Lékařská psychologie

základní pojmy, zdraví a nemoc, vztah lékaře a pacienta

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

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
UNIVERZITA KARLOVA

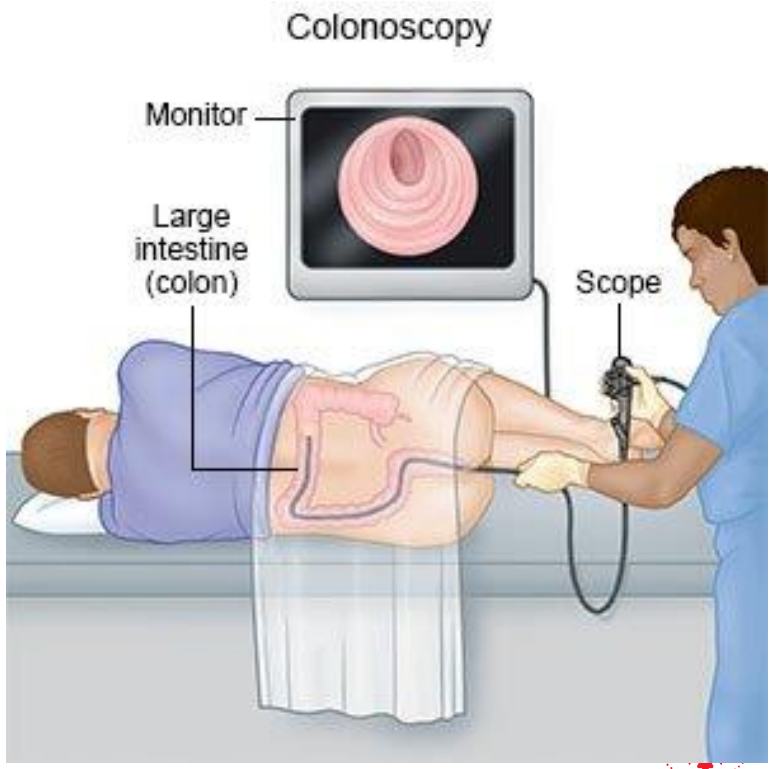
Osnova

- **Lékařská psychologie v rámci rozdělení psychologie**
  - Bio-psycho-sociální model
  - Základní směry a pojmy z psychologie
  - Obecná psychologie (základní psychické fenomény, vědomí a pozornost)
- **Lékařská psychologie ve vztahu ke zdraví a nemoci**
  - Zdraví a nemoc, psychoterapeutické nástroje
  - Syndrom vyhoření, PTSD, Model Kübler-Rossové
- **Lékařská psychologie ve vztahu lékaře a pacienta**
  - Komunikace, complience (adherence)
  - Vývojová psychologie (vývojové úkoly v rámci vývojových etap).
  - Modely vztahu lékaře a pacienta

Lékařská psychologie v rámci rozdělení psychologie

Kazuistika č. 1

- *žena, 36 let, VŠ, učitelka. Matka pacientky zemřela ve 45 letech pro základní diagnózu kolorektálního karcinomu. Pacientka sama dobrovolně podstoupila kolonoskopii, bála se nádoru střev, které měla matka. Všichni se jí smáli, že jde na kolonoskopii, že je moc mladá a určitě nic nemá. Kolonoskopie provedená na interním oddělení nemocnice v místě bydliště skutečně prokázala přítomnost kolorektálního karcinomu. Lékař-internista vytiskl výsledek vyšetření a objednal pacientku na chirurgii k operaci. Pacientce nic neřekl, nevysvětlil. Cílem léčby má být částečná resekce střeva – hemikolektomie.*
- *Pacientka při příjmu na chirurgii den před operací vůbec nevěděla, co se bude dít. Myslela si, že jí jen vyříznou tumor. Kolečkář, který ji přijímal, a navíc internista, si nepřipadal dostatečně kompetentní pacientce vše vysvětlovat, tak poprosil staršího atestovaného kolegu, který seděl hned vedle, jestli by on mohl pacientku poučit.*
- *Ten jen ironicky suše řekl: „No vemem vám půlku střeva, uzliny, možná budete mít vývod.“ Totálně ji odbyl a odešel. Paní se úplně sesypala, začala plakat. Kolečkář se ji snažil upokojit a znovu vše vysvětlovat jako internista.*



!všechny kazuistiky jsou modelové!

Bio-psycho-sociální model

Biomedicína vs. Biopsychosociální model

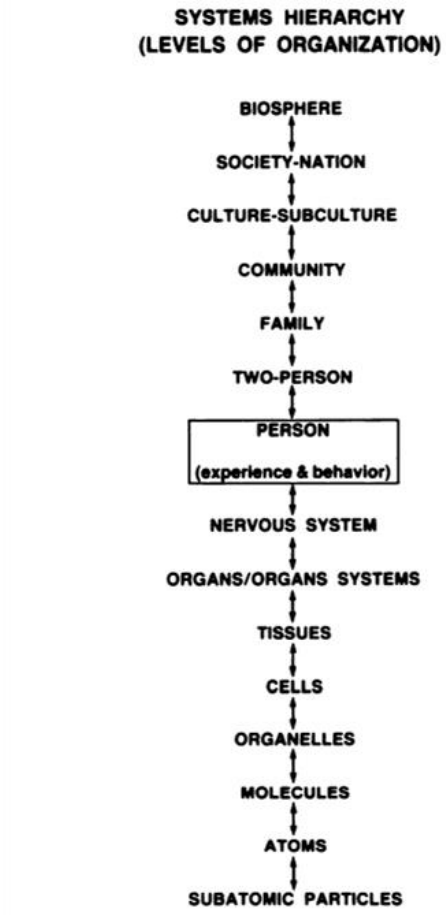
- Engel (1977) – kritika biomedicíny z pohledu redukcionismu a dualismu mysli a těla, tzn. oddělení psychických a somatických procesů.
- Krize medicíny spočívá v pohledu na nemoc pouze prostřednictvím somatických parametrů (tzn. redukcionismus a dualismus).
- Cukrovka (somatické) a schizofrenie (mentální onemocnění) má i řadu bio, psycho i sociálních aspektů.
- Kdy je žal nemocí?

Verywell / Emily Roberts

Bio-psycho-sociální model (Engel, 1977; 1980)

Am J Psychiatry 137:5, May 1980

FIGURE 1
Hierarchy of Natural Systems



8 April 1977, Volume 196, Number 4286

SCIENCE

The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine

George L. Engel

cordant with health needs. Contrary to what the exclusionists would have us believe, the physician's role is, and always has been, very much that of educator and psychotherapist. To know how to induce peace of mind in the patient and enhance his faith in the healing powers of his physician requires psychological knowledge and skills, not merely charisma. These too are outside the biomedical framework.

The Advantages of a Biopsychosocial Model

This list surely is not complete but it should suffice to document that diabetes mellitus and schizophrenia as paradigms of "somatic" and "mental" disorders are entirely analogous and, as Kety argues, are appropriately conceptualized within the framework of a medical model of disease. But the existing biomedical model does not suffice. To provide a

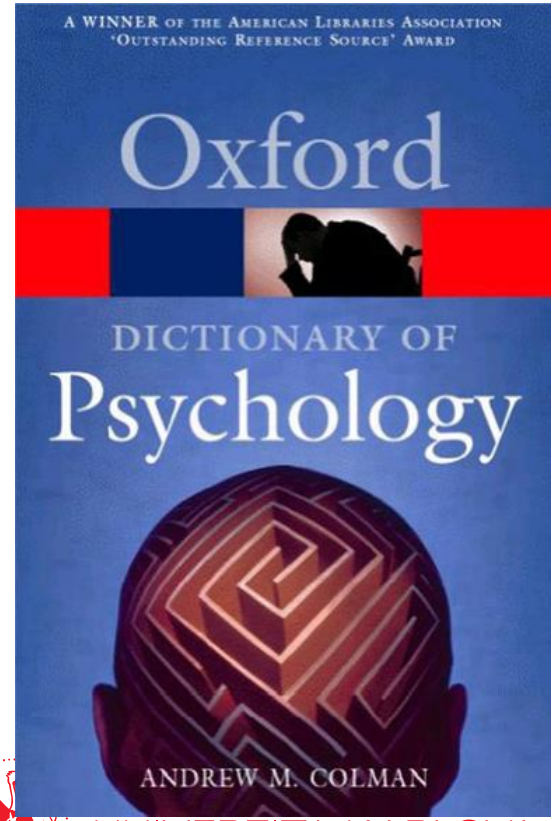
Definice psychologie

- **Psychologie** studuje lidské chování, mentální procesy a tělesné dění, včetně jejich vzájemných vztahů a interakcí.
- **Psychologie** studuje chování a prožívání, vědomí a nevědomí.
- **Psychologie** je multiparadigmatická věda (uplatňují se zde různé přístupy, např. biologický nebo humanistický).

psychology *n.*

The study of the nature, functions, and phenomena of behaviour and mental experience. The etymology of the word (see below) implies that it is simply the study of the mind, but much of modern psychology focuses on behaviour rather than the mind, and some aspects of psychology have little to do with the mind. Many textbooks define psychology simply as the study of behaviour, or the science of behaviour, but that too is to exclude much of psychology: the study of cognition, for example, is concerned with behaviour only indirectly, as evidence of mental processes. The establishment of psychology as an independent discipline, separate from the disciplines of philosophy and biology from which it emerged, is attributable to the German psychologist Wilhelm (Max) Wundt (1832–1920), who stated in the opening sentence of his book *Principles of Physiological Psychology* (1873), the first major textbook of experimental psychology: 'The book that I herewith offer to the public attempts to mark out a new domain of science', and who founded the first psychological laboratory in Leipzig in 1879. See also psyche.

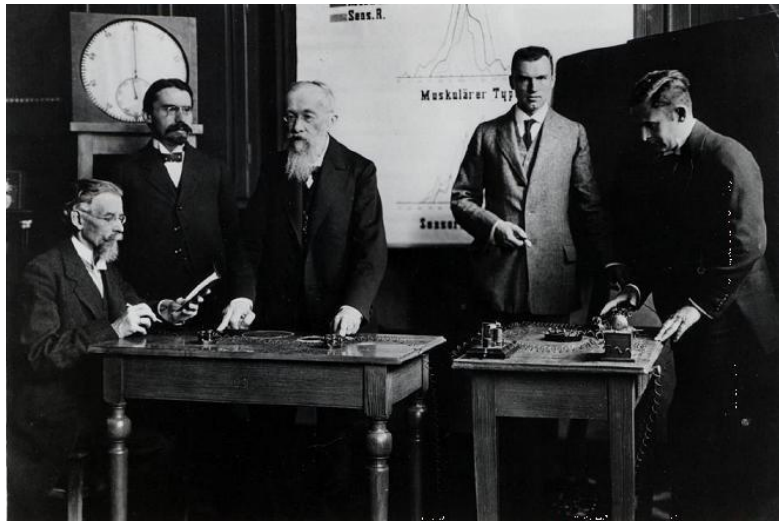
[From Greek *psyche* soul or mind + *logos* word, discourse, or reason. The Latin *psychologia* emerged from obscure origins in Germany in the 16th century; the English word *psychology* first appeared in 1693 in Steven Blankaart's *The Physical Dictionary: Wherein the terms of Anatomy, the names and causes of Diseases, chyrugical Instruments and their Use; are accurately Describ'd*: Blankaart refers to '*Anthropologia*, the Description of Man, or the Doctrin concerning him [which is divided] into Two Parts; viz. *Anatomy*, which treats of the Body, and *Psychology*, which treats of the Soul' (p. 13, italics in original)]



Vznik psychologie

„Psychologie má dlouhou minulost, ale krátkou historii.“

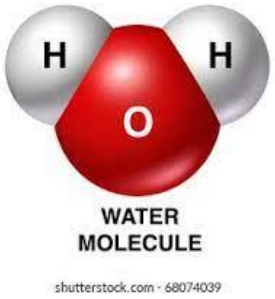
- za počátek vědecké psychologie je považováno založení 1. psychologické laboratoře v Lipsku r. 1879 (Wilhelm Wundt)
- **předmětem** bádání byla zpočátku především psychofyzika; dnes psychika neboli mysl.
- použitou **metodou** byla introspekce; dnes spíše pozorování, rozhovor, dotazníky, analýza produktů činností (např. deník).



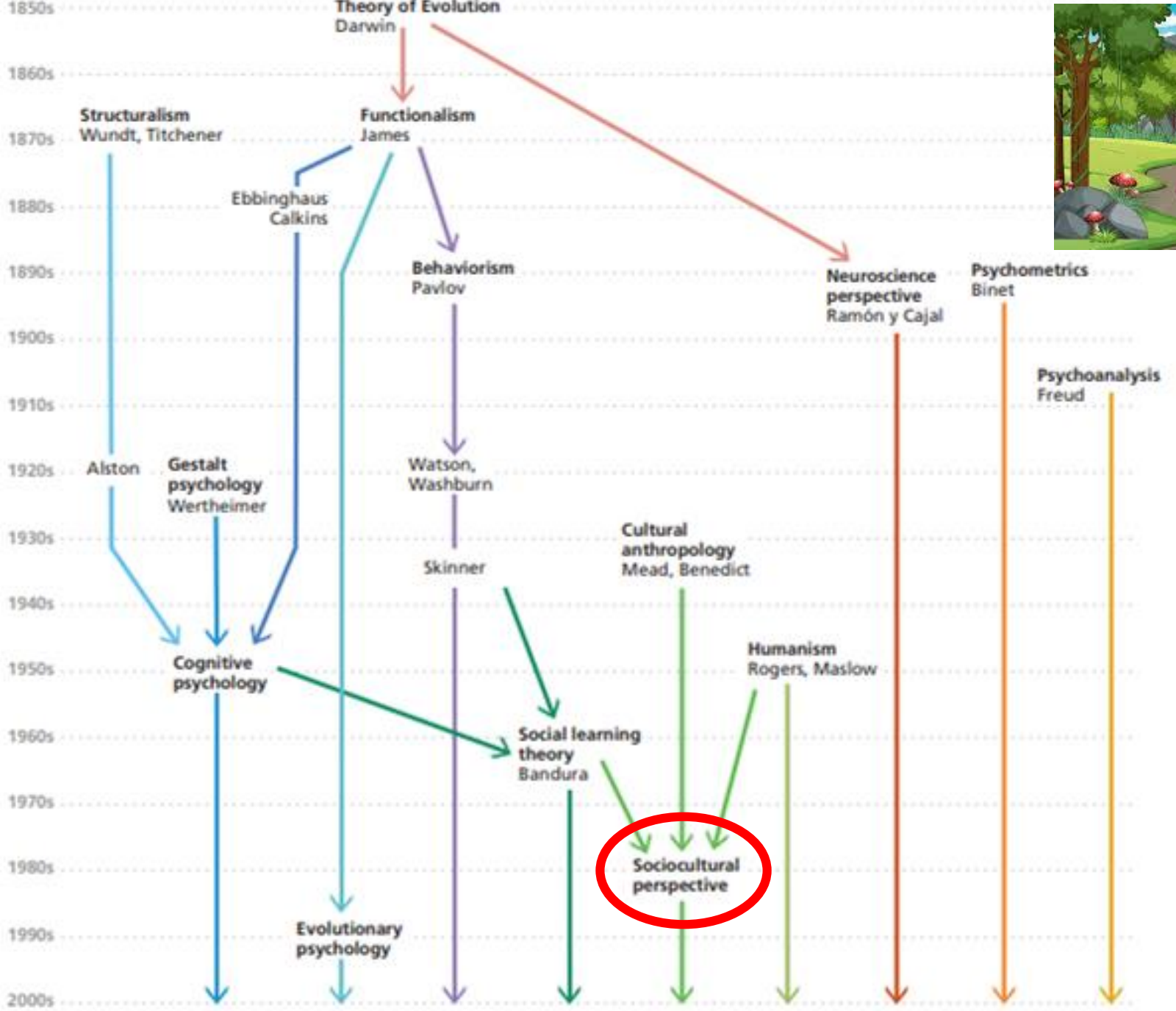
Wilhelm Wundt a jeho kolegové

Cíle psychologie

POPSAT	VYSVĚTLIT	PŘEDVÍDAT	OVLIVŇOVAT
• Chování a prožívání.	• Pomocí vhodných psychologických teorií.	• Chování a prožívání.	• Vhodným způsobem modifikovat chování a prožívání.



VÝVOJ PSYCHOLOGIE



K rozdílnosti mezi lidmi přispívá jejich pohlaví, kultura, věk, sexuální orientace a jedinečné zkušenosti.

Zdroj: Lahey, 2012.

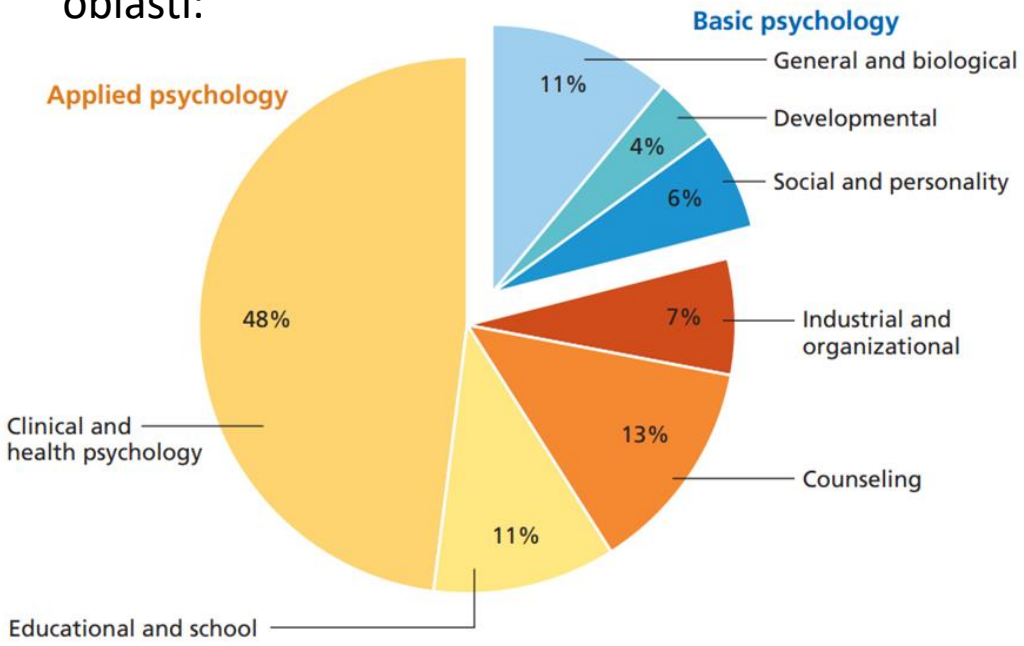
Dělení psychologie

- **Teoretické obory** (obecná psychologie, vývojová psychologie, psychologie osobnosti atd.)
- **Aplikovaná psychologie** (lékařská psychologie, psychologie sportu, rodina, soudní apod.)
- **APA** (American Psychological Association):

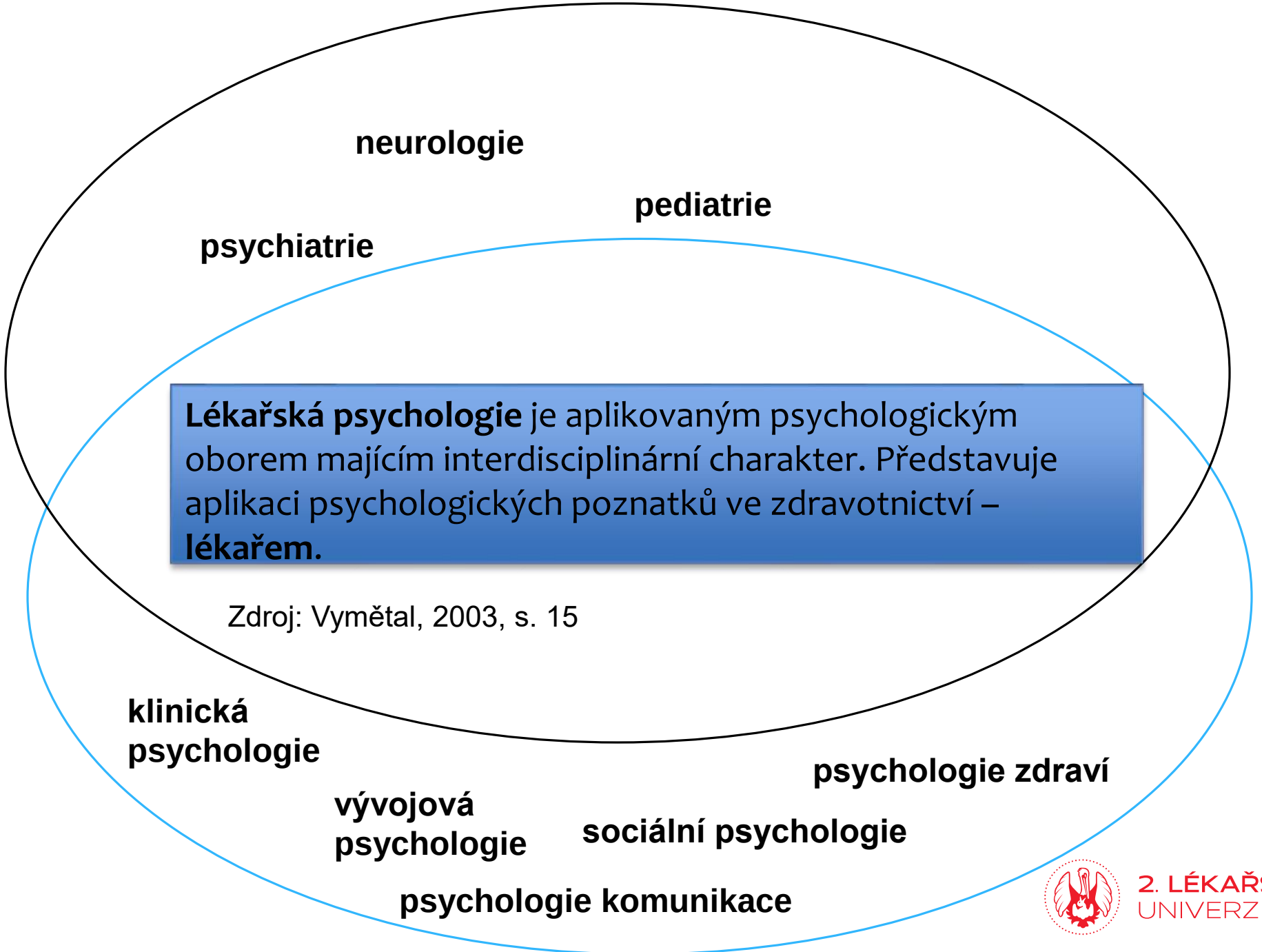
http://www.apa.org/about/division/index.aspx?tab=1

- **Zajímavost:** psychologie Vánoc - https://www.spring.org.uk/2009/12/the-12-psychology-studies-of-christmas.php

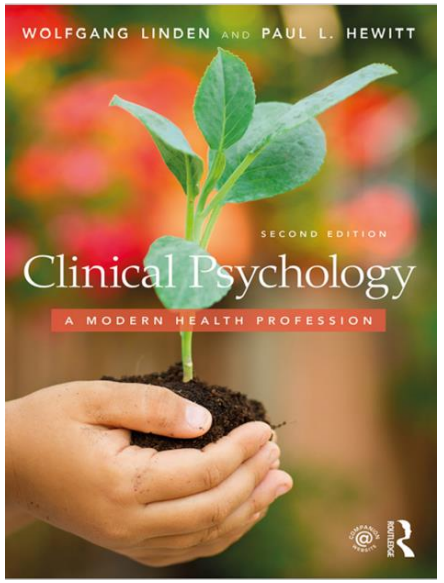
Procento psychologů, kteří získalo doktorský titul v roce 1997 a kteří jsou zaměstnáni v každé z těchto oblastí:



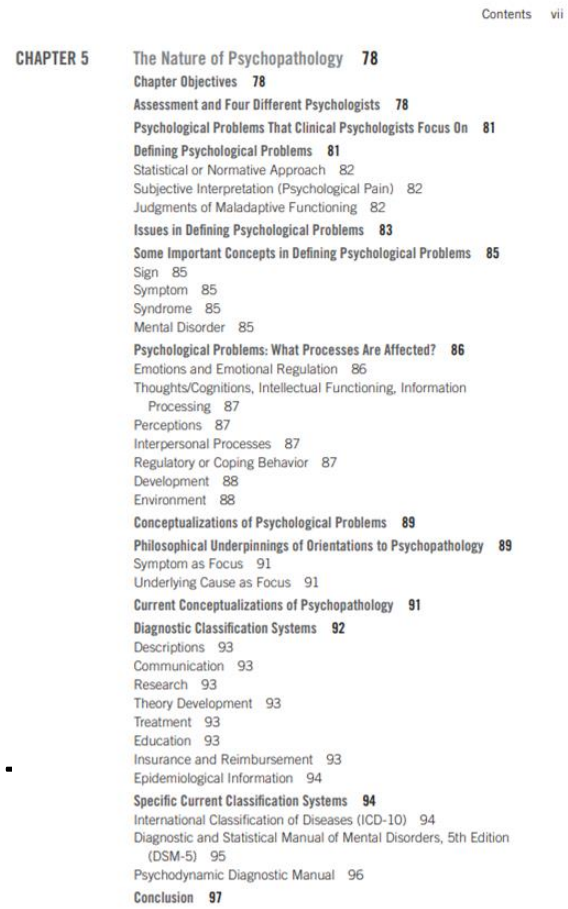
Zdroj: Lahey, 2012.


neurologie
pediatrie
psychiatrie
Lékařská psychologie je aplikovaným psychologickým oborem majícím interdisciplinární charakter. Představuje aplikaci psychologických poznatků ve zdravotnictví – lékařem.
Zdroj: Vymětal, 2003, s. 15
klinická psychologie
psychologie zdraví
vývojová psychologie
sociální psychologie
psychologie komunikace

Klinická psychologie



- Aplikovaná disciplína psychologie zaměřená na povahu, diagnostiku, klasifikaci, léčbu a prevenci psychických poruch a onemocnění.
- Je důležité ji opatrně vydělovat od psychiatrie (specializace v medicíně) i od dalších specializací v psychologii (např. psychoonkologie, neuropsychologie).
- Existují různé klasifikační systémy psychických poruch a onemocnění (MKN-11, DSM-V, CCMD-3).


Contents vii

CHAPTER 5 The Nature of Psychopathology 78
Chapter Objectives 78
Assessment and Four Different Psychologists 78
Psychological Problems That Clinical Psychologists Focus On 81
Defining Psychological Problems 81
Statistical or Normative Approach 82
Subjective Interpretation (Psychological Pain) 82
Judgments of Maladaptive Functioning 82
Issues in Defining Psychological Problems 83
Some Important Concepts in Defining Psychological Problems 85
Sign 85
Symptom 85
Syndrome 85
Mental Disorder 85
Psychological Problems: What Processes Are Affected? 86
Emotions and Emotional Regulation 86
Thoughts/Cognitions, Intellectual Functioning, Information Processing 87
Perceptions 87
Interpersonal Processes 87
Regulatory or Coping Behavior 87
Development 88
Environment 88
Conceptualizations of Psychological Problems 89
Philosophical Underpinnings of Orientations to Psychopathology 89
Symptom as Focus 91
Underlying Cause as Focus 91
Current Conceptualizations of Psychopathology 91
Diagnostic Classification Systems 92
Descriptions 93
Communication 93
Research 93
Theory Development 93
Treatment 93
Education 93
Insurance and Reimbursement 93
Epidemiological Information 94
Specific Current Classification Systems 94
International Classification of Diseases (ICD-10) 94
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5) 95
Psychodynamic Diagnostic Manual 96
Conclusion 97

MKN-11 (Evropa)

DSM-V (USA)

CCMD-3 (Čína)

Status praesens psychicus

- Místo a okolnosti vyšetření
- Příchod pacienta
- Celkové vzezření (prima vista)
- Vědomí a orientace
- Postoj k vyšetření, spolupráce, oční kontakt
- Psychomotorika a volní aktivita
- Řeč
- Vnímání
- Nálada a afektivita
- Myšlení (forma, obsah)
- Kognitivní funkce (intelekt, paměť, pozornost)
- Náhled (nosognosie)
- Spolehlivost (hodnověrnost)
- Kontrola impulzů
- Suicidální úvahy/konání

OBECNÁ PSYCHOLOGIE

- Základní psychické fenomény
- Dělení psychických procesů
- Druhy chování
- Vědomí
- Pozornost

Základní psychické fenomény

- **Psychické procesy** jsou vědomé i nevědomé mentální děje, které vedou ke vzniku **psychických obsahů.**
- **Mentální stavy** (stavy vědomí)
  - *Dočasné* - nálady, stav podrážděnosti, únavy či ospalosti
  - *Trvalé* - relativně stálé podmínky či pozadí psychických dějů.

Základní psychické fenomény

Vědomí	**Procesy**			**Obsahy**	**Stavy**	
	kognitivní	emocionální	motivační	výsledky procesů	dočasné	trvalé
Mysl						
Nevědomí	**Procesy**			**Obsahy**	**Stavy**	
	kognitivní	emocionální	motivační	výsledky procesů	dočasné	trvalé

Dělení psychických procesů

- **Kognitivní (poznávací)** – čití, vnímání, učení, paměť, imaginace, myšlení
- **Emocionální** – vedou ke vzniku emocí, jejichž vědomým aspektem je cit (*alexithymie* = neschopnost popsat a rozlišit své emoce; emocionální negramotnost).
- **Motivační** procesy, jejichž vědomým aspektem je vůle.

Druhy chování

- **Volní** (úmyslné, záměrné), též jednání.
- **Mimovolní** (bezděčné), též výrazové nebo expresivní chování.
- **Molární** – komplexní vzorce chování
- **Molekulární** – elementární projevy
- **Verbální** chování – slouží především k věcnému dorozumívání.
- **Neverbální** chování – umožňuje vyjádření vzájemných vztahů. Základními vztahovými dimenzemi jsou intimita a moc.

Molekulární a molární chování

Obtížnost vědeckého zkoumání vědomí

- Filosof **John Searle** „Mysl, mozek a věda“ (1994) – čtyři zábrany omezující „vědecké“ uchopení vědomí:
  - Samotná existence vědomí
  - Intencionalita – je v rozporu s přesvědčením o kauzální determinací většiny jevů
  - Subjektivita
  - Mentální kauzace (myšlenky ovlivňují vnější svět)

- Noví mysteriáni (Thomas Nagel, Collin McGinn):

  „problém vědomí je vědecky neřešitelný“

- Filosof **David Chalmers** – snadné a obtížné problémy při zkoumání vědomí:

  - **Snadné problémy** – schopnost diskriminovat podněty, integrovat informace, řídit chování, rozlišovat mezi bděním a spánkem

  - **Těžký problém** – vznik privátního fenomenálního vědomí

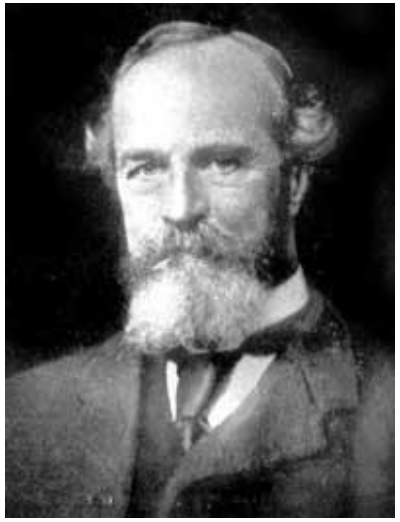
Definice základních pojmů

- Bdělost neboli **vigilance** – základní předpoklad vnímání a prožívání.
- Úroveň bdělosti určuje **luciditu** neboli jasnost vědomí.
- Protipólem bdělosti je bezvědomí, případně spánek či narkóza.
- Snížená lucidita (kvantitativní poruchy):
  - *somnolence* – jedince lze snadno probrat
  - *sopor* – jedince lze probrat pouze bolestivými podněty
  - *kóma* – jedince nelze probrat.

  (kvalitativní poruchy – delirium, obnubilace, amence)
- Bdělost se liší od uvědomování sebe sama, od „vědomí toho, že jsme při vědomí“.

Vědomí v pojetí Williama Jamese

- „Principy psychologie“ (1890)
- Vědomí je spojitý proud psychických zážitků. Jeho základními vlastnostmi jsou tedy:
  - Kontinuita
  - Subjektivita – každý stav mysli je osobní
  - Proměnlivost
  - Biologická účelnost vědomí



Funkce vědomí dle J. F. Kihlstroma:

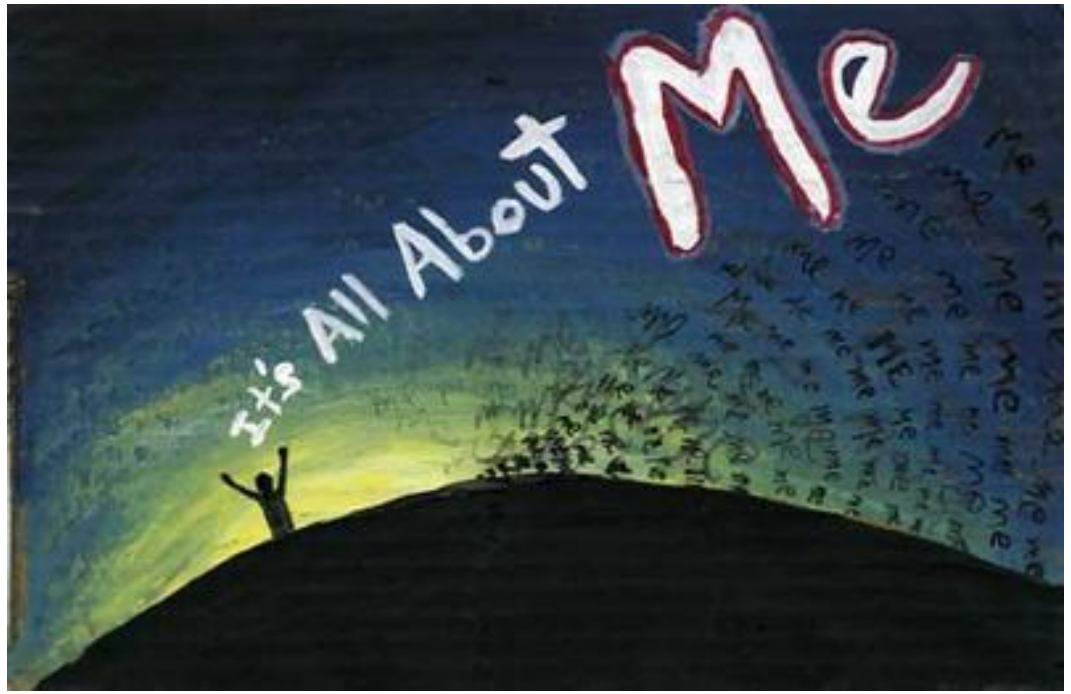
- **Sledování (monitorování)** sebe sama a okolního prostředí. Vědomí přednostně registruje změny.

- **Ovládání či řízení** (*controlling*) sebe sama a okolního světa. Zahrnuje plánování a řízení chování.

Vědomí se dále podílí na:

- Osvojování nových explicitních znalostí a dovedností, vybavování z paměti, provádění některých myšlenkových operací.

- Vědomí je **nositelem osobní identity**, disponuje řečovými prostředky, podílí se na dorozumívání a vytváření vztahů s druhými lidmi.



Změněné stavy vědomí

- Bdělý stav vědomí je nejběžnější, proto bývá označován jako normální.
- Změněné stavy vědomí:
  - poruchové (patologické)
  - neporuchové (fyziologické) – spánek, stavy navozené relaxací, hypnotizací, rytmickou hudbou aj.
- Společné charakteristiky změněných stavů vědomí:
  - Snížená kritičnost.
  - Změny sebepojetí či vnímání okolního světa.
  - Oslabení sebekontroly a inhibice.

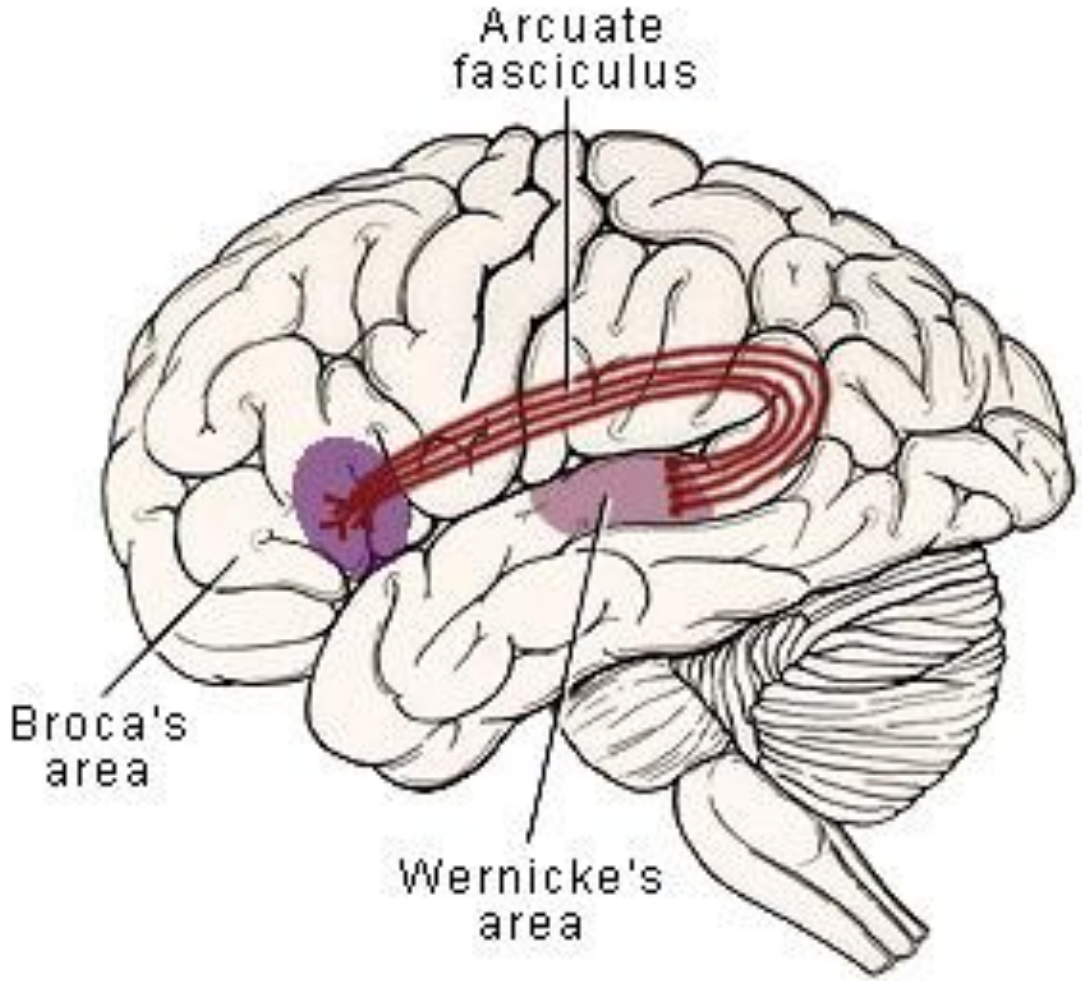
Neurologické výzkumy vědomí

- 19. století – objev lokalizace řečových center v mozkové kůře levé hemisféry:

- **Paul Broca** (1824-1880) – dolní levá část čelního laloku, motorické centrum řeči, motorická afázie (tzn. non-fluentní)

- **Karl Wernicke** (1848-1905) – vrchol spánkového laloku levé hemisféry, senzorické centrum řeči, senzorická afázie (tzn. fluentní – „slovní salát“).

- Specializace mozkových hemisfér

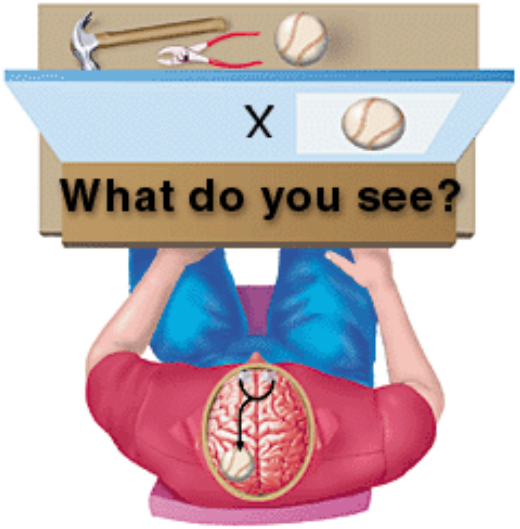

Arcuate
fasciculus
Broca's
area
Wernicke's
area

Roger Sperry (1913-1994)

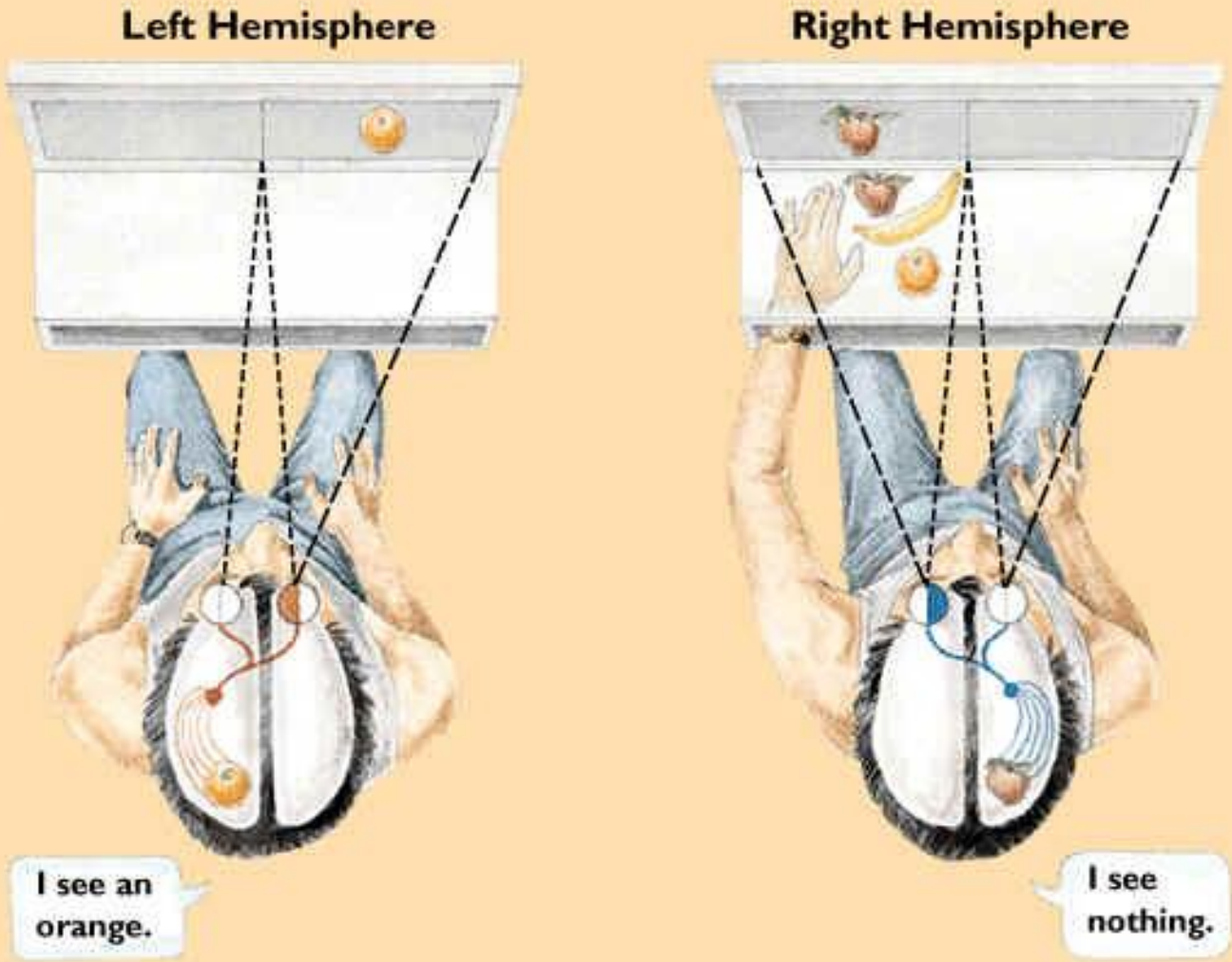
- Pokus léčit epilepsii pomocí kalosotomie – přetnutí corpus callosum, které zajišťuje komunikaci obou hemisfér.
- Léčba byla úspěšná (1981 Nobelova cena)
- ***Intuitivní pravá*** (non-verbální, prostorová orientace, rozpoznávání předmětů, empatie, humor, deprese) vs. ***analytická levá hemisféra*** (verbální, početní operace, logika).
- U pacientů se začaly objevovat zvláštní symptomy:
  - Symptom odcizené ruky
  - Intermanuální konflikt

Pokusy s pacienty s rozděleným mozkem (*split-brain patients*)

- Promítnutí obrázku předmětu do pravé hemisféry. Pacienti jsou schopni předmět najít, nikoliv však pojmenovat.
- Čichání pravou nosní dírkou – pacienti nic necítí.
- Uvědomování úzce souvisí s možností verbálně popsat údaje, které mozek zpracovává.



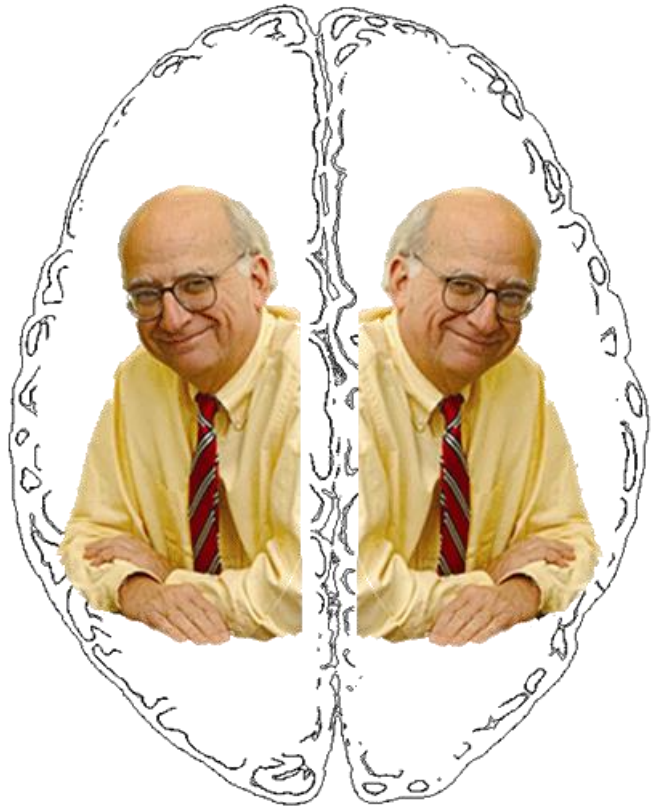
Testing a Split-Brain



2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
UNIVERZITA KARLOVA

Neurologické teorie vědomí

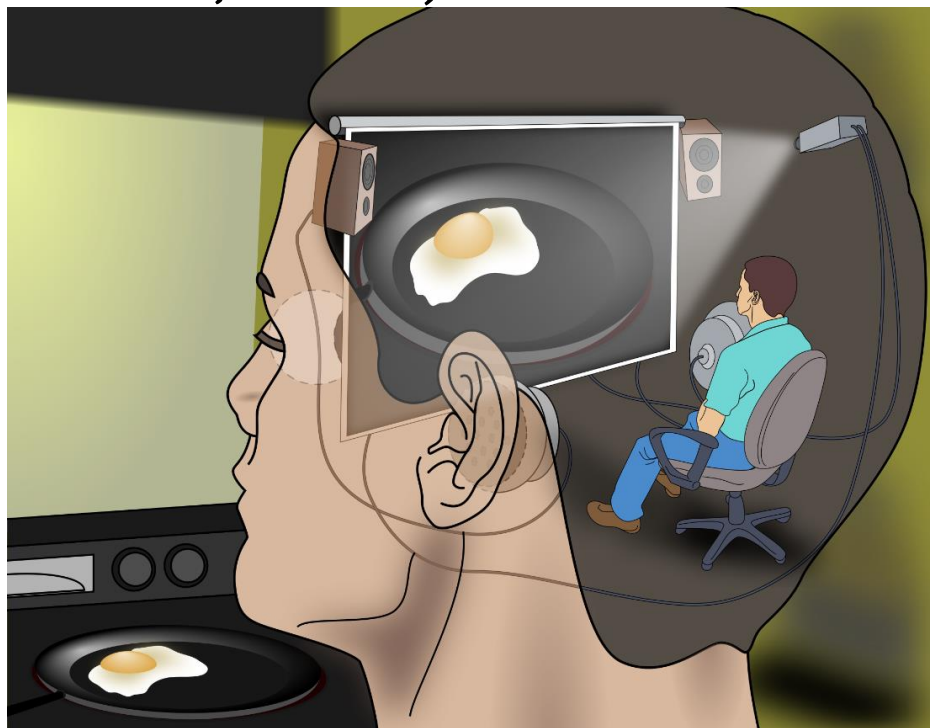
- Teorie Michaela Gazzanigy
- Mozek, zejména jeho pravá hemisféra, je organizován do relativně nezávislých funkčních jednotek, jejichž paralelní aktivity probíhají nevědomě.
- Levá hemisféra se pokouší tyto podvědomé aktivity a jejich behaviorální výstupy interpretovat jako rozumné.
- Vědomí jako „tiskový mluvčí“

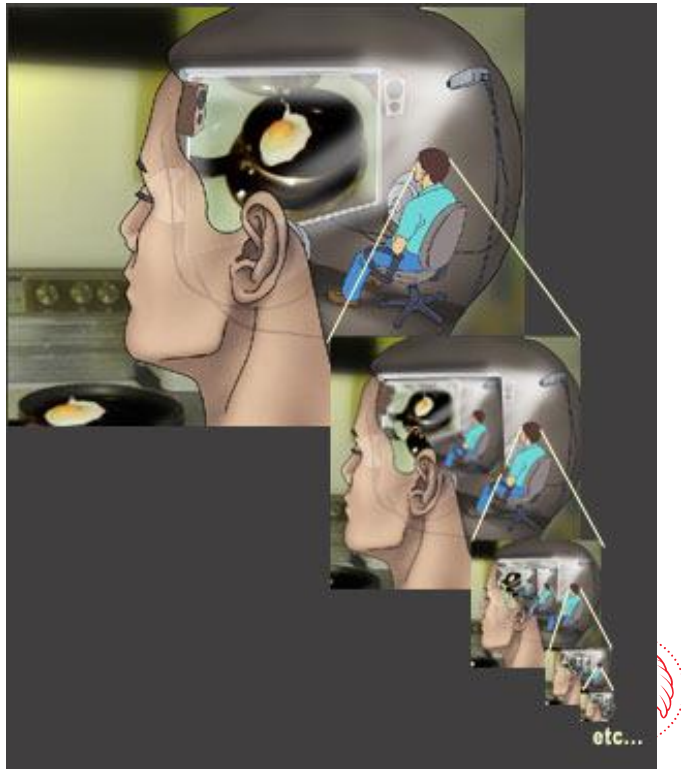


Kognitivní teorie vědomí

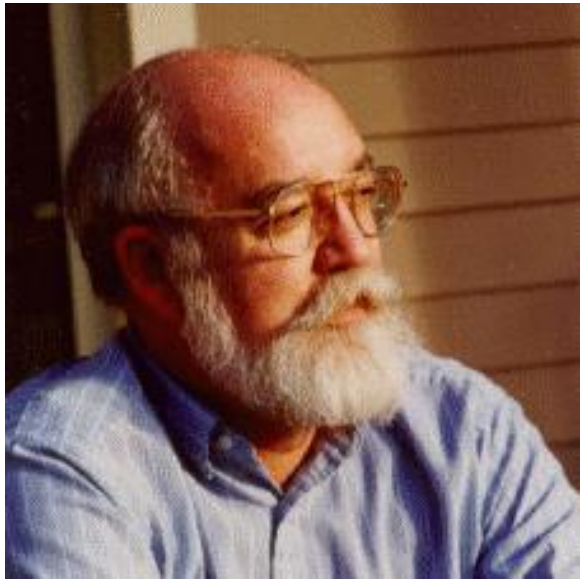
Bernard Baars: Teorie globálního prostoru

- kognitivní moduly „odesílají“ výsledky svých procesů do společného prostoru
- Kritika: je to karteziánské divadlo („model jednoho jeviště“)





- Daniel Dennett – teorie dimenzí mysli
- větší množství paralelních procesů soupeří o vstup do vědomí
- jednotný proud vědomí je jen iluze uživatele
- kritika: je to jen **model několika jevišť**



Problém svobodná vůle

- Je-li chování určováno nevědomými pohnutkami, pak člověk nemá svobodnou vůli.

- Někdy si i uvědomujeme, že nejednáme svobodně:

- **Ego-dystonní** a **ego-syntonní** projevy.

- Zbývající případy?

Pozornost

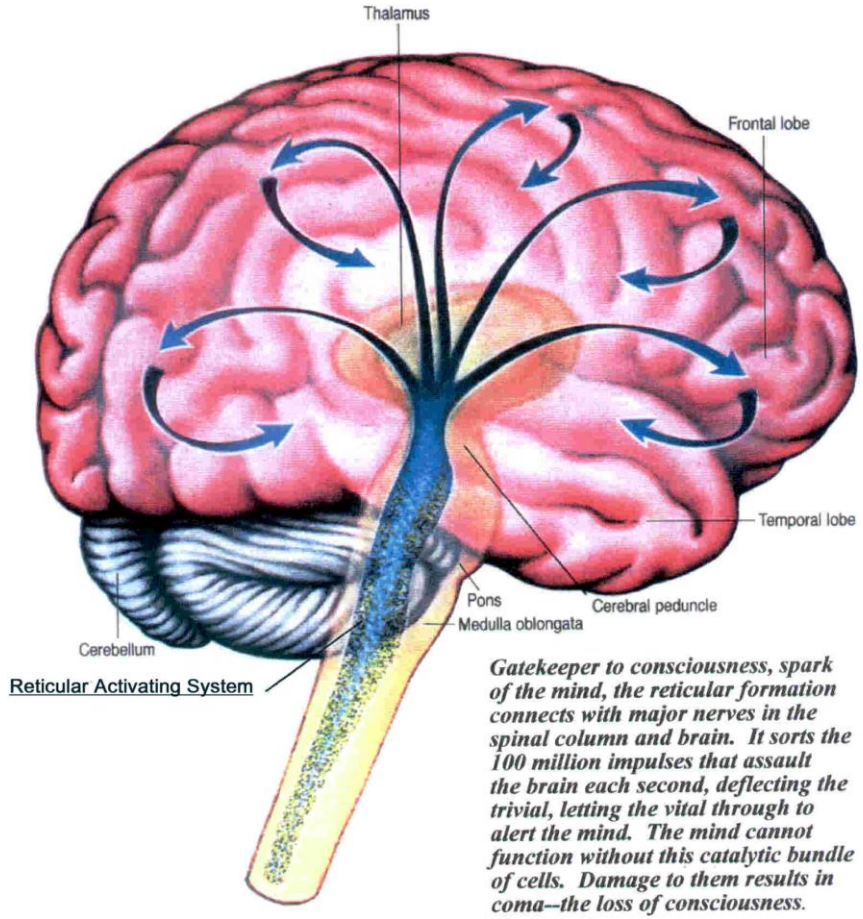
- Pozornost je mentální proces, jehož funkcí je vpouštět do vědomí omezený počet informací a tak ho chránit před zahlcením velkým množstvím podnětů.

Jamesova definice pozornosti

- Pozornost je výběrové zaměření a soustředění vědomí na určité objekty a aktivity.
- Základní vlastností pozornosti je selektivita – výběrovost.
- Vztah pozornosti k jiným mentálním procesům.

Etapy procesu pozornosti

- **Zaměření** (upoutání pozornosti) – selekce důležitých podnětů. Probíhá převážně nevědomě.
- Vlastní **soustředění** vědomí na psychický obsah či mentální aktivitu. Probíhá vědomě.
- Pozornost může být zaměřena do vnějšího i vnitřního světa
- Neurofyziologickým substrátem pozornosti je retikulárně-aktivační systém – RAS.

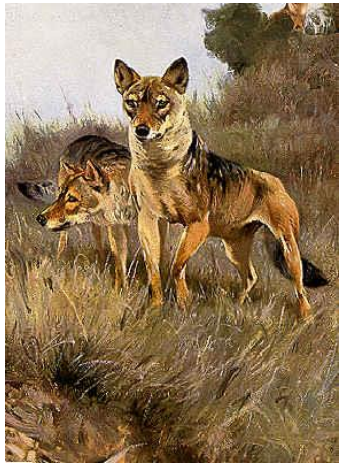


Typy pozornosti

- **Bezděčná (pasivní) pozornost,** jejímž základem je orientačně-pátrací reflex, což je vrozená reakce organismu na novost a hrozbu.

- **Pozornost záměrná (aktivní)** – je zřejmě fylogeneticky mladší než bezděčná.

- Bezděčné zaměřené pozornosti se liší od pátracích aktivit, při kterých již využíváme záměrnou pozornost.



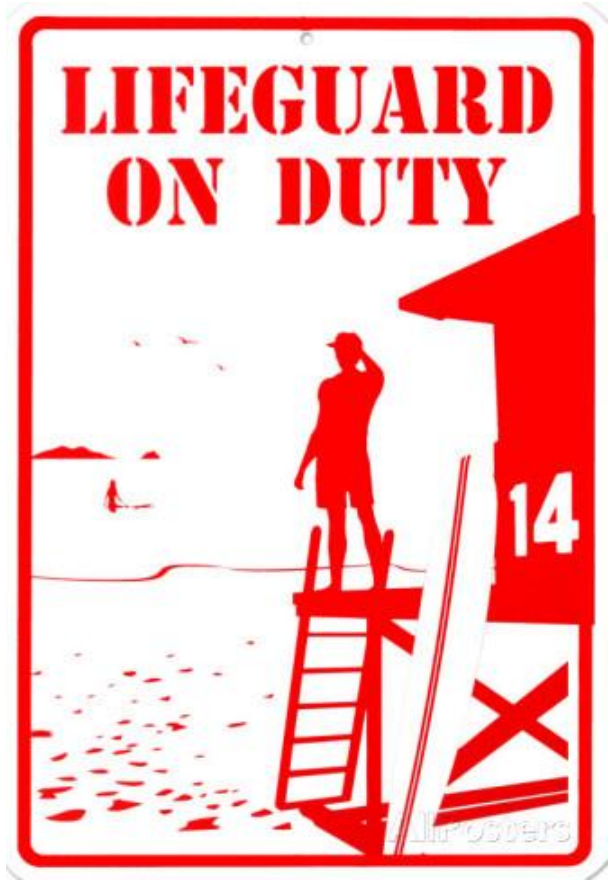
Bezděčná pozornost

- Nové podněty a podněty asociované s nebezpečím
- Intenzivní, pohybující se a měnící se podněty
- Změny známých podnětů
- Neobvyklé podněty
- Podněty s osobním či sociálním významem

Nápadné podněty

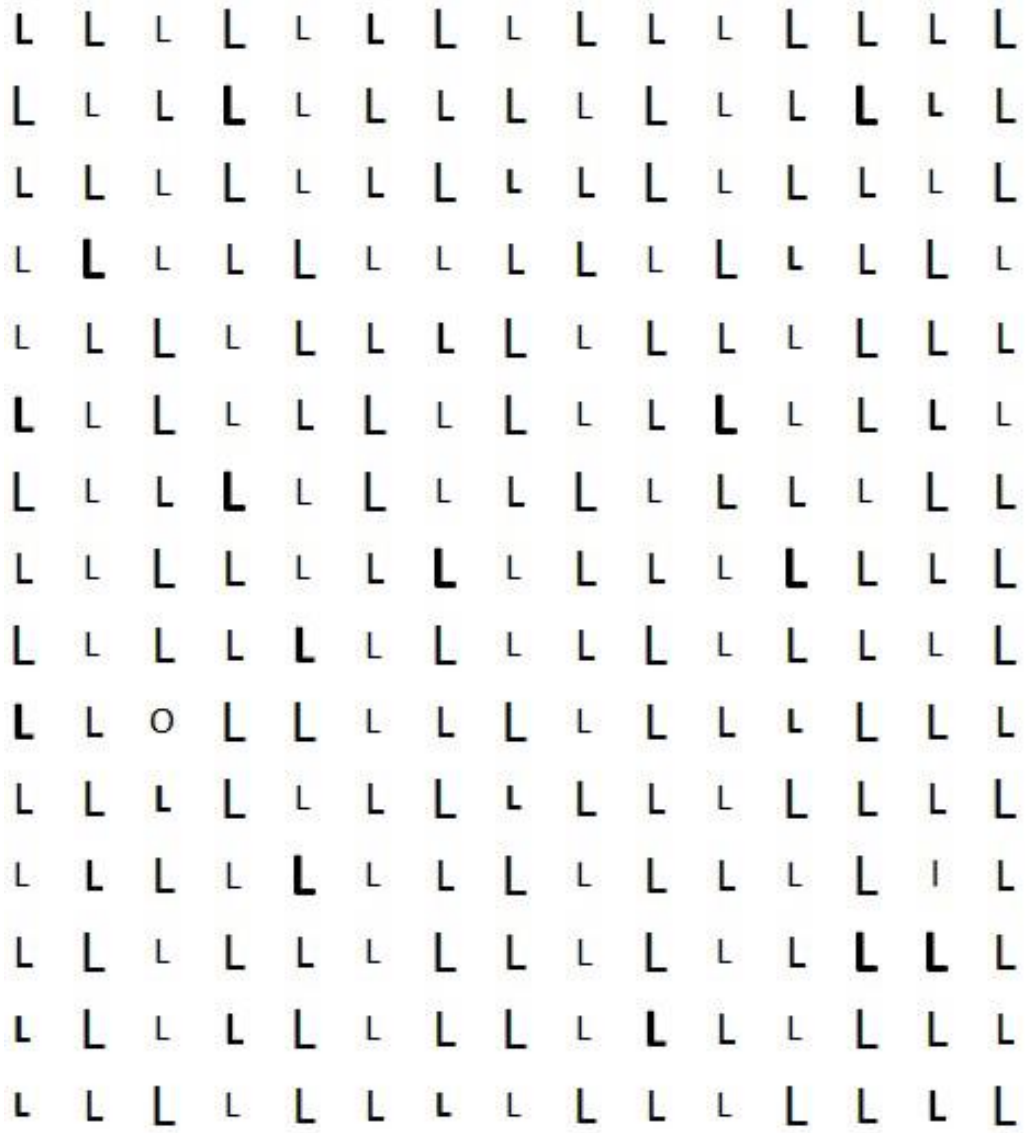
Záměrná (úmyslná, volní) pozornost

- **Ostražitost** – dlouhodobé sledování percepčního pole, čekaní na významný podnět
- **Pátrání** – je velmi aktivní, jde o nalezení určitého cílového objektu



Zrakové vyhledávání

- Jedním z procesů, kde můžeme pozorovat rozdíl mezi bezděčnou a záměrnou pozorností je zrakové vyhledávání.
- Fungují zde dva procesy:
  - automatický paralelní proces
  - volní sériový proces
- Najděte O a I:



Vlastnosti pozornosti

- **Selektivita** (výběrovost), projevuje se také schopností ignorovat bezvýznamné podněty
- **Koncentrace** (soustředěnost) pozornosti
- **Distribuce** (rozdělování) pozornosti
- **Kapacita** (rozsah) pozornosti. Millerovo magické číslo 7 ± 2
- **Stabilita** (stálost) pozornosti – bodová fixace – 0,1 až 5 sekund. Na jednu činnost se vydržíme soustředit asi 45 minut.

Selektivní pozornost

- Pozornost funguje podobně jako kukátko – propouští pouze velmi úzký proud podnětů, zbytek odbourává.
- V jaké fázi zpracování informace ale leží onen filtr?
- Broadbendt: již v receptoru (časná filtrace)
- Deutch & Deutch: až před vstupem do vědomí (informace se dokonale zpracovává, pozornost je jen ochrana vědomí)

Vědomí Podnět Receptor Základní zpracování Hluboké zpracování

Fenomén koktejlového večírku

- E. Colin Cherry
- Nedokážeme poslouchat dva rozhovory současně
- Metoda stínění (shadowing) – testovaný jedinec má sluchátka a do každého ucha mu pouštíme jinou zprávu; stíněné zprávě nedokážeme porozumět
- Anne Treisman: u nestíněné zprávy poznáváme mužský a ženský hlas, shodný obsah obou zpráv. Také své jméno, slova se sexuálním významem.

Alternativa k metodě stínění

Následující text obsahuje dvě zprávy, z nichž jedna je vytištěná černě a druhá barevně. Vaším úkolem je přečíst co nejrychleji text vytištěný černým písmem. Tento postup se podobá stínění.

Při provádění takovýchto experimentů má z hlediska muž pozornosti auto rozhodující chlapec význam klobouk to špendlík, že bonbón text starý, který kůň osoba strom čte pero, je telefon smysluplný kráva a gramaticky kniha správný pásek. Díky muž tomu auto je chlapec text klobouk natolik špendlík snadný bonbón, že starý jeho kůň čtení strom není pero příliš telefon obtížné kráva a nevyžaduje kniha soustředěnou pásek pozornost.

- Po přečtení si zkuste vybavit vše, co jste si zapamatovali z modrého textu.
- Informace, kterým nevěnujeme pozornost, nevstupují do vědomí a později je nelze do vědomí vybavit.

Selective Attention Test

- https://www.youtube.com/watch?v=vJG698U2Mvo

Teorie selektivní pozornosti

- Dilema mezi časnou a pozdní selekcí
- Teorie filtru Donalda Broadbenta – výběr podnětů probíhá již v receptoru – časná selekce.
- Teorie pozdní selekce – k výběru podnětů dochází teprve na úrovni vnímání, a to po provedení rychlé identifikace významu podnětů, na níž se podílí i paměť.
- Anne Treisman – nová verze teorie filtru, časná selekce vede pouze k zeslabení bezvýznamných podnětů.

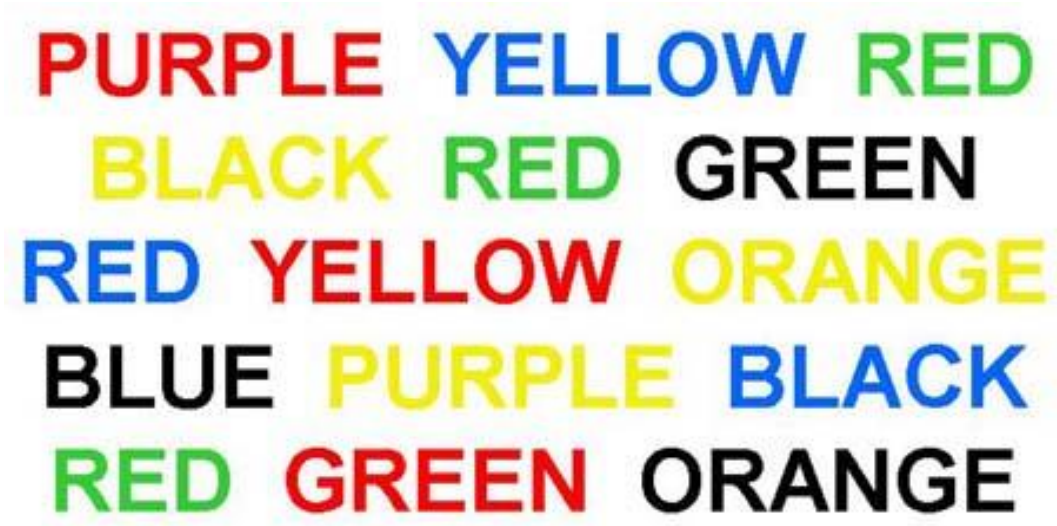
Vědomí

Hluboké zpracování

Základní zpracování

- Realizace nových aktivit vyžaduje záměrné (volní úsilí).
- Přeučené aktivity provádíme automaticky.
- Automatizované aktivity jsou rychlé a efektivní, ale nejsou příliš pružné a přizpůsobivé.
- Procesy řízené vědomím probíhají pomaleji, ale jsou pružné a otevřené ke změně.

Stroopův test (1935)



- Instrukce: Pokuste se přečíst názvy barev a vyjmenovat barevné odstíny, kterými jsou vytištěny.

- Rušivě působí bezděčná tendence číst – zautomatizovaná dovednost.

Poruchy pozornosti

- Roztržitost – nadměrná koncentrace pozornosti.
- Nadměrná fluktuace neboli těkavost (hyperkinetická porucha).
- Zúžení pozornosti neboli tunelové vidění.
- Aktivace nevhodného schématu (scénáře) určité činnosti.

2. LÉKAŘSKÁ FAKULTA
UNIVERZITA KARLOVA

Lékařská psychologie ve vztahu ke zdraví a nemoci

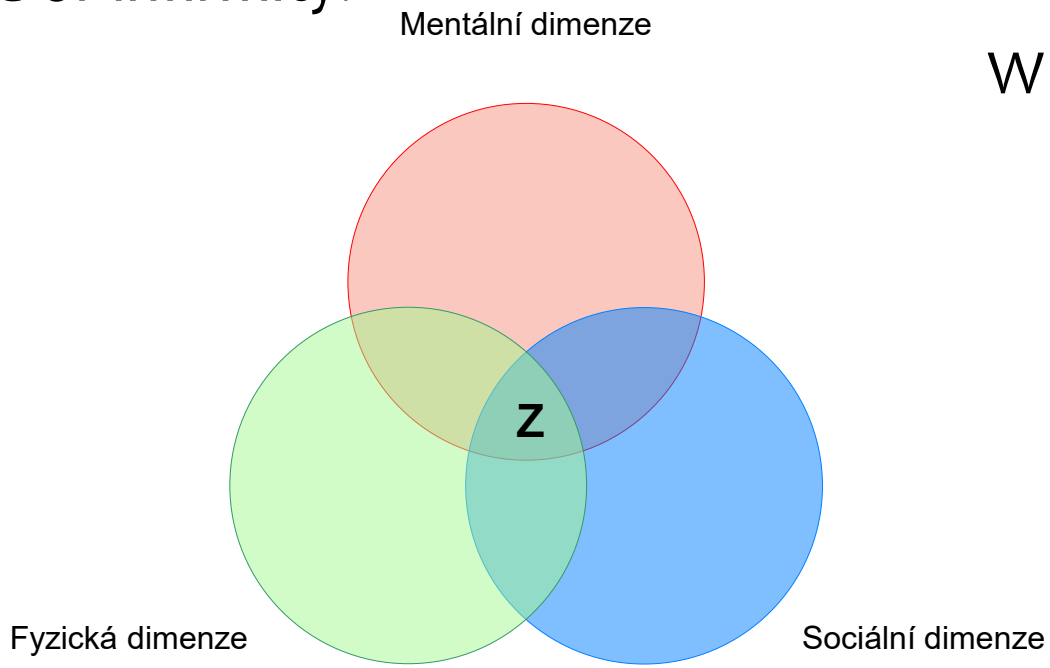
Status quo medicíny

- Přes nesporný bouřlivý vývoj bývá medicína kritizována:
  - **„mlčící“** (přístrojová a vědecká medicína) vs. **„mluvící“** (na pacienta orientovaná) medicína;
  - **Anonymita**
  - **Zvěcňování** (pacient jako „porouchaný stroj“)
  - **Dehumanizace medicíny** (= opomíjení lidské subjektivity).

Zdraví

- Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.

WHO 1948



Nemoc

- **Choroba** (angl. *disease*) – „objektivní stránka“
- **Nemoc** (angl. *illness*) – „subjektivní stránka“

- **Existují „choroby bez nemocí“** (např. vysoký krevní tlak, asymptomatická vředová choroba)
- **Existují „nemoci bez choroby“** (např. chronická bolest, únavový syndrom)

- Celostní či psychosomatický přístup tyto rozdíly překonává.

Subjektivní a objektivní příznaky

- **Subjektivní příznaky (vlastní popis pacienta):**
- *„připadám si zpomalený, jsem smutný, je mi do pláče, brzy se budím, vyčítám si, že…, nezvládnu to…“*

- **Objektivní příznaky (psychologův popis pacienta):**
- Zpomalené psychomotorické tempo, pokles nálady, úzkost, lakrimace, insomnie, snížené sebehodnocení, autoakuzace
- **Od nejsnáze viditelného ke skrytému.**

Status praesens psychicus

- Místo a okolnosti vyšetření
- Příchod pacienta
- Celkové vzezření (prima vista)
- Vědomí a orientace
- Postoj k vyšetření, spolupráce, oční kontakt
- Psychomotorika a volní aktivita
- Řeč
- Vnímání
- Nálada a afektivita
- Myšlení (forma, obsah)
- Kognitivní funkce (intelekt, paměť, pozornost)
- Náhled (nosognosie)
- Spolehlivost (hodnověrnost)
- Kontrola impulzů
- Suicidální úvahy/konání

Různá psychologická pojetí nemoci

- Tradiční pojetí nemoci:
- Nemoc jako nerovnováha tělesných tekutin
- Nemoc jako mechanická porucha
- Vetřelec (bakterie, viry, toxické látky)
- Patologické bujení (programová chyba)
- Chybný vývoj těla
- Nemoc v kontextu individuálního života:
- Nemoc jako vyústění životních událostí, jako řešení psychického konfliktu,
- jako výsledek omezené kapacity prožívat (zejména city), jako ještě možná adaptace v životě

Praktické aspekty psychosomatiky

- Nemoc jako vyřešení psychického konfliktu
- Vyřešení narcistického traumatu
- Nemoc jako trest za vinu
- Důsledek a průvodní jev stresu (psychické zátěže)
- Vyústění nezvladatelné destruktivity
- Ztráta životního smyslu

Psychické komponenty nemoci

- Úzkost a strach (úzkost z neznámého)
- Depresivní ladění (psychická ztráta)
- Regrese
- Vina
- Stud (nemoc jako slabost)

Ringelův presuicidální syndrom

- **IZOLACE** - zúžení zájmů, stažení se do sebe;
- **AUTOAGRESE** - zpočátku tlumená agresivita vůči sobě často spojená s výčitkami a sebeobviňováním;
- **SEBEVRAŽEDNÉ MYŠLENKY** – myšlenky zabývající se způsobem a provedením, fantazie a sny

- Vysoké riziko sebevraždy bývá u následujících psychiatrických diagnóz: deprese, bipolární afektivní poruchu, schizofrenie, mentální anorexie, sociální fobie, závislost na alkoholu a jiných drogách.

Co vše může vést k sebevraždě?

Patnáct a půl roku stará dívka byla přijata na dětskou psychiatrickou kliniku na doporučení dětské kliniky, kde byla krátce hospitalizována po požití léků. Dívka žila od předškolního věku po rozvodu rodičů sama s matkou, s otcem se vídala sporadicky, vztah mezi rodiči byl stále potenciálně konfliktní. Dívka měla v raném věku problémy ve školním zařazení, byla vyšetřována v pedagogicko-psychologické poradně pro specifické školní potíže (dyslexie, dysgrafie). Mívala konflikty se spolužačkami, které však nebyly nijak řešeny. V deváté třídě se začala stýkat více se staršími kamarády, kteří měli partu, začala kouřit, experimentovala s marihuanou, občas pila alkohol. Měla opakované sexuální zkušenosti. Zhoršil se její školní prospěch a na střední školu se dostala až po odvolání. O prázdninách řekla, že bude přes víkend u spolužačky, a byla s chlapcem. Poté, co se to dozvěděli rodiče a sáhli k represivním výchovným opatřením, snědla dívka večer, když byla v bytě přítomná i matka, několik tablet léků, které měli v domácí lékárničce. Matka zavolala RZ a dívka byla odvezena do nemocnice. Uvedla, že nechtěla zemřít, ale spíše uniknout ze situace, kterou nedokázala řešit. Z vyšetření vyplynulo, že jde o dívku s průměrnou inteligencí, která by sice chtěla, ale nedokáže naplnit aspirace vysokoškolsky vzdělaných rodičů. V klinickém obraze byly patrny známky deprese. Její osobnost byla slabě strukturovaná, spíše závislá a hledající momentální splnění přání, vývojově hůře sociálně adaptovaná. Bylo přítomno experimentování s marihuanou. Na klinice byla zařazena do programu skupinové i individuální psychoterapie, probíhaly rozhovory s matkou, opakovaně byl pozván i otec. Dívka neužívala žádné léky. Byla doporučena další terapie ambulantní formou. (Kocourková, Koutek, 2004)

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 (struturace nestruktorových 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. *Iatros* = 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 sebeúzdravných 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 (vyčerpanost) 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 zvěcňovány.
- Jak se bránit? Znát své hranice a nepřekračovat je.

Posttraumatická stresová porucha

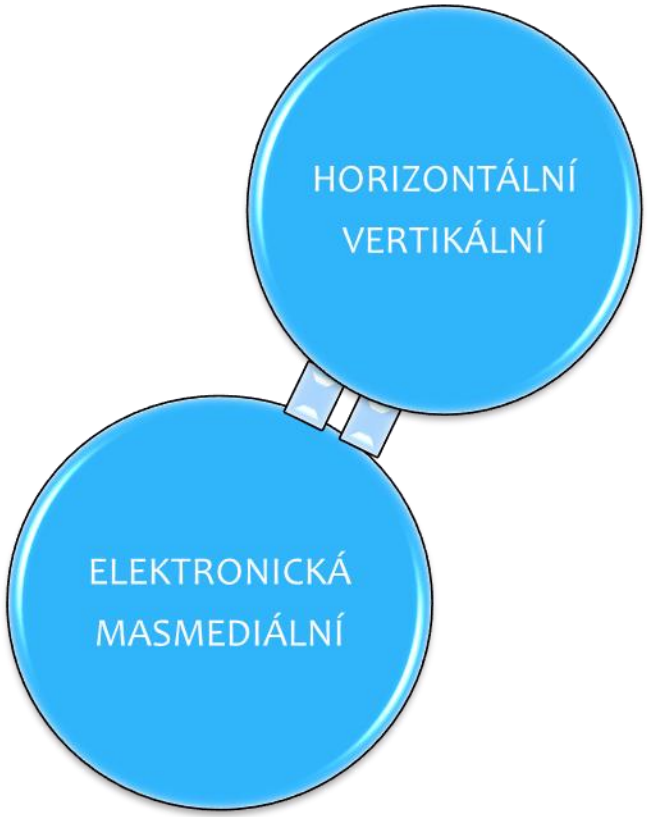
- **Posttraumatická stresová porucha** (angl. Posttraumatic Stress Disorder); F 43.1
- Typické jsou epizody znovuoživování traumatu v neodbytných vzpomínkách („flashbacks"), snech nebo nočních můrách, které se objevují na přetrvávajícím pozadí pocitu tuposti a emoční oploštělosti, stranění se od lidí, 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

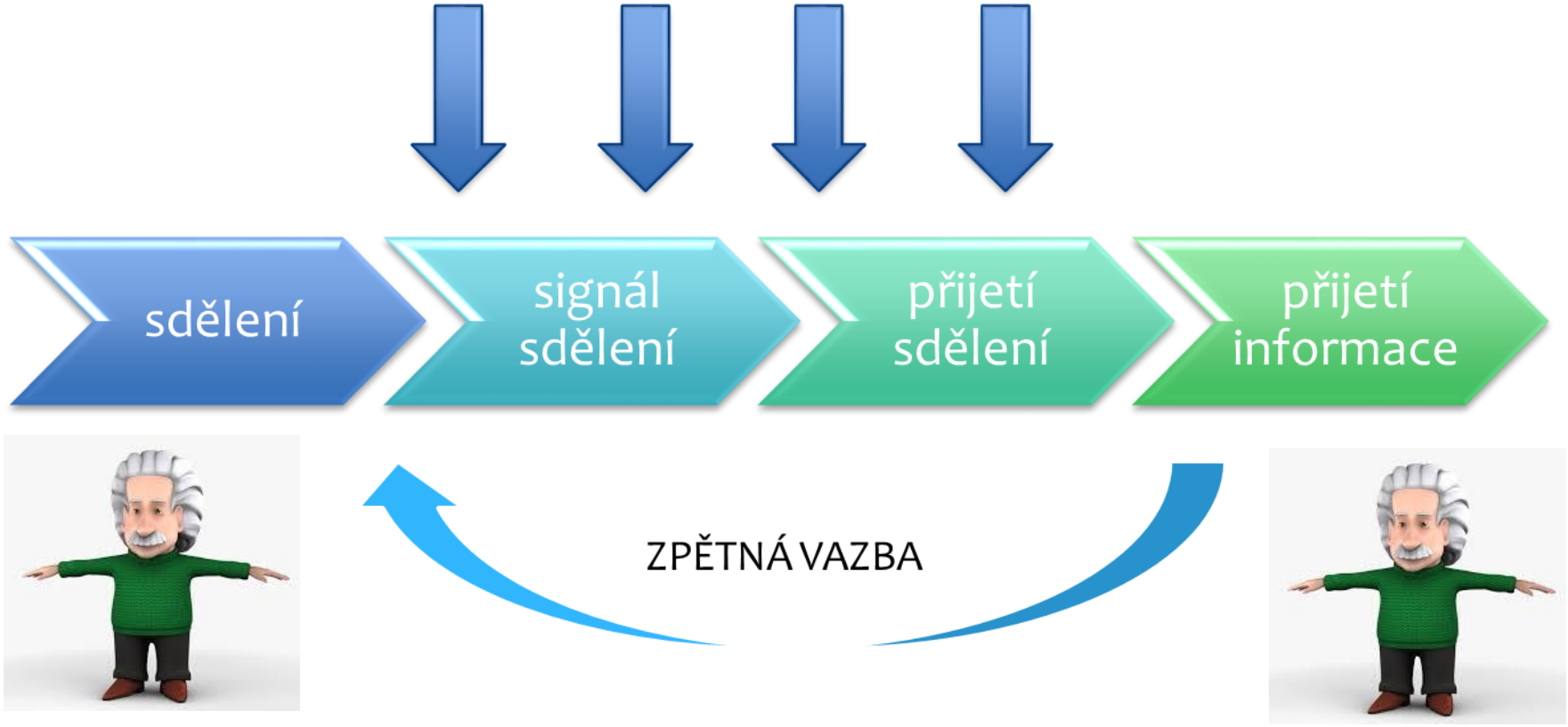
- Ve své knize *On Death and Dying* (1965) popisuje na základě 500 rozhovorů s umírajícími 5 fází – DABDA (**D**enial, **A**nger, **B**argaining, **D**epression, **A**cceptance)
- 1) Popírání – „to musí být omyl“ – jedná se zejména o šokovou reakci.
- 2) Hněv – „to není fér“ - agresivita může být namířena 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 zamlklí či uzavření.
- 5) Smíření – „Nemůžu proti tomu bojovat“ – pacienti se začínají vyrovnávat se svou smrtelností. Zvyšuje si i compliance.

Základem je vždy dobrá komunikace

Typy komunikace



Shannon-Weaverův model



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

Komunikace mezi L-P I.

- Výměna informací – ale vždy jde o to, jak jsou informace interpretovány účastníky komunikace
- Verbální, paraverbální a nonverbální komunikace
- Překladatelská úloha lékaře
- Shoda a kontrakt mezi L a P
- Intervence lékaře: konfrontace, objasnění
- (klarifikace), výklad (interpretace)

Komunikace L-P II.

- Význam zpětné vazby
- Komunikace „dobré“ a „špatné“ zprávy
- Pravda v komunikaci L-P
- Etické aspekty komunikace (pravda, slušnost, respekt k druhému, začátek a konec komunikace, sociální kontext, prostředky komunikace).

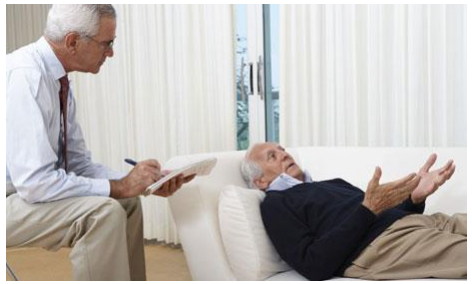
Obecná typologie pacientů

- **YAVIS** vs **HOUND**
- **YAVIS** (=young, attractive, verbal, intelligent,successful, sexy) – mladý, pohledný slovně pohotový, inteligentní, úspěšný a sexuálně přitažlivý.
- **HOUND** (=homely, old, unatractive, nonverbal, dumb)- jednoduchý člověk, starý, nepohledný, slovně nepohotový, mlčenlivý
- Ne každý pacient spadá do YAVIS.

Vztah lékaře a pacienta a jeho dimenze

Vztah lékaře a pacienta

- Ústřední pro poskytování zdravotní péče vysoké kvality, tj. při diagnóze a následné léčbě choroby.
- Základem je současná **lékařská etika**.
- Důležitost variuje mezi obory (např. patologie vs. psychiatrie).



Specifičnost situace

- Je nutné brát každého jako celistvou osobu sestávající z biologické, psychologické a sociální dimenze (viz **biopsychosociální model**, Engel 1977).

- **Interakce mezi pacientem a lékařem je vždy specifická** a je ovlivňována celou řadou proměnných, např.:
  - A) **Věková kategorie pacientů** (dětské oddělení, dorostové oddělení, geriatrie apod.)
  - B) **Obor a typ onemocnění** – pacienti se obávají chirurga, že jim způsobí bolest, onkolog vyvolává obavy ze strastiplného umírání nebo návštěvu venerologa či psychiatra považují za ostudu.

Specifičnost situace

- první pomoc, dlouhodobé léčby chronických onemocnění (hypertenze), paliativní péče
- C) **Měřítko pohledu** - **makro** (ekonomicko-politický pohled, např. omezené prostředky) vs **mikro** (ne každý pacient je stejně kompetentní).

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).

Complience vs. Adherence

- **Complience** (paternalistický, pasivní, epizodický) vs. **Adherence** (kooperativní, aktivní, kontinuální)
- Complience 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.

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
- přičinlivost 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.
- Separační 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“.
- 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.

Děti jako pacienti

- Dítě ohrožené „bílým pláštěm“.
- Strach z bolesti a invaze do těla.
- Problém separace od rodičů při hospitalizaci.
- Potřeba rozumět vlastní nemoci.
- Chronická onemocnění a jejich inhibiční vliv na psychosociální zrání osobnosti.
- Zdravotnický personál v roli náhradních rodičů.
- Hra v nemocnici.

Starší pacienti

- Zvýšený význam soběstačnosti a sociální nezávislosti ve stáří.
- Lékař jako důležitá postava (autorita) v sociálním prostředí staršího pacienta.
- Lékař jako „společník“ ve zmenšujícím se sociálním světě.
- Průvodcovská role lékaře (nová onemocnění, chronická onemocnění).

Lékař jako pacient

- Problém přijetí role pacienta a problém přijetí role lékaře, který léčí druhého lékaře.
- Nebezpečí nestandardních léčebných postupů.
- Lékařův zvýšený strach z nemocí.
- Sklon popírat příznaky a zanedbávat lékařskou péči o sebe.

Lékař, pacient a třetí strana

- Zdravotní pojišťovny a MZd (veř. zdravotnictví).
- Primáři, přednostové a další nadřízení.
- Další kooperující lékaři a zdravotní sestry.
- Příbuzní pacienta.
- Legislativa a etika jako reprezentanti společnosti.

Komunikační bariéry

- S malými dětmi
- U starších pacientů (cca nad 70 let)
- Handicapovaní pacienti
- Cizinci
- Pacienti trpící duševní poruchou (zejména psychózou)

- Komunikační bariéry lze překonávat obecně vlídností, trpělivostí, klidem a jednáním s druhým jako s plnohodnotnou bytostí. Respektovat musíme mentální úroveň, případně specificitu defektu a aktuální zdravotní stav pacienta.

Obtížní pacienti

- Hahn et kol. (1991) na základě DDPRQ (Difficult Doctor-Patient Relationship Questionnaire) ve svém vzorku (n= 204).
- Poruchy osobnosti (deprese, panická a generalizovaná úzkostná porucha osobnosti), somatizace (somatoformní poruchy, hypochondrie).
- Sdílejí zejména dva znaky: a) „medicínská neurčitost“ – vágní, komplexní a ambivalentní zdravotní problémy,
- B) „interpersonální obtíže“ – neomalený pacientův styl jednání.

Lékařská prostředí

- Lékařská ekologie.
- Čekárna (čekání jako stresová situace).
- Nemocniční pokoj.
- Vyšetřovny (technika, sterilita).
- Operační sály.
- Nemocnice – problém orientace v „bludišti“.

Psychické procesy pacienta v ordinaci

- Pozornost, myšlení a paměť ve stresu
- Vliv špatné zprávy
- Význam zpětné vazby
- Uspořádání informací a pokynů pro pacienta
- Vliv úspěšné komunikace na další spolupráci lékaře a pacienta a spokojenost pacienta s lékařskou péčí.

Předoperační psychologická příprava

- 1. fáze: informovaný souhlas (včetně dostatku času/prostoru na rozhodování)
- 2. fáze: řízený rozhovor s pacientem těsně před operací (např. 24 hod.) – (opětný souhlas pacienta po poskytnutí dodatečných informací o operaci a pooperačním průběhu)
- Cíl: snížení stresu, který může negativně ovlivnit funkci imunitního systému (nárůst rizika pooperační morbidity a mortality)
- Etický význam: ochrana pacienta před traumatizací
- Právní význam: ochrana práv pacienta

Osobnost typu A

- Autory jsou kardiologové M. Freiedeman a R. H. Rosenman.
- Osobnost typu je je typická pro velmi zodpovědné osoby (manažery, workoholiky).
- **Vysoký tlak** (esenciální hypertenze) vede k infarktogennímu chování (tzn. riziko ischemické srdeční choroby)
- **Charakteristika:** plánuje stále větší množství činností ve stále kratším čase, je jako rychle letící šíp, touží po úspěchu.
- Terapie: učit se zpomalit osobní tempo, zvolnit chůzi, zpomalit pohyby, autoreflexe a autoregulace.

Osobnost typu B

- Se stresem se úspěšně vyrovnává
- Má přímé držení těla, pevný oční kontakt, přiměřeně silný hlas.
- Hovoří o věcech, které zajímají druhého, v práci bývá přiměřeně výkonný, tráví večery ve vlastní rodině, umí se prosadit
- Jste spíše typ A nebo B?

Jste spíše osobnost typu A nebo B?

- 1. Zásadně nestojím ve frontách.
- 2. Když něco poslouchám , doprovázím to živě obličejem, grimasami, pokyvováním hlavou, pohyby rtů.
- 3. Vytahuji klíče a svlékám se, již při příchodu k domu.
- 4. V prostředcích hromadné dopravy něco dělám, abych využil času - luštím křížovku, čtu.
- 5. Hraji pro výhru, když prohrávám, vztekám se, a to i s dětmi.
- 6. Udělám si radši vše sám.
- 7. Hodně gestikuluji.
- 8. Srovnávám s ostatními, jak jsem úspěšný.

Jste spíše osobnost typu A nebo B?

- 9. Při naslouchání jsem netrpělivý, skáču do řeči, dokončuji věty.
- 10. V plné tramvaji přistrkávám lidi dovnitř nebo ven.
- 11. Mám drobné projevy nervozity, podupávání, poťukávání, oždibování se.
- 12. Vyjadřuji se a jednám lapidárně, nic neprotahuji uměle.
- 13. Při neúspěchu dovedu být vulgární.
- 14. Je pro mne ztráta času vytvářet přírodu doma, pěstovat např. květiny.
- 15. Mám den naplněný k prasknutí.
- 16. Doháním soustavně čas.

Vyhodnocení

Vyhodnocení
0 - 3 osobnost typu B (normální chování)
4 - 9 populační průměr
10 - 12 sklon k CHTA (chování typu A)
13 a více - chování typické pro typ A

Osobnost typu C

- Autorka: Lydia Temoshoková
- Nezdravý atribuční styl (trpí často syndromem bezmocnosti a beznaděje)
- Údajně snadněji onemocní rakovinou (tzv. karcinogenní osobnosti).
- **Charakteristika:** Mají tendenci se vyhýbat konfliktům (často konflikty somatizují), bývají často závislí na druhých a snadno se ostatním podřizují.
- **Terapie:** relaxace, podpora autentických osobnostních projevů.

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	**Sdílený, partnerský**

Základní zdroje: A) Informace (vztažené k léčbě)

B) Preference (druhu léčby)

Vztah mezi lékařem a pacientem I.

- Vztah je psychická struktura reprezentující významové (význam mající) a emoční spojení dvou lidí.
- L - P je vztah asymetrický - podobně jako mezi rodičem a dítětem – archaickým modelem L-P je vztah mezi matkou (prvním léčitelem) a malým dítětem (bezmocným pacientem)
- L-P vztah má instrumentální a emoční charakter.

Vztah mezi L – P II.

- Je založen na sociálních rolích lékaře a pacienta (role je soubor očekávaných chování).
- L-P vztah je vztah skládající se z vědomých – víceméně racionálních vrstev (léčení nemoci) a níže položených a méně uvědomovaných až zcela nevědomých iracionálních vrstev (rozmanité a často rozporuplné emoce zahrnujících formy lásky a nenávisti).

L-P vztah III.

- Vztah je řízen rolemi, etikou a právem, a také racionálními a iracionálními přáními pacienta i lékaře (zatížení vztahu psychickými přenosy).
- Trvalost vztahů je založena na paměťových záznamech a zajišťuje kontinuitu současných a budoucích komunikací.

Paternalistický model

- T. Parsons (1951) - **nemoc jako role.**
- Role nemocného se pojí s určitými právy a závazky:
  - **Práva:** např. nemocný je vyvázán z pracovních, školních či rodinných povinností;
  - **Závazky:** ale mají také závazky se cítit lépe a lépe, vyhledat odbornou pomoc, dodržovat léčebnou životosprávu;
- Pacient má pasivní roli a lékař je strážce pacientova nejlepšího zájmu.
- Informace i preference jsou jednostranně v rukou lékaře.

Další modely vztahu L-P

- Vznikly v reakci na paternalistický model, který není vhodný pro každý léčebný kontext (ale např. je vhodný při první pomoci)
- Další modely oscilují mezi vyšší angažovaností pacienta - např. **informační model** (Charles, Gafni, Whelan 1997), **inženýrský model** (Veatch 1972), NEBO lékaře – např. **profesionál/lékař-jako-aktér** (Charles, Gafni, Whelan 1997), **biomedicínský model** (Friedson 1970).

- Oproti paternalistickému modelu však vychází z rozpoznání **informační asymetrie** mezi lékařem a pacientem

Sdílený/partnerský model L-P

- Na příklonu od paternalismu ke sdílenému modelu L-P se podílí mnoho faktorů:
  - Informovaný souhlas (právo pacienta)
  - Nemoc dnes často není pouze „přechodný status“, ale v případě dlouhodobých a chronických pacientů se jedná o součást jejich identity a statusu.
  - Existuje řada alternativ léčby (např. rakovina prsu):
    - Segmentální resekce (lumpectomy) vs mastektomie, chemoterapie vs ozařování

Sdílené rozhodování

Motto: K tangu jsou zapotřebí alespoň dva

- 1) zahrnuje alespoň dvě strany (pacienta a lékaře)
- 2) všechny strany sdílejí informace
- 3) Obě strany postupně budují konsensus při volbě léčby
- 4) Realizace léčby až při dosažení vzájemného souhlasu

Zdroj: Charles et al. 1997

Charakteristiky sdíleného rozhodování

- **1) zahrnuje alespoň dvě osoby (lékaře a pacienta)** – např. u starších pacientů se jedná spíše o triádu nežli dyádu.
- Rodinní příslušníci a přátele hrají celou řadu různých rolí.
- Další lidé při vyšetření se automaticky stávají součástí vztahu lékař-pacient (vznikají však poté koalice).

Charakteristiky sdíleného rozhodování

- **2) všechny strany sdílejí informace:**
- Jádro informačního problému tkví v tom, že zatímco poskytovatel zdravotní péče vlastní lepší znalosti týkající se očekávané efektivity zdravotní péče při zvyšování zdraví, tak pacient ví nejlépe, jak zvyšovat své zdraví prostřednictvím ovlivňování své životní spokojenosti (*well-being*) (Hurley et al. 1992).
- Sdílení informací mezi lékařem a pacientem nutně nevede k vzájemnému/partnerskému modelu L-P.
- Sdílení informací je strategií jak „posílit“ pacienta k jeho větší autonomii.

Charakteristiky sdíleného rozhodování

- **3) obě strany (lékař i pacient) činí jednotlivé kroky v rámci zúčastňování se sdíleného rozhodování**
- věnuje se tomu více pozornosti;
- existují různé posuzovací škály – jakou míru participace pacienti preferují (žádné až sdílené rozhodování, resp. maximální řízení/kontrola pacienta až maximální autonomie)
- Tyto intervence jsou různě nákladné – od vysoce nákladných interaktivních videí až po rozhodovací tabule.
- Př.: 97 % žen v rámci tabulové podpory pro rozhodování se „rozhodlo“ pro segmentální resekci na rozdíl od 70 % žen s rakovinou prsu bez této podpory (Whelen et al. 1995).

Charakteristiky sdíleného rozhodování

- **4) Realizace léčby až při dosažení vzájemného souhlasu**
- (obě) strany souhlasí s léčbou, která povstala ze sdíleného rozhodování (explicitní slovní vyjádření nebo lze odpozorovat).
- Výzkumy ukazují, že většina pacientů sice sdílí snahu získávat informace, ale nechce se aktivně podílet na výběru léčby.
- Jinými slovy – pacienti si žádají informace o svém zdravotním stavu, ale už nechtějí být zodpovědní za rozhodování o léčbě (např. Ende et al. 1989; Beisecker and Beisecker 1990; Ryan 1992).
- **Závěr:** sdílení informací a sdílení rozhodování o léčbě jsou dvě odlišné věci (Ong et al. 1995)

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 možnosti 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 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.

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 by9 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.

Děkuji za pozornost!