

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra psychologie

Bakalářská práce

## NEMOC JAKO PSYCHOLOGICKÝ PROBLÉM

*Jméno:* Bohumil Kofroň

*Obor:* sociální a charitativní práce

*Forma studia:* kombinovaná

*Vedoucí bakalářské práce:* PhDr. Jan Polivka

2006

**Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.**

*Babul M. J.*

**Děkuji vedoucímu bakalářské práce PhDr. Janovi Polivkovi za cenné rady,  
připomínky a metodické vedení práce.**

## OBSAH

	ÚVOD.....	5
1.	POJEM A HLEDISKA NEMOCI.....	7
1.1	Somatické hledisko.....	7
1.2	Faktor bolesti.....	9
1.3	Psychosomatické hledisko.....	10
2.	PSYCHICKÉ ZMĚNY A VLASTNÍ REAKCE NEMOCNÉHO .....	13
2.1	Racionální a emotivní postoje k nemoci.....	13
2.2	Fáze pacientových reakcí na nemoc.....	15
3.	PSYCHOLOGICKÁ POMOC V PROCESU LÉČENÍ.....	19
3.1	Tři základní formy psychické pomoci.....	21
3.1.1	Problematika zvládnání nemoci a předpoklady zdravotnického personálu.....	22
3.2	Fáze zvládnání nemoci samotným pacientem.....	25
6.	DUŠEVNÍ HYGIENA.....	27
	ZÁVĚR.....	30
	SEZNAM LITERATURY.....	31
	PŘÍLOHY.....	32
	ABSTRAKT.....	34

## ÚVOD

V minulých dobách se často nahlíželo na nemoc pouze jako na absenci zdraví, tedy biologickou složku člověka, která trpí určitým nedostatkem. Tento medicínský pohled je samozřejmý, avšak dnes víme, že se nemoc skládá z více složek. Mám na mysli souvislosti *psychologické* a *sociální*. Psychologické hledisko zohledňuje pacientovo vnímání nemoci a sebe samotného v tíživé situaci a sociální zase vnímání pacienta ze strany společenského prostředí, ve které se nachází. V praxi to znamená, že pacient přichází v procesu léčení do kontaktu s lékařem, případně s psychiatrem, psychologem, sociálním pracovníkem, tedy s odborníky, kteří jsou na tyto situace profesionálně připraveni, ale také s rodinou, přáteli nebo sousedy, kteří se mohou aktivně zapojit do procesu léčení. Téma psychologie nemoci vnímám jako důležitou součást znalostí pracovníků pomáhajících profesí. Tyto poznatky mohou uplatnit nejen ve své profesní praxi, ale i v soukromém životě. Usnadňují komunikaci s pacientem a tím napomáhají začlenit pacienta do jeho přirozeného prostředí.

Ve své bakalářské práci se zaměřím na samotný pojem nemoci a popis hledisek, které nemoc provázejí. Následovat bude popis jednotlivých fází pacientových postojů a reakcí na přicházející nemoc. Dále zde považuji za důležité zmínit psychologickou pomoc v procesu léčení, formy léčení, některé psychologické předpoklady zdravotnického personálu, fáze zvládnání nemoci samotným pacientem a funkce rodiny v procesu léčení. Závěr této práce věnuji problematice duševní očisty, hygieně, která je nutná pro načerpání sil a energie k další efektivní službě osobám, jež naši pomoc bezprostředně vyžadují.

Problematika psychologie nemocných je dosti rozšířeným tématem a česká publikační činnost nabízí několik hodnotných odborných knih. Poznatky upotřebené v této práci jsem čerpal především z odborných prací Doc. PhDr. Jaroslava Křivohlavého, CSc., který se kromě jiného také věnoval psychologii nemocných. Mezi další odborníky věnující se problematice psychologie nemocných patří PhDr. Marie Vágnerová, která své poznatky aktivně předává ve svých publikacích, nebo v podobě přednášek na vysoké škole.

Formulace a shrnutí cíle této práce tedy je, aby sloužila ku pomoci sociálním pracovníkům pracujícím zejména v oblasti zdravotní péče, ošetrovatelství,

zdravotnickému personálu, ale v neposlední řadě také rodinným příslušníkům, kteří se jakoukoli formou setkávají s nemocnými příbuznými, ale i s osobami žijících v jejich bezprostřední blízkosti.

## 1. POJEM A HLEDISKA NEMOCI

Pro výklad pojmu „*nemoci*“ použiji tuto definici: „**Nemoc** je každý abnormální stav těla nebo mysli, který způsobuje potíže, dysfunkci (poruchu činnosti některého orgánu nebo psychosociální funkce organismu) nebo bolest postižené osobě nebo osobám, které jsou s postiženým v kontaktu“<sup>1</sup>. Stává se tím určitou zátěží pro pacienta, ale i pro jeho celou rodinu. Nemoc je obvykle vnímána negativním „*emočním prožíváním*“ pacienta, který může subjektivně pociťovat strach, nejistotu, bolest, méněcennost, ponižující závislost atd. Je to dáno výraznou změnou životního způsobu (např. ztrátou soběstačnosti). Zpravidla se v průběhu nemoci pozměňuje žebříček hodnot, pořadí naléhavosti a možnosti uspokojování potřeb. Adaptace na novou situaci probíhá u každého pacienta zcela individuálně, avšak u většiny z nich poměrně přijatelně.

### 1.1 Somatické hledisko

Tělesné, orgánové neboli „*somatické*“ hledisko bývá vztaženo ke genetické výbavě každého z nás, avšak může se měnit dle podmínek následkem úrazů, vzniku chorob atd. Mohou to být úrazy, syndromy, atypické struktury a funkce, nakažlivé nemoci (např. chřipka, virová onemocnění). Mezinárodní zdravotnická organizace (WHO) se snaží podat ucelený přehled zdravotních událostí v *Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a souvisejících zdravotních problémů* a v roce 2001 vydala i novou klasifikaci ICF<sup>2</sup>. Jako příklad zde uvedu dvě nejčastější onemocnění, které určitým způsobem ovlivňují psychiku pacienta a zároveň jejich vývoj může ovlivňovat i sám pacient (Křivohlavý, 2002, str.122).

#### • *Onkologické onemocnění*

Zrod nemoci se přičítá mnoha faktorům, jako jsou např. kouření, riziková dieta, životní prostředí, negativní emocionální prožívání, apod. Svou pozornost zaměřím na vliv *emocionálních projevů* při vzniku rakoviny. Při výzkumu, který provedli Green

<sup>1</sup> <http://cs.wikipedia.org/wiki/Nemoc> (26.5. 2006)

<sup>2</sup> The international Classification of Functioning

a Moris (1978)<sup>3</sup>, jednoznačně potvrdili, že existuje vztah mezi emocionálními projevy a vznikem rakoviny. Z hlediska výzkumného plánu šlo o navázání kontaktu se ženami, které ještě dříve, než se dozvěděly, zda mají, či nemají rakovinu prsu, byly v psychickém napětí. Podle Greena a Morisse byly tyto ženy rozděleny do tří skupin. První skupinu tvořily ženy potlačující některé emoce, jako např. *obavy* a *strach*. Do druhé skupiny byly zařazeny ženy, které naopak dávaly *obavám* a *strachu* navenek volný průchod. Ve třetí skupině se ženy chovaly ve vztahu k *obavám* a *strachu* zcela normálně. Pozorování trvalo po dobu pěti let, kdy se nakonec ukázalo, že u žen z první skupiny se rakovina objevila s vyšší pravděpodobností než u žen zařazených do ostatních skupin. Následovaly další výzkumy pod dohledem jiných psychologů zkoumající vliv deprese, stresu a osobnostních faktorů na vzniku rakoviny, při čemž se výsledky u většiny z nich shodovaly s výsledky Greena a Morisse.

#### • *Kardiovaskulární onemocnění*

Na výskyt kardiovaskulárních onemocnění má vliv více psychosociálních faktorů. Může to být rizikové chování, jednání v podobě kouření, pití alkoholu, konzumace zdravotně nevhodné potravy, užívání drog, apod. Vztahem psychologické problematiky a kardiovaskulárního onemocnění se ve 20. století zabývali dva internisté-kardiologové: Friedman a Roseman<sup>4</sup>. Svou pozornost zaměřili na chování svých pacientů a sledování činnosti jejich srdce. Zjistili, že se jejich chování v určitých rysech liší narozdíl od lidí, u kterých nebyly zjištěny kardiovaskulární obtíže. Tyto dvě skupiny označily písmeny A a B.

*A-typ* chování označuje tu část jedinců, kteří měli častější kardiovaskulární obtíže a vyznačovali se hostilitou, vyhrocenou soutěživostí až soupeřivostí, touhou po úspěchu, stresovým chováním, atd.

*B-typ* chování se projevovat u lidí, kteří nebyli častými pacienty na kardiologickém oddělení. Svým jednáním působili dojemem rozvážných, pokojných, empatických, se smyslem pro humor a autonomii, chovající se opačným způsobem nežli u skupiny typu A.

<sup>3</sup> Křivohlavý, J.: Psychologie nemoci. Grada. Praha. 2002. str. 122

<sup>4</sup> Křivohlavý, J.: Psychologie nemoci. Grada. Praha. 2002. str. 116.



## 1.2 Faktor bolesti

„*Bolest*“ je somatický projev onemocnění i nemoci a hraje velice důležitou roli ve změně tělesného stavu. „*Chronická bolest*“ vede k celkovému vyčerpání nemocného, jejím důsledkem je ztráta zájmu o cokoli. Někdy může bolest fungovat jako prostředek upoutávání pozornosti zdravotnického personálu či rodinných příslušníků. Může být jakýmsi způsobem volání po kontaktu. Nejde zde o předstírání, ale o zvláštní způsob komunikace. Je vyjádřením potřeby citové podpory v tíživé osobní situaci“<sup>5</sup>. Následující popis zahrnuje bolest do tří složek (Vymětal, 1997):

- **Smyslová charakteristika** bolesti, tj. její intenzita, kvalita a lokalizace.
- **Emoční charakteristika** bolesti, tj. emoční reakce na bolest, která je téměř vždycky negativní. Zhoršuje osobní komfort nemocného, dráždí jej a vyčerpává. Přispívá k negativnímu hodnocení situace i jejího budoucího vývoje. Je součástí komplexní reakce na poškození těla nebo na poruchu funkce. Tam kde organické poškození chybí nebo je nepatrné, mluví se o *psychogenní* bolesti.

- **Racionální hodnocení** bolesti závisí na schopnosti nemocného uvažovat, na jeho zkušenostech i na tom, jaký má pro něho bolest aktuální význam, tj. jakou informaci je.

Další dělení „*bolesti*“ dle časového hlediska<sup>6</sup>:

- **Bolest akutní:** Vzniká náhle a většinou signalizuje poškození tkáně (např. záněty, poranění svalstva atd.). Trvá li však příliš dlouho, přechází v bolest chronickou.

- **Bolest chronická:** Bývá to faktor destrukční, zejména v oblasti tělesné, sociální, psychické. Je na ní nahlíženo, jako na nemoc, která vyžaduje komplexní péči.

- **Psychosomaticky podmíněná bolest:** Zvláštní kapitola bolesti chronické, nejčastěji v podobě negativních emocí jako jsou např: zlost, smutek, starost, strach, pocit beznaděje a projevuje se bolestí těla.

Obor, jež se zabývá měřením bolesti se nazývá „*DOLOMETRIE*“. Při měření bolesti disponuje řadou metod. Jsou to:

<sup>5</sup> Vágnerová, M. : Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál.1999. str. 66

<sup>6</sup> <http://www.czechhomeopathy.cz/informace.html> (23.3. 2004)

1. Psychologické metody měření: Psychologové jsou v přímém kontaktu s pacientem a pracují s pomocí směrovaných dotazů, dotazníků (např. Kabat-Zinův dotazník) nebo topologických map bolesti.

2. Fyziologické metody měření: Využívají sensorických podnětů, pomocí kterých zachycují jemné a v určitých intervalech se opakující elektrické signály z oblasti mozku. Toto měření se realizuje pomocí speciálních přístrojů. Do této kategorie lze zařadit i měření bolesti pomocí „*termografie*“ (měření teploty kůže). Místo postižené bolestí bývá často oteklé či vykazuje vyšší teplotu, avšak i to může být ovlivněno jinými faktory, proto nemůže být tato metoda zařazena mezi naprosto důvěryhodné.

## 1.2 Psychosomatické hledisko

Člověk je svou podstatou bio-psycho-sociální bytostí. Tyto složky jsou propojené a vzájemně se ovlivňují. Znamená to, že jakákoli změna zdravotního stavu ovlivňuje zároveň i stav psychický a obráceně. To, do jaké míry, záleží na mnoha okolnostech provázejících pacientův život od samotného početí. Mohou to být vlivy životního a sociálního prostředí, které se podílí se na utváření tělesných a psychických vlastností jedince. Převádění podnětů a informací z okolního prostředí do organismu zprostředkovává nervová soustava a zčásti hormonální systém. Proto je důležité brát v úvahu při vzniku jakékoli nemoci, *somatické, psychické i sociální faktory*. Umět poznat *psychickou reakci* na nemoc a poznat psychologické faktory nemoc vyvolávající je potřebné pro každého klinicky pracujícího lékaře. Na vymezení psychosomatiky lze nahlížet z několika úhlů (Baštecký a kol., 1993):

- *nejširší* pojetí psychosomatiky předpokládá, že člověk ve zdraví a v nemoci představuje jednotu psychického a somatického faktoru se svým prostředím.

- *užší* pojetí je předmětem psychosomatiky, somatické poruchy a choroby, u kterých se v etiopatogenezi, průběhu či prevenci onemocnění uplatňují psychosociální faktory a onemocnění, která souvisí s nevhodným životním stylem a vzorci chování.

- v *nejužším* pojetí se jedná o psychosomatické syndromy či onemocnění, u nichž mají psychosociální faktory své pevné a někdy i charakteristické místo nebo se jejich vliv předpokládá jako podstatný.

Vztahy mezi psychosomatickými příznaky a psychopatologickými faktory jsou následující.

1. *Somatický stav může psychopatologické projevy vyvolávat nebo modifikovat.*

2. *V jiných případech se naopak psychogenní faktory mohou podílet na vzniku somatických příznaků, jako je tomu například v případě psychosomatických onemocnění.*

3. *Je třeba rozpoznat psychogenní subjektivní somatické obtíže, které nedoprovází odpovídající klinický nález.* Subjektivní somatické obtíže jsou přítomny u některých forem neuróz, psychopatií a u počátečních stadií psychosomatických onemocnění.

Vznik psychosomatických poruch podmiňují psychické dispozice, jako jsou osobnost člověka, typ temperamentu, sklony k určité emoční reaktivitě, odolnost k zátěžím, úroveň poznávacích procesů, zkušenosti s různými zátěžemi a preferované způsoby, jakými se s nimi jedinec naučil vyrovnávat. Jedinci, disponovaní k psychosomatickým potížím jsou charakterističtí „*chudším emočním prožíváním*“, častějším sebezpozorováním a tendencí potlačovat vlastní emoční prožitky. Tato chybná interpretace vlastních emočních postojů může být generalizována na okolní prostředí a z toho vyplývá negativní změna *empatického vnímání* (Vágnerová, 1999).

Známa teorie vzniku psychosomatických onemocnění<sup>7</sup> pracuje s pojmem „*vnitřní konflikt*“, který zahrnuje dvě skupiny problémů.

1. *Konflikt mezi vnějším tlakem a vnitřními zábrany.* Zahrnuje vztahy k subjektivně významným lidem nebo postoj k sobě samému, tj. sebehodnocení. Tento problém může být řešen i jinak (vzpourou a odmítnutím nepřijatelných nároků). Psychosomatická porucha je jedním z obranných řešení v situaci nouze a tím chrání nemocného před dalšími, ještě většími problémy.

2. *Konflikt mezi potřebou citové závislosti na určité osobě a zároveň nenávistí vůči té samé osobě.* Hostilita a nenávist bývá obyčejně reakcí

<sup>7</sup> Říčan, P.: Dětská klinická psychologie. Praha: Grada. 1995. str. 112

těchto lidí. Někdy vyplývá z jejich nesrozumitelného postoje, v němž se střídají projevy lásky a odmítání. Pokud člověk není schopen tento konflikt nějak zvládnout, vytváří se silná citová ambivalence, kterou může řešit právě psychosomatické onemocnění. Tento konflikt je typický pro období dětství a bývá častým zdrojem psychosomatických potíží dětského věku.

Psychosomatické choroby lze rozdělit dle vývoje onemocnění na:

- ***počáteční fáze onemocnění (stadium funkčních změn)***. Dochází k poruše funkce orgánu, kterou lze jen stěží klinicky nebo laboratorně prokázat.
- ***pokročilý stav onemocnění (stadium orgánových změn)***. Dochází k výrazné poruše struktury a funkce orgánu. Odchytky jsou již patrné z klinických a laboratorních testů.

## 2. PSYCHICKÉ ZMĚNY A VLASTNÍ REAKCE NEMOCNÉHO

V předchozích kapitolách jsem se již zmínil o tom, že změněný zdravotní stav pacienta se projevuje nejen v jeho anatomickém a fyziologické obraze, ale i v jeho podstatně změněném psychickém stavu. Oblast psychiky je zasažena „*psychickou krizí*“, která vyhrocuje zvláště emocionální a myšlenkové dění.

Pro porovnání psychické situace zdravého a nemocného člověka jsem použil tabulku sestavenou Křivohlavým (1985, str.20).<sup>8</sup>

Postoj k vlastní nevy léčitelné nemoci je vytvářen postupně. Je složen ze tří složek: *racionální, emotivní*.

### 2.1 Racionální a emotivní postoje k nemoci

**1. Racionální hodnocení nemoci.** Každý pacient, pokud to okolnosti připouští, o své chorobě uvažuje. Snaží se sehnat dostupné informace o nemoci a hledá řešení své situace. Nemoc však představuje stresovou situaci, uvažování je více závislé na emočním stavu. Z tohoto důvodu jsou vyhodnocené závěry pacientů poněkud zkreslené. Hodnocení příčiny je často spojeno s potřebou najít viníka a potrestat ho. Toto uvažování postrádá v řešení choroby logickou návaznost.

**2. Emotivní hodnocení nemoci.** Emoce provázejí každou nemoc bez ohledu na její závažnost. Organismus je více ovlivněn chorobou závažnější, proto jsou přirozeně vyvolávány různé negativní emoční reakce, jako jsou např. *strach, úzkost*. Vycházejí z uvědomění značného rizika vlastního ohrožení. Je důležité s tímto počítat a tyto negativní prožitky nebagatelizovat jenom proto, že jsou subjektivní. Naslouchat a brát pacienta vážně je podstatnou složkou porozumění.

Negativní emoce se projevují také jako *smutek* či *truchlení*<sup>9</sup>. „Představují určitý způsob zpracování takové ztráty, s níž se člověk musí vyrovnat, aby ji mohl přijmout. Tento proces nelze urychlit a ani nemá smysl utrpení potlačovat. Teprve po jeho prožití může být nemocný schopen přijmout svou novou identitu i nové, omezené možnosti a reálně plánovat svůj další život. V průběhu *truchlení* se mění rovnováha

<sup>8</sup> Viz, příloha I.

<sup>9</sup> Vágnerová, M. : Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál.1999. str. 68

mezi emočním přístupem a racionálním hodnocením. Na počátku převažuje emoční negativní postoj k situaci a jakákoli úvaha o budoucnosti se jeví jako nesmyslná. Postupně dochází k uklidnění a člověk začne uvažovat co dál, více rozumově, i když stále s určitou trpkostí.

Emoce *smutku* mají většinou tlumivý vliv. Čím má smutek delší trvání, tím méně bývá situačně závislý. Vystupují do popředí příznaky somatické (tělesná ochablost, nechutenství) a z psychických nabývají na významu poruchy sebehodnocení a s nimi související ustálené postoje. Smutek pravidelně probíhá ve třech po sobě následujících etapách<sup>10</sup>:

1. **Protest.** V této fázi je vše popřeno. Jedinec je neklidný, jeho stav poutá hodně pozornosti. Mobilizují se zdroje pomoci z okolí, aniž o to postižený vědomě usiluje.

2. **Zoufalství.** Smutek je nejhlubší, chování je inhibované, je na něm nejnápadnější nezáměr o okolí.

3. **Odpoutání.** Smutek doznívá, postižený obnovuje zbývající vztahy a navazuje nové. Postupné vyrovnání se s tíživou situací.

Za normálních okolností trvají první dvě stadia týdny, nanejvýš několik měsíců. Hluboký a dlouhotrvající smutek trvající přes půl roku se považuje za chorobný.

Tím může *smutek* se svými projevy vyústit až v *depresi*, která se tímto může stát další psychickou nemocí. Deprese mohou výrazně zhoršovat zdravotní stav pacienta. Časté jsou i myšlenky na sebevraždu vycházející z pocitu bezvýchodnosti situace a z beznadějnosti. Deprese patří k nejčastějším příčinám sebevražedného jednání. Projevy nastávající deprese mohou být v podobě poruchy spánku, ztráta zájmu o sexuální život, únava a ztráta energie, nechutenství a váhový úbytek. U depresivních pacientů se často vyskytují bolesti hlavy, zad, hrudi, zažívací potíže, bušení srdce, dušnost, závratě<sup>11</sup>. Lze ji rozdělit do dvou hledisek:

- *primární deprese* (je spojena s nedostatečným množstvím specifických látek – neuropřenašečů v mozku, jimiž si nervové buňky předávají informace). Vyvolat ji může nezvyklá psychická zátěž.

- *sekundární deprese*, je vyvolávána poškozením nebo onemocněním mozku, tělesnou chorobou, užíváním léků či drog.

<sup>10</sup> Matoušek, O.: Kontexty neuróz. Praha. Avicenum. 1986. str. 105

<sup>11</sup> <http://www.deprese.cz/vznik.aspx> (15.6. 2006)

*Bezmocnost* vychází z představy o neřešitelnosti vlastní situace. Projevuje se to různě, např. pacienti jsou apatičtí, vzdávají se, jsou unaveni a vyčerpani, ztrácí zájem o cokoliv i o sebe.

## 2.2 Fáze pacientových reakcí na nemoc

To, co se děje v psychice pacienta během nemoci lze rozdělit takto (Křivohlavý, 2002):

### **1. Výkřik**

Výkřik vyjadřuje první reakci na subjektivně nepřijatelnou skutečnost. Je jím vyjádřena reflexní *citová reakce* na podnět, kterým je zpráva o kritické události. Formy jsou různé, např. zkratkovité jednání, náhlé zděšení, zmatek, extrémní vyhocení pocitu obav a strachu. Projevuje se nařikáním pacienta, výbuchem hysterického křiku, pláče apod. V jiných případech se projevuje náhlou psychickou slabostí a ochablostí, záchvatem mdloby, psychickým otupením, malomyslností, depresí až upadnutím do bezvědomí.

### **2. Popření**

Vyjadřuje se jím takový stav pacienta, v němž se spojuje citový útlum a do určité míry úspěšná snaha ve vědomí zcela potlačit existenci krizové situace. Jde o vytěsnění z vědomí či podvědomí pacienta vše, co je spojováno s krizovou situací. Jedinec se snaží chovat, jakoby se nic nestalo. V příloze č. II. je vyhotovena tabulka s popisem příznaků popírání a popření kritické zdravotní situace<sup>12</sup>.

### **3. Intruze**

Výraz *intruze* vyjadřuje vtíravé nutkání, obdoba obsese, tj. nutkání, které překračuje hranice normality. V tomto případě jde o nutkavou vzpomínku na kritickou událost. Slovem *intruze* se chce zároveň naznačit obtížnost obrany vůči těmto myšlenkám a citům. Má podobu „nočních můr“, snů, jež přicházejí jako série preludů, různých obrazů, dějů a myšlenek.

<sup>12</sup> Křivohlavý, J.: Psychologická rehabilitace zdravotně postižených. Praha. Avicenum. 1985. str. 25

#### 4. Vyrovnávání

Fáze, ve které se musí pacient pokusit vyrovnat se svou životní situací se nazývá *vyrovnávací*. Nejedná se o jednorázový akt, ale o proces, který nemá přesně stanovenou délku trvání. Psychologie používá termínu „*adaptace*“. Znamená to proces, kterým se dosahuje duševního zdraví, případně proces, kterým se duševní zdraví opět navrácí. Rozlišují se u ní dva adaptační směry:

- *Pasivní adaptace* (schopnost přizpůsobit se)
- *Aktivní adaptace* (schopnost přizpůsobit si), změnit podmínky, okolnosti, situaci. Tohoto směru je využíváno v adaptaci na náročné životní podmínky. Jde o tvořivé zvládnání dané situace.

Chování pacienta se však nemusí vždy projevovat *adaptabilními vzorci*, ale existují i vzorce *maladaptivní*. Uvedu zde několik projevů neadaptivního chování:

- Agrese. Nejružnější formy od hrubého fyzického násilí a záchvatů vzteku, přes výhrůžky gestikulací a mimikou, slovní vyhrožování, urážky, sarkasmus, ironie. Obrací se vůči spolupacientům, zdravotníkům, návštěvám. Může mít podobu přenesené agrese, kdy se nemocný chová útočně proti tomu, na koho si troufá, i když není zdrojem jeho obtíží zlosti. Může mít i podoby autoagrese, kdy nemocný obrací agresivní tendenci vůči sobě samému, chová se úmyslně způsobem, který mu neprospívá a škodí.

- Únik. Patří spolu s agresivitou k nejčastěji se vyskytujícím projevům maladaptivního chování. Projevuje se jako vyhýbání se určité situaci, které se nemocný bojí, či jejímu odhalování. Někdy má únik podobu odmítání odpovědnosti za určité rozhodnutí a její přenášení na jiné lidi, kteří pak při případném nezdaru mohou být označeni jako viníci.

- Negativismus. U dospělých to bývá projev snahy o samostatnost a opozici za každou cenu, někdy projev bezradnosti. Projevuje se ve vzdorovitém jednání pacienta, kdy dělá to, co se mu zakazuje či nedoporučuje a naopak odmítá dělat to, co by měl.

- Regrese. Je návratem k projevům již prodělaného vývojového stupně. Dospělý se tak chová jako mladistvý, v některých případech jako dítě.



- Fixace. Na rozdíl od regrese, která znamená návrat zpět z již dosažené úrovně, fixace je ustrnutím, zastavením vývoje. Ztuhlé, nepružné a nepřizpůsobivé chování je pro tuto kategorii charakteristické.

- Rezignace. Je to apatický vztah k zátěži, doprovázený často depresivními pocity bezmocnosti. V pacientově mysli převažuje vědomí, že jakákoliv snaha o zvládnutí zátěže či aktivní působení jsou marné. Vyskytuje se u nemocných nejčastěji tehdy, když se nemoc dlouho vleče, potíže přetrvávají nebo dokonce zhoršují. Nemocný po přechodu ze zdraví do nemoci, po překonání prvotních potíží, po fázi optimismu a důvěry v léčbu a fázi rozčarování, zaujímá rezignující postoj.

- Represe. U nemocných se zpravidla týká potlačení či dokonce popření tužeb a cílů, přání i pohnutek, které měli, které se však staly v důsledku nemoci nereálnými.

Maladaptace se rovněž projevuje „*rigiditou*“, tj. lpěním na všem, co bylo a aby to tak i zůstalo. Staví se na nerealistickém vidění světa, v němž se setkáváme s bludy, výmysly a fantaziemi. Maladaptivní jedinec málokdy spolupracuje s ošetřujícími, spíše soupeří, napadá, ironizuje, vysmívá se atd.

K těmto formám neadaptivního chování je nutné dodat, že je lze nalézt i v běžných projevech zdravých osob. Jsou-li používány přiměřeně, zvyšují životní spokojenost, udržují duševní rovnováhu redukováním psychického napětí a mohou být užitečnou formou adaptace.

### 5. Smíření

Pokud se podaří úspěšně překonat fázi *vyrovnávání se*, nastává další, kterou nazýváme *fází smíření*. Zde se pacient postupně vnitřně smiřuje s nově nastalými podmínkami. Nemocný akceptuje svůj zdravotní stav a situaci, v níž se nalézá. Snaží se o co nejlepší způsob života v rámci daných podmínek. Toto konečné řešení určité životní krize neznamena, že vše je zapomenuto, jako by se nikdy nic nestalo. Jde o to, že nová životní situace nebo kritická událost již pacienta nedeprimuje, ani na ní neulpívá a nenavrací se.

Existují však i jiná teoretická pojetí reakce ve vztahu pacienta s nemocí (Jobánková, 1992).

Rozlišuje:

- agravaci, tj. přehánění příznaků. Bývá nevědomá nebo vědomá.

- *simulace*, je vědomé předstírání příznaků. Je méně častá než *agrace*. Dopouštějí se jí lidé velmi primitivní, kde je možno simulaci snadno odhalit, nebo lidé velmi rafinovaní a poučení.

- *disimulace*, je zastírání nemoci. Nevědomá disimulace je repudiace, při vědomé disimulaci nemocný o potížích ví, ale před okolím se skrývá. Motivací disimulace je strach z vyšetření a z léčby, z poklesu příjmů, rodinných a osobních komplikací nebo stud.

Další rozdělení je definováno podle toho, jakou hodnotu má choroba pro nemocného, zda se nemoci jednoznačně obává nebo zda mu v něčem přináší i úlevu nebo dokonce uspokojení.

- *Normální* poměr k nemoci odpovídá skutečnému stavu pacienta nebo tomu, co bylo nemocnému o nemoci sděleno. Nemocný je na nemoc přiměřeně adaptován.

- *Bagatelizující*. Pacient podceňuje závažnost choroby, neléčí se, nešetří se, do budoucna je nepřiměřeně optimistický.

- *Repudiační* (zapuzující). Pacient nebere nemoc na vědomí, nejde k lékaři, zapuzuje myšlenku na nemoc a úvahy o ní. Jde o nevědomou disimulaci.

- *Nozofóbní*. Nepřiměřeně se nemoci obává, dává se opakovaně vyšetřovat a střídá lékaře. Pacient si je vědom, že jeho obavy jsou přehnané, ty se mu však vnucují a nedovede se jim bránit. Relativně často se můžeme setkat s kardiofóbií, nověji se objevuje AIDS-fóbie.

- *Nozofilní* je spojen s určitým uspokojením a příjemnými stránkami nemoci. Dospělí nemusí plnit své povinnosti, dítě si může číst, hrát, sledovat televizi, příbuzní o ně více pečují a mají větší ohledy.

- *Účelový* je vystupňováním nozofilního. Může být motivován získáním soucitu, ohledu, lepšího ošetření, únikem z nepříjemné situace (trest, vojenská služba atd.), získáním hodnot (důchod, lázně, atd.).

### 3. PSYCHOLOGICKÁ POMOC V PROCESU LÉČENÍ

V procesu léčení hraje významnou roli celá řada okolností. Mohou to být již výše zmíněné genetické předpoklady jedince, rodina pacienta, životní prostředí v němž se nachází, soubor zdravotníků, zabývajících se pacientovými problémy a vzájemný vztah mezi pacientem a zdravotnickým personálem, dále všichni lidé přicházející do styku s pacientem, sociální pracovníci apod. Má-li být psychologická pomoc účinná, pak musíme brát v úvahu momentální psychický stav pacienta a musíme se snažit pomáhat řešit jeho současnou problematiku. Doporučují se různé psychoterapeutické metody doprovázející celý proces léčení, nebo alespoň některou jeho část. Důraz se přitom klade na individuální přístup k pacientovi a na respektování stadia jeho momentální adaptace. V možnostech psychologické pomoci nemocným pacientům je prvořadý důraz kladen na *činy*, ve druhé řadě na *neverbální projevy* a poté na *verbální a rozhovorové formy psychoterapie*. Nejde tedy o jednorázové řešení problému, ale o využívání všech dostupných možností v několikakolovém procesu.

V kapitole o „Fázích pacientových reakcí na nemoc“ byli popsány reakce na tíživou životní situaci. Nyní bych zde popsal psychologickou pomoc u některých z těchto fází ( Křivohlavý, 1985, str. 53).

#### • *Psychická pomoc pacientům ve fázi popírání*

Aby nedocházelo k psychickému uzavírání pacienta a totálnímu odříznutí od světa je nezbytné účinně překonat tuto fázi. V centru pozornosti u psychologa bude v tomto stádiu, úsilí „*aktivovat*“ psychiku pacienta, která se provádí pomocí účinné *psychoterapie* a to různými způsoby. Děje se na několika rovinách zároveň, současně v rovině emocionální, intelektové a motivační.

- Z hlediska potřeby změny *emocionálního* stavu pacienta ve fázi popírání se doporučuje *navazování sociálního kontaktu*. Znamená to nenechávat pacienta příliš dlouho o samotě, být s ním. Psychoterapie zde využívá metody katarze, tj. *emocionálního očišťování*. Doporučuje se zprostředkovávání kontaktů s osobami, nichž si pacient váží nebo umožnit přijmout předměty, které jsou vzpomínkou na emocionálně kladné zážitky.

- Poskytování informací probouzející pacienta z hlubokého útlumu mohou sloužit k pozitivnímu ovlivňování psychického stavu pacienta. Jde

především o probouzení představivosti či fantazie. Z hlediska psychoterapie je zde použita metoda arteterapie (malování, modelování, muzikoterapie, apod.). Neméně důležitá je zde skupinová terapie (skupinový rozhovor, drama, psychopantomima, apod.). V individuální psychoterapii se citlivě využívá asociací, které pacientovi přibližují věcné či slovní podněty, které by ho upamatovávaly na období před kritickou událostí. Může to být fotografie rodiny, rodného kraje apod. Tato metoda se v psychoterapii nazývá *abreakce*. Nejedná se ale o šokování pacienta, nýbrž o uvolnění psychického napětí.

- V rovině motivační se hojně využívá *přímá rozhovorová psychoterapie*. Rozhovorem se odbourávají falešné představy a výklady. Zároveň se zaměřuje na stavění pacienta před pravdivý obraz skutečnosti. Z psychoterapeutických metod zde pomáhá psychodrama s následujícím rozhovorem. V individuálním přístupu se zde provádí hypnoterapie, prováděná odborným psychoterapeutem, využívající terapeutických možností posthypnotických sugescí. Lékař pacientovi sděluje ve formě příkazů a zákazů, nařízení a doporučení, co dělat má a co dělat nemá. Tak se pacient setkává s přímou, *direktivní formou sociální komunikace*. Dostává se tak do situací, že si začne sám uvědomovat, co dělat měl a co neměl. To ho vede k poznání určité omezenosti svých znalostí a zkušeností.

#### • *Psychická pomoc ve fázi intruze*

Úkolem psychoterapie je pokusit se udržet intruzi v přijatelných mezích a zabránit tomu, aby afektivní stav překročil snesitelnou hranici. I v tomto případě se pomoc uskutečňuje v rovině *emocionální a kognitivní*.

- V oblasti *emocionální* se psychoterapie zaměřuje na snížení citové hladiny řadou metod. Patří sem psychoterapeutické *relaxační metody*, jako jsou: autogenní relaxační trénink v pojetí prof. Schultze, Jakobsonova forma psychické a fyzické relaxace, apod. Patří sem i metody psychického znecitlivování – desenzibilace. Lze tu využít i přiměřené použití psychofarmakologických možností, např. sedativ a trankvilizérů k potlačení nesnesitelné intenzity emocionálního vzrušení. Pozornost se věnuje i uklidňujícímu vlivu prostředí a dále využívání pozitivního vlivu a klidu, pořádku a řádu na psychiku pacientů. Obecně lze tvrdit, že je možno zde užívat metody tzv. *suportivní terapie*, tj. přímého zasahování do rozhodovacích procesů pacienta.

- Fázi vtíravých myšlenek (intruzí), je možno ovlivňovat i *kognitivně přisunem vhodných informací*. Provádí se např. tím, že se z jeho prostředí systematicky odstraňují všechny podněty, které pacientovi připomínají kritickou událost. I zde může být pomocí arteterapie – malování, kreslení, modelování apod. Psychoterapie zde doporučuje direktivní rozhovor, autentický rozhovor, při němž je snaha vést pacienta k vidění situace v jiném světle, než ji vidí pacient dále je věnována pozornost jiným možnostem, než jsou ty, které pacient považuje za jediné a výlučné. Důraz se klade na vedení pacienta k aktivitě, tvořivému myšlení. V rozhovoru se má s určitou naléhavostí objevovat otázka hodnot, hodnotového žebříčku a problematizování málo nosných hodnot, na kterých pacient lpí.

- Psychoterapeutickou péčí o ovlivňování pacientovy *vůle* se doporučuje převzít cele do vlastních rukou starost o pacientův program pro příští den nebo dny. Sestavit jakýsi itinerář pro nejbližší období v této fázi intruze. Vytyčují se krátkodobé cíle, volný čas se plánuje vyplňováním pro pacienta příjemnou činností. V psychoterapii se přebírá za pacienta část zodpovědnosti při plánování jeho činnosti, avšak není účel zbavit ho jeho svobodné vůle. Je to pro pacienta podpora ve zvláště obtížné chvíli, kdy je jeho psychika nejvíce oslabena a přesto musí pacient „*sociálně fungovat*“.

### **3.1 Tři základní formy psychické pomoci**

Jedná o formy a možnosti, které využívá psychoterapie a psychická rehabilitace zabývající se nemocí (Křivohlavý, 1985, str. 63).

- **Čin.** Vychází z toho, že každý čin zdravotníka, jak ten, který udělá, tak i ten, který neudělá, má svůj psychologický vliv na pacienta. I přesto, že čin zdravotníka je zaměřen ke konkrétnímu pacientovi, je v mnoha případech sledován i druhými lidmi, nejčastěji druhými pacienty. Pokud se to děje jak se má, mívá to dobrý vliv na jejich vlastní postoj ke zdravotnictví. A to je právě postoj, který pomáhá léčit.

- **Vztah k pacientovi.** Tato forma se projevuje činy a vychází z *postoje*, tedy jaký má zdravotník vztah k pacientovi. Tento vztah lze vyzorovat už z neverbálních projevů, jako jsou např. výrazy v obličeji, pohybech těla apod.

- **Slovo.** Citlivé a účinné využití této části sociální komunikace slouží jako předchozí možnosti k posílení pacienta. Lze ji výcvikem podstatně zlepšit, tak, aby byl zdravotník plně připraven k profesionálnímu přístupu. O posledních dvou možnostech bude více v kapitole o „*problematice zvládnání nemoci za pomoci zdravotnického personálu*“.

### **3.1.1 Problematika zvládnání nemoci a předpoklady zdravotnického personálu**

Vztahy hrají důležitou roli v psychologickém působení na pacienta v průběhu zvládnání nemoci. V tomto případě jde o vztahový rámec mezi zdravotnickým personálem a pacientem.

Za zdravotnický personál se považuje ošetřující lékař, zdravotní sestry, psycholog a psychiatr, sociální pracovník apod. Mezi tímto personálem a pacientem probíhá vzájemný vztah, který nazýváme „*interakce*“, který zahrnuje nejen oboustrannou komunikaci, ale i v širším slova smyslu chování a aktivitu. Lékař a nemocný tvoří dohromady *dyadický vztahový rámec* (celek), v němž obě složky na sebe působí. Toto vzájemné působení je nejen *racionální*, ale i *emoční* povahy. Lékař se v kontaktu s pacientem nemůže vyhnout subjektivním prožitkům, které v něm při setkání s pacientem vznikají. Stejně tak i pacient může při setkání s lékařem prožívat celou řadu pocitů. Vzájemné pocity lékaře a nemocného by měly být převážně kladně laděny. Vztah v každé dyádě mezi lékařem a nemocným má vždy svůj specifický ráz. Obecně ale platí, že nejde i o vztah zcela symetrický. Lékařovo postavení je v tomto vztahu vždy dominantnější. Stupeň asymetrie se však může lišit v jednotlivých případech. Závisí na faktorech objektivního charakteru spočívajících v závažnosti pacientova stavu, jednak na *subjektivních faktorech*, vzájemných pocitech. Jevy subjektivní povahy, které jsou součástí interakce mezi lékařem a pacientem a tvoří základ vzájemného vztahu, nepodceňujeme nebo je neodmítáme u sebe ani u pacientů. U vztahu lékaře a pacienta můžeme pozorovat v průběhu času určité změny. Na

počátku může být bezmezná důvěra pacienta k lékaři, projevující se i jeho ochotě s lékařem spolupracovat. Poté mohou nastat komplikace v průběhu nemoci. Může se vyčerpat trpělivost pacienta i lékaře a vztah se začne měnit.

Na vytváření vztahu mezi pacientem se podílí řada dalších faktorů (Jobánková, 1992).

- zážitky nemocného z předchozího léčení,
- aktuální psychický stav nemocného, jeho bezprostřední zážitky před příchodem do zdravotnického zařízení a v něm samém. Zde pak působí mechanismus *generalizace afektu*. Zdravotník si pak může omylem vysvětlovat chování nemocného jako projev antipatií vůči sobě.

- přenos, transfer: zdravotník připomíná nemocnému nevědomě nějakou citově významnou osobu z jeho dětství a mládí. V tomto případě může jít o otce, bratra. Opačným směrem působí *protipřenos*. Přenos v širším smyslu se může týkat zážitků s jakýmkoli citově významnými osobami z minulosti.

Zdravotní sestra stráví s nemocným relativně mnohem více času než lékař. Vedle své profesionální práce dává nemocnému též potřebné porozumění a oporu, stará se o jeho emocionální stav. Podcenění psychologického vztahu sestry a nemocného v minulosti vedlo k tomu, že i když bylo o nemocné po tělesné stránce přiměřeně postaráno, byli nemocní nespokojení s chladným chováním sester. Opačný extrém je v tom, že sestra ztrácí vůči nemocnému zdravý odstup, propadá bezmocnému soucitu, svěřuje se nemocným se svými problémy, přenáší bezhlavě různé informace o nemocných a zaměstnancích a vznáší do vztahů na oddělení konfliktní prvky. Sestra má znát a chápat i osobní problémy nemocných, ale nepouštět se neuváženě do jejich řešení, to má nechat na lékaři nebo postupovat v souladu s činností lékaře.

Bylo již zde řečeno, že vztahový rámec obsahuje různé formy podoby. Mohou to být komunikační dovednosti přispívající k navázání a rozvíjení kvalitnějšího kontaktu s pacientem. „Komunikační dovednosti jsou takové složky interpersonálního jednání, které mají na jeho průběh příznivý vliv<sup>13</sup>“. Komunikační dovednosti můžeme také nazvat *dovednostmi efektivní komunikace* (Beran, 1992).

<sup>13</sup> Beran, J.: Psychoterapeutický přístup v klinické praxi. Praha. 1992. str. 58

V klinické medicíně patří mezi předpoklady psychoterapeutického přístupu a jsou to následující:

- *Naslouchání*

Naslouchat druhému znamená aktivně vnímat nejen to co pacient říká, ale sledovat při tom i jeho mimiku a pohyby. Teprve všechny tyto podněty jsou předpokladem k tomu, abychom mohli lépe poznat skutečný smysl pacientova sdělení. Ve verbálních projevech pacienta se často jsou mnohá sdělení. Může se jednat o sdělení z oblasti toho, co pacient prožíval, co udělal a co se mu přihodilo. Úkolem lékaře je tato sdělení rozluštit a vyhodnotit.

- *Empatie*

Patří mezi základní předpoklady efektivní komunikace a psychoterapeutického přístupu. Znamená vcítění se do duševního stavu druhé osoby. Znamená to umění rozpoznat, v jakém duševním stavu je druhý člověk, jakou má náladu a co prožívá. Empatie má emoční a kognitivní složku. Je to schopnost „být s pacientem“ a schopnost o něm přemýšlet.

- *Projev porozumění*

Projevem porozumění dáváme najevo pacientovi empatický vztah, že se mu snažíme porozumět a že víme, jaké má pocity. Porozumění znamená pochopení vztahu mezi příčinou a výsledkem, jímž může být určitý pacientův pocit, myšlenka, názor nebo psychický stav. Porozumění však neznamená souhlas, neznamená, že schválujeme bezvýhradně všechno pacientovo jednání.

- *Výklad*

Rozumíme jím objasnění souvislostí a vztahů, kterých si doposud pacient nebyl vědom. Výklad není verdiktem, který je kategoricky formulován jako ortel. Je výrazem toho, že lékař pacientovi porozuměl. Důležitá je formulace výkladu a vhodný okamžik k jeho sdělení. Pacient jej nejlépe přijme a nejvíce mu porozumí tehdy, když už je sám svým poznáním blízko tomu, co výklad obsahuje.

- *Zájem, podpora*

Zájem se projevuje buď formou neverbální, jako je pohled apod., nebo verbální. Projev zájmu však nesmí přesáhnout určitou míru, aby nevznikal dojem naléhání. Podpora se spíše považuje za postoj, než za dovednost. V rámci takové podpory připomínáme pacientovi pozitivní aspekty jeho života. Podpora je zvláště důležitá



v krizových životních situacích a má značný význam jako součást pomoci těžce somaticky postiženým.

Nyní se podívejme na jednotlivé fáze procesu léčení v němž hraje hlavní úlohu sám pacient<sup>14</sup>.

### **3.2 Fáze zvládání nemoci samotným pacientem**

Zvládáním nemoci se zabývá klinická psychologie, která vytvořila modelový proces, který popisuje jednotlivé fáze pacientova boje s nemocí. Termín modelování označuje postup, který se snaží vyjádřit schématický vztah mezi proměnnými.

**1. Interpretace situace** (výklad smyslu toho, co pacient vnímá). V tomto stadiu zvládání nemoci hrají důležitou roli informace. Jde o informace týkající se nemoci (závažnosti, časového trvání nemoci, atd.). Ve chvíli, kdy pacient tyto informace získá, startuje proces hledání smysluplného obrazu situace. To vše se děje za přispění ošetřujícího personálu.

Pacient využívá jednak svých vlastních *kognitivních schémat* a také v rozhovoru s druhými lidmi, *kognitivních schémat* nemocí druhých lidí. Při vytváření kognitivních schémat nemoci jde o to zjistit, zda se jedná o nemoc nebo o falešný poplach. Pacient nejen identifikuje a ohodnotí svou nemoc, ale udělá si zároveň představu o řadě dalších dimenzí své situace. Jsou to dimenze hledání příčin nemoci, závažnosti onemocnění, o délce trvání léčby a v neposlední řadě o důsledcích nemoci. Tato fáze *interpretace situace* může být významným zdrojem motivace a sil k další činnosti.

**2. Vlastní boj s nemocí.** V této fázi si již pacient uvědomuje možnosti postupu řešení. Hovoří se o tzv. *programech*, strategiích, způsobech postupů. Jako příklad zde mohu uvést dva druhy vytvořených strategií (Křivohlavý, 2001).

- *Aktivní strategie.* Pacient sám přistupuje k řešení a sám si vypracuje vlastní představu o vhodném postupu jež jsou zdrojem motivace. Jako příklad mohu uvést pacientovo rozhodnutí „dát se operovat“, podrobit se určité léčbě apod.

<sup>14</sup> Křivohlavý, J.: Psychologie nemoci. Praha. Grada. 2002. str. 34

- *Vyhýbavé strategie*. Pacient se snaží utíkat před řešením, vyhýbá se terapeutickému zásahu. Nepřipouští si jakékoliv komplikace či závažnost problému. Na druhé straně může být tato strategie pro pacienta i prospěšná, neboť represe nebo potlačení povědomí o tom, co se s pacientem děje, do jeho nevědomí, může být z širšího hlediska účinné – např. v tom, že v tomto stavu pacient sbírá duševní síly k následujícímu náporu.

**3. *Vyhodnocení účinnosti použitých prostředků k znovunastolení normálního stavu.*** Třetí fáze pacientova boje s nemocí je jakési shrnutí a utvrzení se v nalezených řešeních.

## 6. DUŠEVNÍ HYGIENA

Samostatnou kapitolu v psychologii nemoci věnují duševní hygieně, neboť i přes její *preventivní* charakter, hraje velmi důležitou roli ve zvládnání psychických problémů v průběhu nemoci, zvláště v posledních fázích uzdravování pacientů, ale rovněž i u personálu, pečující o nemocné.

„Duševní hygiena je definována jako soubor poznatků, pravidel a preventivních prostředků, jejichž cílem je ochrana a udržení **psychického zdraví**. Jde o mezioborovou disciplínu, která má úzký vztah k medicíně, psychologii, sociologii a dalším společenským vědám“<sup>15</sup>. Duševní hygiena je schopnost i umění zacházet se svým prostorem a časem, se svými pocity a tělem.

Psychické zdraví považují za stav, díky němuž můžeme plnit požadavky kladené společenským prostředím a který nám umožňuje začlenění do sociálních rolí ve vztahu k ostatním i k sobě samému. Duševně zdraví jedinec tak projevuje nezávislost, emocionální ovládnutí, vytrvalost, produktivitu ale i toleranci k frustraci, ke stresu, dosažení určitého harmonického vztahu s okolím. Je schopen prožívat pocity spokojenosti a štěstí při současně dobré psychické i fyzické výkonnosti a zdatnosti. Duševně vyrovnaní lidé bývají odolnější vůči tělesným chorobám. K rozvíjení duševní pohody patří i správný režim dne, dodržování biologických rytmů spánku, vhodná úprava pracovního prostředí, racionální strava a celková životospráva.

Prevenici duševních onemocnění lze rozdělit několika kategorií (Zvolský a kol, 1998):

### • *Primární*

Cílem je odstraňování záporných společenských jevů a zátěžových situací, vyhledávání a pomoc osobám, které jsou jimi ohroženy. Snaha je oslovit co nejvíce jedinců k dosažení ideálního duševního zdraví.

### • *Sekundární*

Aktivní vyhledávání osob se začínajícím duševním onemocněním a jejich včasné léčení. Tato činnost je charakteristická spíše pro ordinace obvodních lékařů. Bolesti hlavy, potíže s usínáním, poruchy rovnováhy, zrychlený puls, pocity tlaku a tíže na hrudi, jsou mnohdy příznakem počínajícího neurotického onemocnění.

<sup>15</sup> Jobánková, M.: Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti. Praha. 1992. str. 199

U tohoto druhu onemocnění má pacient tendenci vysvětlovat své obtíže fyzickým onemocněním a duševním konfliktům se vyhýbá. Zvláštní pozornost vyžadují pacienti v životně náročných obdobích. U dětí je to raný školní věk a období dospívání. U dospělých se velká část psychických obtíží vyskytuje v klimakteriu a ve stáří.

#### • *Terciární*

Snižuje následky proběhlého duševního onemocnění. Zabývá se sociální a pracovní rehabilitací u lidí, jež prodělali duševní onemocnění. Patří sem ambulantní sledování a socioterapeutická pomoc. Svou pomoc zde uplatňují sociální pracovníci, psychologové, pracovníci nízkoprahových zařízení, apod.

Zdravotnická profese se zařazuje mezi povolání náročná, neboť samotným objektem práce zdravotnického pracovníka je nemocný člověk. Jsou zde kladeny vysoké nároky na profesní dovednosti, administrativní úkony a přiměřené jednání s pacienty. To vše vyžaduje odbornou přípravu, odpovídající životní styl a duševní stabilitu.

Cesty k dosažení duševní stability jsou různé, mohou to být např. stravovací návyky, provádění uvolňovacích cviků apod. Patří sem i *sebereflexe*, neboli uvědomování si obsahů svého vědomí, osobnostních rysů a výsledků vlastního jednání. Je důležité vytvářet prostor odpovědím na otázky: kdo jsem, jaký jsem, čeho se obávám, na čem mi záleží, co umím a neumím, jak působím na druhé lidi. Jedná se o základní cestu k porozumění a pochopení druhých lidí. Je důležitým předpokladem k zodpovědnosti za to, co dělám a co svým jednáním způsobuji. Vede k úsilí o vnitřní rozvoj, ve smyslu lidského i profesního. Oproti tomu lze formou *relaxačních cvičení* uvolňovat napětí jak vnitřní tak i vnější. Existuje řada způsobů jak toto provádět (Křivohlavý, 1985, str. 149), např:

#### - *Schultzův autogenní trénink*

Lze jej provádět v leže na lůžku a skládá se ze dvou hlavních částí. První je fyziologická část a provádí se v ní „návčik pocitu tíhy“ a „návčik pocitu tepla“. Druhá část se týká psychické relaxace, která zakončuje tento proces autogenního tréninku.

„*Návčik pocitu tíhy* „ je zaměřen na pocit tíhy v končetinách a jde o to uvědomit si, že každá končetina je těžká a její tíha se naprostým uvolněním napětí ve všech svalech zvyšuje. Návčik pocitu tepla navazuje na to, čím pocitově končil předchozí cvik. Znamená to zachování pocitu naprostého uvolnění a navázání dalšího

pocitu tepla. Vše dále pokračuje při zavřených očích v poloze v leže a jakémisi vnitřním rozhovoru, při kterém si stále opakujeme „ zachovej klid“. Při tomto rozhovoru je nezbytné pravidelně a zhluboka dýchat do rytmu střídání slov.

## ZÁVĚR

Tato práce shrnuje některé základní poznatky z oblasti psychologie nemoci, které dosud přinesl výzkum v oboru psychologie, psychiatrie a medicíny. Byla zde snaha vysvětlit souvislosti mezi bio-psycho-sociálními aspekty, které jsou v dnešní době obzvláště v procesu léčení stále mnohdy opomíjeny.

I přes určitý posun se zdá, že situace ve zdravotnictví je stále značně neuspokojivá, a to především podceňováním psychologických souvislostí s nemocí. I takto si mnozí z odborné veřejnosti vysvětlují zvýšený zájem některých pacientů o jiné alternativní způsoby léčení, které jsou často prováděny laiky, avšak přístup k pacientům je založen více na psychologickém působení.

Řešení vidím v tzv. holistickém přístupu k člověku, který pojímá jedince jako komplexní bytost se všemi jeho aspekty. Znamená to, že pozornost věnovaná pacientovi se netýká pouze léčení somatického projevu nemoci, ale zároveň i jeho duševního stavu a tomu přizpůsobené psychoterapie. Je zde nutno uvést, že poznatky skutečného holistického přístupu v medicíně jsou založeny na přísném bádání odborníků a ne na jakémsi intuitivním vnímání.

Přeji si, aby se o psychosomatice mluvilo jako o medicíně budoucnosti, která bude ku prospěchu duševní pohody ale zároveň i tělesného zdraví.

## SEZNAM LITERATURY

- 1) BERAN, J. *Psychoterapeutický přístup v klinické praxi*. Praha: H&H, 1992. ISBN 80-85467-43-7
- 2) JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. 1992. ISBN 80-7013-127-6
- 3) KOSTIUK, P. *Psychosomatika-holistický přístup v medicíně*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-456-7
- 4) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Avicenum, 1985. ISBN 08-032-85
- 5) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0
- 6) KŘIVOHLAVÝ, J.; PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0784-5
- 7) MALEWSKY, J.; LAPINSKI, M. *Neurózy a psychoterapie*. Praha: Avicenum, 1974. ISBN 08-040-74
- 8) MATOUŠEK, O. *Kontexty neuróz*. Praha: Avicenum, 1986. ISBN 08-037-86
- 9) ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1049-8
- 10) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-496-6
- 11) VYMĚTAL, J. *Obecná psychoterapie*. Praha: J. Kocourek, 1997. ISBN 80-86123-02-2
- 12) [http://www.algos.cz/pro\\_odborniky/psychologicke\\_postupy\\_ke\\_zmirneni\\_bolesti.html](http://www.algos.cz/pro_odborniky/psychologicke_postupy_ke_zmirneni_bolesti.html) (3.8.2005)
- 13) <http://www.czechhomeopathy.cz/informace.html> (23.3. 2004)
- 14) <http://w.w.w. cs.wikipedia.org/wiki/Nemoc> (26.5. 2006)
- 15) <http://www.deprese.cz/vznik.aspx> (1.6. 2006)

**PŘÍLOHY**

## Příloha I.

**Porovnání psychické situace zdravého a nemocného člověka**

<b>V době zdraví:</b>	<b>V době nemoci:</b>
<b>A.</b> <i>Aktivita</i> – daný člověk byl hlavním aktérem.	<i>Pasivita</i> – pacient je předmětem péče mnohých a hlavním aktérem jsou jiní.
<b>B.</b> <i>Nezávislost</i> – mohl by dělat co chtěl.	<i>Závislost</i> – musí dělat, co mu druzí poručí.
<b>C.</b> Svůj životní rytmus si určoval do značné míry <i>sám</i> , měl ho zažitý a zvykl si na něj.	Životní rytmus mu určují <i>jiní</i> , není na něj zvyklý, nemá ho zažitý.
<b>D.</b> Byl zvyklý podávat dobrý výkon v činnostech, pro něž měl předpoklady.	Musí dělat činnosti, které příliš neovládá a často to dělá tak, že mu to snižuje <i>sebevědomí</i> .
<b>E.</b> Dosud byl v živé <i>sociální interakci</i> se členy rodiny, spolupracovníky a známými.	Je v relativní <i>sociální izolaci</i> v nemocničním prostředí a stýká se poměrně neznámými lidmi.
<b>F.</b> Pohyboval se v dobře <i>známém prostředí</i> domova, pracoviště a společnosti.	Je uzavřen v jemu poměrně <i>neznámém prostředí</i> nemocnice, kde mu je vše cizí.
<b>G.</b> Měl poměrně <i>široký rozsah zájmů</i> o práci a společenské dění.	<i>Okruh jeho zájmů se zúžil</i> na jeho zdravotní stav.
<b>H.</b> Svému psychickému a fyzickému stavu doposud <i>dobře rozuměl a ovládal</i> jej.	Svému psychickému i fyzickému stavu <i>nerozumí a ztrácí nad ním vládu</i> .
<b>I.</b> V jeho citovém stavu převládaly <i>kladné</i> emocionální zážitky – radost, jistota a naděje.	Jeho citový stav charakterizuje soubor <i>negativních</i> emocionálních zážitků.
<b>J.</b> Žil v poměrně <i>široké časové dimenzi</i> přítomnosti, budoucnosti i minulosti.	Žije intenzivně <i>jen v přítomnosti</i> – budoucnost je nejistá a minulost ztracená.

Tabulka porovnává a charakterizuje život jedince v době zdraví a v době nemoci. Je zde možno vidět změny, odehrávající se diametrálně jinak, než v předchozí situaci.



## Příloha II.

**Příznaky popírání a popření kritické zdravotní situace**

<i>PSYCHICKÝ SYSTÉM</i>	<i>PŘÍZNAKY</i>
Pozornost	Celkové otupení schopnosti něco vnímat. V mírnějším stupni se vyskytuje výběrová nepozornost.
Vědomí	Úplná a částečná ztráta paměti.
Myšlení	V extrémním případě naprosté popření situace. Ztráta smyslu pro realitu.
City	Citová otupělost, lhostejnost, necitlivost.
Tělesný stav	Extrémní napětí nebo naopak extrémní útlum.
Ovládání a řízení psychiky	Stažení se ze hry. Pokles stupně zralosti osobnosti. Útěk do náhradní činnosti.

**ABSTRAKT**

**KOFROŇ, B.** *Nemoc jako psychologický problém.* České Budějovice 2006. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra psychologie. Vedoucí práce J. Polivka.

**Klíčové pojmy:** nemoc / psychosomatické onemocnění / faktor bolesti / postoje a reakce na nemoc / psychologická pomoc / duševní hygiena / duševní zdraví

Práce se zabývá problematikou nemoci, zvláště z hlediska psychických příčin. Charakterizuje nemoc jako soubor bio – psycho – sociálních faktorů, vzájemně se ovlivňujících. Dále popisuje některé z reakcí a postojů, jimiž pacient prochází v setkání s nemocí. Následuje rozbor psychické pomoci v procesu léčení a její základní formy. V procesu léčení jsou angažováni pracovníci zdravotnického personálu u nichž jsou velmi důležité profesionální i osobnostní předpoklady. Jde především o působení na pacienta prostřednictvím vhodné komunikace a jednání. V boji s nemocí hrají důležitou roli rovněž samotní pacienti, kteří mohou obzvláště pozitivním životním přístupem příznivě ovlivnit svůj zdravotní stav. Na závěr je kapitola o vlastním předcházení duševních onemocnění pomocí technik, které uvolňují napětí stresu a umožňují prožít kvalitní život.

**ABSTRACT****Illness as a Psychological Problem**

**Keywords:** illness / psychosomatic illness / element of pain / attitudes and reactions to illness / psychological support / psychic hygiene / sanity

The essay deals with issues of illness, especially in term of psychic causations. It characterizes the illness as a complex of bio – psycho – social factors, affecting one another. Also some of the reactions and attitudes, a patient encounters and deals with during illness, are described. It's followed by analysis of psychological support throughout the therapy and it's basic forms. Medical staff involved in the process of therapy is expected to have highly professional and personal qualifications. Above all it means the influence onto the patient via appropriate communication and behaviour. Patients have as well an important role in dealing with the illness, as they can favourably influence their health by own positive life attitude. At the conclusion there is a chapter about precautions of psychic illnesses using the techniques, which release tension and impact of stress and enables tolive and experience quality life.