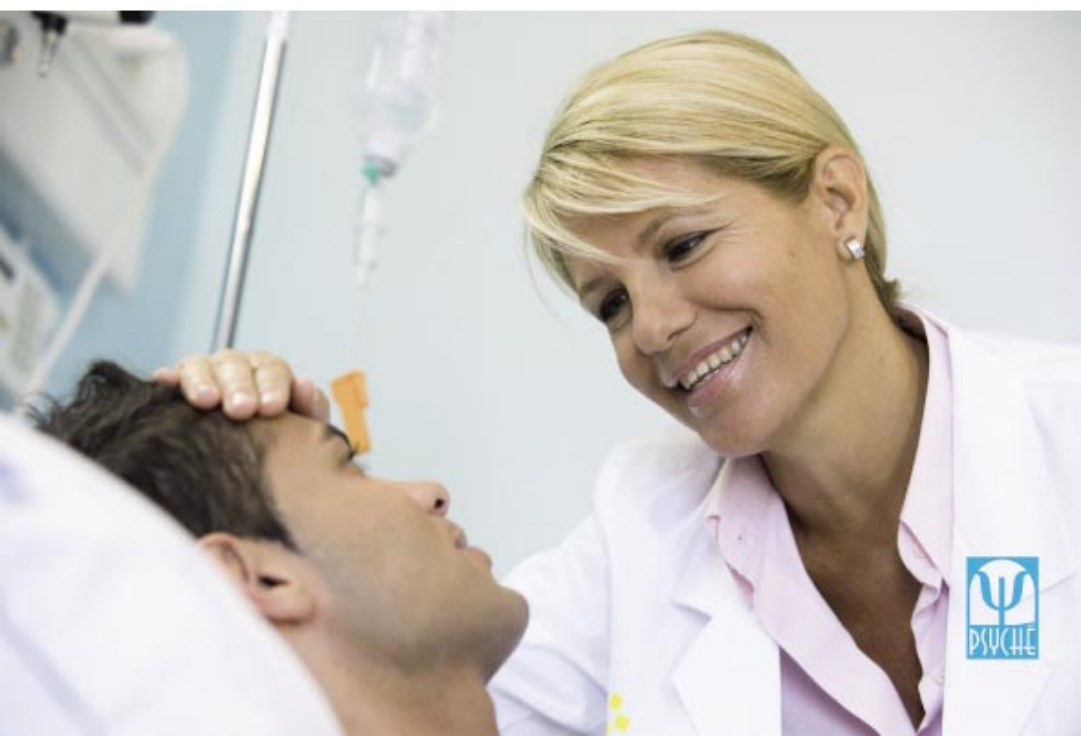


Jiří Beran a kolektiv

---

# Lékařská psychologie v praxi

---



# Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

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

*Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umisťování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.*





**doc. MUDr. Jiří Beran a kolektiv**

## **LÉKAŘSKÁ PSYCHOLOGIE V PRAXI**

Vydala Grada Publishing, a.s.  
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7  
tel.: +420 220 386 401, fax: +420 220 386 400  
[www.grada.cz](http://www.grada.cz)  
jako svou 3845. publikaci

Odpovědný redaktor Martin Hrdina  
Sazba a zlom Milan Vokál  
Počet stran 144  
Vydání 1., 2010

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.  
Husova ulice 1881, Havlíčkův Brod

© Grada Publishing, a.s., 2010  
Cover Photo © fotobanka Allphoto

**ISBN 978-80-247-1125-6** (tištěná verze)  
**ISBN 978-80-247-6869-4** (elektronická verze ve formátu PDF)  
© Grada Publishing, a.s. 2011

---

# OBSAH

|                                                                           |           |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Předmluva . . . . .</b>                                                | <b>9</b>  |
| <b>1. Vztah mezi lékařem a pacientem na počátku 21. století . . . . .</b> | <b>11</b> |
| 1.1 Východiska biologická, psychosociální a kulturní . . . . .            | 11        |
| 1.2 Specifické rysy medicíny a vztahu lékaře a pacienta . . . . .         | 15        |
| Šamani a medicína přírodních národů. . . . .                              | 16        |
| Historický kontext evropské (západní) medicíny . . . . .                  | 17        |
| Jak „vzniká“ lékař . . . . .                                              | 18        |
| Postavení lékaře v současné společnosti . . . . .                         | 23        |
| Medicína a smrt . . . . .                                                 | 25        |
| Vědeckost medicíny. . . . .                                               | 31        |
| 1.3 Subjektivní jevy v medicíně – lékař a psychika pacienta. . . . .      | 34        |
| 1.4 Medicína v souvislostech . . . . .                                    | 37        |
| Medicína z ekonomického hlediska. . . . .                                 | 37        |
| Právní aspekty medicíny . . . . .                                         | 39        |
| Etické aspekty medicíny . . . . .                                         | 42        |
| Duchovní (spirituální) aspekt medicíny. . . . .                           | 44        |
| <b>2. Komplexní pohled na nemocného . . . . .</b>                         | <b>46</b> |
| 2.1 Biopsychosociální model nemoci. . . . .                               | 46        |
| 2.2 Fylogenetický (evoluční) aspekt biopsychosociálního modelu. . . . .   | 48        |
| <b>3. Psychoterapie a medicína . . . . .</b>                              | <b>50</b> |
| 3.1 Psychoterapie jako samostatný obor. . . . .                           | 50        |
| 3.2 Integrace psychoterapie do medicíny. . . . .                          | 51        |
| <b>4. Základní komunikační dovednosti . . . . .</b>                       | <b>52</b> |
| 4.1 Vymezení . . . . .                                                    | 52        |
| 4.2 Přehled komunikačních dovedností. . . . .                             | 52        |
| Naslouchání . . . . .                                                     | 52        |
| Empatie . . . . .                                                         | 53        |
| Projev porozumění . . . . .                                               | 54        |
| Výklad. . . . .                                                           | 56        |

---

|                                                                                 |            |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Zájem, podpora a mlčení . . . . .                                               | 57         |
| Rady . . . . .                                                                  | 58         |
| <b>5. Nonverbální komunikace mezi lékařem a pacientem . . . . .</b>             | <b>59</b>  |
| 5.1 Nonverbální komunikace . . . . .                                            | 59         |
| 5.2 Popis a klasifikace nonverbálního chování . . . . .                         | 59         |
| 5.3 Nonverbální chování v interakci mezi lékařem a nemocným . . . . .           | 62         |
| <b>6. Psychologicky zaměřená anamnéza . . . . .</b>                             | <b>63</b>  |
| 6.1 Obecná charakteristika . . . . .                                            | 63         |
| 6.2 Specifické aspekty . . . . .                                                | 67         |
| <b>7. Rozhovor lékaře s pacientem . . . . .</b>                                 | <b>69</b>  |
| 7.1 Obecná charakteristika . . . . .                                            | 69         |
| 7.2 Vymezení rámce rozhovoru . . . . .                                          | 72         |
| 7.3 Specificky zaměřený rozhovor . . . . .                                      | 78         |
| <b>8. Úvod do podpůrné psychoterapie . . . . .</b>                              | <b>82</b>  |
| 8.1 Kontext podpůrné psychoterapie . . . . .                                    | 82         |
| 8.2 Užší vymezení podpůrné psychoterapie . . . . .                              | 83         |
| 8.3 Základní charakteristiky podpůrné psychoterapie . . . . .                   | 84         |
| <b>9. Účinné faktory podpůrné psychoterapie . . . . .</b>                       | <b>87</b>  |
| 9.1 Přehled . . . . .                                                           | 87         |
| 9.2 Další aspekty podpůrné psychoterapie . . . . .                              | 91         |
| <b>10. Zásady psychologické pomoci . . . . .</b>                                | <b>98</b>  |
| 10.1 Pomoc v náročných životních situacích . . . . .                            | 98         |
| 10.2 Psychologická pomoc v krizi životních hodnot . . . . .                     | 102        |
| 10.3 Psychologické aspekty péče o pacienty s nádorovým<br>onemocněním . . . . . | 104        |
| 10.4 Komunikace s chronicky nemocným . . . . .                                  | 108        |
| <b>11. Psychologické aspekty farmakoterapie . . . . .</b>                       | <b>112</b> |
| 11.1 Podíl psychologických faktorů na účinku farmaka . . . . .                  | 112        |
| 11.2 Psychologické faktory farmakoterapie na straně lékaře . . . . .            | 113        |
| 11.3 Psychologické faktory na straně pacienta . . . . .                         | 115        |
| 11.4 Psychoterapie a psychofarmakoterapie . . . . .                             | 117        |
| <b>12. Problémové situace mezi zdravotníky a pacienty . . . . .</b>             | <b>118</b> |
| 12.1 Druhá kompetence . . . . .                                                 | 118        |
| 12.2 Pacient jako stěžovatel . . . . .                                          | 120        |
| 12.3 Rodina jako stěžovatel . . . . .                                           | 121        |

---

|                                                              |            |
|--------------------------------------------------------------|------------|
| 12.4 Podíl zdravotníků na stížnostech . . . . .              | 123        |
| 12.5 Prevence problémových situací . . . . .                 | 126        |
| <b>13. Duševní vyrovnanost lékaře (zdravotníka). . . . .</b> | <b>128</b> |
| <b>Doslov . . . . .</b>                                      | <b>131</b> |
| <b>Použitá literatura. . . . .</b>                           | <b>133</b> |
| <b>Rejstřík věcný . . . . .</b>                              | <b>134</b> |
| <b>Rejstřík jmenný . . . . .</b>                             | <b>140</b> |



## PŘEDMLUVA

Na poli medicíny nevystačíme pouze s přírodovědeckým konceptem, ačkoli jeho současné dominantní postavení je podloženo obrovským rozvojem medicíny v posledních desetiletích, který se právě na přírodovědeckém podkladu odehrává. Příkladem mohou být tzv. zobrazovací metody v oblasti diagnostiky nemocí, které umožňují odhalovat minimální strukturní změny či přímo zachycovat procesy odehrávající se na úrovni buněčných receptorů.

Ve srovnání s tím medicína ztrácí svůj lidský rozměr: Nemocný člověk se setkává spíše s personálem, který profesionálně zajišťuje obsluhu aparatur, přičemž psychice nemocného se obdobně vyspělé profesionální péče nedostává.

Úkolem psychologie aplikované v klinické praxi (klinické psychologie nebo lékařské psychologie) je přispět k tomu, aby se odpovídajícím způsobem dařilo tento dluh medicíny vůči pacientům splácet. Svě místo na tomto úseku mají nejen psychologové, ale také sami lékaři.

Vztah mezi lékařem a pacientem si lze představit jako vícevrstevný proces. Jednotlivé „vrstvy“ reprezentují etická hlediska, ekonomické vztahy, právní normy, biologické procesy a v neposlední řadě jednou z vrstev je i psychologický aspekt tohoto vztahu. Sám psychologický aspekt vztahu si lze opět představit analogicky s předchozí metaforou jako proces probíhající ve více vrstvách, které jsou vzájemně provázány. Psychologickým základem vztahu mezi lékařem a pacientem je specifická vzájemná emoční vazba, která má být v zájmu obou stran pozitivně laděná a dostatečně silná. Vytvořit a udržovat takový vztah je pro lékaře velice náročným úkolem, kterému se nevyhýbají ani rizika nezdaru.

Biopsychosociální model/teorie člověka jako ucelený koncept, který umožňuje porozumět člověku ve zdraví a v nemoci, je spjat se jménem George L. Engela, který jej předložil v 60. letech minulého století. Snažil se jeho pomocí překonat redukcionismus modelu biomedicínského. Biopsychosociální model chápe zdraví i nemoc jako systém vztahů uvedených složek. Nyní, po téměř 50 letech od prvních Engelových publikací, shledá-

váme, že v praxi současné medicíny zůstává mnohé z biopsychosociální teorie člověka nenaplněno.

V teoretické rovině by jej bylo možno dále rozvíjet a doplnit jej o další složky, mezi nimiž by neměla chybět spirituální složka či evoluční pohled na člověka.

# 1. VZTAH MEZI LÉKAŘEM A PACIENTEM NA POČÁTKU 21. STOLETÍ

## 1.1 VÝCHODISKA BIOLOGICKÁ, PSYCHOSOCIÁLNÍ A KULTURNÍ

---

Vztah mezi lékařem a pacientem je **jedním z řady mezilidských vztahů**, které má ve svém životě každý člověk. Pokusme se úvodem definovat, **co je mezilidský vztah**. Lze říci, že se jedná především o **emoční vazbu**, tedy o cit jedné osoby ke druhé. Má-li tento vztah mít pro kohokoli význam, pak musí být dostatečně **intenzivní**, v lepším případě kladný (lze však i nenávidět), a konečně vztah by měl být **vzájemný**. Pro vznik vztahu je důležitým prvkem také **čas**. První dojem ze druhé osoby si vytváříme velmi rychle, ale časem se vztah mění, upevňuje se nebo také upadá.

V životě máme vztahy k nejbližším osobám ve svém soukromí, dále k osobám v pracovním prostředí a konečně vztahy k okolí. Za **předobraz všech** pozdějších **vztahů se pokládá vztah mezi matkou a dítětem**. Tento vztah je v každém případě prvním vztahem, který každý člověk prožívá. Když se žena stane matkou (a muž otcem), ožívá v ní (v něm) řada mateřských (rodičovských) pocitů a v jejím (v jeho) chování se objevují nové projevy, které předtím nebyly patrné.

Z **etologického hlediska** vzato je rodičovské chování biologicky založeno a je vrozené. K tomu se přidává i složka získaná během života a tedy naučená, ať již odpozorováním chování jiných matek nebo poučením získaným z příslušných pramenů. Ukázalo se, že kojenci dokáží svojí mimikou provokovat matku k mimické odpovědi. Pokud byla mimika zaznamenávána, pak se zjistilo, že nejprve přichází mimický podnět ze strany dítěte a pak následuje mimická reakce matky. Při studiu života tzv. **přírodních národů** se ukázalo, že tam, kde je zvykem, aby dítě od narození bylo s matkou, jsou dospělí jedinci otevřenější sociálním vztahům a jsou také méně úzkostní.

Je-li naopak jinde zvykem, že matka s sebou stále své dítě nenosí, bývají dospělí jedinci spíše nedůvěřiví a úzkostní.

Někteří **psychoanalytici** (např. Margaret Mahlerová, Heinz Kohut a jiní), kteří svým způsobem zkoumali projevy malých dětí a jejich matek, došli nezávisle na výše zmíněných antropologických studiích k obdobným zjištěním. Stručně řečeno můžeme předpokládat, ale nikoli s jistotou vědět, že dítě ve věku kojence, tedy po dobu několika prvních měsíců po narození, prožívá období psychického spojení s matkou (jakési symbiózy), kdy v podstatě všechna jeho přání jsou uspokojována, matka pečlivě reaguje na jeho podněty a svědomitě plní jeho přání. Tím je u dítěte navozen pocit omnipotence. Později dochází k tomu, že symbiotická vazba na matku se uvolňuje, probíhá proces separace (a individuace), batole již je o něco samostatnější a nezávislejší, ale zjišťuje, že ne všechna jeho přání jsou splněna a ne všechno dokáže. Jeho lokomoce je nedostatečná, potupně se pohybuje ležením po břiše, nedosáhne tam, kam by chtělo, a zjišťuje, že býti na světě je velmi komplikovanou záležitostí. Další trampoty mu nastávají, když zvládne chůzi a poznává okolní svět. Ne všechny aktivity a objevy dítěte nacházejí příznivou odezvu u jeho matky. Je-li v této době nešetrně matkou káráno, může to mít dlouhodobě nepříznivý vliv na jeho sebevědomí. Může se vyvinout ve zranitelného člověka, který si jednou o sobě myslí příliš mnoho a jindy příliš málo. Není nutné, aby v tomto věku matka dítě pouze bezvýhradně chválila, má je i kárat, nicméně nemá z toho pro dítě plynout, že je nemá ráda, když něco špatně udělá nebo udělá něco, s čím matka nesouhlasí. Naopak dítě si má být jisto tím, že svými nezdary lásku matky neztrácí, ale má její obdiv a základní láskyplný vztah tím ořesen není. Matka toto dokáže zpravidla dobře, neboť má pro rodičovskou roli vrozené předpoklady a něčemu se během života naučila pozorováním chování starších žen v roli matek.

V současné době je k učení se mateřskému chování nápodobou méně příležitostí, neboť sourozenců nebývá v rodině víc a starší dcery tak obvykle nemohou pozorovat chování matky k mladším sourozencům. Zdá se však, že až na výjimky se to naštěstí daří nějak kompenzovat a na současných generacích nepříznivé následky pravděpodobně nevznikají. S určitostí to ale nelze ani potvrdit, ani vyvrátit, jakýkoli výzkum v této oblasti by byl metodicky a časově velice náročný. Nicméně doba, kdy se plošně podceňoval význam kojení, minula a umělá výživa zůstává nyní po kojení až druhořadou. Mění se též postoj k podmínkám porodu a poporodní péče od neosobního provedení porodu a zabezpečení novorozence k okamžitému kontaktu mezi rodičkou a novorozencem, neboť se již těmto chvílím přisuzuje podstatně jiný význam ve srovnání s prvními dekádami druhé poloviny minulého sto-

letí. Zde tyto okolnosti připomínáme z toho důvodu, že pro vztah mezi matkou a dítětem a pro vztahy v životě dospělém má těhotenství, porod a rané dětství značný psychologický význam.

Význam vztahu mezi matkou (rodičem) a dítětem si ještě mnohem dříve než zmínění psychoanalyticky uvažující autoři uvedomil **Sigmund Freud**. Freud **zavedl pojem přenosu**, který se používá v psychoanalýze dodnes. Přenos znamená, že člověk i v dospělosti přenáší na jiné významné osoby ve svém okolí ty pocity a postoje, které měl ke své matce v období raného dětství. Ve vztahu k psychoanalytikovi se tyto pocity a postoje rovněž manifestují a pokud jsou takové povahy, že z nich pramení v životě pacienta problémy, pak v průběhu psychoanalýzy lze dosáhnout jisté optimalizace v tomto směru. Freud dále zavedl i pojem protipřenosu, který hraje významnou roli nejen v psychoanalýze, ale i v každodenní medicínské praxi (viz podkapitulu 9.2).

Pokud jde o Freuda a psychoanalýzu, pak je nutno připomenut, že v medicíně zůstává nedoceněno a nevyužito Fredovo **učení o nevědomí** včetně dalších jeho novějších modifikací. Lékař má své nevědomí a pacient rovněž. Lékař se s pacientem setkává nejen na vědomé úrovni, ale také na úrovni nevědomé. Ani jeden z nich však význam nevědomí nebere v úvahu, přestože mocný díl komunikace je na nevědomé úrovni.

Vztahy si lze představit jako nepravdelnou **prostorovou (trojrozměrnou) síť** nebo ještě lépe jako zvláštní a opět trojrozměrnou pavučinu. Komu vztahy chybí, dostává se do sociální izolace. Pro výrazné ochuzení interpersonálních vztahů se používá označení sociální smrt. Člověku na množství a povaze vztahů velmi záleží. Má-li kolem sebe vztahy, které ho uspokojují nebo těší, cítí se lépe. Interpersonální vztahy jsou souřadné, tedy umístěné na ose horizontální, ale také hierarchicky uspořádané, a mohli bychom si je tedy představit umístěné na ose vertikální.

Čistě **souřadných (symetrických) vztahů** můžeme nalézt poměrně málo, vždycky ve vztazích hraje roli určitá míra dominance u jednoho a submise u druhého. Tentýž člověk přitom může být současně k někomu v dominantním postavení a k jiné osobě v submisivním postavení. Lze si představit, že obojí se může týkat i vztahu mezi dvěma stejnými osobami – v určité situaci je jedna dominantní a druhá submisivní a v jiné situaci je tomu naopak.

**Z evolučního pohledu** vzato interpersonální vztahy k člověku patří. Člověk v dávných dobách svého vývoje žil v tlupách, tedy v nepříliš početných skupinách, v nichž vznikaly a vyvíjely se nejrůznější vztahy kladné i záporné. U skupiny volně (či v zajetí) žijících primátů můžeme pozorovat

přítomnost vzájemných vztahů. Ve vztazích mezi nimi a posléze i mezi lidmi hraje roli nejen to, kdo je starší a mladší, silnější a slabší, zdravý či nemocný, ale v tlupě primátů (a ve vztazích mezi lidmi) hraje důležitou roli i pohlaví, tedy vzájemné vztahy mezi samci (muži) a vzájemné vztahy mezi samicemi (ženami), v neposlední řadě vztahy mezi samci a samicemi (muži a ženami). Ve skupinách primátů a v menších stálých skupinách lidí se vytvářejí ustálené role a jim odpovídající ustálené vztahy. Jedinci se navzájem znají a mají jasno v tom, co mohou očekávat od druhých, komu mohou důvěřovat a koho se mají obávat.

Mezilidské vztahy jsou z evolučního hlediska vzato poměrně stálé, ale ze sociologického hlediska lze pozorovat mnohé dílčí změny, které jsou dány aktuálními **kulturními vlivy** ve společnosti.

Z toho pak vyplývá, že v současné společnosti, v níž lidé žijí v početnějších společenstvích, která navíc nejsou ustálená a jsou měnlivější, je například orientace v interpersonálních vztazích mnohem těžší. Není tomu tak dávno, kdy určitému společenskému postavení náleželo na veřejnosti určité oslovení, které se důsledně dodržovalo, a jen nejbližší osoby byly od tohoto oslovování osvobozeny. Nejen oslovování druhé osoby bylo pevně dáno jejím postavením ve společnosti, ale byl s ním spjat i určitý způsob chování okolí vůči této osobě. Zdá se, že orientace ve společnosti mohla být pro každého mnohem jednodušší. Snadno bylo se dozvědět, které postavení ve společnosti je významnější, a tudíž jeho dosažení se mohlo stát žádoucím cílem pro mladší, kteří již předem věděli, jaké projevy úcty je očekávají, pokud se jim podaří určitého společenského postavení dosáhnout. V dnešní době se používá z hlediska hierarchie vztahů nic neříkající oslovení „pan“ („paní“). Nedá se z něj odvodit postavení dotyčného ve společnosti a tomu odpovídající způsob chování. Nebýt filmů pro pamětníky či starších románů, neměli bychom o ustálené struktuře společnosti v první polovině 20. století žádnou představu.

**Interpersonální vztahy nemusí být vždy optimální.** S určitou nadsázkou lze říci, že existují „nemocné vztahy“. Znamená to, že ve vztazích mezi lidmi jsou mnohdy obecně vzato problémy. Nejjednodušším příkladem jsou **ambivalentní vztahy**, kdy k téže osobě, situaci a někdy také věci mohou být jak příznivé, tak nepříznivé pocity. Nemůžeme být s někým, ale současně ani bez něj, někde se těšíme, ale současně to v nás vyvolává obavy, něco chceme, ale i nechceme, prostě nemůžeme se pro něco s lehkým srdcem rozhodnout a rozhodneme-li, pak přetrvává nejistota, zda to bylo rozhodnutí správné či nikoli. Jindy se jedná o záležitost komplikovanější a nevíme třeba, jaký je náš vztah k té či oné osobě, např. zda někoho milujeme dosti, či jej