



2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA  
UNIVERZITA KARLOVA

---

# Lékařská psychologie (Health Psychology)

## Vztah lékaře a pacienta

Mgr. et Mgr. Martin Zielina, Ph.D.



2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA  
UNIVERZITA KARLOVA

# Psychoterapeutické nástroje I.

- **Sugesce** – pozitivní, negativní, - přímá a nepřímá (přenesení psychického stavu a obsahu z jedné osoby na druhou – projekční a introjekční mechanismus).
- **Naslouchání** (evakuační a introjekční mechanismus, kontejnování, zrcadlení).
- **Objasnění**, vysvětlení a výklad jako PT nástroj (struktura nestrukturovaných zážitků pomocí slov – symbolů, vytvoření nových významů).



# Psychoterapeutické nástroje II.

- **Podpora a posílení Já** (uznání, ocenění, pochvala, projevení důvěry, dodání odvahy).
- **Empatický postoj** (vcítění se do situace pacienta, do jeho bolesti atp.).
- **Význam „rady“** (rada může být účinná, ale obvykle nevede ke psychické změně! A nesmí pacienta zbavovat jeho odpovědnosti za sebe).



# Psychogenní iatropatogeneze

- **Psychogenní iatropatogeneze** (z řeč. *latros* = lékař; *pathos* = (u)trpení; *genesis* = vznik) – přechodné či trvalé psychické poškození pacienta ze strany lékaře či zdravotnického zařízení obecně.
- Způsob a obsah komunikace s lékařem;
- Jednání lékaře působí traumaticky zejména v rámci bolestivých zákroků a zanedbávání;
- Vyvolání nepřiměřených obav, úzkostí či strachu;
- Pacienti špatně snášejí svou přítomnost u jiných léčebných zákroků;
- Iatrogenní fixace;
- farmakogenní iatropatogeneze – nevhodná indikace léku či jejich kombinace



# Placebo efekt

- **Placebo** (z lat. *placere* = líbit se) **efekt** neboli nespecifický lékový účinek se vyskytuje v případech, kdy objektivně neutrální látka v konkrétním případě zvyšuje účinek léku či sama působí léčivě;
- Sugescí nejspíš dochází ke spuštění sebeúzdavných procesů (= **salutogeneze** – nemoc a zdraví nemusí být dichotomické kategorie);
- Klasické podmiňování – znovu posílený pozitivní vztah mezi stimulem (podání léku, léčením obecně) a reakcí (úlevou);
- Při podání každého léku je přítomný i placebo efekt!



# Syndrom vyhoření

- \* **Syndrom vyhoření** (angl. *burn out*) je specifická emoční únava (vyčerpání) projevující se subdepresivním laděním a podrážděností.
- \* Hrozba u povolání zaměřených na práci s lidmi;
- \* Druzí lidé „otravují“, práce se nedaří a „nemá to cenu“.
- \* U lékařů – zvětšuje se odstup od pacienta a jeho problémy jsou více zvěčňovány.
- \* Jak se bránit? Znat své hranice a nepřekračovat je.



# Posttraumatická stresová porucha

- **Posttraumatická stresová porucha** (angl. Posttraumatic Stress Disorder); F 43.1
- Typické jsou epizody znovuožívání traumatu v neodbytných vzpomínkách („flashbacks”), snech nebo nočních můrách, které se objevují na přetrvávajícím pozadí pocitu tuposti a emoční oploštělosti, stranění se od lidí, netečnosti vůči okolí, anhedonie a vyhýbání činnostem a situacím upomínajícím na traumatický zážitek.
- Obvykle se objevuje vegetativní hyperreaktivita a zvýšená bdělost, zesílené úlekové reakce a nespavost.
- S uvedenými příznaky je obvykle spojena úzkost a deprese a nejsou řídké ani suicidální myšlenky.
- Nástup následuje po traumatu s latencí od několika týdnů do několika měsíců.



# Model Kübler-Rossové

- Ve své knize *On Death and Dying* (1965) popisuje na základě 500 rozhovorů s umírajícími 5 fází – DABDA (**D**enial, **A**nger, **B**argaining, **D**epression, **A**ceptance)
- 1) Popírání – „to musí být omyl“ – jedná se zejména o šokovou reakci.
- 2) Hněv – „to není fér“ - agresivita může být namířena na okolí nebo do sebe.
- 3) Smlouvání – „Udělám cokoliv“ – pacienti mohou být náchylní hledat „zázračnou“ léčbu.
- 4) Deprese – „Umřu, tak o co jde?“ – pacienti mohou být v této fázi zamklí či uzavření.
- 5) Smíření – „Nemůžu proti tomu bojovat“ – pacienti se začínají vyrovnávat se svou smrtelností. Zvyšuje si i compliance.





# Model SPIKE

- **S** – Setting up the Interview (okolnosti a plán rozhovoru);
- **P** - Assessing the Patient's Perception (jak pacient rozumé své situaci?)
- **I** – Obtaining the Patient's Invitation (zjistit, zda pacient chce být informován)
- **K** – Giving Knowledge and Information to the Patient (uvést špatnou zprávu – „Bohužel vám musí říct špatnou zprávu“ nebo „Mrzí mě, že vám...“; sdělovat srozumitelně a empaticky)
- **E** – Addressing the Patient's Emotions with Empathic Responses (snažit se vhodně reagovat na emocionální reakce pacienta – viz předchozí model).

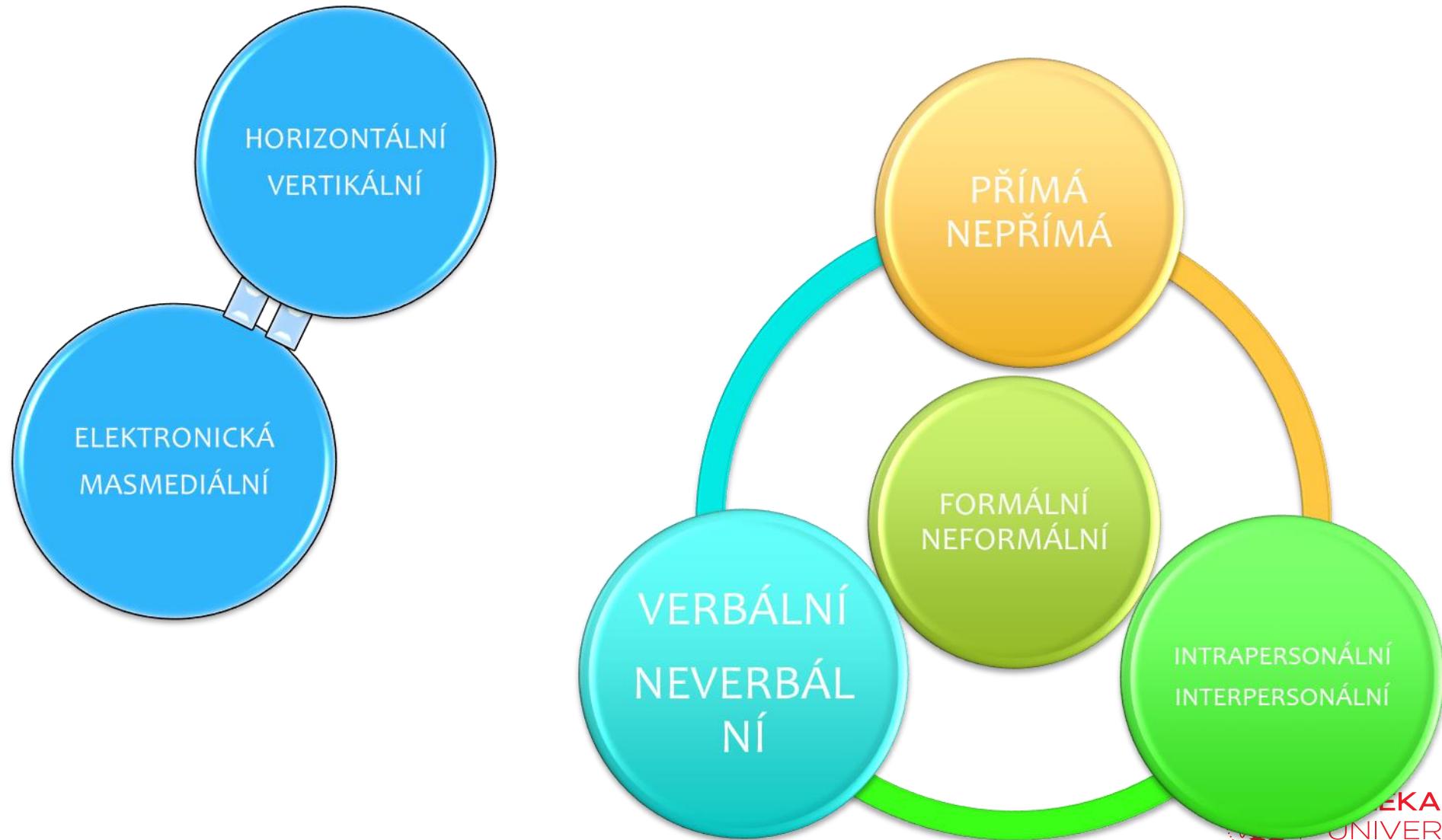




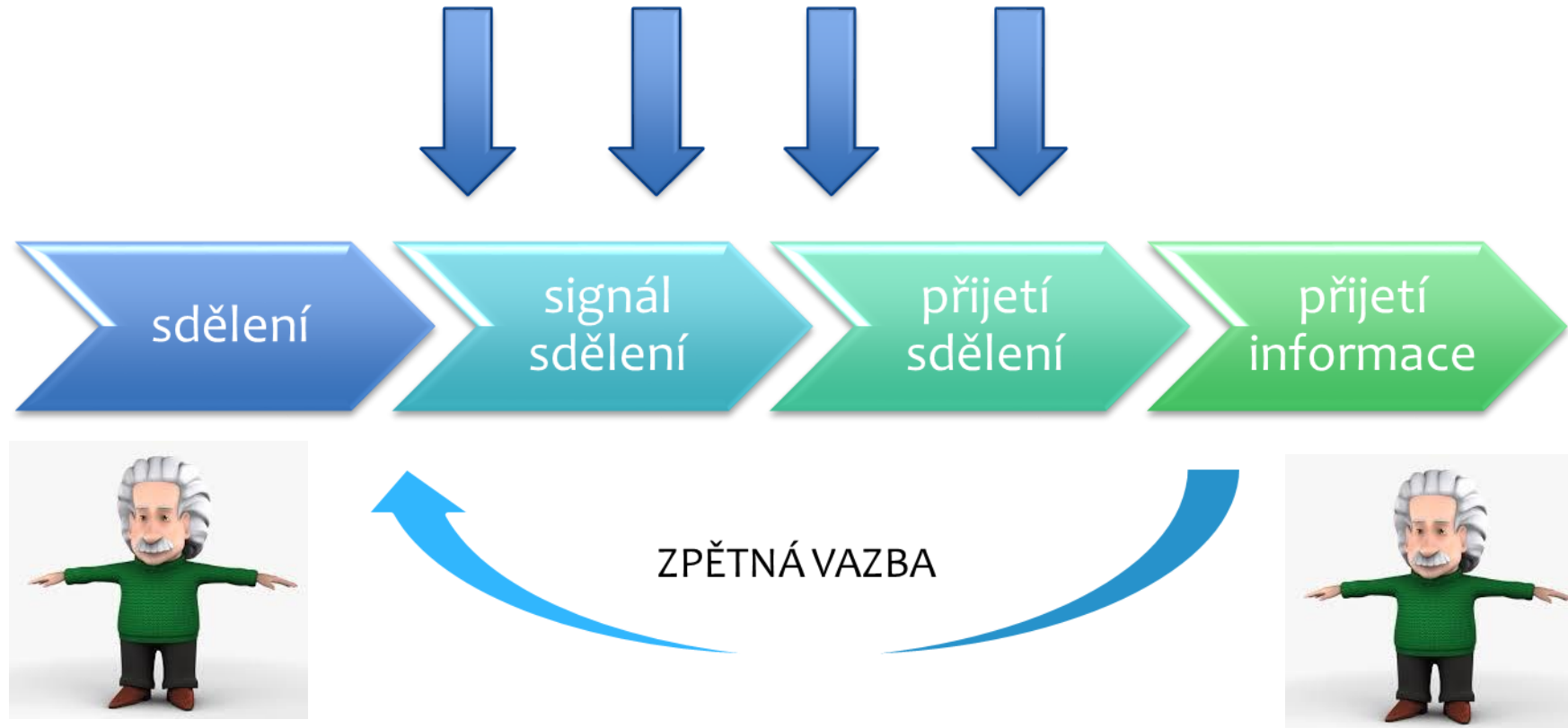
2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA  
UNIVERZITA KARLOVA

**Základem je vždy dobrá komunikace**

# Typy komunikace



# Shannon-Weaverův model



**NĚKDO – ŘÍKA NĚCO – NĚKOMU – NĚJAKÝM KANÁLEM A S NĚJAKÝM ÚČINKEM**





2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA  
UNIVERZITA KARLOVA

# Vztah lékaře a pacienta a jeho dimenze

# Vztah lékaře a pacienta

## Excelentní

- Důvěra
- Blízký, harmonický vztah, v němž dochází ke srozumitelnému vyjadřování emocí a myšlenek (= **rapport**)
- Ochota spolupracovat, dodržování pokynů a příkazů (= **compliance**)

## Mizerný

- Nedůvěra
- Odcizení
- Neochota
- Odmítání



# Non-compliance

- Představuje vysoké náklady (v US každý rok cca 100 mld. USD – Donovan 1995).
- 30-50 % pacientů bez ohledu na druh onemocnění či typ léčení je považováno za nespolupracující (Vermeire et kol. 2001).
- Spolupracující pacienti mají vždy lepší zdravotní výsledky, i když se jedná o placebo (Morris, Schulz 1992).



# Compliance vs. Adherence

- **Compliance** (paternalistický, pasivní, epizodický) vs. **Adherence** (kooperativní, aktivní, kontinuální)
- Compliance z lat. complire = plnění a dokončení akce, transakce nebo procesu, splnění slibu. Pacient slibuje, že si vezme léky nebo vyřadí ze své životosprávy cukr.
- Adherence z lat. adhaerere = znamená držet, držet se blízko nebo zůstat konstantní. Dodržování je pak o tom, že se člověk rozhodne změnit životní styl, a to na základě vlastní volby.







2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA  
UNIVERZITA KARLOVA

# Ontogeneze člověka

# Mechanismy vývoje člověka

- \* Změny v čase (kontinuálně vs. skokově)
- \* 1) **Přírodní** (biologické zrání, biogenetický zákon = ontogeneze je zkrácenou fylogenezí);
- \* 2) **Sociální** (učení nápodobou, psychogenetický zákon)
- \* 3) **Subjektivní** (proces rozhodování, etika)



# Vývojová psychologie

## Etapy

- Prenatální období a porod
- Kojenecký věk (do 12 měs.)
- Období batolete (1 až 3 roky)
- Předškolní věk (3 až 6/7 let)
- Školní věk (6/7 až 11/13 let)
- Dospívání (11/13 až 20 let)
- Dospělost (20 let až 64 let):
  - Mladší (20 až 29 let)
  - Střední (30 až 49 let)
  - Pozdní (50 až 64 let)
- Stáří (65 let a více)

## 8 věků - vývojové úkoly

- základní důvěra vs. nedůvěra
- autonomie vs. stud a pochyby
- iniciativa vs. vina
- příčinnivost vs. inferioritě
- identita vs. konfuze rolí
- intimita vs. izolace
- zralost vs. stagnace
- integrita „já“ vs. zoufalství
- 9th – znovuhodnocení všech předešlých fází, denní obtíže (80 a více let)



# Prenatální období a porod

- \* Mezníkem je 6 měs. od početí dítěte – u plodů jsou individuální odlišnosti, psychomotorické reakce.
- \* Poslední týdny před porodem – nenarozený jedinec pociťuje chuť, slyší.
- \* Všechny potřeby jsou dokonale uspokojovány (symbiotická jednota s matkou).
- \* Vztah rodičů ke graviditě (např. nálada matky biochemicky ovlivňuje i dítě).



# Kojenecký věk

- \* do 12 měs.
- \* Kvalita vztahu mezi matkou a dítětem ovlivňuje:
  - \* a) emocionální vývoj;
  - \* b) sociální přizpůsobivost;
- \* Dokladem sociální důvěry je jak snadno se dítě krmí, dobře spí a vyprazdňuje střeva.
- \* Hospitalismus



# Období batolete

- \* od 1 do 3 let
- \* První emancipace – dítě si hledá hranice (ty jsou však vnější – je nutné jejich kontrola).
- \* Přílišné omezování jejich svobody může vést ke studu a pochybnostem.
- \* Separáční úzkost
- \* Období prvního vzdoru



# Předškolní věk

- \* od 3 do 6 let
- \* Děti v tomto období jsou vystaveni mnohým výzvám (vlastní tělo, hračky, chování, zvířata atd.).
- \* Dítě zvládne toto období aktivitou a záměrností svého jednání.
- \* Rozšiřování sociálních vztahů.
- \* Vývoj svědomí
- \* Chápání potřeb druhých



# Školní věk

- \* od 6 do 12 let
- \* Děti usilují zpravidla o dobrý výkon, jsou snaživé.
- \* Hrozí pocity méněcennosti, pokud se potkají s neúspěchy.





# Dospívání

- \* od 12 do 20 let
- \* Dospívající se snaží dobrat toho, kam v životě míří (identita).
- \* Často řeší existenciální otázky, odmítají konvence a tradice.
- \* Pohyb mezi kategoriemi: „vzdorovitý delikvent“ a
- \* Období druhého vzdoru.



# Mladá dospělost

- \* od 20 do 29 let
- \* Základní otázkou je, zda mohu milovat? (intimita)
- \* Při selhání se lidé vyhýbají vztahům, které by mohly směřovat k intimitě.



# Dospělost

- od 30 do 64 let
- Základním úkolem je tzv. generativita = pomoci mladší generaci připravit se na užitečný život (rodina, vztahy, práce, společnost).
- Naopak přílišné zaměření na sebe vede ke stagnaci a nespokojenosti s relativně nízkou produktivitou.
- Hlavní úkoly:
  - 1) založit rodinu
  - 2) výchova dětí
  - 3) profesionální zakotvení



# Stáří

- od 64 let výše
- V této fázi člověk bilancuje a hodnotí to, čeho v životě dosáhl.
- Pozitivní dimenzí je pozitivně hodnotit vlastní život a mít pocit jeho dovršenosti – integrita.
- Negativní dimenzí je zoufalost a strach ze smrti.





2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA  
UNIVERZITA KARLOVA

# Lékařská psychologie ve vztahu lékaře a pacienta

# Typy vztahů L-P

	Angažovanost lékaře	
Angažovanost pacienta	NÍZKÁ	VYSOKÁ
NÍZKÁ	Výchozí	Paternalistický
VYSOKÁ	Spotřebitelský	<b>Sdílený, partnerský</b>

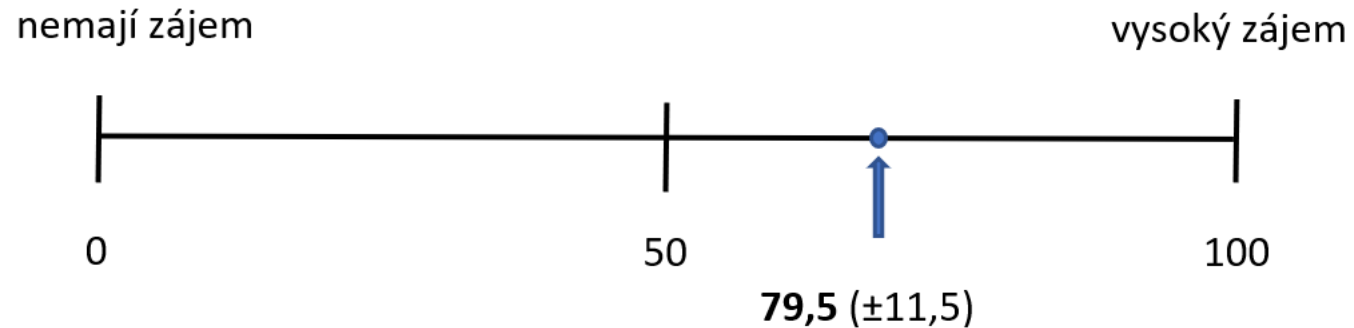
**Základní zdroje:** A) Informace (vztahené k léčbě)

B) Preference (druhu léčby)

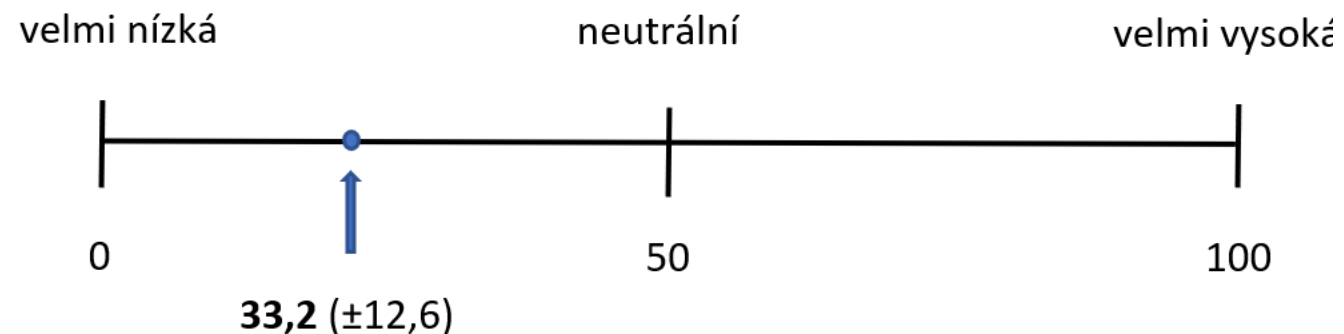


# Ende et kol. (1989)

- 312 pacientů s různě závažnými nemocemi
- Zájem pacientů o **informace**.



- Míra pacientů se zájmem **rozhodovat**.



## Strull et kol. (1984)

- 210 pacientů s hypertenzí a jejich lékaři.

	pacienti	lékaři
Aby rozhodl pacient	19 %	78 %
Aby rozhodl lékař	47 %	22 %

## Cassileth et kol. (1980)

- 256 pacientů s rakovinou si mělo vybrat jedno z tvrzení:
- 1) Preferuji podílet se na rozhodování o své zdravotní péči a léčbě.
- 2) Preferuji ponechat rozhodnutí o mé lékařské péči a léčbě na doktorovi.
- První možnost volili pacienti: a) věk 20-39 let (87 %); b) věk 40-59 let (62 %); c) nad 60 let (51 %).





# Scénář I.

- Pacienta s čerstvou diagnózou rakoviny prsu přichází na další kontrolu ke svému onkologovi. Lékař potvrzuje diagnózu a diskutuje o úvahách pacientky. Na závěr lékař předestírá několik variant léčby, jejich výhody a nevýhody.

**Pacientka:** děkuji za vysvětlení mého onemocnění i za objasnění výhod a nevýhod jednotlivých možnosti léčby. Přesto se pro žádnou z nich nedokážu rozhodnout. Dala bych přednost, pokud byste rozhodl vy.

**Lékař:** Ovšem vy jste teď v nejlepší pozici se rozhodnout, protože toto rozhodnutí by mělo obsahovat zvážení výhod i nevýhod jednotlivých návrhů léčby. Pokud v této chvíli nevíte, tak si to v klidu promyslete a zastavte se příští týden s rozhodnutím.

(za týden opět v ordinaci)

**P:** Stále se nemohu rozhodnout. Co byste udělal vy, pokud by to byla vaše žena?

**L:** Pokud by to byla moje žena, tak bych zvolil variantu A, ale moje preference mohou být odlišné od těch vašich.

**P:** Dobrá, tak i já zvolím variantu A.



# Scénář II.

- Pacienta s čerstvou diagnózou rakoviny prsu přichází na další kontrolu ke svému onkologovi. Lékař potvrzuje diagnózu a diskutuje o úvahách pacientky. Na závěr lékař předestírá několik variant léčby, jejich výhody a nevýhody.

**Pacientka:** děkuji za vysvětlení mého onemocnění i za objasnění výhod a nevýhod jednotlivých možností léčby. Přesto se pro žádnou z nich nedokážu rozhodnout. Dala bych přednost, pokud byste rozhodl vy.

(po rozsáhlé diskuzi)

**P:** Tak jsem se rozhodla pro variantu A.

**L:** Chci se ujistit, že rozumíte, s čím je spojena varianta A. Jak jsem dříve zmínil, tak s ní je spojena řada vedlejších efektů, např. budete se špatně cítit po několik měsíců.

**P:** Rozumím, ale přesto preferuji možnost A (uvádí své důvody).

**L:** Máte pravdu. Myslím, že je to pro vás dobrá možnost.



# Scénař III.

- Pacienta s čerstvou diagnózou rakoviny prsu přichází na další kontrolu ke svému onkologovi. Lékař potvrzuje diagnózu a diskutuje o úvahách pacientky. Lékař předestírá několik variant léčby, jejich výhody a nevýhody.

**Lékař:** Vzhledem k různým možnostem léčby by mě zajímalo, kterou z nich preferujete. Nezapomeňte zvážit také svůj životní styl a hodnoty.

**Pacientka:** Děkuji za vysvětlení mého onemocnění i představení výhod stejně jako i nevýhod různých variant léčby. Ráda bych vyzkoušela tu novou experimentální léčbu (A), o níž jsem četla v odborném časopisu.

**Lékař:** Nemyslím si, že by se ve vašem případě jednalo o vhodnou léčbu, protože její účinnost dosud nebyla prokázána.

**P:** To je sice možné, ale přesto trvám na této možnosti.  
(lékař se pokouší znovu rozmluvit tuto možnost pacientce)

**L:** Tento způsob léčby nemohu poskytnout.

**P:** V tom případě budu muset jít jinam.  
(pacientka opouští ordinaci)



# Scénář IV.

- Pacienta s čerstvou diagnózou rakoviny prsu přichází na další kontrolu ke svému onkologovi. Lékař potvrzuje diagnózu a diskutuje o úvahách pacientky. Na závěr lékař předestírá několik variant léčby, jejich výhody a nevýhody.

**Pacientka:** děkuji za vysvětlení mého onemocnění i za objasnění výhod a nevýhod jednotlivých možností léčby. Přesto se pro žádnou z nich nedokážu rozhodnout. Dala bych přednost, pokud byste rozhodl vy.

**Lékař:** Ovšem vy jste teď v nejlepší pozici se rozhodnout, protože toto rozhodnutí by mělo obsahovat zvážení výhod i nevýhod jednotlivých návrhů léčby.

**P:** V tom případě bych chtěla zvolit léčbu A.

Lékař se připravuje na následnou návštěvu spojenou se zahájením léčby A. Pacientka však nepřichází. Lékař se později dozvídá, že pacientka vyhledala jiného lékaře.



# Literatura

- Engel, George L. (1977). "The need for a new medical model: A challenge for biomedicine". *Science* 196:129–136.
- Friedson, E. (1970). *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Harper and Row.
- Hahn, S. R. Thompson, K. S. Wills, T. A., Stern, V., Budner, N. S. (1994). The Difficult Doctor-Patient Relationship: Somatization, Personality and Psychopathology. *Journal of Clinical Epidemiology*. Vol. 47, no. 6.
- Hurley, J., Birch, S., Eyles, J. (1992). Information, efficiency and decentralization within health care systems. *CHEPA Working Paper* 92-21. McMaster University: Hamilton.
- Charles, C., Gafni, A., Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Soc. Sci. Med.* 44, (5), pp. 681-692).
- Parsons, T. (1951). *The social system*. Free Press: Glencoe Illinois.
- Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- Veatch, R. M. (1972). „Models for ethical medicine in a revolutionary age. *Hastings Cent Rep* 2, (3), pp. 5-7.





2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA  
UNIVERZITA KARLOVA

**Děkuji za pozornost!**