kteří využili veškerého svého nadšení a značných zkušeností k tomu, aby nám pomohli. V SAGE uvedli víc do pohybu a podporovali nás během celé cesty a my jsme jim vděční za podněty a pomoc – zejména Metthewovi Watersovi a Anthonymu Haynesovi.

Během těch dvou let, jež nám psaní knihy zabralo, s námi tato kniha byla při mnoha životních událostech včetně narození dítěte, stěhování, stavebních prací a cestování po celém světě. Cestovala karavanem do Francie a vydala se i na dlouhé putování do Japonska, Afriky a Mexika. Když bylo datum odevzdání na dohled, jeden z nás ji bohužel zapomněl v hotelovém sejfu v Mexiku a během úsilí získat ji zpátky jsme dost panikařili. Nakonec jsme získali pomoc spolucestujícího, který nám ji dovezl zpátky do Anglie (děkujeme ti, Miku); ironií osudu se ukázalo, že cestoval se samotným ředitelem pro lékařskou péči našeho Národního systému zdravotnictví! Takže po skromných začátcích se už kniha stihla stát velkým dobrodružstvím.

Její skutečný příběh ovšem tvořili studenti, kteří při jejím vzniku sehráli nesmírně důležitou úlohu. Teprve po jejich zapojení začala kniha žít vlastním životem. Cítíme se velmi zavázáni mnoha úžasným lidem, kteří se stali její nedílnou součástí. Zprvce to byl náš skvělý tým studentů psychologie, kteří obětovali letní prázdniny práci na její administrativní stránce. Louise Fernay, Lizzie Shineová, Gemima Fitzgeraldová, Amalia Houltonová a Michele McKennerová strávili mnoho hodin nad literárními rešeršemi, při získávání svolení od nositelů autorských práv a obstarávání ilustrací s nezbytnou dávkou nadšení a neuvěřitelnými organizačními schopnostmi, díky nimž bylo možné knihu dokončit – a se spoustou dobré nálady a humoru. Všichni jsme se celou dobu hodně nasmáli!

Sandra Popescuová vystudovala fotografii na Brightonské univerzitě a věnovala týdně času pořizování ilustračních fotografií (a na jedné z nich ji můžete vidět). Po pravdě řečeno, modely v knize jsou z větší části zaměstnanci a studenti univerzit v Brightonu a Sussexu (včetně nás autorů – schválně, jestli uhodnete, kteří to jsme!). Na tomto místě bychom měli zmínit, že případové studie jsou většinou fiktivní a na použitých fotografiích jsou zachyceni dobrovolníci. Pokud jsme použili skutečné studie, zpravidla to výslovně uvádíme v textu, včetně poděkování každé z osob, kterou v případové studii zmiňujeme.

Tím ovšem vklad studentů nekončí. Simon Hall je velký umělec, který náhodou studoval medicínu v době, kdy jsme knihu dávali dohromady. Spoustu času mezi směnami

v nemocnici strávil nad kreslenými vtipy a my jsme mu velmi zavázáni. Měli jsme také štěstí na vynikající lékařské konzultanty pro jednotlivé kapitoly knihy.

Dále musíme poděkovat medikům, kteří četli a přičiňovali poznámky, ne jednou, ale několikrát, ke každé kapitole v různých stadiích rozpracování. Upřímně nám sdělovali svoje názory a napomohli tomu, aby se kniha stala tím, čím je. Když jsme sháněli dobrovolníky, nikdy se nám ani nesnilo o tom, jak velké množství studentů se do práce zapojí. Studenti nám říkali, co se jim líbí a co ne, kde jsme nezvolili správný tón, jaké prvky chybí. Žasli jsme nad jejich nadšením pro věc, množstvím věnovaného času a odbornými znalostmi, které do knihy vložili. Každá korektura byla významná a my zjišťovali, že někteří studenti dříve pracovali jako redaktori, novináři, právníci nebo měli další významné profese. Připomínky studentů nás vedly např. k rozhodnutí opatřit každou z kapitol klinickými poznámkami. Řada z těchto lidí nás inspirovala a jsme jim za jejich pomoc velice vděční. Seznam jmen uvádíme níže, jako poděkování za jejich přínos knize. Uvítáme další zpětnou vazbu také od vás – k dispozici je vám elektronická adresa psychologyformedicine@gmail.com.

Ještě než se kniha dostala do tisku, znamenala velkou zkušenost a stala se svědkem společného úsilí mnoha lidí, kteří do ní vložili spoustu času a energie. Sem musíme nezbytně přiřadit i naše rodiny, které se smířily s tím, že jsme s knihou byli naprosto nesnesitelně otravní, a přesto nás na každém kroku podporovaly. SA – mou lásku a dík má můj partner Andrew, děti Hannah a Callum a blízká rodina, která mne podporuje tolika různými způsoby a připomíná mi, co je v životě skutečně důležité. RdV – moje díky patří Susan za to, že mě požádala, abych se stal součástí procesu psaní této knihy. Spousta lásky a díky má moje partnerka Liz a děti Thom, Felix a Iris za to, že mi poskytli tolik „knižního času“, a za to, že „neknížní čas“ s nimi byl tak ohromně příjemný.

VÝZKUMNÁ A ADMINISTRATIVNÍ PODPORA

Amalia Houlton, Katedra klinické psychologie, University of Leicester

Gemima Fitzgerald, School of Psychology, University of Sussex

Lizzie Shine, School of Psychology, University of Sussex

Louise Fernay, School of Psychology, University of Sussex

AUTORSKÁ PRÁVA – SVOLENÍ

Michele McKenner, School of Psychology, University of Sussex

KRESLENÉ VTIPY

Simon Hall, Brighton & Sussex Medical School

LEKTOROVÁNÍ KAPITOL

Alice Hart-George, Brighton & Sussex Medical School
Alifa Isaacs Itua, Brighton & Sussex Medical School
Alison Burridge, Brighton & Sussex Medical School
Alison Pike, School of Psychology, University of Sussex
Amina Buba, Brighton & Sussex Medical School
Andrew Eagle, Central & North West London NHS Trust
Andy McGovern, Brighton & Sussex Medical School
Anna Crown, Brighton & Sussex University Hospitals
Ben Carter, Brighton & Sussex Medical School
Camilla Davis, Brighton & Sussex Medical School
Camilla Tooley, Brighton & Sussex Medical School
Charlotte Marks, Brighton & Sussex Medical School
Eleanor de Sausmarez, Brighton & Sussex Medical School
Georgie Kirby, Brighton & Sussex Medical School
Imogen Bone, Brighton & Sussex Medical School
Joseph Norris, Brighton & Sussex Medical School
Julia Montgomery, Brighton & Sussex University Hospitals
Julian Birch, Brighton & Sussex Medical School
Julie Appleton, Brighton & Sussex Medical School
Karen Walker-Bone, Brighton & Sussex Medical School
Katie Bishop, Brighton & Sussex Medical School
Leon Campbell, Brighton & Sussex Medical School
Lewys Morgan, Brighton & Sussex Medical School
Liam Mahoney, Brighton & Sussex Medical School
Lizzie Jackson, Brighton & Sussex Medical School
Meher Lad, Brighton & Sussex Medical School
Natalie Farmer, Brighton & Sussex Medical School
Patrick Harrington, Brighton & Sussex Medical School
Pollie Harrison, Brighton & Sussex Medical School
Rakshita Roplekar, Brighton & Sussex Medical School
Reshad Malik, Brighton & Sussex Medical School
Ruth Arnold, Brighton & Sussex Medical School
Sarah King, School of Psychology, University of Sussex
Sophie Binks, Brighton & Sussex Medical School

FOTOMODELY

Abeer Faisal Al Amin, University of Brighton
Alice Campion, Brighton & Sussex Medical School

Alison Burridge, Brighton & Sussex Medical School
Amy Tostevin, University of Sussex
Bobbie Farsides, Brighton & Sussex Medical School
Bradley Tully, University of Sussex
Callum Smith, University of Sussex
Cat Tighe, University of Brighton
Chris Boyson, Brighton & Sussex Medical School
Claire Brooks, Brighton & Sussex Medical School
Daisy Ryan, Brighton & Sussex Medical School
David Smalley, University of Sussex
Emma Brennan, Brighton & Sussex Medical School
Erica Strang, University of Brighton Postgraduate Medical School
Farrah Shah, Brighton & Sussex Medical School
Francesca Flohr, Brighton & Sussex Medical School
Gemima Fitzgerald, University of Sussex, a dcera Emily Mason
Jim Price, University of Brighton Postgraduate Medical School
Joe Hinds, University of Sussex
Katie Stillwell, University of Brighton
Kuljinder Danjhal, University of Sussex
Liz Ford, University of Sussex, a její miminko Eva Ford
Liz McDonnell, University of Brighton, a děti Thom, Felix a Iris de Visser
Louise Fernay, University of Sussex, a rodina Lindsay, Keith, a Zoe Fernay
Luke Holland, Brighton & Sussex Medical School
Mehreen Rizvi, Brighton & Sussex Medical School
Melanie Martin, University of Brighton
Natalie Farmer, Brighton & Sussex Medical School
Nathan Gardner, University of Sussex
Patrick Saintas, University of Brighton
Robert Miller, University of Brighton
Rose Meades, School of Psychology, University of Sussex
Sandra Popescu, graduate of University of Brighton
Sara Balouch, University of Sussex
Sara Smith, University of Brighton
Sarah Wade, University of Brighton
Warran Woodruff, University of Brighton
Wesely Scott-Smith, University of Brighton Postgraduate Medical School
Will Butterworth, Brighton & Sussex Medical School
Zonunmawia Zonunmtwit, University of Brighton

PRŮVODCE

1 PSYCHOLOGIE A MEDICÍNA

Obsah kapitoly

- 1.1 Psychologie a medicína
- 1.2 Co je zdraví?
- 1.3 Proč je psychologie důležitá?
- 1.4 Klíčové přístupy k medicíně
 - 1.4.1 Biomedicínský přístup
 - 1.4.2 Biopsychosociální přístup

Rámcečky

- 1.1 Obory psychologie
- 1.2 Definice zdraví
- 1.3 Zdravý rozum, důležitost, nebo mylnost?
- 1.4 Porovnání biomedicínského přístupu s přístupem biopsychosociálním

Případové studie

- 1.1 Jsou lidé lidé zdraví, nebo nemocní?
- 1.2 Anamnéza Martinova-Regimova

Obrázky

- 1.1 Různá onemocnění
- 1.2 Biomedicínský přístup ke zdraví
- 1.3 Pokles úmrtnosti na infekční choroby ve Velké Británii
- 1.4 Biopsychosociální přístup ke zdraví

Význam

- 1.1 Sociální třída a morbidita

Obsah kapitoly Každá kapitola má ve svém úvodu přehledný číslovaný obsah včetně hlavních částí, dílčích nadpisů, případových studií, rámečků s výzkumy a dalších náležitostí.

PSYCHOLOGIE A MEDICÍNA 3

RÁMEČEK 1.1 Obory psychologie

Psychologie	Zaměření	Význam pro medicínu
zdraví	psychologické faktory a zdraví	poslední zdravotní činnost, účinný přístup ke zdraví a nemocem, vztah mezi psychosociálními faktory a zdravím
klinická	psychické poruchy	poslední nemoc, mentální poruchy (psychopatologie) a rozvoj nových léčebných postupů
vývojová	vývoj a změny v průběhu života	poslední normální a abnormální rysy vývoje v průběhu celého života
soudní	kriminální chování a psychologie v justici	poslední trestní činnost, kde má vliv na medicínu, lékařsko-právní vyšetřování a dokazování
sociální	sociální a zdravotní procesy	poslední nemoc, jak sociální a zdravotní procesy ovlivňují naše vlastní chování a chování pacientů v lékařské praxi
biologická a neuro-psychická	spojení mezi fyzickými a zdravotními procesy či chováním	poslední interakce mezi duševními a tělesnými systémy
legislativní	vlastní psychologické procesy, např. vnímání, poznání	poslední vnitřní rysy a procesy rozhodování, jak používají procesy ovlivňují rozhodování lékaře
právní	právní, pracovní vyšetřování a organizace	poslední pracovní vyšetřování a nároky na právní, pracovní a zdravotní intervenci
pedagogická	učení a vzdělávání	poslední vzdělávání nebo školení a výcvik pracovníků ve zdravotnictví, zdravotnické ošetřování

Klíčové praxe: Druhá oddíl se zabývá poznatky z dalších významných oblastí psychologie, jako je morálka a chování, vývoj od dětství po stáří a vliv sociálního prostředí na lidské chování. Třetí oddíl se zaměřuje na psychologii v praxi a v různých vědních systémech, jako je systém kardiovaskulární, respirační, gastroenterologické, imunitní, onkologické a reprodukční. A konečně čtvrtý oddíl se soustředí na psychologii relevantní pro klinickou praxi, jako jsou komunikace a dovednosti a psychologické intervence.

V celé knize naleznete klinicky významné informace a úpí v rámci oddílů klinické praxe. Rámcečky s aktivitami vás budou pobízet k tomu, abyste psycho-

Rámcečky Rámcečky nám umožňují dokreslit klíčové pojmy popisované v textu. Některé z nich obsahují seznam hlavních bodů, jiné popisují důležité otázky a další mají podobu grafů či tabulek informací.

2 PSYCHOLOGIE V MEDICÍNĚ

CÍLE UČENÍ

Tato kapitola si klade za cíl pomoci vám v následujících bodech:

- Chápet různé definice zdraví a umíš popsat jejich význam pro lékaře.
- Umíš popsat biomedicínské a biopsychosociální přístupy ke zdravotní péči.
- Uvažuješ o důležitosti psychologických a sociálních faktorů ve zdravotní péči.

1.1 PSYCHOLOGIE A MEDICÍNA

Důležitost psychologie v celé medicíně obhájí je stále umocňující a psychologické významy jsou dnes součástí vědních studií. Všechny tyto významy jsou v knize napsány. *Lékaři zůstali potřeba vědění zapojení psychologických a sociálních věd do studia medicíny* (General Medical Council, 2009). Opět se o hodnotu výzkumy dokazují důležitosti psychologických faktorů v mnoha různých polích na vlivu a dovedení zdraví – jak vidíte v celé této knize.

Z vlastní zkušenosti však víme, že lékaři mají mnohdy přehled, které jim brání psychologické významy studovat. Zpravidla psychologie je v medicíně často považována za „užitočnou“ vědu. Je to sice trochu jako dřívější polévka – studium je trochu nudné, nebo jistě není tak jako v této kapitole vědění a dovedení, že tato kniha slouží k tomu, aby lidé mohli být šťastnější a zdravější. Rámcečky 1.1 ukazují různé psychologické obory s příklady toho, jak se mohou vztahovat k medicíně. V důsledku toho zábrany psychologie je obtížné, aby lidé mohli být zdravější a šťastnější. Všechny tyto významy jsou v knize napsány a jsou součástí vědních studií. Všechny tyto významy jsou v knize napsány a jsou součástí vědních studií.

Poslední oddíl je konečně, že si dovoluji seznámit se s informacemi, které by mohly být užitečné v medicíně. Všechny tyto významy jsou v knize napsány a jsou součástí vědních studií. Všechny tyto významy jsou v knize napsány a jsou součástí vědních studií.

První oddíl se věnuje psychologii zdraví a pokrývá teorii a výzkumy, které se týkají například stresu, vyčerpání a chronických chorob, jsou proto relevantní pro většinu oblastí

Cíle učení Vlastnímu textu kapitoly předchází cíle učení. Vyzdvihují to nejdůležitější, co byste si z dané kapitoly měli odnést.

16 PSYCHOLOGIE V MEDICÍNĚ

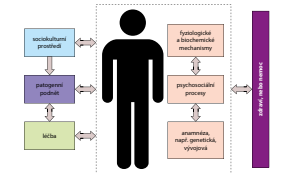
mnoho zlepšení jako pacienti po skutečné operaci (Moseley et al., 2002). Efektivní placebo se bádání věnuje podobným jevům v 4. kapitole.

Základ z vědních oblastí sociálních a psychologických faktorů na zdraví nelze vysvětlit biomedicínskými přístupy. To dále, kdy biomedicínský přístup v lékařství zcela přehlídá, si vědci lékaři a dalších odborníků v lékařství důležitosti psychologických a sociálních faktorů uvědomovali. Pracovní v biomedicínské oblasti vědci nyní mluví, že tyto faktory výskyt nemoci způsobují a nevyhnutelně v medicíně. Zdraví jsou součástí lékařského učení se u lékařské školy – je ovšem ironií, že pojem „medicína“ pochází z latinského *medicus* (lékař) – (umění) uzdravování.

1.4.2 BIOPSYCHOSOCIÁLNÍ PŘÍSTUP

Biopsychosociální přístup, jak je popsal Engel (1977), je rámec, který bere v úvahu biologické, psychologické a sociální faktory. Tento přístup byl použit v mnoha případech o takové faktory, jako je etnicita a kultura (Kaplan, 1990; Matuzano, 1980; Schwartz, 1982). Schematicky název biopsychosociálního přístupu je uveden na obrázku 1.4, který ukazuje model a vlivy faktory, které podle tohoto přístupu ovlivňují zdraví.

Mezi vlivy faktory patří sociokulturní prostředí, jako je chudoba, dostupnost struktury podpory, přístup ke zdravotní péči a dalšími záznamy a legislativa a dopady na zdraví. Mezi vlivy faktory dle patří i sociální třída, etnický původ, pohlaví, věk, od zdravotní



OBRÁZEK 1.4 Biopsychosociální přístup ke zdraví

Obrázky Použili jsme celou škálu obrázků, abychom vám pomohli porozumět látce popisované v textu. Patří sem fotografie, diagramy, vývojové diagramy a teoretické modely.

CÍLE UČENÍ

Tato kapitola si klade za cíl pomoci vám v následujících bodech:

- Umět popsat důležitost toho, jak se člověk chová ke zdraví a jak lze toto chování měnit.
- Umět vysvětlit různé modely chování vůči zdraví.
- Chápat, jak lze tyto modely uplatnit v klinické praxi, a pomoci tak lidem jejich *chování změnit*.



přibližně jeden člověk ze čtyř až pěti kouří. Někteří pacienti nepřestávají kouřit dokonce ani tehdy, když se dostanou do nemocnice, přestože přitom zhravědlá muscí stát venku.

5.1 PŘEDÍÍMÁNÍ A ZMĚNA CHOVÁNÍ KE ZDRAVÍ

5.1.1 JAK SE LIDÉ CHOVÁJÍ K VLASTNÍMU ZDRAVÍ?

Na naše zdraví nepůsobí jen rizikové chování, jako je kouření. Ve známé longitudinální studii téměř sedmi tisíc osob žijících v okrese Alameda v USA bylo zjištěno, že s delším životem se pojí sedm projevů chování, které jsou uvedeny v rámečku 5.1. V seznamu jsou položky jako snítka nebo spát v noci osm hodin.

Na naše zdraví má tedy vliv celá škála různých typů chování, které lze třídit do dvou hlavních kategorií: (a) chování chránící zdraví, (b) chování ohrožující zdraví. Do kategorie **chování chránícího zdraví** se řadí např. tělesný pohyb, vhodná strava, spánek a péče o chrup. Patří sem i *preventivní prohlídky*, jako je pravidelná kontrola na výskyt chlamydií,

6.4.1 ZÁVĚRY

Tato kapitola se zabývá výzvami, které souvisejí s chronickými a nevyléčitelnými nemocmi, včetně nemalých dopadů, které tyto nemoci mohou mít na životy pacientů a jejich rodin. V poslední části jsme rovněž viděli, že tyto nemoci mohou představovat výzvu i pro zdravotníky – když vidíme pacienty umírat, jsme postaveni před obtížná etická a morální rozhodnutí. Ve zdravotnickém systému postaveném na zachraňování života může být obtížné přijmout skutečnost, že někdy nemůžeme dělat víc než podpořit pacienta v jeho umírání. Přesto je to právě tato podpora, kterou často oceňují nejvíce. Jak si všiml jeden lékař:

[illegible] **DOPORUČENÁ LITERATURA**

- Agers, S. et al. (eds) (2007) *Cambridge Handbook of Psychiatry, Health and Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press. Přířučka obsahující krátké kapitoly o mnoha tématech této kapitoly, včetně chronické nemoci, smrti a umělého, kvality života, nácviku řešení, evidenci smrti a podpůrných intervencí.
- Falliss, M., Hanks, G. (2006) *ABC of Palliative Care*. Oxford: Blackwell. Kniha poskytuje stručný, ale velmi užitečný přehled o široké oblasti kapitol o evidenci výsledků výzkumu, komunikaci o pečovatelské a reakci na smrt.
- Martz, E., Linvich, H. (2007) *Coping With Chronic Illness and Disability: Theoretical, Empirical, and Clinical Aspects*. New York: Springer. Je to výčerpavější příručka psychologických poznatků o chronických chorobách. Obsahuje i kapitoly o konkrétních problémech: AIDS, rakovina, popáleniny, rakovina, diabetes, vědecké osvědčení a neortodoxní léčby.
- Murray Parker, C., Reif, M., Coudrick, A. (1996) *Counselling in Terminal Care and Bereavement*. Leicester: British Psychological Society. Přestože jde o text starší než ostatní, které zde doporučujeme, poskytuje dobrou přípravu pro otázky, které si mohou klást lékaři, kteří se chtějí dozvědět více o terapii jako užitečné technice pomoci pacientovi po období před a po ztrátě blízkého člověka.

Doporučená literatura Na konci každé kapitoly uvádíme seznam další doporučené četby, spolu s krátkou poznámkou ke každé z knih, což vám pomůže vybrat si tituly, které si budete chtít přečíst.

Shruti

- Proces stresu sa skladá (a) zo stresorů (b) z reakci na nř.
- Ke stresu na stresor (rozdiel medzi fyziologickõmi, behaviorálnymi, emočnými a kognitívnymi).
- Ke stresu dochádza, jestliže na základě posouzení jsou vnímány nároky situace
- Většinou není vnímání zdroje a schopnosti je avádání.
- Posouzení je tedy záležitostí pro to, zda se člověk cítí ve stresu, nebo ne.
- Tělesných reakci na stres se řídí sympatický nervový systém, osa HPA a imunitní systém.
- Tělesné reakce na stres se liší podle vlastností situace, např. novosti, předvídatelnosti a ovladatelnosti.
- Lidé se liší v síle a povaze tělesných reakci na stres (vlnovitost vůči stresu)

3.2 STRES A ZDRAVÍ

3.2.1 VAZBY MEZI STRESEM A ZDRAVÍM

Vliv stresu na tělesné zdraví je u různých onemocnění různý. Existuje dostatek důkazů svědčících o tom, že stres vede k většímu výskytu infekčních onemocnění, jako je nachlazení (viz týž výzkum 3,2), k většímu výskytu kardiovaskulárních onemocnění, pomalejšímu hojení ran a zhojení autoimunitních stavů, jako je astma, revmatická artritida, zánětlivé onemocnění střev a HIV/AIDS. Příklady výzkumných vztahů oblastech ležících na okraji duševního zdraví. Chronický nebo závažný stres může vést k řadě problémů s duševním zdravím, jako je úzkost, deprese, stresové vyhoření a posttraumatické stresové poruchy (PTSD).

Stejně jako v případě našich emocí je ovšem obtížné přesně určit cesty, které mezi stresem a zdravím vedou. Čelíme tím hlavním problémům. Prvním je značná rozmanitost toho, jak lidé na stres reagují. Druhý je to tak, že když postavíme dva lidi do téže situace, jeden člověk bude ve stresu a druhý ne? Nebo že se u jednovnoho rozvine sešlástí onemocnění, zatímco druhý zůstane zdravý? Některé z těchto odlišností lze přičíst odlišnostem v posuzování, ale účinek stresu ovlivňuje i mnoho dalších faktorů, jako jsou vlastnosti situace, schopnost situaci zvládat a sociální podpora.

Druhý problém spočívá v tom, že zpravidla není možné říci, zda je nemoc důsledkem (a) výhradně stresu, nebo (b) vyhradně jiných faktorů (tj. s nulovým vlivem stresu). Nemoc má zpravidla několik příčin, od genetických přes biologické až k vlivům prostředí. Úloha stresu se také velmi různí u různých onemocnění. Traumatický stresor

Shrnutí Každá z částí je zakončena bodovým přehledem nejdůležitějších psychologických teorií a aplikací, o nichž byla v dané části řeč. Tato shrnutí jsou vztažena k cílům učení a kontrolním otázkám, a tak vám pomohou při učení a opakování.

KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Popište běžné emoční reakce na chronické onemocnění a vyvěstejte, jak mohou ovlivnit zdraví.
2. Popište jednu psychologickou intervenci pro lidi s chronickou nemocí a rozřešte důkazy svědčící o její účinnosti.
3. Co je medicína založená na vyvěření a jak můžete zjednotit klinickou péči?
4. Jaké výzvy čelí poskytovatelé nemocí pro jedince?
5. Jaké jsou důvody, proč lidé odmítají „diskusovat“ smrt a diskutovat o této prognóze a nezdravě nemocných? Řiďte.
6. Uveďte studie umělého podle Kühlerova-Ross. Vyvěstejte, jak přeměny a jak užitečné jsou pro klinickou praxi.
7. Popište procesy normálního a patologického zármutku.
8. Jaké jsou běžné symptomy při zářez bázni osoby?
9. Jaké existují druhy strachu a jaké druhy druzích strachu je zjevnost u sebevraždy?
10. Popište některé hlavní etické argumenty pro a proti eutanázii.

Kontrolní otázky Kontrolní otázky jsou uvedeny na konci každé kapitoly jako pomoc při učení a opakování na zkoušky.

1

PSYCHOLOGIE A MEDICÍNA

OBSAH KAPITOLY

- 1.1 Psychologie a medicína
- 1.2 Co je zdraví?
- 1.3 Proč je psychologie důležitá?
- 1.4 Různé přístupy k medicíně
 - 1.4.1 Biomedicínský přístup
 - 1.4.2 Biopsychosociální přístup

Rámečky

- 1.1 Obory psychologie
- 1.2 Definice zdraví
- 1.3 Zdravý rozum: skutečnost, nebo mýtus?
- 1.4 Porovnání biomedicínského přístupu s přístupem biopsychosociálním

Případové studie

- 1.1 Jsou tito lidé zdraví, nebo nemocní?
- 1.2 Anamarie Martinezová-Reginová

Obrázky

- 1.1 Kontinuum nemoc–zdraví
- 1.2 Biomedicínský přístup ke zdraví
- 1.3 Pokles úmrtí na infekční choroby ve Velké Británii
- 1.4 Biopsychosociální přístup ke zdraví

Výzkum

- 1.1 Sociální třída a morbidita

CÍLE UČENÍ

Tato kapitola si klade za cíl pomoci vám v následujících bodech:

- Chápat různé definice zdraví a umět popsat jejich význam pro léčbu.
- Umět popsat biomedicínské a biopsychosociální přístupy ke zdravotní péči.
- Uvažovat o úloze psychologických a sociálních faktorů ve zdravotní péči.

1.1 PSYCHOLOGIE A MEDICÍNA

Důležitost psychologie v celé medicínské oblasti je stále uznávanější a psychologická témata jsou dnes součástí většiny studijních osnov. Ve Velké Británii zdůrazňuje zpráva nazvaná *Lékaři zírka* potřebu většího zapojení psychologických a sociálních věd do studia medicíny (General Medical Council, 2009). Opírá se o bohaté výzkumy dokazující důležitost psychologických faktorů v mnoha úhlech pohledu na tělesné a duševní zdraví – jak uvidíte v celé této učebnici.

Z vlastní zkušenosti však víme, že medici mají množství překážek, které jim brání psychologická témata studovat. Zaprvé, psychologie je v medicíně často považována za „měkkou“ vědu. Je to s ní trochu jako s dršťkovou polévkou – studenti ji buďto milují, nebo ji nesnášejí! Ještě se k tomu v této kapitole vrátíme a doufáme, že tato kniha skeptiky mezi vámi povzbudí k bližšímu prozkoumání psychologie a k jejímu využívání v klinické praxi. Zadruhé, psychologie je široká disciplína zahrnující mnoho oborů. V důsledku toho má jen málo studentů a lékařů čas seznamovat se s bohatou škálou psychologických výzkumů a teorií, které se dnes nabízejí. Rámček 1.1 ukazuje různé psychologické obory s příklady toho, jak se mohou vztahovat k medicíně. V důsledku šířky záběru psychologie je obtížné, aby lidé působící ve zdravotnických profesích sami zjišťovali, které části jsou pro klinickou praxi nejpřínosnější. Zatřetí, záplava pseudopsychologie v populárním tisku má za následek ještě větší obtíž odlišit informace podložené seriózními výzkumy od populárních „pravd“. Další obtíží je rozlišit, kde vlastně končí lékařská péče a začíná péče psychologická nebo sociální.

Poslední obtíží je skutečnost, že až dosud neexistovala integrovaná učebnice, jež by pokrývala všechny stránky psychologie významné pro medicínu a jež by zdůrazňovala klinický význam a možnosti uplatnění těchto informací. Doufáme, že naše kniha tento problém řeší tím, že nabízí jediný integrovaný přehled psychologie významné pro medicínu, a tím, že se zamýšlí nad tím, jak lze tyto poznatky využít v lékařské praxi. Obsah učebnice jsme uspořádali do čtyř oddílů. V této úvodní kapitole se zabýváme základními otázkami pojmosloví a definujeme, jak chápeme zdraví a nemoc, proč je psychologie důležitá a jaké přístupy k medicíně existují.

První oddíl se věnuje psychologii zdraví a pokrývá teorie a výzkumy, které se týkají např. stresu, symptomů a chronických chorob, a jsou proto relevantní pro většinu oblastí

RÁMEČEK 1.1 Obory psychologie

Psychologie	Zaměření	Význam pro medicínu
zdraví	psychologické faktory a zdraví	pochopení zdravého chování, účinná podpora zdraví a intervencí, spojitosti mezi psychosociálními faktory a zdravím
klinická	psychické poruchy	pochopení emocí, emočních poruch (psychopatologie) a rozvíjení účinných intervencí
vývojová	vývoj a změny v průběhu života	pochopení normálních a abnormálních rysů vývoje v průběhu celého života
soudní	kriminální chování a psychologie v justici	pochopení trestné činnosti tam, kde má vztah k medicíně, lékařsko-právní vyšetřování a dokazování
sociální	sociální a skupinové procesy	pochopení toho, jak sociální a skupinové procesy ovlivňují naše vlastní chování a chování pacientů v lékařském prostředí
biologická a neuro-psychická	spojitost mezi fyziologickými a duševními procesy či chováním	pochopení interakcí mezi duševními a tělesnými systémy
kognitivní	vnitřní psychické procesy, např. vnímání, paměť	pochopení vnímání rizik a procesů rozhodování, jak paměťové procesy ovlivňují dodržování léčby
práce	práce, pracovní prostředí a organizace	pochopení pracovní výkonnosti a nároků na trénink, fungování zdravotnických organizací
pedagogická	učení a vzdělávání	zlepšování vzdělávání nebo školení a výcviku pracovníků ve zdravotnictví, zdravotnická osvěta

lékařské praxe. Druhý oddíl se zabývá poznatky z dalších významných oblastí psychologie, jako je mozek a chování, vývoj od dětství po stáří a vliv sociálního prostředí na lidské chování. Třetí oddíl se zaměřuje na psychologii vztahující se k různým tělesným systémům, jako je systém kardiovaskulární, respirační, gastrointestinální, imunitní, urogenitální a reprodukční. A konečně čtvrtý oddíl se soustředí na psychologii relevantní pro klinickou praxi, jako jsou komunikační dovednosti a psychologické intervence.

V celé knize naleznete klinicky významné informace a tipy v rámečcích obsahující klinické poznámky. Rámečky s aktivitami vás budou pobízet k tomu, abyste psycho-

logii vztáhli ke svým vlastním zkušenostem. Cíle učení a rámečky se shrnutím nabízejí jednoduchou cestu k hlavním bodům látky, které mohou být užitečné při přípravě ke zkouškám. Kontrolní otázky na konci každé kapitoly vám mají pomoci látku si zopakovat a sami se přezkoušet.

1.2 CO JE ZDRAVÍ?

Coby lékaři začnete vykonávat odbornosti, jejichž posláním je pomáhat lidem, aby se cítili lépe. Jenže „lépe“ stejně jako „zdraví“ neznamená pro každého totéž. Jak tedy rozhodovat o tom, koho léčit a koho neléčit? Podívejte se na příklady v případové studii 1.1 a na definice zdraví v rámečku 1.2.

PŘÍPADOVÁ STUDIE 1.1 Jsou tito lidé zdraví, nebo nemocní?



Emily je 22 let a studuje vysokou školu. Stravuje se zdravě a ráda sportuje. Matka jí zemřela na rakovinu prsu, když jí bylo 13, a její starší sestře rakovinu prsu právě diagnostikovali. Vyšetření ukázalo, že Emily má mutaci genu BRCA, což znamená, že také jí hrozí vysoké riziko téhož onemocnění. Jako preventivní opatření jí bylo nabídnuto operativní odstranění obou prsů.



David je bývalý obchodník. Je mu 50 let. Trénuje, aby dokázal sjet na lyžích „stěnu smrti“, svah ve švýcarských Alpách proslulý svou obtížností. David už ho jednou jel, když byl mladší a v lepší kondici, musel se ale zastavit a část svahu sejít krůček po krůčku. Minulý týden se o to pokusil a podařilo se mu sjet celý svah bez zastavení. Prohlašuje, že to bylo povznášející. Má nevyčísitelnou rakovinu jater a zbývá mu pravděpodobně pouhých šest měsíců života.



Karen je 32 let, je rozvedená a má čtyři děti mladší 7 let. Pracuje na půl úvazku. Její bývalý manžel se znovu oženil a právě se mu narodilo dítě. Karen se kvůli rozvodu zlobí a je pro ni obtížné udržet si jiný stabilní vztah. Je depresivní a kouří 30 cigaret denně. Před čtyřmi týdny spolykala velkou dávku paralenu v kombinaci s lahví vína a probudila se v nemocnici.

RÁMEČEK 1.2 Definice zdraví

Definice	Charakteristiky definice	Jsou zdraví, nebo nemocní?		
		Emily 	David 	Karen 
tělesná	nepřítomnost nemoci	zdravá	nemocný	zdravá
	bez náchylnosti k nemoci	nemocná	nemocný	zdravá
	velké fyzické rezervy	zdravá	nemocný	zdravá
	tělesně fit, je vitální	zdravá	zdravý	nemocná
subjektivní	bez symptomů nemoci těla	zdravá	nemocný	zdravá
behaviorální (chování)	zdravý životní styl	zdravá	zdravý	nemocná
funkční	schopnost fungovat v každodenním životě	zdravá	zdravý	nemocná
psychosociální	psychosociální pohoda	zdravá	zdravý	nemocná
sociální	schopnost přispívat společnosti	zdravá	zdravý	nemocná
kulturní	odpovídá kulturním normám zdraví	zdravá	nemocný	nemocná

Uvedené příklady dokreslují skutečnost, že „zdraví“ není snadné definovat a je velmi individuální. Výzkumy ukazují, že lidé s nevyléčitelnou nemocí mají obecně sníženou kvalitu života. Kvalita života však není jediná entita a lidé sice často vypovídají o zhoršujících se tělesných příznacích, bolesti a omezeních, současně však často hovoří o tom, že si více váží života a rodiny a vypovídají o dalších přínosech (jak dokresluje Davidův případ). Karen může hrozit výrazné riziko, protože podle výzkumů se mladé, rozvedené nebo ovdovělé ženy nejčastěji uchylují k pokusu o sebevraždu (muži ovšem bývají úspěšnější v počtu dokonaných sebevražd). Deprese je významný rizikový faktor – v Evropě

se 28 % osob s klinickou depresí někdy v průběhu života pokusí o sebevraždu (Bernal et al., 2007). Případy, jako ten Emílyn, se stanou běžnější s větším rozšířením vyšetření genetických rizik. Ženy, které podstoupily profylaktickou mastektomii, obecně vypovídají o následném snížení úzkosti ve vztahu k nádorovému onemocnění, operace má ovšem nezřídka jiné nepříznivé dopady na kvalitu jejich života.

Není pochyb o tom, že otázky zdraví jsou složité a vyžadují, abychom vždy brali zřetel na daného jedince. Musíme si uvědomovat, že zdraví a nemoc jsou pro každého člověka subjektivní stavy. Jinými slovy se ptáme, zda se člověk *cítí* být zdravý nebo nemocný nebo zda si o sobě *myslí*, že je zdravý nebo nemocný. Ptáme se, zda má tělesné symptomy, které považuje za důkaz existence problému se zdravím. O onemocnění musíme uvažovat také jako o formě patologie, která je v pozadí – přestože výzkumy ukazují, že pro většinu tělesných symptomů není nalezen fyziologický základ. Ve skutečnosti se organická příčina nalézá pouze u 10–15 % symptomů, které uvádějí pacienti v primární péči (Katon a Walker, 1998).

Zdraví uvažujeme na mnoha úrovních, na rovině tělesné, subjektivní, funkční, sociální, na rovině chování. Průzkumem přibližně devíti tisíc osob bylo zjištěno, že o zdraví v zásadě uvažujeme šesti odlišnými způsoby (Blaxter, 1990). Považujeme se za zdravé, pokud:

1. nemáme symptomy nemoci,
2. máme tělesné nebo sociální rezervy,
3. vedeme zdravý životní styl,
4. jsme tělesně fit, jsme vitální,
5. jsme v psychické pohodě,
6. jsme schopni fungovat.

To, kterou z uvedených definic použijeme, se odrazí v tom, komu se dostane léčby. Rámeček 1.2 uplatňuje jednotlivé definice na posouzení případů Davida, Karen a Emily. Ukazuje u každé z nich, kdo by byl považován za dravého a kdo by byl chápán jako nemocný. Zdravý rozum by nám napovídal, že David i Karen jsou nemocní a potřebují léčbu. David má neléčitelnou rakovinu a Karen se pokusila o sebevraždu. David by ovšem byl klasifikován jako nemocný podle definic týkajících se tělesného zdraví, ale ne už podle definic funkčních, psychosociálních a behaviorálních. Naproti tomu Karen by byla klasifikována jako nemocná ve vztahu k chování a podle funkční a psychosociální definice, ale nikoli podle definic týkajících se tělesného zdraví. Jediná definice zdraví, která by je oba klasifikovala jako nemocné, je ta, která vychází z hlediska kulturní normy zdraví – jinými slovy jsou oba mimo normu naší společnosti pro to, co je považováno za zdravé.

O zdraví proto musíme uvažovat na mnoha úrovních. Světová zdravotnická organizace (WHO) se o to pokusila tím, že **zdraví** definuje velmi široce takto: *stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a nikoli pouhá nepřítomnost nemoci nebo postižení* (WHO, 1992). Na této definici je cenné, co všechno zahrnuje, a její důraz na pocit pohody bere v úvahu



AKTIVITA 1.1 CO JE ZDRAVÍ?

- Ohodnotte své vlastní zdraví na škále od 1 (velmi špatné) do 10 (vynikající).
- Které faktory pro vás byly důležité jako pomoc při rozhodování o tom, jak své zdraví ohodnotit?

individuální rozdíly v subjektivním vnímání zdraví. Definice však bývá kritizována za to, že je příliš široká, a není proto příliš užitečná, a také za to, že se odkazuje na utopický „dokonalý“ stav, kterého dosáhne jen málokdo z nás, i když se cítíme být zdraví.

Dohadovat se o slůvkách v definicích zdraví může někomu připadat jako přehnaný pedantismus, tyto definice však mohou mít dalekosáhlé důsledky pro léčení, které zdravotnictví poskytuje. Pokud bychom si např. stanovili za cíl zdraví podle uvedené definice WHO, vystavovali bychom země nerealistickému tlaku požadováním toho, aby zajistily sociální prostředí a zdravotní systémy, v jejichž důsledku by všichni lidé žili ve stavu úplné pohody. Jiné hlasy namítají, že koncepce úplné pohody si plete štěstí se zdravím (Saracci, 1997). To otevírá dveře neomezeným nárokům na léčení, jestliže lidé chápou usilování o štěstí jako legitimní cíl zdravotnictví. Jedním z příkladů je obrovský nárůst kosmetické chirurgie, která lidem napomáhá k tomu, aby se cítili spokojenější se svým vzhledem.

Způsob, jakým zdraví definujeme, má proto dopady na to, kdo může být chápán jako zodpovědný za naše zdraví, a na to, jaká zdravotní péče se nabízí. Tyto dopady nejsou zdaleka jen medicínské, ale ovlivňují rovněž politiku a zákony dané společností. V západním světě převládá stanovisko, že za své zdraví je zodpovědný každý člověk sám tím, že přijme zdravý, nebo nezdravý životní styl. Zavádějí se opatření, jež usilují o zlepšení našeho životního stylu a zdraví, např. v podobě ovoce podávaného malým dětem ve školách nebo zákazu kouření na veřejných místech.

Nápadným příkladem toho, jaký dopad má naše definice zdraví na léčbu, jsou rostoucí počty obézních dětí, které úřady umísťují do pěstounské péče ve snaze bojovat s jejich obezitou. Příběh jednoho z takových dětí popisuje případová studie 1.2. Takový postup vychází z řady diskutabilních předpokladů, k nimž patří názor, že:

1. obezita je nemoc,
2. obezitu lze kontrolovat způsobem stravování,
3. hlavní příčinou dětské obezity je chování rodičů,
4. tělesné zdraví dítěte má přednost před psychologickým dopadem odnětí dítěte z rodiny.

Závěrem lze říci, že vzhledem k vícedimenzionální povaze zdraví je obtížné vhodnou definici nalézt. Antonovsky (1987) proto navrhuje, abychom **zdraví** chápali jako **kontinuum** od optimálního dobrého zdraví po smrt, jak ukazuje obrázek 1.1. Na pravé



OBRÁZEK 1.1 Kontinuum nemoc–zdraví

Zdroj: Antonovsky, 1987 – upraveno podle: Sarafino, 2002

PŘÍPADOVÁ STUDIE 1.2 Anamarie Martinezová-Reginová



V srpnu 2000 převzal stát Nové Mexiko v kontroverzním soudním případě do opatrovnictví tříletou Anamarii z důvodů její morbidní obezity. Byla odebrána rodičům a na tři měsíce svěřena do pěstounské péče. Rodiče měli nařízenou pětiměsíční mlčenlivost, nesměli se tedy k případu veřejně vyjadřovat.

Anamarie vážila třikrát víc než normální tříleté dítě a byla o 50 % vyšší. Absolvovala řadu testů, které měly odhalit příčinu jejího zrychle-

ného růstu, lékaři ale nedokázali odhalit žádnou zdravotní příčinu.

Během umístění v pěstounské péči měla Anamarie přísnou dietu, ztratila kila a naučila se chodit bez pomoci. Emoční dopad odebrání od rodičů je obtížné posoudit (např. přestala mluvit španělsky, což byl mateřský jazyk jejího otce).

Po třech měsících soudních a politických třenic byla Anamarie vrácena rodičům, stát si však nad ní ještě nějakou dobu ponechal právní dohled a sledoval její pokroky. Léta poté žije Anamarie doma se svými rodiči na programu, který zahrnuje přísnou dietu a cvičení. Je stále obézní a roste mnohem rychleji než ostatní děti jejího věku. V sedmi letech měřila 150 cm a její stav zůstává lékařskou záhadou.

(Fotografie reprodukována se svolením od Malingering/www.flickr.com.)

straně kontinua nalezneme techniky zlepšování zdraví povzbuzující k volbě životního stylu, který je pro dobré zdraví jedince optimální. Lékařská péče se zaměřuje na levou stranu kontinua, kde se nachází nemoc, tedy lidé vykazující známky nebo příznaky onemocnění. V Británii je ironií skutečnost, že zdravotnický systém nese název *National Health Service*, obsahuje tedy slůvko *zdraví*, přestože se převážně zabývá levou stranou kontinua, tedy nemocí!

1.3 PROČ JE PSYCHOLOGIE DŮLEŽITÁ?

Důležitost požadavku léčit nikoli pouze nemoc, ale nemocnou osobu se všeobecně uznává. Každý člověk je jedinečnou směsicí myšlení, emocí, osobnosti, vzorců chování a vlastní osobní historie a zkušeností. Čím více to budeme chápat, tím více nám to pomůže lépe léčit naše pacienty. Už jsme se ale zmínili o tom, že psychologie je tak trochu jako dršťková polévka – buďto ji milujete, nebo ji nemůžete cítit! Ti, kteří ji nemají v lásce, často poznamenávají např.: „Je to všechno jen otázka zdravého rozumu“, „Je to zajímavé, ale nechápu, jak to může pomoci“ nebo „Radši dělám skutečnou medicínu“. Nyní se nad každou z uvedených námitek postupně zamyslíme.

„V psychologii nejde o víc než o zdravý rozum“

Výroky vycházející z psychologického výzkumu se skutečně často shodují s tím, co lze považovat za zdravý rozum. Jako příklad uveďme takové závěry, jako „stres člověku škodí“, „zdravý životní styl je důležitý“ nebo „lidé trpící chronickým onemocněním mají horší kvalitu života“. Pokud by toto bylo všechno, co nám psychologie může nabídnout, většina z nás by jistě obor odmítla jako pouhou záležitost zdravého rozumu. Hodnota psychologického výzkumu spočívá v tom, že:

- *testuje* běžné názory empiricky, aby je potvrdila, nebo nepotvrdila;
- *jde za hranice* toho, co nám říká zdravý rozum;
- ne vždy se lidé zdravým rozumem řídí!

Nejprve se podívejme na empirické testování stanovisek zdravého rozumu. Spousta výroků tzv. zdravého rozumu si ve skutečnosti protiřečí. Například rčení „Vrána k vráně sedá“ a „Protiklady se přitahují“ si navzájem protiřečí. V některých případech psychologické výzkumy stanoviska zdravého rozumu potvrzují, zatímco v jiných je odmítají. Některé z příkladů takových názorů, které byly empiricky přezkoumány, jsou uvedeny v rámečku 1.3 – prohlédněte si jednotlivé výroky a zkuste se sami rozhodnout, zda jde o fakta, nebo o mýty.

Výzkumy ve skutečnosti žádný z názorů uvedených v rámečku 1.3 nepodpořily. Vědecké postupy nejenže zpochybňují názory zdravého rozumu, ale zkoumají také to, co přesahuje běžný rámec obecných znalostí, jako např. proč deprese vystavuje lidi vyššímu riziku srdečního onemocnění, zda existují kritická období ve vývoji jedince, během nichž jsou malé děti citlivější na psychosociální a biologické prostředí, a zda by psychoterapie měla usilovat o změnu toho, *co* si lidé myslí, anebo jaký *vztah* vůči svým myšlenkám mají. Existuje mnoho dalších podobných příkladů, o nichž budete v celé této knize číst.

RÁMEČEK 1.3 Zdravý rozum: skutečnost, nebo mýtus?

1. Stáří provázejí deprese a sociální stažení.¹
2. Lidé s lepším životním standardem jsou šťastnější.¹
3. Když mají lidé obavy, negativní výsledky testů je přesvědčí.²
4. Lidský charakter se formuje vlivem tvrdé rodičovské disciplíny.¹
5. Když budete chodit venku v mokru, s větší pravděpodobností nastydnete.³
6. Vitamin C působí jako prevence nachlazení.⁴
7. Klid na lůžku je dobrou doplňkovou léčbou při zdravotních potížích.²

Zdroje: 1 – McCrae & Costa (2003); 2 – Flaherty (2007); 3 – NIAID (2006); 4 – Hemilä et al. (2007)

„Psychologie je zajímavá, není ale užitečná“

Většina lidí považuje alespoň některé části psychologie za zajímavé, to ale ještě nemusí znamenat, že je považují za užitečné. Musíme se ptát, co přesně znamená, když je v medicíně něco užitečné. Pokud je cílem medicíny účinně lidi léčit a vracet jim zdraví, co všechno to obnáší a jak v tom může být nápomocná psychologie? Abychom lidi mohli účinně léčit, musíme umět (1) přesně diagnostikovat problém a (2) tento problém odpovídajícím způsobem léčit. Psychologie může být nápomocná v obou těchto oblastech. Přesným diagnózám může napomáhat porozumění tomu, jak přesvědčení utváří chování člověka spojené s vyhledáním pomoci, jak ovlivňuje jeho vnímání a popis symptomů (kapitola 4). Dojednání přijatelného a účinného léčebného plánu nám může pomoci porozumět procesu rozhodování, chápat, v důsledku čeho bude člověk s větší pravděpodobností léčbu dodržovat a jaký vliv mají přesvědčení a emoce jedince (kapitola 17). V případě takových onemocnění, jako je HIV, kde neexistuje medicínská léčba, je pro omezení dalšího šíření nemoci zásadně důležitá změna chování (kapitola 15). To mohou usnadnit účinné komunikační dovednosti (kapitola 18). A tak nám pochopení psychologických a sociálních procesů pomůže jak v diagnostice, tak v účinné léčbě.

Psychologie nám může rovněž pomoci lépe porozumět jednak psychologickým příznakům (*symptomům*), jako je úzkost či deprese, které se mohou objevit na škále od mírné po závažnou, jednak *diagnostickým poruchám*, jako je panická porucha, velká deprese nebo schizofrenie. Ve Velké Británii jsou psychologické symptomy úzkosti a deprese příčinou přibližně 9 % všech návštěv u praktického lékaře (Národní statistický úřad, 2000). Většina pacientů s psychologickými symptomy však lékaři prezentuje symptomy tělesné (Kroenke, 2003a). V jedné ze studií měli lékaři primární péče (praktičtí lékaři) v Británii hodnotit obsah 2 206 návštěv a výsledkem bylo zjištění, že navíc k návštěvám z důvodu psychologických symptomů lékaři hodnotili dalších 30 % případů jako návštěvy zahrnující psychologický obsah (Ashworth et al., 2003).

O silné spojitosti mezi tělesným a duševním zdravím není pochyb, a pokud se soustředíme pouze na jednu stránku, riskujeme, že nám uniknou důležité informace a předejdeme neúčinnou léčbu. Například chronická onemocnění provází nárůst duševních poruch (Cooke et al., 2007). Na druhou stranu lidé trpící duševními poruchami jsou větší měrou ohroženi nemocemi těla. Celosvětová studie spojitosti mezi lékařsky nevysvětlitelnými symptomy a duševními poruchami ukázala, že 69 % pacientů s pěti a více nevysvětlenými symptomy mělo některou z duševních poruch, v porovnání se 4 % pacientů bez nevysvětlených symptomů (Kisely et al., 1997). Některé psychologické intervence, např. kognitivně-behaviorální terapie (KBT), mohou být účinné při zvládnání nebo léčbě onemocnění, která mají jak tělesné, tak psychické prvky, jako je obezita, chronické bolesti, syndrom dráždivého tračníku nebo závislosti (kapitoly 11–16). Psychologické intervence lze užít také při léčbě celé škály duševních poruch včetně bipolární poruchy, poruchy osobnosti a schizofrenie (kapitoly 16–19).

Přestože nám znalost psychologie může pomáhat k větší účinnosti lékařské praxe, mnohé studenty psychologie odrazuje, jelikož jim připadá, že je „měkká“ nebo „zajímavá, ale neexistuje správná odpověď“. Psychologie může v porovnání s mnoha jinými teoriemi působit abstraktně či nejednoznačně. Důvodem je skutečnost, že při zkoumání člověka musíme pracovat s výstupy, jako je chování, které jsou ovlivňovány mnoha faktory. Vysvětlující teorie jsou proto ověřovány užitím celé škály výzkumných metod a statistických postupů ve snaze zjistit, které faktory jsou nejdůležitější. To znamená, že psychologie studentům často předkládá různé soupeřící teorie a podpůrné či odporující důkazy (a tato kniha v tom není výjimkou!). Nejednoznačnost či nejistota v tom obsažená může být v přímém rozporu s velkým množstvím fyziologických a anatomických skutečností, jejichž osvojení se od mediků očekává v prvních několika letech studia.

Psychologie tedy mnohdy vyžaduje odlišný způsob uvažování. Neměly by však být pochybnosti o tom, že tento způsob uvažování je sám o sobě užitečnou dovedností – a navíc takovou, která se v pozdější lékařské praxi může ukázat jako zásadní. Pacienti např. zřídka kdy přicházejí s jasně definovaným učebnicovým souborem příznaků. Při snaze pacienta diagnostikovat a léčit budete často muset utvářet hypotézy o tom, co je zřejmě špatně, potom nalézt způsob, jak svou hypotézu ověřit či otestovat a poté ji reformulovat, jestliže ji provedené testování nepotvrdí. Stále existuje mnoho onemocnění, pro jejichž potvrzení neexistují vhodné testy. Jsou to takové stavy, jako je např. syndrom chronické únavy nebo syndrom dráždivého tračníku (kapitola 13). Tak jako samotná psychologie i tyto stavy v sobě obsahují jistou míru nejednoznačnosti a otevřenosti vůči alternativním vysvětlením, zejména v raných stádiích diagnózy a léčby.

„Psychologie není skutečná medicína“

Většina studentů přichází na medicínu s nadšením, že se dozví, jak přesně funguje lidské tělo, jak se může pokazit a jak ho mohou spravit. Učit se o srdci a způsobech resuscitace

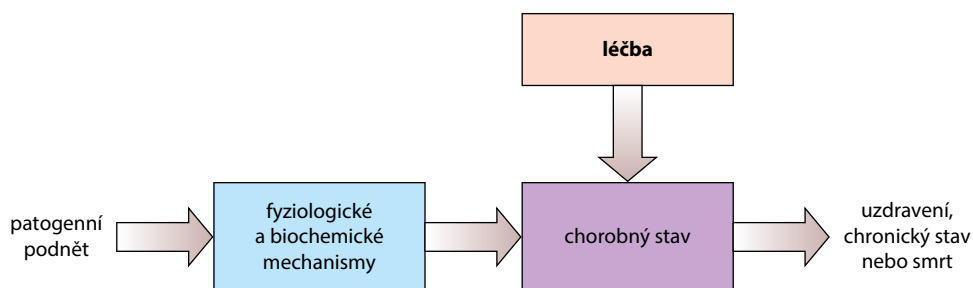
člověka je o tolik blíž všeobecné představě o tom, co znamená být lékařem, než se učit o takových tématech, jako je zdravé chování a stres. To naznačuje mechanický pohled na tělo a medicínu. Takový pohled není nový: vychází z dualistického přesvědčení, které chápe mysl a tělo odděleně a nezávisle. Dualismus má své kořeny v klasické filozofii a měl podporu také u pozdějších myslitelů, jako byl René Descartes (1637). Zaměření na mechaniku lidského těla umožnilo v průběhu 18. a 19. století rychlý pokrok v medicíně. Lékařské znalosti exponenciálně rostly s tím, jak se lékaři a vědci soustředili na stále podrobnější fyziologické procesy a odhalovali příčiny patologie. Rozmach zažívala i léčba: došlo k rozšíření antibiotik a očkování a byla zavedena anestezie. Nevýhodou dualismu je to, že vedl k **biomedicínskému přístupu** či modelu, který v medicíně převládal celá staletí. Tento přístup, který popisujeme níže, je založen na oddělení těla a mysli, které je v mnoha směrech na škodu věci.

1.4 RŮZNÉ PŘÍSTUPY K MEDICÍNĚ

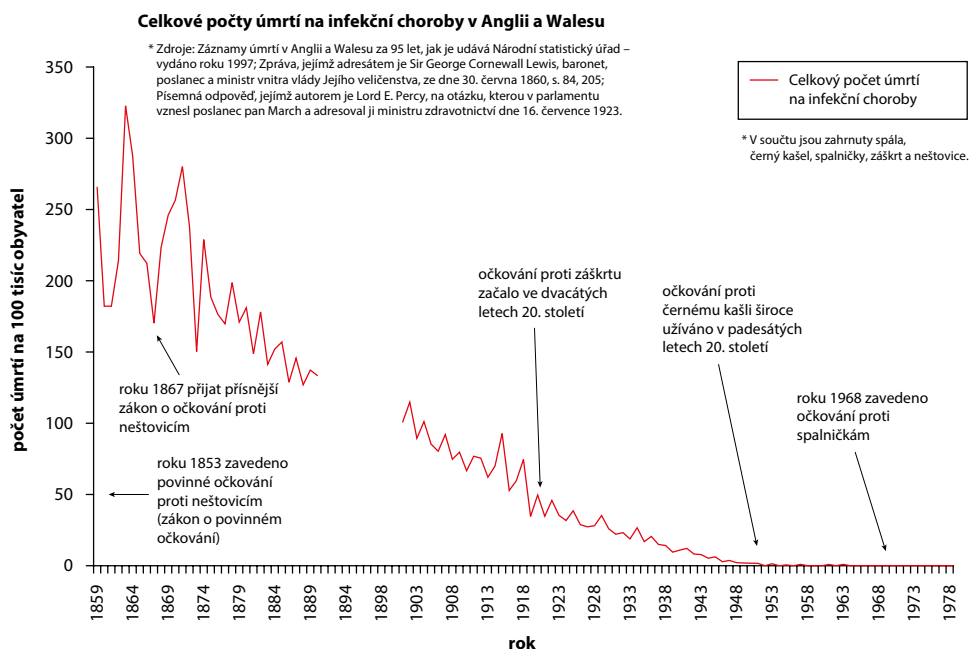
1.4.1 BIOMEDICÍNSKÝ PŘÍSTUP

Biomedicínský přístup k medicíně je ve zkratce znázorněn na obrázku 1.2. Tento přístup předpokládá, že každou nemoc lze vysvětlit fyziologickými procesy: léčba proto působí na nemoc, nikoli na člověka. Vychází z existence lineárního průběhu příčinné souvislosti od patogenu k osobě a nikoli naopak. Psychologické a sociální procesy jsou oddělené a nahodilé. Biomedicínský přístup se proto nezabývá člověkem jako celkem.

Přestože tento přístup v medicíně převládá a vedl k obrovskému pokroku, je z mnoha důvodů kritizován, zejména proto, že nebere v úvahu vliv (1) sociálních a (2) psychologických faktorů na zdraví. Z historického pohledu je vliv sociálních faktorů na zdraví populace jednoznačný. Vezměme si za příklad infekční onemocnění. Obrázek 1.3 ukazuje rychlý pokles úmrtní na infekční nemoci ve Velké Británii mezi lety 1859 a 1978 a současně ukazuje, kdy bylo zavedeno očkování. Vidíte, že k největšímu poklesu počtu



OBRAZÉK 1.2 Biomedicínský přístup ke zdraví (upraveno podle: Lovallo, 2004)



OBRÁZEK 1.3 Pokles úmrtí na infekční choroby ve Velké Británii

Graf reprodukován se svolením Romana Bystryňky (www.healthsentinel.com)

úmrtí na infekční onemocnění došlo ještě *před tím*, než byla zavedena většina vakcinací. To lze částečně vysvětlit zavedením účinnější léčby, ale do značné míry to lze přičíst změnám v tom, že populace začala chápat nemoc a její ovlivnění životním stylem. Například v polovině 19. století si lékař John Snow povšiml, že se výskyt epidemií cholery v Londýně shluchoval okolo určitých zdrojů vody. To vedlo k lepšímu pochopení příčiny přenosu cholery, stejně jako k takovým sociálním změnám, jako byly lepší dodávky vody a zvýšená hygiena. Zde vidíme, že biomedicínské znalosti či poznatky v oblasti veřejného zdraví byly impulsem k sociální změně a omezení výskytu cholery a mnoha dalších nemocí nelze vysvětlit čistě biomedicínsky.

Sociální faktory jsou stejně důležité i dnes. Jedním z nejstabilnějších nálezů ze všech výzkumů veřejného zdraví je vliv společenské třídy na zdraví. Lidé z nižších společenských tříd jsou vystaveni většímu riziku onemocnění (**morbidity**) nebo úmrtí (**mortality**) z řady příčin. Toto zvýšené riziko je částečně důsledkem odlišností v životním stylu. Lidé z nižších společenských tříd např. mívají horší stravu, těžší pracovní a životní podmínky a častěji kouří. Výzkumy ovšem naznačují, že i poté, kdy jsou tyto faktory vzaty v úvahu, lidé z nižších společenských tříd i nadále zůstávají více ohroženi špatným zdravím (výzkum 1.1).

Vliv životního stylu na nemoc dokresluje důležitost psychosociálních faktorů, které však biomedicínský model nebere v úvahu. Pochopení a změna chování k vlastnímu

VÝZKUM 1.1 Sociální třída a morbidita

Východiska

Na morbiditu (nemocnost) a mortalitu (úmrtnost) má vliv nejen chování, ale také socioekonomické postavení člověka. Cílem tohoto výzkumu bylo určit relativní důležitost společenské třídy a chování ve vztahu ke zdraví.

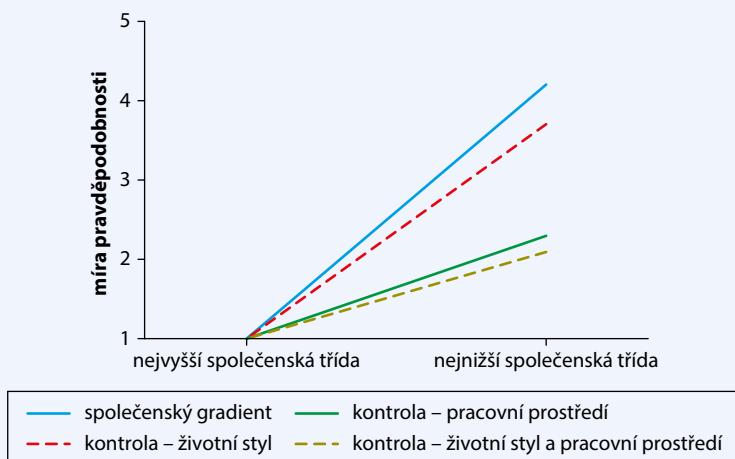
Metody a nálezy

Dánská národní kohortová studie pracovního prostředí byla výhledovou studií 5 001 osoby ve věku od 18 do 59 let a probíhala po dobu pěti let. S účastníky byl veden rozhovor v prvním roce a znovu o pět let později. Zjišťovalo se zdraví na základě sebehodnocení, dále společenská třída, faktory životního stylu a práce.

Lidé z nejnižší společenské třídy vypovídali o svém špatném zdraví až třikrát častěji než lidé z nejvyšší společenské třídy a jejich zdravotní stav se také během pěti let trvání studie nejčastěji zhoršil. Špatné zdraví však mělo souvislost rovněž s životním stylem (kouření, obezita) a pracovními faktory (monotónní, nekvalifikovaná práce, nízká bezpečnost, větší vystavení povětrnostním vlivům a fyzická rizika). Faktory životního stylu a práce se podílely 66 % na účincích sociální třídy na zdraví, přičemž podíl faktorů práce byl nejvýraznější (viz graf). Přestože se vliv sociální třídy na zdraví snižuje, zůstává i nadále výrazný.

Významnost

Přestože se tato studie spoléhala pouze na vlastní hodnocení zdraví zkoumanými osobami a nezjišťovala další faktory, jejichž významnost pro zdraví je známa (např. sociální zdroje a sociální podpora), ukázala, že nejsilnějšími faktory působení příslušnosti ke společenské třídě na zdraví člověka jsou faktory práce a životního stylu.



Borg, V., Kristensen, T. S. (2000), Social class and self-rated health: Can the gradient be explained by differences in life style or work environment? *Social Science & Medicine*, 51: 1019–1030.

zdraví by v naší společnosti udělaly pro snížení nemocnosti a úmrtnosti víc než cokoli jiného (kapitola 5). Tak např. se odhaduje, že jedno ze čtyř úmrtí na rakovinu je v Británii důsledkem nezdravého stravování a obezity (Výzkum rakoviny ve Spojeném království, 2010). Nadměrná konzumace alkoholu má přímou souvislost se zvýšeným počtem onemocnění jater a rakoviny zažívacího traktu (kapitola 13). Kouření má přímou souvislost s rakovinou plic – třetí nejčastější příčinou úmrtí v Británii (kapitola 12).

Důležitý není jen životní styl. Na zdraví mají vliv také individuální faktory, jako je osobnost, zdravé chování a přesvědčení. Tak např. lidé se silným osobnostním rysem svědomitosti se v menší míře chovají riskantně a častěji se věnují činnostem, které mají příznivý vliv na zdraví. Není proto překvapením, že se u nich nalézá větší pravděpodobnost dosažení vyššího věku (Stone a McCrae, 2007). Stres a deprese mají výraznou spojitost s celou řadou onemocnění včetně kardiovaskulárního, u kterého nálezy hovoří o tom, že se oba tyto faktory pojí s nástupem nemocí srdce (kapitola 12).

Dobрым příkladem vlivu našeho přesvědčení na zdraví a nemoc je tzv. **efekt placebo**, kdy se lidé uzdraví, protože si myslí, že se uzdraví, nikoli v důsledku léků nebo jiné fyzické léčby. Efekt placebo se zpravidla testuje tak, že jedné skupině pacientů je podáván falešný lék (skupina s placebem) a jejich uzdravování se porovnává s jinou skupinou pacientů, kteří dostávají aktivní lék (skupina s lékem) nebo nedostávají žádný lék (kontrolní skupina). Efektem placebo je uzdravení, k němuž dojde ve skupině, která dostala falešný lék, které je výraznější než jakékoli uzdravení pozorované v kontrolní skupině. Tento efekt je dobře znám a existují důkazy o tom, že výraznou měrou se na něm podílí přesvědčení. Například studie chirurgické léčby osteoartritidy porovnávala dva různé postupy (artroskopické odstranění neživé tkáně a výplach) s placebo operací, při níž byli pacienti uspáni a byly jim provedeny incize na kůži, do rány však nebyl vložen artroskop. Ti, kteří podstoupili placebo operaci, vykazovali ještě po dvou letech tutéž

KLINICKÉ POZNÁMKY 1.1

V primární péči:

- Až třetina pacientů, které můžete vidět, má některou duševní poruchu, a mnohem více jich má nějaké psychické problémy nebo symptomy.
- Fyzické příčiny jsou zpravidla nalezeny jen u zhruba 15 % symptomů, které lidé mají.
- Psychické a fyzické symptomy jsou v těsném vztahu. Mnoho pacientů se proto zmíní pouze o příznacích tělesných, takže je důležité zeptat se jich i na ty psychické.
- Při léčbě lze velkou část účinku léku připsat pacientově víře v to, že mu lék pomůže, než skutečnému účinku léku samotného.



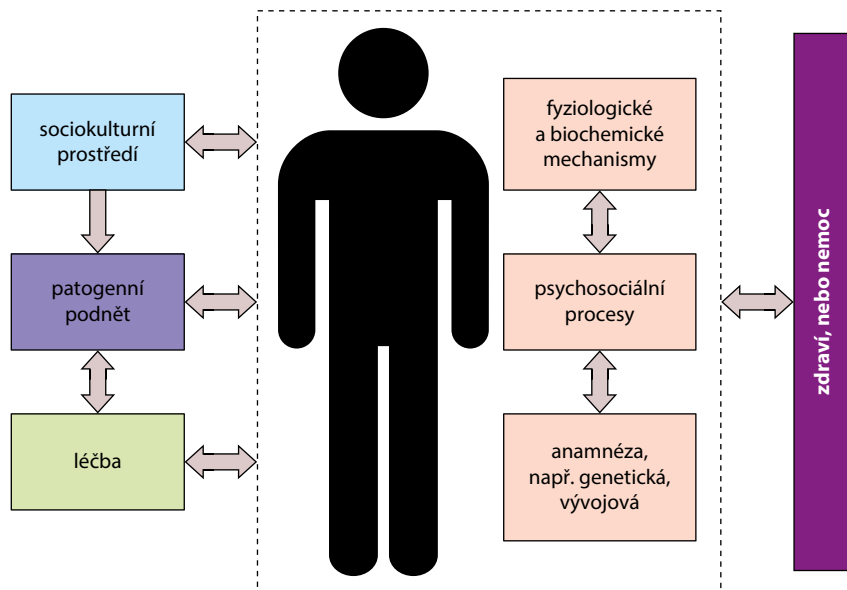
míru zlepšení jako pacienti po skutečné operaci (Moseley et al., 2002). Efektu placeba se budeme věnovat podrobněji ve 4. kapitole.

Žádný z uvedených účinků sociálních a psychologických faktorů na zdraví nelze vysvětlit biomedicínským přístupem. I v dobách, kdy biomedicínský přístup v lékařství zcela převládal, si většina lékařů a dalších odborníků v lékařství důležitost psychologických a sociálních faktorů uvědomovala. Pracovat v biomedicínském rámci ovšem znamenalo, že se tyto faktory výslovně nevyjadřovaly ani nevyužívaly ve prospěch medicíny. Zůstávaly proto součástí lékařského *umění* spíše než lékařské *vědy* – je ovšem ironií, že pojem „medicína“ pochází z latinského *medicīna (ars)* – (umění) uzdravování.

1.4.2 BIOPSYCHOSOCIÁLNÍ PŘÍSTUP

Biopsychosociální přístup, jak jej prosazoval Engel (1977), je rámec, který bere v úvahu biologické, psychologické a sociální faktory. Tento přístup byl později rozšířen ještě o takové faktory, jako je etnicita a kultura (Kaplan, 1990; Matarazzo, 1980; Schwartz, 1982). Schematický náčrt biopsychosociálního přístupu je uveden na obrázku 1.4, který ukazuje osobní a vnější faktory, které podle tohoto přístupu ovlivňují zdraví.

Mezi vnější faktory patří sociokulturní prostředí, jako je chudoba, dostupnost struktur podpory, přístup ke zdravotní péči a dalším zařízením a legislativa s dopady na zdraví. Mezi vnější faktory dále patří široká škála různých patogenních podnětů, od vystavení



OBRÁZEK 1.4 Biopsychosociální přístup ke zdraví

viru přes pasivní kouření, např. po bydlení v oblasti s vysokým obsahem radonových plynů. Mezi vnější faktory dále patří jakákoli léčba, které se jedinci dostává a která může působit na patogenní podněty nebo na daného jedince.

Mezi vnitřní faktory patří osobní historie, psychosociální procesy a fyziologické a biochemické mechanismy. Osobní historie či anamnéza zahrnuje množství faktorů, jako je etnický původ, genetické informace, naučené chování, vývojové procesy a dřívější choroby. To vše má nevyhnutelně vliv na psychosociální procesy, jako je životní styl, sociabilita, osobnost, nálada, vnímání symptomů, chování, dodržování léčby atd., a toto vše potom zpětně působí na fyziologické mechanismy a je jimi dále ovlivňováno.

Vezměme si za příklad kouření. Mnoho lidí uvádí, že jim při prvním ochutnání cigarety vůbec nechutnala. Proč tedy lidé v kouření pokračují, až se na cigaretách stanou závislími? Většina lidí začíná kouřit během dospívání, kdy je pro ně důležité získat souhlas vrstevnické skupiny a naplňovat skupinové normy. Nejčastější výskyt kouření nalézáme u osob ze zanedbaného prostředí s nízkým socioekonomickým postavením (West a Hardy, 2007). Proto dítě vyrůstající v zanedbané oblasti bývá více vystaveno tlaku ostatních, kteří kouří, a je pravděpodobnější, že začne kouřit, což tuto skupinovou normu dále zesiluje. Pokud takové dítě nemá motivaci kouření se zbavit, není pravděpodobné, že vyhledá pomoc.

Patogeny v cigaretách znamenají, že s pokračujícím užíváním hrozí kuřákům rostoucí riziko mnoha nemocí včetně rakoviny plic, chronické obstrukční plicní nemoci, chorob srdce, rakoviny v oblasti hlavy a krku, impotence, neplodnosti, onemocnění dásní, bolesti zad a diabetu druhého typu (West a Hardy, 2007). To, zda člověk některou z těchto chorob onemocní, bude podle biopsychosociálního přístupu záležet na dalších aspektech, jako je jeho individuální náchylnost, fyziologické procesy, další rysy chování a životního stylu a míra vystavení dalším patogenům. Abychom se však vrátili k našemu příkladu, ne všechny děti ze zanedbaného prostředí budou kouřit. Sociokulturní prostředí je tedy v interakci s charakteristikami každého dítěte, jež rozhodne o vystavení patogenu z cigaret, o pravděpodobnosti vyhledání léčby a riziku onemocnění.

Biopsychosociální přístup poskytuje jasný rámec, který sumarizuje to, co mnozí odborníci v lékařské praxi vědí intuitivně. O krok vpřed oproti biomedicínskému přístupu jde v tom smyslu, že výslovně hovoří o propojenosti psychologických a sociálních faktorů se zdravím. Nemoc je chápána tak, že je zapříčiněna mnoha faktory na různých úrovních, tedy nikoli čistě jen patogeny, kterými nemoc vysvětluje biomedicínský model. Odpovědnost za zdraví a nemoc proto spočívá také na jednotlivcích a společnosti, nikoli pouze na samotných zdravotnících. Obdobně je také léčba chápána tak, že se na ní podílejí faktory tělesné, psychologické a sociální, nikoli tedy jen izolované faktory tělesné. Další porovnání hlavních rysů biomedicínského přístupu a přístupu biopsychosociálního je obsahem rámečku 1.4.

Biopsychosociální přístup se odráží ve výzkumu, vzdělávání a klinické praxi. Měl by vést k úplnějšímu výzkumu, který zkoumá více rovin, systémů a faktorů, které se na zdraví podílejí. V klinické praxi by navíc biopsychosociální přístup měl vést k úplnějšímu

RÁMEČEK 1.4 Porovnání biomedicínského přístupu s přístupem biopsychosociálním

	Biomedicínský přístup	Biopsychosociální přístup
vztah mysl-tělo	oddělené; nezávislé (dualismus)	součástí dynamického systému; navzájem se ovlivňují
příčina nemoci	patogeny	vícečetné faktory na různých úrovních
příčinná souvislost	lineární	kruhová
psychosociální faktory	nevýznamné	zásadní
přístup k nemoci a léčbě	redukcionistický	holistický
zodpovědnost za zdraví	zdravotníci, např. boj s nemocí	jedinci/společnost, např. zdravý životní styl
zaměření léčby	vymýcení nebo omezení patologie	tělesné, psychologické a sociální faktory podílející se na nemoci
zaměření osvěty	vyhýbání se patogenům	snížení tělesných, psychologických a sociálních rizikových faktorů

pochopení mnoha faktorů, které mohou přispívat ke zdraví nebo nemoci. To by potom mělo vést k **holističtějšímu přístupu**, tedy k léčbě celého člověka. Důsledkem biopsychosociálního přístupu je již nyní přístup k medicíně, který je více zaměřený na pacienta (Borrell-Carrio et al., 2004). Měl by vést rovněž k lepší přípravě mediků se zapojením poznatků o psychologických a sociálních faktorech.

Biopsychosociální přístup tedy v porovnání s přístupem biomedicínským představuje krok vpřed a jeho využívání by mělo vést ke zjevným výhodám. Je proto poněkud matoucí, že více než 30 let poté, kdy byl představen, není biopsychosociální přístup ještě stále všeobecně využíván či praktikován v medicíně ani psychologii. Biopsychosociální přístup se sice vyučuje ve většině vzdělávacích programů pro odborníky v lékařství, výuka se však zpravidla odehrává v určitém teoretickém rámci, bez aplikování na klinickou práci. Jak si všiml jeden medik: „První dva roky v posluchárně pojem létal vzduchem co možná nejčastěji, a potom, během dvou závěrečných klinických let, se zcela vytratil“ (Myunclestu, 2005).

Máme tedy před sebou ještě stále dlouhou cestu k řádnému zakomponování biopsychosociálního přístupu do medicíny. Tato skutečnost může mít řadu důvodů. Biomedicínský přístup převládal celá století a moderní medicína se vyvíjela v jeho rámci. Přestože se biopsychosociální přístup může jevit jako jednoduchý, ve skutečnosti zapojení všech

různých prvků má za následek to, že je praktické uskutečňování výzkumu i medicíny obtížnější. Biopsychosociální přístup navíc předpokládá nikoli lineární, ale kruhovou příčinnou souvislost. Jinými slovy to, že tělesné, psychické a sociální faktory se všechny mezi sebou navzájem ovlivňují. To znamená, že jen zřídka kdy existuje jednoduchý a lineární vztah příčiny a následku mezi jediným faktorem a nemocí. Tím vznikají v klinické praxi obtíže, protože musíme zvolit jednu léčbu nebo dát jedné léčbě přednost. Abychom to mohli udělat, musíme uvažovat v kategoriích hierarchie příčin (např. jedna příčina je důležitější než ostatní) a linearity léčby (např. odstranění této příčiny odstraní nemoc) (Borrell-Carrio et al., 2004).

Zamyslete se nad případem Anny, padesátileté ženy s hypertenzí. Její hypertenze může být důsledkem Anniny vysoké hladiny cholesterolu, obezity, kouření, namáhavé práce, nedostatku podpory doma nebo jejích perfekcionistačtích sklonů a nadměrného smyslu pro odpovědnost, v jejichž důsledku pracuje mnoho hodin a je ve stresu. To, které z těchto vysvětlení přijmeme, bude mít vliv na léčbu, kterou jí nabídneme. Pokud bychom zvolili biologickou příčinu (vysoká hladina cholesterolu), léčili bychom Annu léky snižujícími cholesterol. Pokud bychom zvolili vysvětlení chováním (kouření a obezita), mohli bychom Annu povzbuzovat v tom, aby přestala kouřit nebo zhubla. Pokud bychom přijali psychologické vysvětlení (stres a maladaptivní přesvědčení), mohli bychom Anně nabídnout sezení ke zvládání stresu nebo psychotherapii. A konečně, pokud bychom zvolili sociální vysvětlení (pracovní stres a malá podpora), mohli bychom ji poslat do místní podpůrné skupiny, svépomocné skupiny nebo za specialistou na ochranu zdraví při práci. Ve skutečnosti je Annina hypertenze pravděpodobně výsledkem všech těchto faktorů, my ji ale musíme léčit efektivně. Jak by v tomto případě vypadala „efektivní“ léčba? Abychom to rozhodli, museli bychom uvažovat o tom, která léčba Anně přinese nejlepší výsledky při nejnižší finanční a časové zátěži pro zdravotnictví.

KLINICKÉ POZNÁMKY 1.2

V klinické praxi:

- Podpora zdravého životního stylu je důležitou stránkou medicíny a má v sobě potenciál zachraňovat tisíce životů.
- Lidé na nemoc reagují odlišně, je proto důležité nepředpokládat, že víte, jak se cítí.
- Tolerance nejednoznačnosti a schopnost testovat alternativní vysvětlení symptomů patří mezi nezbytné klinické dovednosti.
- Holistický přístup znamená, že bychom měli zvažovat biomedicínské faktory, chování spojené s životním stylem, psychologické faktory (např. přesvědčení, emoce, symptomy) a faktory sociální.





AKTIVITA 1.2 RŮZNÉ PŘÍSTUPY K MEDICÍNĚ

- Vzpomeňte si na svou poslední návštěvu u lékaře.
- Do jaké míry podle vás pracoval s biomedicínským rámcem a do jaké míry s rámcem biopsychosociálním?
- Jak by se jeho přístup lišil při užití jiného rámce/rámců?

Vidíme, že k překážkám, které stojí v cestě uplatňování biopsychosociálního přístupu, patří skutečnost, že (1) není možné zabývat se všemi faktory, které nemoc ovlivňují, a (2) při plánování léčby musíme uvažovat spíše o lineární než kruhové příčinné souvislosti (kauzalitě). To ovšem neznamená, že bychom ji měli opustit a vrátit se k biomedicínskému přístupu, který psychosociální faktory a prostředí přehlíží zcela. Je koneckonců zásadní rozdíl mezi tím, zda si na jedné straně uvědomujeme všechny potenciální determinanty a poté selektivně osobu léčíme, anebo se na druhé straně zaměřujeme pouze na biomedicínské faktory, protože ty jediné potřebujeme znát. Totéž je ostatně potřeba připomínat i psychologům. Stejně jako se lékaři přirozeně přiklánějí k biologickým vysvětlením, psychologové se přirozeně přiklánějí k vysvětlením psychologickým.

Proto si všichni musíme vědomě připomínat, že máme při posuzování a léčení pacientů zkoumat faktory na všech úrovních biopsychosociálního přístupu. To nám přinese úplnější pochopení nemoci, povzbudí holistické léčení osoby, zahrne zvažování potenciálních psychosociálních překážek účinnosti léčby a umožní nám léčení odpovídajícím způsobem změnit nebo upravit, jestliže náš první přístup není tak účinný, jak jsme očekávali.

Shrnutí

- Zdraví je obtížné definovat. Volba definice má důsledky pro medicínskou praxi a pro společnost.
- Žádná z definic zdraví není dostatečná a je zřejmě jednodušší chápat zdraví a nemoc na kontinuu od zcela dobrého zdraví po smrt.
- Oddělování psychologie od medicíny původně vycházelo z dualistické koncepce mysl-tělo.
- Mnoho let v medicíně převládal biomedicínský přístup.
- Novější biopsychosociální přístup dokáže sjednotit jednotlivé disciplíny v teorii i praxi a podpořit holistický přístup k medicíně.



DOPORUČENÁ LITERATURA

Frankel, R. M., Quill, T. E., McDaniel, S. H. (eds) (2003) *The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future*. Rochester: University of Rochester Press. Obsáhlá souborná kniha o biopsychosociálním přístupu, klinických uplatněních, klinických metodách zaměřených na pacienta, otázkách vzdělávání/administrativy a o budoucnosti tohoto přístupu.

White, P. (ed.) (2005) *Biopsychosocial Medicine: An Integrated Approach to Understanding Illness*. Oxford: Oxford University Press. Souborná kniha, v níž odborníci diskutují o uplatnění biopsychosociálního přístupu v medicíně.



KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Jaké obory psychologie existují?
2. Popište dva obory psychologie. Čím jsou významné pro zdravotnictví?
3. Uveďte čtyři různé definice zdraví.
4. Porovnejte dvě definice zdraví a uveďte, čím se liší. Jaké důsledky má každá z definic pro léčbu?
5. Co je dualismus? Jak ovlivnil medicínu?
6. Popište biomedicínský přístup k medicíně a uveďte stručně silné stránky a slabiny tohoto přístupu.
7. Popište biopsychosociální přístup k medicíně a uveďte stručně silné stránky a slabiny tohoto přístupu.
8. Porovnejte biomedicínský a biopsychosociální přístup k medicíně a uveďte, čím se liší.

PRVNÍ ODDÍL

PSYCHOLOGIE A ZDRAVÍ



2 MOTIVACE, EMOCE A ZDRAVÍ

OBSAH KAPITOLY

- 2.1 Motivace
 - 2.1.1 Co je motivace?
- 2.2 Motivace a zdraví
- 2.3 Emoce
 - 2.3.1 Kognitivní složky emocí
 - 2.3.2 Fyziologické složky emocí
 - 2.3.3 Behaviorální složky emocí
 - 2.3.4 Teorie emocí
- 2.4 Emoce a zdraví
 - 2.4.1 Normální emoce a zdraví
 - 2.4.2 Emoční dispozice a zdraví
 - 2.4.3 Vyjadřování emocí, usměrňování emocí a zdraví

Rámečky

- 2.1 Příklady motivů
- 2.2 Reakce na objevenou bulku v prsu
- 2.3 Případ Phinease Gageho
- 2.4 Pět hlavních rysů osobnosti (OCEAN)
- 2.5 Měření optimismu

Případové studie

- 2.1 Odmítnutí život zachraňující léčby
- 2.2 Léčba abúzu alkoholu pomocí motivačního rozhovoru
- 2.3 Usměrňování emocí a zvládání chronického onemocnění

Obrázky

- 2.1 Výrazy obličeje a emoce
- 2.2 Složky emocí
- 2.3 Přihlížející 11. září
- 2.4 Model pozitivních a negativních afektů
- 2.5 Cesty mezi emocemi a zdravím

Výzkum

- 2.1 Vyjadřování emocí a hojení rány

CÍLE UČENÍ

Tato kapitola si klade za cíl pomoci vám v následujících bodech:

- Umět popsat motivaci a vysvětlit, jak působí na zdraví.
- Znat jednotlivé složky emocí.
- Chápat úlohu pozitivních a negativních emocí ve vztahu ke zdraví.
- Uvažovat o tom, zda je vyjadřování emocí pro zdraví dobré, nebo špatné.

Motivace, emoce a způsob, jakým reagujeme na stres, v mnoha směrech ovlivňují náš život. Emoce jsou silné motivační faktory, které nás v mimořádných případech mohou dokonce přimět riskovat vlastní život, jako např. tehdy, když rodiče riskují život, aby zachránili své děti. V medicíně nás víc než v jiných profesích obklopují stresující a emoční události, např. když lidé čelí onemocnění a smrti, ať už vlastní nebo druhých. Lidé se svými reakcemi na takové situace velmi liší a v medicíně existuje mnoho příkladů lidského chování, které nedokážeme pochopit. Například žena v případové studii 2.1 byla ochotna riskovat život svůj i svého nenarozeného dítěte, jen aby nemusela podstoupit císařský řez.

Média jsou takových příkladů plná: rodiče, kteří odmítnou život zachraňující léčbu svého dítěte z náboženských důvodů; muž s cirhózou jater, který dál pije alkohol, přestože ví, že ho to zabije; těhotná žena s rakovinou, která odmítne chemoterapii a zemře bezprostředně po narození dcery; dívka v pubertě, která se řeže žiletkou do paží, aby otupila své pocity. Jde o skutečné případy, které dokreslují to, jak důležitá jsou přesvědčení, motivace a emoce pro způsoby reagování na každodenní stres a na mimořádné situace. Dokreslují rovněž složité vzájemné vazby mezi motivací a emocemi. V této kapitole se budeme motivací a emocemi zabývat postupně, vysvětlíme, čím jsou a jaký mají význam pro zdraví.

PŘÍPADOVÁ STUDIE 2.1 Odmítnutí život zachraňující léčby

Slečně S. bylo 29 let, byla svobodná a po větší část těhotenství nenavštívila lékaře. V 36. týdnu těhotenství se zaregistrovala u lékaře, který zjistil, že trpí vážnou preeklampií – život ohrožujícím stavem, který se projevuje vysokým krevním tlakem, jenž může nastat velmi rychle a vést k úmrtí matky i dítěte.

Ženy s tímto stavem jsou zpravidla okamžitě hospitalizovány a dítě se rodí vyvolaným porodem nebo císařským řezem.

Slečna S. ovšem navzdory doporučení dvou lékařů hospitalizaci opakovaně odmítla. Trvala na tom, že chce porodit přirozenou cestou ve venkovské stodole. Na námitku, že může ona i dítě zemřít, odpověděla: „Tak ať.“

Lékaři povolali sociální pracovníci, která dospěla k závěru, že slečnu S. „nezažívá vlastní přežití a rozhodně ji netrápí přežití vlastního dítěte“. Slečna S. mluvila o potrestání jejího bývalého přítele a doufala, že pokud ona umře, bude cítit výčitky svědomí. Sociální pracovníci a lékaři proto slečnu S. umístili proti její vůli na psychiatrii. Přestože ji psychiatr posoudil jako psychicky způsobilou, slečna S. byla poté rychle převezena do nejbližší nemocnice a bylo zažádáno o vydání soudního nařízení k provedení naléhavého císařského řezu. Soud nařízení vydal a slečna S. byla přinucena k zákroku. Dcera se narodila zdravá.

Slečna S. se s případem obrátila na vrchní soud. Její hospitalizace a provedení císařského řezu byly shledány nezákonnými a ona získala finanční odškodnění. Soudce uznal, že sociální pracovníci a lékaři byli zjevně vedeni dobrou motivací, dospěl ale k závěru, že ženy mají právo odmítnout operaci dokonce i v případě, že je ohrožen jejich vlastní život nebo život jejich dítěte. Slečna S. vypověděla, že nechtěla porod v nemocnici, protože nemá ráda lékařské postupy, a byla připravena riskovat život svůj i své dcery, jelikož tyto její pocity byly velmi silné.

Fotografie © Johanna Goodyear/Fotolia

2.1 MOTIVACE**2.1.1 CO JE MOTIVACE?**

Motivace je v zásadě pohnutka k činnosti. Lidé jsou motivováni dělat (anebo samozřejmě nedělat) různé věci v životě širokou škálou faktorů. Vzhledem k tomu je třeba vzít v úvahu teorie z mnoha oblastí psychologie a dalších oborů. Patří mezi ně chování člověka k vlastnímu zdraví (kapitola 5) a rozhodování (kapitola 17). Některé motivy jsou biologické, např. potřeba jíst, pít nebo se rozmnožovat. Jiné jsou spíše psychologické a sociální, např. pohnutka dosahovat úspěchu a postavení. Rámeček 2.1 uvádí příklady biologických a sociálních motivů, je však třeba si uvědomit, že zařazení motivu mezi

RÁMEČEK 2.1 Příklady motivů

Biologické motivy

hlad

žízeň

sex

teplota: potřeba vhodné teploty

vyměšovací: potřeba zbavovat se tělesného odpadu

spánek a odpočinek

činnost: potřeba optimální stimulace/aktivace

agrese

Sociální motivy

úspěch: potřeba vynikat

sdružování: potřeba sociálních vazeb

autonomie: potřeba nezávislosti

péče: potřeba pečovat o druhé a ochraňovat je

dominance: potřeba ovlivňovat a řídit druhé

předvádění se: potřeba dělat na druhé dojem

pořádek: potřeba řádu, uspořádání, organizace

hra: potřeba legrace, uvolnění, zábavy

(Upraveno podle: Weiten, 2004.)

biologické či sociální není vždy jednoznačné. Například sexuální motivy mohou být jak biologické (rozmnožovací pud), tak sociální (např. přidružování a péče).

Teorie motivace lze rozdělit do tří širokých kategorií, jimiž jsou teorie pudu, evoluční teorie a teorie pobídek. **Teorie pudu** užívají k vysvětlení motivace konceptů homeostázy. Homeostáza je stav fyziologické rovnováhy či stability, o jejíž udržení organismy usilují. Systémy chování a fyziologické systémy organismu mohou společně fungovat k zajištění stability tělesných funkcí, které jsou nezbytné pro přežití. Nepřítomnost rovnováhy mezi naším aktuálním stavem a našimi potřebami vytváří vnitřní napětí, k jehož snížení jsme motivováni.

Teorii pudu lze nejnázne uplatnit na biologické pudy, jako je hlad. Máme-li hlad, jsme motivováni nalézt si potravu a jíst. Zvyšuje se také pravděpodobnost, že budeme na jídlo myslet a všimneme si podnětů, které s jídlem souvisejí, jako jsou reklamy nebo směrovky vedoucí k jídlu (Berry et al., 2007). Podle některých studií dokonce hladoví muži považují za atraktivnější plnoštíhlé ženy (Nelson a Morrison, 2005; Swami a Tovee, 2006). Podle teorie pudu bychom předpokládali, že jakmile se nasýtíme, naše motivace pokračovat v jídle zmizí. Tak tomu sice obvykle je, existuje však mnoho příkladů lidí, kteří jedí dál, přestože už nemají hlad, a naopak. Dodržování diet poskytuje dobrý příklad situace, v níž člověk nejedná podle pudu nasycení (podrobněji se těmito otázkami

budeme zabývat ve 13. kapitole, v níž se zaměříme na stravovací chování a obezitu). Teorií pudu tedy můžeme vysvětlit některé biologické pudy a motivace, její uplatnění na většinu lidského chování je však omezené.

Podle **evoluční teorie** motivace jsou sociální rysy tvarovány přirozeným výběrem stejně jako rysy tělesné: žádoucí sociální vlastnosti maximalizují naději na úspěšné rozmnožení. Sociální motivy, jako je potřeba úspěchu, sdružování nebo dominance, se tedy objevují proto, že zvyšují naději na přežití a reprodukci. Teorii podporují určité důkazy. Například ženy v plodném úseku menstruačního cyklu hodnotí jako přitažlivější muže s maskulinními tělesnými znaky a dominantním stylem (Little et al., 2007). Je tomu tak ovšem jen tehdy, když se žen ptáme na hodnocení mužů jako krátkodobých partnerů. Pokud mají ženy hodnotit muže jako *dlouhodobé* partnery, potom tento efekt zcela mizí, což svědčí o tom, že rozhodnutí o dlouhodobých partnerech jsou založena na jiných kritériích. Evoluční teorie by to vysvětlily tak, že dlouhodobí partneři jsou vybíráni na základě takových kritérií, jako je schopnost podporovat a ochránit rodinu.

Teorie pobídek zdůrazňuje roli vnějších faktorů, které motivaci spouštějí a regulují. Muž např. nemusí být motivován hledat nějaký vztah, dokud se nesetká s ženou, kterou považuje za mimořádně žádoucí. Propracovanější teorie pobídek berou v úvahu **očekávání** a **hodnoty**, které jsou běžné v modelech chování ke zdraví (kapitola 5). Očekávání a hodnoty počítají s vlivem toho, zda lidé (1) očekávají, že svůj cíl naplní, a (2) jak důležitý nebo cenný pro ně tento cíl je. Proto, když se muž setká se ženou, kterou považuje za velmi žádoucí, nebude podle své touhy jednat, pokud si myslí, že (1) nemá naději, že o něj žena bude mít zájem, nebo (2) v dané etapě života o vztah vlastně příliš nestojí.

Tyto různé teorie motivace nejsou neslučitelné. Teorie pudu zdůrazňuje jako motivující naše vnitřní stavy, zatímco teorie pobídek klade důraz na vnější podněty a odměny. Obě lze chápat jako teorie tlaku a tahu: vnitřní stavy nás tlačí, postrkují k činnosti a vnější podněty nás táhnou. Všechny tyto teorie jsou v některém směru redukcionistické: zaměřují se čistě jen na vnitřní, vnější nebo genetické příčiny. Novější a složitější je teorie PRIME (West, 2006), která chápe motivaci jako jednu z determinant chování, společně s emocemi, impulzy, hodnocením a plány. Teorií PRIME se budeme podrobněji zabývat v 5. kapitole.



AKTIVITA 2.1 MOTIVACE

- Jak by jednotlivé teorie vysvětlily motivy slečny S. z případové studie 2.1? Odmítla císařský řez, přestože tím ohrozila život svůj i dítěte.

2.2 MOTIVACE A ZDRAVÍ

Není pochyb o tom, že motivace je pro zdraví i zdravotníky významná. Chápání biologických motivů nám může pomoci léčit mimořádné extrémy biologických pudů, jako je obezita, poruchy příjmu jídla, kouření, závislosti, rizikové sexuální chování nebo nespavost. Chápání sociálních motivů nám může pomoci porozumět svému vlastnímu chování a tomu, co nás motivuje pracovat ve zdravotnictví. Může nám také pomoci čelit chování jiných lidí, které nechápeme. Budeme-li o motivech druhého člověka vědět více, můžeme k dané situaci přistupovat konstruktivněji. Pro práci s poruchami, jež mají silné motivační prvky, byly vypracovány takové intervence, jako jsou motivační rozhovory. Používají se rovněž na podporu změny chování, jako je kouření, tělesné aktivity a dodržování diety (Treasure a Maissi, 2007) a jsou účinným doplňkem standardní léčby (Hettama et al., 2005).

Motivace je důležitá pro mnoho zdravotních témat. Patří mezi ně kouření, o němž bude řeč v kapitole 5, a obezita, na kterou se podíváme v kapitole 13. Na tomto místě se zaměříme na konzumaci alkoholu, protože jde o dobrý příklad složitých motivů bránících změně chování. Problémy spojené s alkoholem jsou v rozvinutých zemích značné. Mají na svědomí 9,2 % veškeré zátěže nemocí (WHO, 2005). Poruchy spojené s alkoholem jsou pětikrát častější u mužů než u žen, ale spotřeba alkoholu v Británii v současné době rychleji roste u žen. V průzkumu více než osmi tisíci dospělých v Británii uvádělo 39 % mužů a 42 % žen pijáctví (Národní statistický úřad, 2002a). Jiný průzkum více než tři tisíce vysokoškolských studentů odhalil, že 61 % mužů a 48 % žen pije více, než jsou doporučované maximální dávky (Webb et al., 1996). Zvýšená spotřeba alkoholu nevyhnutelně ovlivňuje nemocnost i úmrtnost. V Británii došlo v uplynulých padesáti letech k výraznému zvýšení počtu úmrtí na cirhózu jater a alkoholové poruchy (přestože v USA a Austrálii úmrtnost spojená s alkoholem zůstává beze změny nebo klesá) (WHO, 2005). Více informací o abúzu alkoholu je ve 13. kapitole.

Motivace pít alkohol obsahuje jak biologické, tak sociální faktory. Tak jako v případě mnoha aktivit, které patří mezi běžné zvyklosti, je i pití alkoholu zpravidla příjemné. Pro mnoho lidí okamžité pocity či odměna, kterou z pití alkoholu získávají, převažuje nad dlouhodobými riziky, zejména pokud se taková rizika jeví jako vzdálená nebo nepravděpodobná. Běžná chyba označovaná jako **zdravotní optimismus** znamená, že většina lidí v porovnání s druhými lidmi trvale podceňuje riziko svého vlastního onemocnění. To se týká zejména mladých dospělých (Madey a Gomez, 2003). Proto jsou dlouhodobé negativní důsledky bagatelizovány a převládá nad nimi krátkodobé potěšení či přínos. Pití alkoholu je také součástí mnoha sociálních rituálů a norem. Změna navykklého chování, jako je pití alkoholu, je obtížná, zvláště když takové chování probíhá dlouhodobě a je spojeno se sociálním fungováním. Případová studie 2.2 uvádí příklad užití motivačního rozhovoru se ženou, která má problém s alkoholem a požaduje léčbu neplodnosti.

PŘÍPADOVÁ STUDIE 2.2 Léčba abúzu alkoholu pomocí motivačního rozhovoru



Kate je čtyřicetiletá vedoucí pracovnice působící v hudebním odvětví. Pracuje 12 hodin denně a je pro ni obtížné se uvolnit. Po večerech se uvolňuje pitím vína. Často musí s klienty chodit na obědy a také při těchto příležitostech pije víno. Její celkový příjem alkoholu přesahuje 50 jednotek za týden. Ženám se doporučuje nepít víc než 14 jednotek týdně. Kate se nedomnívá, že má problém s alkoholem. Také mnoho jejích přátel a kolegů pije denně.

Kate se už 10 měsíců neúspěšně pokouší otěhotnět. Ví, že naděje na otěhotnění se snižují s věkem, a požaduje umělé oplodnění. Má nepravidelné periody a dělá si starosti, že by mohlo jít o známku předčasného nástupu menopauzy.

Pijáctví je doprovázeno poruchami menstruačního cyklu a sníženou plodností. Je tedy možné, že je příčinou situace, kterou Kate zažívá. Musí výrazně snížit příjem alkoholu, aby se dostal do bezpečných mezí.

Motivační rozhovor

Motivační rozhovor se řídí zásadou Kate neodsuzovat ani jí nevnučovat naše názory, ale snažit se pochopit její situaci a pomoci jí podchytit její vlastní motivaci ke změně.

1. Zkoumání důvodů, které vedou Kate k pití, a snaha zjistit, zda zažívá určitou ambivalenci, přinesly toto:

Motivy k pití

*Pomáhá mi uvolnit se.
Je to fajn – způsob odměny.
Pomáhá mi vypnout mozek.
Společenská zábava je součástí
mojí práce.*

Motivy proti

*Nejsem doopravdy uvolněná,
jen opilá.
Je to fajn v tu chvíli, ale ne potom.
Chci otěhotnět.
Ráno nedokážu jasně uvažovat.
Není to dobré pro mě ani pro mou
práci.
Nechci, aby mě lidi považovali
za „opilce“.*

2. Vyslovení těchto ambivalentních motivů vede Kate k tomu, aby svoje pití přehodnotila. Zdůrazňuje také skutečnost, že snaha otěhotnět je pro ni v danou chvíli nejdůležitějším motivem.
3. Kate si klade za cíl přestat pít. Jsou prozkoumány možné strategie, které jí mohou pomoci cíle dosáhnout. V prvním týdnu se rozhoduje nahradit víno nealkoholickým nápojem a chodit na jógu, aby jí pomohla uvolnit se. Je domluvena schůzka o týden později, kdy dojde ke kontrole toho, jak si vede, a dostane se jí podpory.

KLINICKÉ POZNÁMKY 2.1

Užití motivace k podpoře změny chování

- Pochopit motivaci nám může pomoci léčit mimořádné krajnosti biologických pudů, jako je obezita, poruchy příjmu jídla, kouření, závislosti, rizikové sexuální chování a nespavost.
- Zeptáte-li se lidí, jak vnímají negativní chování, jako je kouření nebo pití alkoholu, často o nich budou mluvit jako o méně závažných, než ve skutečnosti jsou.
- Když lidem vysvětlíte negativní účinky takového chování, může to spustit jejich snahu o změnu.
- Jenže když budeme lidem vnucovat naše názory a oni budou mít pocit, že je soudíme, nepomůže jim to tolik, jako když jim pomůžeme podchytit jejich vlastní motivaci ke změně.
- Pokuste se pochopit, proč se tak chovají, a snažte se vcítit do jejich situace. Potom je podpořte, aby chování změnili.
- Pomozte jim věřit, že se změnit dokážou.



Shrnutí

- Motivace je pohnutka jednat z celé řady důvodů zahrnujících vnitřní a vnější faktory.
- Mezi teorie motivace patří teorie pudu, teorie pobídek a teorie evoluční.
- Porozumění motivačním procesům lze využít k intervenci, jejímž cílem je změna chování k vlastnímu zdraví, např. nadměrného pití alkoholu.
- Teorie motivace mají klinická uplatnění.

2.3 EMOCE

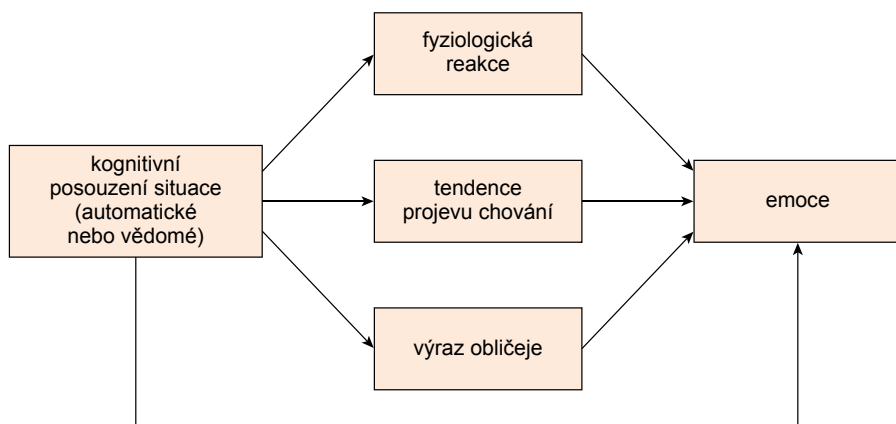
K lidskému životu patří široká škála emocí: angličtina má více než 550 slov označujících emoce. V psychologii se používá obecný pojem **afekt**, který zahrnuje **emoce**, **nálady** a **impulzy**. Bez ohledu na rozdílnost kultur je doloženo šest základních emocí, přičemž každá z nich má vlastní odlišné fyziologické procesy. Jsou to radost, smutek, překvapení, hněv, strach a znechucení (Ekman, 1992), jak ukazuje obrázek 2.1. Někteří odborníci doplňují seznam o další emoce, jako je opovržení, vzrušení, rozpaky, láska a žárlivost (Ekman, 1999; Sabini a Silver, 2005).

Emoce mají nesmírný vliv na kvalitu našeho života. Negativní pocity, jako v případě těžké deprese, mohou člověka motivovat k ukončení života. V medicínském prostředí, kde pacienti čelí stresu a osobním obtížím, emoce velmi výrazně ovlivňují postoje, uzdravování a kvalitu života. Uvedme příklad: jeden člověk s neléčitelnou rakovinou situaci zvládá s humorem a obnoveným elánem do života, zatímco jiný člověk s léčitelnou rakovinou se cítí zničený a depresivní a je přesvědčený, že umře.

Ve Velké Británii přijdou emoční poruchy v důsledku pracovních absencí a vyplacených nemocenských dávek na 12 miliard liber ročně. Duševní nemoc stojí rovněž



OBRÁZEK 2.1 Výrazy obličeje a emoce



OBRÁZEK 2.2 Složky emocí

v pozadí 40 % případů pracovní neschopnosti (Layard, 2006). Mnoho experimentálních a teoretických studií se proto zaměřuje na negativní emoce, jako je úzkost a deprese. Rozvoj **pozitivní psychologie** v posledních dvaceti letech vedl ke zkoumání pozitivních emocí, jako je štěstí, a jejich vlivu na naše zdraví a duševní pohodu. Zkoumány jsou i normální emoce a s nimi spojené fyziologické procesy: výzkumy mají odhalit spojitost mezi psychosociálními faktory, jako je stres a sociální vztahy, a zdravím. Teorie emocí tedy čerpají z výzkumů jak normálních, tak abnormálních emočních procesů.

Rozpětí a složitost emočních prožitků působí obtíže při definování. Většina teorií emocí začíná u premisy tří složek emocí, složky kognitivní (myšlení), fyziologické a behaviorální (projevy chování). **Kognitivní složka** je vědomé prožívání emoce včetně významu, který jí přikládáme. **Fyziologická složka** emocí je složitá a zahrnuje centrální nervový systém, autonomní nervový systém a systém endokrinní. **Složku behaviorální** lze dále dělit na neverbální projevy emocí (výraz obličeje, postavení těla atd.) a behaviorální reakce. Vztahy mezi těmito složkami se odrážejí v běžných úslovích, jako „zůstal přimražen strachem“ nebo „zlostí mu vřela krev“. Obrázek 2.2 ukazuje, jaké interakce mezi jednotlivými složkami mohou vést k emočnímu prožitku.



AKTIVITA 2.2 USMĚŘŇOVÁNÍ EMOCÍ

Vzpomeňte si na situaci, kdy jste byli naposledy kvůli něčemu doopravdy rozčilení nebo rozzlobení.

- Co jste dělali, abyste se uklidnili?
- Byly v tom obsaženy kognitivní faktory, činy, změna chování, sociální faktory?

2.3.1 KOGNITIVNÍ SLOŽKY EMOCÍ

Pro emoční reagování člověka na situaci je zásadní, co pro něj situace *znamená*. Pokud si např. žena najde v prsu bulku a interpretuje si ji jako neškodnou cystu, nebude výrazně znepokojená, zatímco pokud si bulku interpretuje jako rakovinu, bude vyděšená a úzkostná. Silné negativní emoce člověka zpravidla motivují k činnosti. Rámec 2.2 ukazuje emoční reakce žen na objevenou bulku v prsu a rychlost, s níž vyhledaly lékaře (Meechan et al., 2003).

Prvním kognitivním prvkem emoce je to, jak člověk **posoudí** situaci, když nastane, nebo jaký okamžitý význam jí přiřkne (např. zda je nebezpečná, ohrožující, anebo neškodná). Druhým prvkem je to, jak člověk svůj emoční stav **označí**, když nastane. Při mnoha různých emocích totiž dochází k velmi podobné fyziologické aktivaci. Například k aktivaci sympatického nervového systému dochází, když jsme v úzkosti, stejně jako když jsme vzrušení, takže to, jak svůj emoční stav označíme, rozhodne o našem emočním prožitku. Na tobogánu označí někteří lidé svůj prožitek za vzrušující nebo napínavý, zatímco jiní (včetně autorů) by ho označili jako děsivý a velmi nepříjemný! To nás přivádí ke třetímu důležitému kognitivnímu prvku, jímž je to, zda svou reakci **vyhodnotíme** jako pozitivní, nebo negativní. Lidé, kteří svůj zážitek na tobogánu vyhodnotí jako pozitivní, si ho užijí a budou si ho chtít zopakovat.

Tento proces posouzení, označení a vyhodnocení proto také utváří naše budoucí emoční reakce. Dobrým příkladem je panická porucha. Panický stav zažije někdy v průběhu života něco mezi 3 a 9 % lidí (Grant et al., 2006). Panika je spojená s mimořádnou fyziologickou aktivací, která je součástí mechanismu „útok nebo útěk“ (kapitola 3). Přestože panika je velmi nepříjemná, neohrožuje život a není ani neobvyklá. K rozvinutí dlouhodobé panické poruchy dojde nejčastěji u lidí, kteří svůj prvotní zážitek paniky

RÁMEČEK 2.2 Reakce na objevenou bulku v prsu

Návštěva lékaře do 4 dnů po objevení bulky

Cítla jsem čirou paniku, ztratila jsem hlavu.
(1 den)

Dělala jsem si starosti – tráslý se mi ruce.
(1 den)

Strachy jsem ztuhla. (3 dny)

Vyděšená – dokonce jsem brečela. (1 den)

Bylo mi mizerně – panika a strach. (2 dny)

Bála jsem se, byla jsem nervózní, zpocená.
(3 dny)

Návštěva lékaře 7–90 dnů po objevení bulky

Cítla jsem se dobře. (7 dnů)

Moc si s ničím nedělám hlavu – někdy jsem až moc v klidu. (90 dnů)

Trošku jsem se bála. (14 dnů)

Jen takové „aha, bulka“, byla jsem dost v pohodě. (7 dnů)

Vážně jsem si o tom nic moc nemyslela. (7 dnů)

Nijak mě to netrápilo. (21 dnů)

(Upraveno podle: Petrie a Pennebaker, 2004.)

interpretují katastroficky, např. „já se zblázním“ nebo „já umřu“, a kteří panickou ataku označí a vyhodnotí jako mimořádně negativní (Clark, 1986). Za těchto okolností se lidé budou obávat, aby je nepostihla další panická ataka. To zvyšuje hladinu jejich úzkosti a fyziologické aktivace, a tím se také zvyšuje pravděpodobnost toho, že paniku skutečně znovu zažijí. Jestliže navíc člověk interpretuje panickou ataku jako cosi, co se váže na konkrétní situaci, bude s velkou pravděpodobností ve velké úzkosti, když se v takové situaci znovu ocitne, a může se u něj rozvinout fobie. Jestliže má např. pacient panickou ataku při vyšetření magnetickou rezonancí, při příštím vyšetření bude pravděpodobně ve zvýšené úzkosti, což zpětně zvyšuje pravděpodobnost opakování zážitku panické ataky.

V kostce tedy význam, který člověk přikládá vlastnímu prožitku paniky, může vést k tomu, že začne být úzkostný z toho, že bude cítit úzkost, z čehož se stává sebenaplnňující se cyklus. Kognitivní složka je sice pro vznik emoce *nutná*, sama o sobě však není *dostačující*. Emoce zřídka vznikají vědomě – nemůžeme se přimět k tomu, abychom cítili paniku, odpor nebo hněv. Tělesná reakce, která emoce provází, je důležitou součástí toho, jak se cítíme.

2.3.2 FYZIOLOGICKÉ SLOŽKY EMOCÍ

Fyziologické složky emocí vznikají v mozku z řady struktur, které tvoří **limbický systém** (kapitola 7). Prvky limbického systému řídí autonomní nervový systém a endokrinní reakce (kapitola 3) a podílejí se na učení a utváření emocí. Např. pro strach je mimořádně důležitá amygdala. Pokud má zvíře poškozenou amygdalu, nedokáže se při

RÁMEČEK 2.3 Případ Phinease Gageho



Phineas Gage roku 1848 pracoval na stavbě železnice, když mu při výbuchu střelného prachu projela hlavou velká ocelová tyč. Tyč vstoupila do hlavy pod levou lící kostí a prošla frontálním kortexem, než pokračovala v cestě a přistála několik metrů za ním. Na obrázku je vidět model zranění, které utrpěl. Překvapivě své zranění přežil a za pár okamžiků byl při vědomí.

Podle dochovaných záznamů se Gagemu po jeho zranění změnil rukopis, z hodného a příjemného muže se stal impulzivní, bezohledný člověk, který často mluvil sprostě. Až do té doby se neuvažovalo o tom, že by čelní laloky měly ovlivňovat osobnost nebo sociální interakce. Gage se stal prvním případem, který naznačil důležitost čelních laloků. Přestože není zcela jisté, zda k poškození došlo výhradně v levém čelním laloku nebo byly zasaženy oba laloky, bylo zřejmé, že se čelní lalok podílí na tlumení nevhodných emočních reakcí.

Fotografie reprodukována se svolením Warren Anatomical Museum, Francis A. Countway Library of Medicine.

vystavení ohrožujícímu objektu naučit mít strach. U lidí ukázaly studie pomocí zobrazovacích přístrojů, že během strachu dochází k aktivaci amygdaly (Lang a Davis, 2006).

Na emocích se podílejí rovněž oblasti **frontálního kortexu**. Má se za to, že limbický systém poskytuje rychlou prvotní reakci a kortex (mozková kůra) poté poskytuje pomalejší, druhotnou reakci, která prvotní reakci reguluje (Le Doux, 1996). To by vysvětlovalo, proč často reagujeme nebo „cítíme“ dřív, než myslíme. O úloze mozkové kůry při bránění emočnímu a behaviorálnímu reagování se začalo prvně uvažovat v souvislosti s případem Phinease Gageho, který je popsán v rámečku 2.3. Výzkumy, které byly od té doby provedeny, svědčí o tom, že v brzdění emočních reakcí a projevů chování hraje důležitou roli zejména orbitofrontální kortex. Poškození orbitofrontálního kortexu je např. spojeno s nárůstem hněvu, úzkosti, pýchy, deprese, pláče nebo smíchu, který neodpovídá situaci, a s narušeným filtrováním emočních informací (Beer a Lombardo, 2007).

2.3.3 BEHAVIORÁLNÍ SLOŽKY EMOCÍ

Behaviorální složky emocí lze rozdělit na:

- tendence k jednání – potenciál nebo popud jednat,
- neverbální reakce – např. postoj těla, gesta,
- výrazy obličeje.

Má se za to, že behaviorální složky emocí jsou zčásti jejich účelem. Jinými slovy, emoce nás vedou k tomu, že něco chceme udělat (Frijda, 1986). Emoce vstoupí do toho, co právě děláme, a získají přednost. To můžeme snadno vidět na obrázku 2.3 na tvářích lidí pozorujících útok na newyorská dvojčata 11. září 2001. Emoce tak jsou signály včasné výstrahy, že možná něco vyžaduje naši pozornost. Výzkumy ukazují, že negativní emoce vedou k úzkému zaměření pozornosti na to, co negativní emoci vyvolalo, ať už je to cokoli. Naproti tomu pozitivní emoce vedou k rozšíření pozornosti a většímu spoléhání na prostou heuristiku v tom, jak na události reagujeme.

Emoce tedy řídí naši pozornost. Fyziologická reakce naše tělo připravuje k jednání – tendence k jednání nám dodávají způsoby, jak se vyrovnat se situací, např. zda v nebezpečí budeme bojovat, nebo utečeme. Reakci „útok nebo útěk“ můžeme rozhodně pozorovat v mimořádných situacích, ale lidé tak nereagují vždycky. Například uvnitř budovy dvojčat bylo zaznamenáno, že lidé šli klidně a spořádaně, aby se dostali ven. Reakce lidí na ohrožení tak jsou složitější a jsou ovlivňovány sociálními okolnostmi a normami. V důsledku toho existuje množství výzkumů, které zjišťují, jak lidé své emoce regulují a jaké strategie zvládání náročných situací užívají. Vrátime se k tomu v části o emocích a zdraví na straně 40.

Behaviorální složky emocí zahrnují také neverbální výrazy a emoce (např. postoj těla nebo sevření pěstí) a výrazy obličeje. Studie výrazů obličeje napovídají, že mají vliv na to, jakým způsobem své emoce označujeme. Při výzkumu, kdy měli lidé napnout



OBRÁZEK 2.3 Přihlížející 11. září

Fotografie reprodukována se svolením Associated Press.



AKTIVITA 2.3 HYPOTÉZA OBLIČEJOVÉ ZPĚTNÉ VAZBY

Zvedněte obočí a pokuste se být rozzlobení.

- Co se děje?
- Proč si myslíte, že tomu tak je?

určité obličejové svaly podobně jako při úsměvu, vypovídaly o pozitivnějších emocích, když následně reagovaly na takové podněty, jako byly filmové ukázky nebo fotografie. Podle **hypotézy obličejové zpětné vazby** používá mozek signály přicházející ze svalů v obličeji při interpretaci toho, jakou emoci člověk pocituje (Izard, 1991).

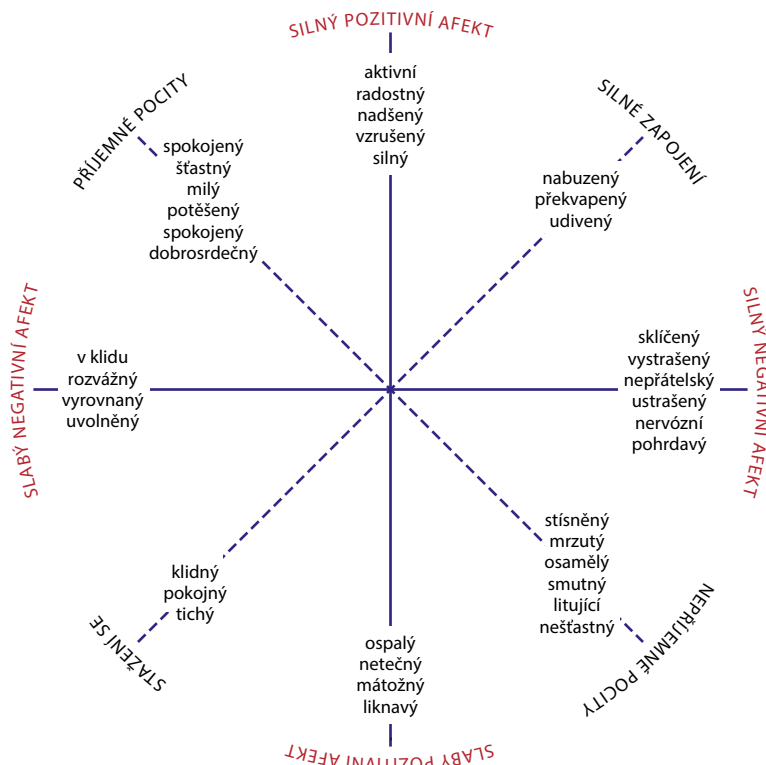
2.3.4 TEORIE EMOCÍ

Rané teorie emocí se zaměřovaly na vztah mezi různými složkami emocí. V debatách typu „slepice nebo vejce“ se teoretici přeli o to, zda tělesné reakce předcházejí posouzení, nebo ne. Nyní panuje shoda na tom, že procesy posouzení spouštějí naše fyziologické, behaviorální a vědomé prožívání emocí. Tyto hodnotící procesy mohou být předvědomé nebo vědomé, což je v souladu s názorem, že limbický systém je systémem rychlého zpracovávání (předvědomého posouzení), které může později korigovat frontální kortex (vědomé posouzení).

Množství důkazů potvrzuje, že k předvědomému zpracovávání skutečně dochází a že ovlivňuje naši náladu a chování. Chartrand et al. (2006) promítali na plátno pozitivní slova (např. přátelé, hudba), negativní slova (např. válka, rakovina) a neutrální slova (např. rostlina, budova) velmi rychle, takže je lidé vědomě nestačili „vidět“. Zjistili, že přestože lidé slova „neviděli“, vypovídali o negativnější náladě poté, co jim byla promítnuta negativní slova. Jiné experimenty ukázaly, že když něco „vidíme“ předvědomě, je větší pravděpodobnost, že když to poté uvidíme na vědomé úrovni, dáme tomu přednost nebo vůči tomu budeme cítit příjemné emoce (Monahan et al., 2000).



Teorie emocí se liší svým zaměřením. Jedna z možností, jak emoce pojmout, je rozdělit je na pozitivní a negativní účinky (Watson a Tellegen, 1985). Všechny emoce tak



OBRÁZEK 2.4 Model pozitivních a negativních afektů

mohou být znázorněny v závislosti na tom, zda jsou pozitivní (např. příjemné) nebo negativní (např. stresující) a v druhé dimenzi v závislosti na jejich intenzitě (vysoká nebo nízká), jak ukazuje obrázek 2.4. Výhodou je zjednodušení emocí, takže je snazší podívat se na vztahy mezi emocemi a zdravím či nemocí. Počítá také s *intenzitou* emocí, která může být pro účinek emocí na lidské zdraví důležitá. Je zcela přiměřené předpokládat, že emoce na nízké hladině intenzity (např. podrážděnost) bude mít jiné fyziologické dopady na zdraví než emoce vysoké intenzity (např. mimořádně silná zlost).

2.4 EMOCE A ZDRAVÍ

Dobrym příkladem propojení mezi emocemi a zdravím je spojitost psychických poruch, jako je klinická deprese, se zvýšeným rizikem morbidity a mortality (Kisely et al., 1997). Podíváme se nyní na vztah mezi emocemi a zdravím ze tří hlavních hledisek:

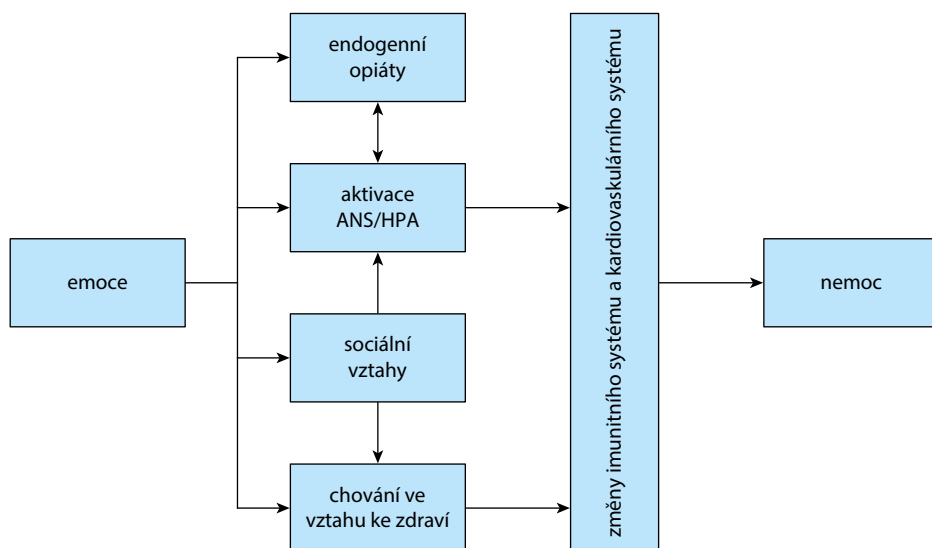
1. vztah mezi normálními emocemi a zdravím,
2. vliv emočních dispozic na zdraví,
3. vliv toho, jak lidé své emoce ovládají a vyjadřují, na zdraví.

2.4.1 NORMÁLNÍ EMOCE A ZDRAVÍ

Laboratorní studie ukazují, že každá akutní, silná nebo mimořádná emoce se pojí se zvýšenou fyziologickou aktivací, bez ohledu na to, zda jde o emoci pozitivní nebo negativní. Tato tělesná aktivace má potenciálně negativní vliv na zdraví, jelikož ovlivňuje např. kardiovaskulární a imunitní systém. Zkoumání nálad lidí v běžných každodenních situacích však naznačuje, že pozitivní emoce za normálních okolností vyvolávají méně negativních fyziologických reakcí než emoce negativní (Pressman a Cohen, 2005).

Rozsáhlé epidemiologické studie a šetření týkající se nálady a zdraví zjišťují, že pocity štěstí se pojí s lepším zdravotním stavem. Lidé se silnými pozitivními afekty vypovídají o menším množství symptomů a bolesti a mají méně onemocnění, jako jsou mozkové příhody, ale také nachlazení a úrazy. U lidí nad 55 let se pozitivní afekty pojí s delším životem (Pressman a Cohen, 2005). Spojitost mezi štěstím a zdravím ovšem neznamená, že jedno je příčinou druhého. Lidé s lepším zdravím jsou možná pravděpodobněji šťastní: šťastnější lidé možná pravděpodobněji říkají, že jsou zdravější, mají silnější podpůrnou síť a možná pravděpodobněji dodržují zásady zdravého života atd.

Vliv negativních emocí na zdraví se stal předmětem mnoha rozsáhlých výzkumů, se smíšenými výsledky v závislosti na tom, jaké výstupy se zkoumají. Podařilo se shromáždit dostatek důkazů svědčících o tom, že určité typy negativních emocí mají vazbu na konkrétní onemocnění. K nejvýraznějším příkladům patří spojitost mezi hostilitou a kardiovaskulárním onemocněním (Miller et al., 1996), depresí a kardiovaskulárním



OBRÁZEK 2.5 Cesty mezi emocemi a zdravím (upraveno podle: Pressman a Cohen, 2005)

onemocněním (Steptoe, 2006) a úzkostí a pomalejším zotavením po chirurgickém zákroku či nemoci (Johnston a Vogele, 1993). Depresivní poruchy mají spojitost s celou škálou nemocí a s úmrtností. U depresivních lidí je např. mezi 50 a 100 % vyšší pravděpodobnost vzniku kardiovaskulárního onemocnění než u zdravých lidí (Lett et al., 2004). Je ovšem obtížné rozhodnout, zda deprese způsobila nemoc, nemoc způsobila depresi nebo zda je deprese symptomem nemoci. Rolí hostility a deprese u kardiovaskulárního onemocnění se budeme podrobněji zabývat v kapitole 12.

Abychom to shrnuli, je prokázána spojitost mezi pozitivními emocemi a zdravím a rovněž spojitost konkrétních negativních emocí s konkrétními nemocemi, existuje však mnoho možností jejich vzájemného působení. Tak je tomu často, pokud jde o propojení mezi psychosociálními a biologickými jevy, a proto také užíváme pojmy jako **spojitost** nebo **vztah**, a nikoli slova jako **příčina** nebo **prediktor**. Například spojitost mezi emocemi a zdravím lze částečně vysvětlit zaujatou pozorností vedoucí k většímu zaměření na symptomy a vypovídání o nich, případně náladou ovlivňující způsob, jímž lidé své symptomy interpretují. Možné cesty vedoucí mezi emocemi a zdravím uvádí v přehledu obrázek 2.5. Důležité je mít na mysli, že emoce mohou ovlivňovat naše zdraví prostřednictvím biologických, behaviorálních a/nebo sociálních mechanismů.

2.4.2 EMOČNÍ DISPOZICE A ZDRAVÍ

Emoční dispozice jsou osobnostní tendence k prožívání určitých emocí. Existuje pět hlavních rysů osobnosti: otevřenost vůči novým zkušenostem, svědomitost, extravertze,

RÁMEČEK 2.4 Pět hlavních rysů osobnosti (OCEAN)

otevřenost vůči novým zkušenostem	intelekt a zájem o kulturu; zahrnuje vlastnosti jako umělecké sklony, zvědavost, nápaditost, bystrost, široký okruh zájmů a nekonvenčnost
svědomitost	spolehlivost s vůlí dosáhnout úspěchu; zahrnuje vlastnosti jako sebe-disciplína, efektivita, organizační zdatnost, spolehlivost, zodpovědnost, poctivost a důkladnost
extraverze	otevřenost; zahrnuje vlastnosti jako hovornost, družnost, nadšení, vyhledávání vzrušení, asertivita a činorodost
přívětivost	milující, přátelský, a ochotný; zahrnuje vlastnosti jako soucit, vnímavost, důvěřivost, laskavost, odpouštění, štedrost a altruismus
neuroticismus	tendence prožívat negativní emoce; zahrnuje vlastnosti jako úzkost, napětí, sebelítost, znepokojení, nízké sebevědomí, hostilita a zranitelnost

přívětivost a neuroticismus (jak ukazuje rámeček 2.4). Z nich se zde budeme více věnovat svědomitosti a neuroticismu, protože je u nich nalézána nejstabilnější spojitost se zdravím (Stone a McCrae, 2007). **Svědomití** lidé jsou podle definice disciplinovaní, efektivní, organizačně zdatní, spolehliví, zodpovědní atd. Ukazuje se, že svědomití lidé žijí déle, to je však patrně díky skutečnosti, že svědomití lidé se zpravidla chovají pozitivně ve vztahu ke svému zdraví, např. cvičí, a méně praktikují chování, které na zdraví působí negativně, např. nekouří. Svědomitost se ale

nepojí s žádnými konkrétními emocemi.

Neuroticismus je rys osobnosti s nejzjevnější emoční složkou. Lidé s vysokou mírou neuroticismu prožívají širokou škálu negativních emocí, jako je skleslá nálada, úzkost, pocity viny, hostilita a strach. Lidé s vysokou mírou neuroticismu vypovídají o větším množství somatických symptomů a hrozí jim větší riziko vzniku duševních poruch (Contrada a Goyal, 2005). Je však obtížné zjistit, zda je tomu tak v důsledku osobnostního rysu neuroticismu, nebo v důsledku takových složek neuroticismu, jako jsou negativní afekty, deprese, úzkost a hostilita. Není také nalézána spolehlivá spojitost mezi neuroticismem a chronickou



morbiditou, např. srdečním onemocněním či rakovinou, ani mortalitou (Stone a McCrae, 2007).

Emoční dispozice související s duševním zdravím jsou optimismus a pesimismus. **Optimismus** je obecně dispozice, v jejímž důsledku člověk očekává, že se v budoucnu stanou dobré věci, zatímco člověk s rysy **pesimismu** očekává věci špatné. Vzájemně se nevylučují. Je možné být obecně optimistický ve vztahu k většině věcí, ale pesimistický ve vztahu k věcem jiným. Nejrozšířenější měřítka optimismu a pesimismu ukazuje rámeček 2.5.

RÁMEČEK 2.5 Měření optimismu

Test životní orientace (upravený)

Buďte prosím v celém testu co možná nejupřímnější a nejpresnější. Snažte se nedopustit, aby vaše reakce na jeden výrok ovlivnila vaše reakce na ostatní výroky. Neexistují žádné „správné“ ani „chybné“ odpovědi. Odpovídejte podle svých vlastních pocitů a nesnažte se přemýšlet o tom, co by odpověděla „většina lidí“.

4 = hodně souhlasím

3 = trochu souhlasím

2 = ani tak, ani onak

1 = trochu NESouhlasím

0 = hodně NESouhlasím

- | | |
|--|-------------|
| 1. V čase nejistoty obvykle čekám to nejlepší. | |
| 2. Je pro mě snadné se uvolnit. | [výplň] |
| 3. Když se mi něco může pokazit, pokazí se to. | [převrátit] |
| 4. Svoji budoucnost vidím vždy optimisticky. | |
| 5. Moji přátelé mě hodně baví. | [výplň] |
| 6. Je pro mě důležité mít pořád co dělat. | [výplň] |
| 7. Sotva kdy čekám, že mi něco vyjde. | [převrátit] |
| 8. Nerozčilím se příliš snadno. | [výplň] |
| 9. Zřídka počítám s tím, že se mi přihodí něco dobrého. | [převrátit] |
| 10. Celkem vzato čekám, že se mi stane víc dobrých věcí než těch špatných. | |

Bodování

Při výpočtu skóre ignorujte výplně (položky 2, 5, 6, 8). Převraťte body u negativně formulovaných výroků (položka 3, 7 a 9). Potom body sečtěte. Počet možných bodů je od 0 do 24: vysoká čísla vypovídají o optimismu, nízká čísla vypovídají o pesimismu.

Zdroj: Scheier, M. F., Carver, C. S., Bridges, M. W. (1994) 'Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test', *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078. Copyright ©1994 American Psychological Association. Otištěno se svolením.