

Lékařská psychologie

Jan Vymětal

3., aktualizované vydání



Lékařská psychologie

Jan Vymětal

Vymětal, Jan

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

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

ISBN 80-7178-740-X

159.9:61

- lékařská psychologie
- učebnice vysokých škol

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

© Jan Vymětal, 2003

Portál, s. r. o., Praha 2003

ISBN 80-7178-740-X

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

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

7.2	Autorita a pravdivost	132
7.3	Úcta a respekt	133
7.4	Porozumění	135

8 Rozhovor lékaře s pacientem 141

8.1	Rozhovor a otázky	141
	Rozhovor	142
	Otázky a způsob tázání	143
8.2	Typy lékařského rozhovoru a jeho dimenze	144
8.3	Nedirektivní empatický rozhovor	149
8.4	Zevrubný explorativní rozhovor	151
	Indikace rozhovoru	152
	Fáze rozhovoru	154

9 Zásady sdělování nepříznivých informací pacientům a jejich rodinám 159

9.1	Uvedení do problematiky	159
	Nepříznivá zpráva	160
	Extrémně špatné zprávy	160
9.2	Sdělování nepříznivých informací rodičům postižených dětí	163
9.3	Sdělování nepříznivé informace, která není extrémně závažná	164
9.4	Sdělování extrémně nepříznivé informace	165

10 První setkání s dospělým pacientem v ambulantní praxi 169

10.1	Přijetí pacienta	169
10.2	Orientační rozhovor	171
	Symptomatické chování	173
	Demonstrativní reakce	173
10.3	Vyšetření pacienta	174
10.4	Informování pacienta	176
10.5	Rozloučení	177
10.6	Anamnéza	177

11 Základní psychologická péče o ambulantně vedené pacienty 181

11.1	Psychologicky převážně neproblémoví pacienti	184
11.2	Pacienti psychologicky problematičtí	186
11.3	Psychologické stránky farmakoterapie	189
	Racionální farmakoterapie	190
	Vztah mezi pacientem a lékařem	191
	Postoje pacienta a lékaře k ordinovanému léku	192

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

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

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

22.2 Psychologický diagnostický postup a metody	347
Klinické diagnostické metody	348
Exaktní diagnostické metody	349
22.3 Metody psychologické diagnostiky dětí, dospívajících a dospělých	356
Gesellův test	356
Test Terman-Merrillové (Stanford-Binetova zkouška)	356
Ravenovy progresivní matice	357
Wechslerovy testy inteligence	358
Cattellův osobnostní dotazník (16 PF)	359
Minnesotský osobnostní dotazník (MMPI)	360
Rorschachova projektivní zkouška	361
Tematický apercepční test (TAT)	362
22.4 Spolupráce lékaře a klinického psychologa	363
Požadavky na vyšetření	366

Dodatky	371
----------------	-----

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny	371
Úmluva o lidských právech a biomedicíně Rady Evropy	372
Práva pacienta	377
Charta práv hospitalizovaných dětí	378
Ochrana lidských práv a důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících	379
Helsinská deklarace Světové lékařské asociace	382

Požadavky ke zkoušce z lékařské psychologie a psychoterapie	386
---	-----

Literatura	389
-------------------	-----

Rejstřík	393
-----------------	-----

Seznam obrázků	397
----------------	-----

Úvodní poznámka

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

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

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

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

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

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

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

Učebnice sestává ze tří hlavních částí a z dodatků.

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

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

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

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

Praha, listopad 2002
prof. PhDr. Jan Vymětal

Úloha lékařské psychologie v dnešní medicíně

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

1.1 Vymezení oboru

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Celostní pojetí pak předchází dělení překonává a hlediska spojuje.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2 Sugescce

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

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

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

Síla a snadnost sugestivního ovlivnění především záleží na:

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

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

1.3 Psychogenní iatropatogeneze

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

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

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

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

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

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

- Všechny silné a překvapivě **bolestivé zákroky**, na které není pacient předem připraven a upozorněn – to se týká nejen dětí, ale i dospělých. Náhlá a prudká bolest způsobená lékařem vyvolává strach z dalších lékařských úkonů i z lékaře samého.

- Negativně působí dále jednání lékaře, jež v nemocném vyvolá ať již správný či nesprávný dojem, že je **zanedbáván**. To je např. tehdy, jestliže pacient není vyšetřen a je ordinováno „od dveří“.

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

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

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

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

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

1.4 Placebo efekt

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

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

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

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

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

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

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

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

1.5 Syndrom vyhaslosti (vyhoření)

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

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

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

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

U mladších osob někdy postačí opakovaná domluva, zpětná vazba a především pozitivní vzor ze strany kolegů požívajících prestiž. U lékařů starších jsme ke změně skeptičtí a v extrémních případech nakonec záležitost řeší dříve nebo později jejich nadřízení, etická komise či lékařská komora. Naštěstí je však málo takových případů – pacienti se svých lékařů obávat rozhodně nemusí.

Důrazně varujeme před „autoléčbou“ alkoholem a psychofarmaky. V takovém případě je vhodné se poradit se zkušeným kolegou, kterému plně důvěřujeme, nebo se přímo obrátit na klinického psychologa či psychiatra. Syndrom vyhaslosti totiž může přejít v depresi a hlubší deprese u lékaře v sobě vždy skrývá nebezpečí suicidálního jednání.

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

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

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

SOUHRN

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

Vývojová psychologie

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

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

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

2.1 Mechanismy vývoje

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

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

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

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

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

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

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

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

Také proto v medicíně zdůrazňujeme její bioekopsychosociální paradigma.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2 Prenatální období a porod

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Dětství

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

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

Novorozenecké období

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kojenecký věk

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

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

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

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

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

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

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

Pojmem, blízkým pojmu psychická deprivace, je hospitalismus.

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

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

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

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

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

Období batolete

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

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

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

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

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

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

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

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

Předškolní věk

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

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

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