

1. Charakteristika lékařské psychologie, její úloha v současné medicíně

- psychologie vzájemného vztahu mezi lékařem, pacientem a jeho nejbližšími
- zabývá se užitím psychologických poznatků a postupů pro zdravotnickou praxi
- význam psychiky pro prevenci a vznik onemocnění
- moderní medicína -> vede k **dehumanizaci** vztahu lékaře a pacienta (P jsou často chápáni jako pouhé objekty, čísla a jako s takovými se s nimi zachází) -> lékař má bojovat proti dehumanizaci
- sjednocující role mezi medicínskými odvětvími
- 3 hlavní oblasti: psychologie **lékaře, pacienta** (a jeho nejbližšího okolí) a **středního zdravotnického personálu (SZP)**

- Psychologie v lékařství:

Zdravotnická psychologie

- obecná (prožívání nemoci pacientem, jeho reakce, vztahy mezi L, P a SZP)
- speciální (psychologie v jednotlivých lékařských oborech, specifické problémy)

Klinická psychologie – aplikace poznatků psychologie psychologem (psychoterapie, ...)

2. Ontogeneze lidské psychiky a počátky psychického vývoje člověka

- **vývoj člověka = souhrn procesů podílejících se na formování psychiky člověka**
- determinace lidských vlastností je ovlivněna dědičností, sociálním prostředím a vlastní aktivitou jedince
- periodizace lidského vývoje napomáhá k lepšímu porozumění potřeb daného pacienta

Prenatální období (od početí do narození) – důležité ze strany matky, od 28. týdne je plod schopný reagovat na taktilní, akustické, vizuální a chuťové podněty

- dobrá životospráva matky a duševní pohoda

- zdravý růst je závislý na kvalitě fyzických (F) i psychických (P) životních podmínek matky
- plod se nachází v bezprostředním kontaktu s matkou -> reaguje na její P i F stavy

Novorozenecké období (do 28. dne) – radikální změna prostředí, plno různých vlivů, reakce na silný zvuk, vůni, dotek, tlak a změnu teploty, hlavně reflexní chování – polykání, zvracení, škytání

- emoce málo vyvinuté

Kojenecké období (do 12 měsíců) – rychlý psychomotorický vývoj, rozvoj řeči

- ze stavu nediferencované vzrušenosti se oddělují neklid a uspokojení

- neklid – předchůdce negativních emocí
- uspokojení – předchůdce pozitivních reakcí

- charakteristický pro toto období je **separační strach** (strach z odloučení)

- pokud je v tomto období kojenec bez matčiny něhy – emoční deprivace

Období batolete (1-3 roky) – intenzivní používání dosažených motorických schopností, hlavně použití ruky

- ukončení období senzomotorické inteligence

- začíná nová etapa symbolického a předpojmového myšlení -> objevují se první slova mající význam

- schopnost předvídat důsledky svých činů

- projev náklonnosti k sourozencům a obecně ostatním dětem

- monolog (sdělení směřována jen k sobě samému)

- období prvního vzdoru – *ne, nechci a já sám* (tvrdohlavost má význam pro vývoj sebevědomí)

3. Psychický vývoj v předškolním a mladším školním věku

Předškolní období (3-6 let) – věk hry (převládající a nejdůležitější činnost)

- tělesné orgány dosahují plného vývoje (z anatomického i funkčního hlediska)
- přesnější lokomoce -> výrazná motorická živost dítěte
- vznik a vývoj symbolických funkcí (vývoj inteligence) a hra **jako by** (klacek = meč, židle = auto)
- používá předměty k napodobování reálných situací (klacek představuje koně, atd.)
- rychlý rozvoj řeči, kamarádství, soutěživost; hodnocení dobra – souvisí s vůlí rodičů

Mladší školní věk (od vstupu do školy do 11-12 let) – **klidné období dětského vývoje**

- škola a její požadavky – test emoční a sociální zralosti
- dítě se podřizuje autoritě (učitel), podílí se na skupinové spolupráci
 - podřízenost individuálních tužeb a potřeb skupině vrstevníků
 - hra je regulována pravidly
- intelektový vývoj se dostává do stádia konkrétních operací (dítě začíná chápat vztahy mezi různými ději)
- schopnost přiměřeně dlouho udržet pozornost
- nezájem o osoby opačného pohlaví
- vyvíjí se schopnost tolerovat vlastní neúspěch, poslušnost vůči dospělým

4. Psychický vývoj v dospívání (12–20 let)

1) fáze pubescence

- **prepuberta** (11–13 let) – zrychlený tělesný růst, sekundární pohlavní znaky, končí první menstruaci, u chlapců začíná o rok později, rostoucí zájem o opačné pohlaví, abstraktní myšlení, sebehodnocení a sebekritičnost
- **vlastní puberta** (13–15 let) – emoční labilita (období bouří), tělesné změny – genitálie (zvýšený zájem o ně), vliv subkultury vrstevnické skupiny (pravidla a požadavky vůči členům), první konflikty s rodiči

2) fáze adolescence (15–22 let) – začátek reprodukční schopnosti a konec zpomalení fyzického vývoje

- **přechod mezi chováním typickým pro dítě a chováním dospělého jedince**
- odpoutání od rodičovské nadvlády -> vývoj vlastních postojů vůči osobám a situacím
- zájem o volbu budoucí profese, zájem o budoucnost
- stabilizace v citové a morální stránce
- upoutávání pozornosti – příčiny sporu s dospělými (časté změny názorů, nekritická představivost, nereálné plánování) -> opravdový vstup do světa dospělých vyžaduje překonání nereálných idejí a plánů

5. Charakteristika dospělého věku

Časná dospělost (20–25 let) – problémy s profesionální činností (zaměstnání, bydlení, materiální osamostatnění)

- založení trvalejších citových vztahů -> vstup do manželství, rodina (hlubší citové prožívání, schopnost kommunikace a pochopení, tolerance, dělení povinností a zodpovědnosti)
- mění se vztah k rodičům (soběstačnost, soukromí)
- role rodiče, harmonizace partnerských vztahů
- časté opírání o pomoc rodičů komplikuje přirozený proces osamostatňování mladých lidí

Střední dospělost (25–45) – do ukončení reprodukční období u ženy

- cíl: úspěšně vychovat děti, jak zachovat rodinu, úspěch v práci (zajistit příjmy, společenské postavení)
- realizace vlastního bytí ve smyslu kariéry, talentů a zájmů

Pozdní dospělost (45–65) – pokles efektivity, stárnutí (i fyzicky) – těžce prožíváno

- pocit prázdného hnízda, role prarodičů
- krize zvláště u mužů – odchod do důchodu, pokles efektivity v zaměstnanecké prestiži

6. Charakteristika stáří

Rané stáří 65–75 let, **pozdější** po 75. roce

- celkové snížení schopností a výkonnosti jedince, pokles efektivity, problémy – zdravotní, sociální atd..
- pokles funkčních schopností: únava a poruchy spánku
- pokles motivace a zájmu, ztížené učení a paměť
- pokles intelektuálních schopností a kreativity, sexuální problémy
- ukončení pracovní aktivity
- smrt vrstevníků, reakce jsou silně individuální, obecně konstruktivní pohled na život – smrt je přirozená, naplnění nebo prázdnota ze života

7. Základní psychické funkce I: vědomí, myšlení, vůle a jednání, intelekt a inteligence

Vědomí – psychická funkce předpokládající normální průběh všech ostatních funkcí: jejich uvědomění si, vztahování k vlastní osobě, podmínkou vědomí je **bdělost**

- **normální stav bdělosti (pozornosti) a pohotovosti k myšlení, zapamatování, prožívání a konání**
- změny vědomí: **biické** (spánek, hypnóza) X **patologické** (kvantitativní a kvalitativní poruchy vědomí)

Myšlení – patří mezi nejsložitější psychické funkce; rekonstrukce minulého, předpovídání budoucnosti

- výrazem myšlení je **řeč** (k dorozumívání v lidské společnosti)
- je pro něj nezbytná činnost vnímání, emotivity, paměti, pozornosti a vůle

Vůle – cílevědomé zaměření psychické aktivity k dosažení určitého cíle

Jednání – projev aktivity člověka, která je usměrňována specificky lidskými psychickými funkcemi (osobnost – cholerik bude jednat jinak než flegmatik)

Intelekt – schopnost správně operovat s abstraktními pojmy, docházet k novým závěrům, poznatkům, popř. ke korekci starých poznatků; **rozum, schopnost myšlení a racionálního poznání**

Inteligence – tvoří vrozený základ intelektu, schopnost správně se orientovat v nové situaci, najít originální řešení úkolů v životě

Talent – mimořádně vyvinuté intelektové schopnosti a tvořivé nadání

8. Základní psychické funkce II: vnímání, emoce, paměť, pozornost, pudy a instinkty

Vnímání – umožňuje poznání vnějšího světa prostřednictvím smyslů, srovnání a seskupení jednotlivých vjemů s představami v paměti lokalizovanými do časoprostoru

Emoce – soubor psychických a fyziologických jevů charakterizující reakci jedince na danou situaci

Paměť – schopnost vštěpovat si, uchovávat a vybavovat minulé vjemy a zážitky

Pozornost – aktivní zaměření našeho vědomí, předpokladem je bdělost a jasnost vědomí

Pudy a instinkty – staré, ve fylogenezi zakódované biologické mechanismy, vrozené, převážně stereotypní a druhově stálé, obstarávají základní a trvalé postoje a chování zajišťující nezbytné potřeby

- instinkty – stereotypnost bez individuální variability
- pudy – vyznačují se jistou individuální variabilitou

9. Charakteristika osobnosti

- individuální soubor duševních a tělesných vlastností člověka, které se utvářejí v průběhu vývoje a projevují se v sociálních vztazích -> organizovaný celek
- jak se chováme k ostatním lidem, jak komunikujeme, myslíme a vyjadřujeme své emoce
- určuje zda jsme průbojní X stydliví, aktivní X pasivní,...
- charakteristická je stálost (ke změně však občas dojít může)
- interakce temperamentu a charakteru (hluboce propojené části osobnosti) – charakter může modifikovat temperament
 - **temperament** – ovlivňuje dynamiku jedince především v citové oblasti, má původ v emocích; jak jedinec činnost provádí a prožívá, emocionální projevy, vnímavost k emocionálním podnětům, síla a rychlost odpovědi, ráznost akce, přirozenost, intenzita prožívání citů, **vrozená a geneticky podmíněná složka**
 - **charakter** – získaná složka osobnosti, učíme se jak se vypořádat sám se sebou, vztah jedince k ostatním lidem, věcem, k práci i k sobě, odráží psychologický rozměr osobnosti, v průběhu života se vyvíjí (od amorálního u kojence, přes poslušný v raném dětství, konformní v pozdějším dětství, uvědomovaný v adolescenci až k altruistickému u zralých dospělých), vlivy učení, kultury a morálního vědomí
- **jáství** – psychologické jádro osobnosti, vývoj dovršen až v dospělosti, vědomí vlastní identity (kdo jsem) i sociální identity (kam patřím), kontinuity v čase (ikdyž se měním, jsem to já) uvědomování si vlastní tělesné existence a aktivity
 - sebeobraz = představa, která se formuje již od časného dětství, celostní představa o svém já
 - 1) kognitivní aspekt (představa o podstatě vlastní osobnosti)
 - 2) afektivní aspekt (sebeláska, sebehodnocení, sebeúcta, sebedůvěra)
 - 3) akční aspekt (míra úsilí o sebeprosazení, sebeuplatnění)
 - **reálné já** (jaký jsem), **vnímané já** (jak se momentálně vidím), **ideální já** (jaký bych chtěl být), **prezentované já** (jak bych se chtěl jevit)
- **sebehodnocení** – posuzujeme a oceňujeme své vlastní já, jak jsme se sebou (ne)spokojeni, míra sebedůvěry a sebevědomí
 - vysoké sebevědomí (nezajímáme se o okolí, podceňuje druhé) X malé sebevědomí (nejistota, sklon k podceňování se) X zdravé sebevědomí (víme co můžeme, co umíme a zvládneme)

10. Typy osobnosti a měření osobnosti

Typy osobnosti dle **Hippokrata** (převaha 1 ze 4 základních tělesných tekutin – krev, žluč, černá žluč, hlen)

- **sangvinik** – optimismus, naděje, veselost; rychlé, krátkodobé, nepříliš silné citové reakce, **dobrá nálada**
- **cholerik** – prudké a silné krátkotrvající emoce; emocionální citění => **hněv**
- **melancholik** – smutný, depresivní, pomalé reakce, prožívání je však silné a dlouhotrvající
- **flegmatik** – apatický, lhostejný, vůči vnějším a vnitřním událostem, krátkodobé emoce

typy osobnosti podle **Karla Gustava Junga**

- **introvert** – vnitřní prožívání, citlivý, uzavřený typ, nekomunikativnost
- **extrovert** – vůči okolí otevřený, socializace, schopnost praktického a realistického myšlení

Kretschmerova teorie na základě tělesné stavby (pokračovatelem teorie **William Scheldon**)

- **schizotypní** – astenici, u schizofreniků, introverze (citlivost, podrážděnost, nekomunikativnost)

- **cyklotymní** – pyknický typ (maniodepresivní psychóza), extroverze (otevřený, společenský, komunikativní)

Měření osobnosti

Testy výkonnosti – P má vykonat určitý úkol, který je mu předložen v podobě problému -> podat co nejlepší výkon

- měří se: *intelektuální schopnosti, vědomosti, bystrost, sociální percepce* (schopnost jedince správně vnímat ostatní lidi), *úspěšnost, rychlost a pružnost řešení problému*

Osobnostní inventáře – subjekt musí volit mezi dvěma nebo více alternativami – jedná se o techniky sebehodnocení

- **jednodimezionální inventáře** – škála úzkosti, deprese, agresivity
- **vícedimezionální inventáře** – nejznámější, měří současně několik osobnostních rysů či dimenzí
 - o **Minessotský dotazník**
 - 550 otázek – tvrzení, na která subjekt odpovídá vlastním souhlasem (volba souvisí se schopností subjektu vnímat a hodnotit sebe sama)
 - psychodiagnostický test – 4 kontrolní škály a 10 patologických
 - **kontrolní** škály (abychom rozpoznali tendenci P k simulaci/disimulaci)
 - **patologické** škály (hypochondrie, hysterie, psychopatie, deprese, schizofrenie)

Projektivní techniky – prozkoumání hlubších vrstev jedince

- **Rorschachův test**
 - o 10 černobílých a barevných skvrn -> co P vidí v předlohách?
 - o vypovídá o úrovni inteligence, citech, zralosti, kontrole impulsů, psychotických pochodech
- **test tematické apercepce (TAT)**
 - o 3 série obrazů (zejména černobílých reprodukcí uměleckých děl málo známých autorů)
 - o P má o obraze vymyslet improvizovanou povídku

Situační testy – sledování P reakcí v určitých podmínkách připomínajících skutečné životní situace (simulace řešení problému v podmínkách zvýšené frustrace)

Posuzovací škály – u inventářů objekt hodnotí sám sebe, zde hodnotí pacienta nezávislý hodnotitel

11. Motivace – charakteristika, rozdělení

- souhrn intrapsychických dynamických sil (motivů), které organizují chování a prožívání s cílem změnit dosavadní neuspokojivou situaci či dosáhnout něčeho pozitivního

- motivy určují, zda bude jedinec směřovat k určitému objektu nebo mentálnímu stavu nebo se bude vzdalovat

- *vrozené* (motiv potravy, odpočinku) a *získané*
- *primární* (nezbytné – potřeba vody, jídla, odpočinku, sexuální aktivity) a *sekundární*
- *sociální* (kontakt s jinými osobami) a *biologické*

- 4 základní okruhy motivů:

sebezáchovné – přežití, hlad, žízeň, únava, pocity horka či zimy, bolest, sexuální a rodičovský motiv

- vysvětlení: **teorie drivu** – homeostáza (tendence všech živých organismů udržovat stálost vnitřního prostředí – biochemické hodnoty na konstantní úrovni) -> při narušení homeostázy stav napětí (hlad, žízeň, únava) -> organismus je nucen k chování, které vede ke znovunastolení homeostázy

stimulační – k dosažení duševní pohody potřebujeme proměnlivou vnější stimulaci (kombinace duševních a fyzických aktivit) -> podmínka přežití, hravost, zvědavost, vyhledávání nových zážitků

sociální – ovlivňují a regulují mezilidské vztahy a jejich subjektivní prožívání

- potřeba úspěšného výkonu (překonávat překážky, uplatňovat své schopnosti, rychle a dobře jak jen je to možné)
- afiliace (potřeba vytvářet přátelství a společenské vazby, kontaktovat a spolupracovat)
- potřeba moci (řídit a ovlivňovat společenské dění, chování ostatních lidí, získat přístup k bohatství)

individuální – potřeba sebeurčení (svobodně se rozhodovat, jednat), snaha najít smysl života

Maslowova hierarchická teorie potřeb (Komplexní teorie motivace)

- vertikální uspořádání univerzálních lidských potřeb (od nejnižších potřeb k nejvyšším):

- 1) **fyziologické potřeby** – hlad, žízeň, sex, potřeba spánku, mateřství, zdraví
- 2) **Potřeby bezpečí** – jistota, střeška nad hlavou, veřejný pořádek, jasnost, předvídatelnost
- 3) **Potřeby lásky a sounáležitosti** – potřeba cítit, že jsme součástí rodiny, kruhů sousedů, přátel, kolegů
- 4) **Potřeby uznání** – sebeúcta a respekt ze strany jiných osob
- 5) **Potřeba seberealizace**

Frustrace – nastávají, když je člověku znemožněno uspokojit nějakou subjektivně důležitou potřebu, ačkoli si myslel, že uspokojena bude (samotná existence překážky neznamena frustraci – student, který se neučil a náhle onemocní je za nemoc rád, protože nemusí psát test, zatímco student co se učil a onemocní je frustrovaný bo se učil jak kretén 😊)

- konstruktivní účinky – pozitivní účinky frustrace, podněcují člověka k volbě jiného cíle, vnímání situací novým způsobem ohodnocení zda předchozí akce byla adekvátní k dosažení určitého cíle
- škodlivé účinky – zmatenost, panika, ztráta kontroly, dezorganizace (po překročení vnitřního prahu)

Konflikt motivů

- duševní prožívání 2 protikladných cílů (tendencí), které mají přibližně stejný význam, což blokuje rozhodování a volbu osobnosti
- konflikty dělíme podle **Kurta Lewina**:
 - o **apetence-apatence** (na osobu působí 2 pozitivní cíle – př. volba mezi 2 zaměstnáními)
 - o **negace-negace** (osoba volí mezi 2 nežádoucími cíli – př. volba operace X konzervativní léčba)
 - o **ambivalence** (jeden cíl, který má kladné i záporné vlastnosti – př. neurotický P touží po uzdravení, ale zároveň se obává, že přijde o jisté výhody, které mu přinášela nemoc)

12. Obranné psychické mechanismy I:

- reakce osoby s cílem snížit nebo odvrátit úzkost (ochrana pro osobnost)
- pozitivní účinek: snížení stavu úzkosti, zachování pocitu sebeúcty
- škodlivý účinek: dlouhodobé působení obranných mechanismů -> poškození adaptace jedince na životní okolnosti
- dlouhodobě škodí adaptaci jedince na životní okolnosti! (obránný mechanismus konstruktivní X destruktivní)
 - **negace (popírání)** – jedinec se snaží situaci nevnímat; u P, kteří často přichází na léčení pozdě
 - **fantazie** – osobnost odmítá uznat jednu část nepříjemné reality a vzdaluje se od ní tím, že si vymýšlí fakta
 - **emoční izolace** – pasivita, přestává citově reagovat
 - **intelektualizace** – snaha ubránit se před úzkostí z emocí tím, že se zaměří jen na intelektuální část problému (př. muži nepláčou, nemohou si dovolit emoce – snaží se objasňovat důvod ztráty)

- **redukce aktivity** – při neúspěchu se jedinec přestává činnosti věnovat, přestože v ní dřív nacházel uspokojení (terapie se bude snažit postupně znovuobnovit běžné aktivity)
- **nadkompenzace** – tendence překonat pocit slabosti a méněcennosti, touha po dokonalosti v oblasti, kde se cítí neúspěšný – př. člověk s problémy chůze překonává handicap tím, že se z něj stane běžec
- **agování (acting out)** – přímé vyjádření nějakého nevědomého přání (maskované projevy nespokojenosti)
- **štěpení (splitting)** – jedinec není schopen sjednocení + a – vlastností osoby, kterou hodnotí (př. P si idealizuje svého lékaře, po určité době však začne znehodnocovat jeho schopnosti i osobnost)

13. Obranné psychické mechanismy II:

- **vytěsnění** – jedinec není schopen vybavit si trauma z vlastní minulosti
- **projekce** – své chyby a neúspěchy připisuje jiným
- **introjekce** – jedinec na sebe přebírá zodpovědnost okolí (př. rodič věří, že může za nemoc svého dítěte -> snaží se dítěti ve všem vyhovět, dítě se stane nesamostatnější a oddálí se jeho uzdravení)
- **reaktivní výtvor** – reaktivní, přehnané chování kamufluje potlačené emoce, které jsou opačné než výsledná přehnaná reakce (matce vadí že je její dítě často nemocné, ale při bolesti hlavy dítěte zajde za doktorem a ptá se ho jestli její dítě nemá náhodou nádor na mozku)
- **identifikace** – jedinec modeluje vlastní chování podle vzoru chování skupiny osob mu blízkých
- **obránná identifikace** – snížení napětí díky ztotožnění se se skupinou se stejnými problémy (např. se stejným onemocněním – úleva)
- **racionalizace** – zvládnutí zátěžové situace logickým zdůvodněním a ospravedlněním chování
- **sublimace** – uspokojení potřeb jiným způsobem (schopnost měnit objekt uspokojení)
 - Nepříjemné potlačované emoce jsou při ní přeměněny do jiné společensky přijatelné činnosti. Například emoce vznikající potlačováním sexuálních cílů prezentované libidem, jsou tak převedeny například do umění, sportu, učení, práce, charity
- **fixace** – zastavení emočního vývoje jedince na vývojové úrovni dítěte/adolescenta (přehnaná péče matky vede k tomu, že dítě se v dospělosti snaží unikát do nemocí, kvůli upoutání pozornosti)
- **regrese** – návrat do primitivnějších stupňů mentálního vývoje (př. dítě je nešťastné, že má nového brášku, kterému se rodiče více věnují -> začne se počůrat, i když už se nepomočovalo)

14. Zásady duševní hygieny – rodina a její význam pro jedince

Duševní hygiena

- přístup vedoucí k obecnému zlepšení duševního zdraví, zaměřen na kvalitu života
- činitelé duševní hygieny: rodina, škola, zaměstnání, volná aktivita apod.

Zásady duševní hygieny

- nepotlačovat své pocity a mluvit o nich, uspokojivé sociální a citové vztahy
- oddělovat pracovní život (školu) od osobního
- správná životospráva (spánek a odpočinek, zdravá strava, pohyb)
- organizace času (přestávky v pracovní době, přiměřené osobní pracovní tempo, pravidelný denní rytmus práce a odpočinku)
- relaxační techniky

Rodina

- v rodině trávíme nejdůležitější období našeho života
- učíme se socializaci, rodina je zdrojem kladných návyků, emocionální jistoty
- organizovaný celek, systém skládající se z různých subsystémů (individuální, partnerský, rodičovský)

- vztahy mezi subsystémy (neustálá interakce), pravidla a regulace chování
- určitou část rodiny (člena rodiny) nelze pochopit jako izolovaný subjekt
- zákon celistvosti – změna v jedné složce působí na ostatní části systému (oslabení člena znamená oslabení celku)

- vztah k rodinným problémům – snadné odhalení a vzájemné proniknutí všech členů do rodinného problému (kolektivní účast) => funkční rodina je schopna čelit problémovým a krizovým situacím
- vztah vůči ztrátám a změnám – smrt doprovází období truchlení, poté intenzita smutku klesá a vzpomínky zůstávají, je důležité aby všichni členové společně smutek prožili a navzájem se o něj rozdělili
- rodina a nemocný člen – reorganizace rodinného systému kolem nemocného člena, narušen denní rytmus a život ostatních členů rodiny, zvýšen ochranný pud, členové rodiny nesmí zapomínat sami na sebe

15. Postavení školy, profese, zájmů a koníčků jako činitelů duševní hygieny

Škola – nové poznatky, proces socializace, nové citové zkušenosti

- úkoly: vybudovat vztah k učiteli (učitel je vzor, a měl by umět podpořit žáka v překonávání problémů), vztah se spolužáky, akceptovat školní řád (disciplinovanost, plnění školních nároků, povinnosti)

Profese – spokojenost kladně působí na osobnost

- Význam profese dle Maslowovy hierarchie motivů:

- finanční prostředky (zajištění rodiny) -> uspokojení základních biologických potřeb, bezpečí
- potřeba stabilního místa uvnitř kolektivu -> sounáležitost kolektivu
- význam vlastní osoby, sociální a profesionální prestiž -> uspokojení potřeb sebeúcty a důstojnosti
- možnost stát se tím, kým doopravdy jsme -> sebeaktualizace

-> význam správné volby povolání (musí být v souladu s našimi schopnostmi, zájmy, reálnými možnostmi)

Nezaměstnanost – s délkou trvání nezaměstnanosti narůstá apatie, pocit vlastní neužitečnosti, ztráta vlastní iniciativy -> dezorganizace denního rytmu; problém u jedinců odcházejících do důchodu, kteří měli svou profesi jako jediný smysl vlastní existence

Workoholismus – subjektivní považování práce za jediný smysl života (činnost bez oddechu, nemáme na nic a na nikoho čas)

Koníčky – k obnově energie, podnícení zvědavosti, rozšiřování zájmů, poznávání světa, obohacování osobnosti

16. Psychologický přístup k nemocnému – role lékaře, pacienta, role sestry, zdravotnického prostředí, vztahy mezi zdravotníky

Role lékaře

- vztah asymetrický – lékař má charisma, vzdělání, zkušenosti, vysoký sociální statut
- pacient může do vztahu promítat zkušenosti z přecházejících vztahů k významným lidem (**přenos**)
- lékař může promítat do vztahu zkušenosti s podobným člověkem (**protipřenos**)
- > přenos i protipřenos ovlivňují kvalitu spolupráce

Role sestry

- je více ve styku s pacienty (zastupuje L v lidské rovině i při poskytování informací o postupu léčby)
- spoluvytváří atmosféru v procesu léčení (může ovlivnit P spokojenost s léčbou)

Prostředí zdravotnického zařízení

- omezení soukromí, časová a režimová pravidla, omezení vlastních aktivit, závislost na ostatních, narušení dosavadního životního stylu P
- Znak kvality péče: poskytnutí dostatek informací, vstřícnost, pochopení, opravdový zájem o pacientovo prožívání
- prostředí fyzické (stavebně-technické, přístrojové, světelné) a mezilidské, vztahové

Vztahy mezi zdravotníky

- ovlivněné hierarchickým uspořádáním pracovního zařazení (př. neatestovaný lékař-vedoucí pracoviště, vztah lékař-sestra)
- důležitá je sehranost celého týmu, spolupráce v situacích časově a emočně vypjatých, noční, přesčasy, víkendové služby

17. Rozhovor s pacientem – techniky a fáze rozhovoru

- **verbální** komunikace, **psaná** i **znaková**
- měli bychom mít představu o cíli, způsobu vedení rozhovoru – být dopředu připraveni
- nebýt stereotypní, vnímat pacienta jako jedince, přizpůsobujeme se jeho emočnímu naladění
- **technika trychtýře** – postupujeme od volných, široce zodpověditelných otázek k otázkám specifitějším
- ptáme se tak, abychom zjistili potřebné informace, vyjádřili zájem a účast

a) techniky

- uzavřené otázky – stručná a konkrétní odpověď (ano/ne)
- sugestivní otázky – vnucují pacientovi odpověď (zkreslení), př. cítíte se dobře?
- otevřené otázky – P má prostor formulovat obsah sdělení vlastními slovy (riziko rozpovídání se P)
- otázky nabízející několik alternativ – získáme konkrétní informaci, rozhovor má strukturu (je ta bolest tupá, ostrá, nitkovitá, tepající, ...?)
- verbální i neverbální chování – oční kontakt, souhlasné přikývnutí, vyjádření souhlasu a zájmu -> pocit důvěry a bezpečí
- vhodně volené mlčení (projev pochopení, napětí, nezájmu)
- shrnutí – ověřím si, zda mi P rozumí, zapamatování, zdůraznění důležitých informací
- reflexivní výroky – zdůraznění některé části sdělení -> podpora uvědomění si pocitů pacienta
- empatie, respektování pacientova názoru -> nevnučuju mu své přesvědčení

b) fáze

- úvod – představím se (i své zařazení ve zdravotnickém týmu), seznámím pacienta s výkonem
- vlastní rozhovor – radši obecné a otevřené otázky, projevit zájem, pochopení, podporu, nepátrat po údajích z naší vlastní zvědavosti, které jsou pro terapeutický vztah nadbytečné
- závěr – shrnutí, seznámíme pacienta s plánem léčby, citlivě nabídneme náš názor, informujeme P, necháváme dostatek prostoru k otázkám, plán dalšího setkání

18. Iatropatogeneze, psychogenní iatropatogeneze

- poškození pacientova stavu, které je způsobeno vlivem zdravotnického prostředí či komunikací s personálem (nejen s lékařem)
 - **přímé poškození pacienta** – např. nevhodně podaný lék či jeho nežádoucí účinky, nepovedený lékařský zákrok, nevhodná indikace k hospitalizaci
 - **psychogenní iatropatogeneze** – vztahuje se k psychologickým aspektům zdravotnické péče (zejména komunikace s pacientem)
 - o komunikace by měla vycházet z dostatečné znalosti osobnosti pacienta (co může být iatropatogenní pro jednoho, nemusí být pro druhého)
 - o př. podrobné informace o rizicích někoho uklidní, u někoho naopak posílí úzkost

19. Placebo efekt

- **příznivý** účinek na změnu pacientova stavu vyvolán **nespecifickým** (kauzálně neúčinným) působením
- ovlivněn pacientovou vírou, osobností lékaře, prostředím, okolností podání
- spouští vnitřní endorfinový systém a zvyšuje endogenní **produkci opioidů**
- zdůraznění výjimečnosti léku pomůže placebo efektu, dále i.m. nebo i.v. aplikace, či použití „větší dávky“
- opak je **nocebo** – zhoršení stavu (negativní sugesce)

- otázka etiky – pacienta vedu za nos, využití v medicínském výzkumu, neetické je podat placebo, když je dostupný účinný lék

20. Syndrom vyhaslosti (vyhoření, burn out syndrom)

- stav emocionálního vyčerpání způsobený dlouhotrvajícím stresem (ten je vyvolán péčí o osoby, které to potřebují)
- nízký stupeň uspokojení v práci (může se objevovat častá absence v práci, střídání zaměstnání)
- poruchy nálady (subdeprese), podrážděnost, cynismus
 - ve vztahu k pacientům – snížená schopnost poskytnout nemocnému podporu, vcítit se do jeho prožívání, zacházení s nemocným jako s objektem, nedostatek citlivosti -> nedostatek emoční zaangażovanosti
 - tyto pocity se často přenášejí i do osobního života (ztrácíme tak zázemí, které je prevencí emočního vyčerpání)
- cílená pomoc zdravotníkům (dále soc. pracovníci, policie, hasiči) tzv. **debriefingem** (řízený rozhovor se snahou vyrovnat se s emočně náročnou situací – př. smrt dítěte)
- prevence: střídání činností, podpůrné skupiny, stabilní mimopracovní zázemí, odpočinek, zdravý životní styl

21. Sdělování informací o nemoci pacientovi a jeho blízkým

- jednat ve prospěch pacientova zdraví
- P má být dostatečně informován a má mít možnost podílet se na typu léčby
- P má právo být informován o obsahu své dokumentace (L důkladně ústně informuje o významu těchto údajů)
- podávání informací o závažném onemocnění jen lékařem, který pacienta dobře zná – ošetřující, obvodní L
- vyhradit si na rozhovor dostatek času, osobní setkání (nikoliv po telefonu!)
- klidné prostředí, jasné vyjadřování, ne odborné výrazy, sledujeme pacientovy reakce, ptáme se za P porozuměl
- reakce na nepříznivé zprávy: bouřlivé emoce, projevy šoku, někdy naopak apatie, strnulost, verbální agrese
 - > tyto reakce chápeme jako vyrovnání se s nepříznivou informací
 - > zachovat si odstup (nikoliv však odstup od empatie a porozumění)

22. Psychologický přístup k duševně nemocným pacientům

- umět si získat pacientovu důvěru (může být totiž přiveden proti své vůli, má předsudky)
- přizpůsobit jednání jeho stavu (úzkostný, mlčenlivý / agresivní, hovorný)
- některé zásady
 - ujištění o důvěrnosti rozhovoru a jeho obsahu
 - akceptace pacientových obtíží (ať už jsou jakkoli bizární)
 - projev úcty, vyvarovat se moralistických soudů
 - používání srozumitelného jazyka
 - klidné prostředí
 - atmosféra bezpečí a vstřícnosti, otevřenosti (podat ruku) – ale ne familiárnost!, profesionalita

23. Psychologický přístup k pacientům ambulantním

- P přichází s touhou po útěše, pro radu, pomoc, postěžovat si, zbavit se nejistoty
- terapeutický vztah se tvoří už ve fázi vstupního vyšetření (projevit vstřícnost, porozumění, lidskost)

- nejdříve se ptám na pacientův názor, jeho obtíže -> musím brát v úvahu mé znalosti o chorobě a zároveň si vyslechnout pacientovy subjektivní pocity
- lékař by měl být otevřený diskuzi
- empatický přístup, klidné prostředí, kvalitní komunikační schopnosti, srozumitelný jazyk, minimum odborné terminologie,...

24. Psychologický přístup k pacientům hospitalizovaným

- nemocný přijatý k hospitalizaci je vystaven psychosociálním stresorům
- je nucen se adaptovat na nemocniční prostředí (vzbuzuje nejistotu, obavy, úzkost)
- zvýšená senzitivita na zacházení a komunikaci ze strany ZP
- potlačení soukromí a intimity, narušení denního režimu
- strádání – deprivace, dlouhodobá deprivace = **hospitalismus**
- preventivní opatření proti nežádoucímu účinku hospitalizace:
 - dostatek informací, častý kontakt s rodinou, respekt intimity, umožnění aktivit (TV, četba, procházky)

25. Psychologický přístup k dlouhodobě nemocným

- chronické onemocnění je závažným stresorem
- mění se jejich prožívání, jednání s druhými lidmi; úzkosti a deprese (neustále se zabývají nemocí)
- přidávají se somatické problémy (vleklé bolesti, pohybové obtíže, zažívací problémy)
 - nutnost silné motivace pacienta (je třeba bojovat – podpora, útěcha)
 - vedení k postupné akceptaci faktů vyplývajících z onemocnění/léčby (např. po amputaci)

26. Psychologický přístup k pacientům umírajícím

- nevnucovat akceptaci smrti
- vyčkat až se bude chtít sám zeptat na téma smrti
- v případě vyslovení pacientových obav si jej v klidu vyslechnout
- naslouchání by mělo převažovat nad snahou mu něco sdělit, nést monology
- umožnit umírajícímu, aby nebyl sám (vždy osoba poblíž, pohlázení,...)
- blízkost vyjadřovat i neverbálně (pohledem, postojem, držením za ruku)

27. Sdělení nepříznivé zprávy o zdravotním stavu pacientovi a jeho blízkým

- psychická odezva popsána **Kübler-Rossovou**
 - 1) **šok** – vede k popření faktu nemoci, stažení se do izolace
 - 2) **vzpoura** – reakce zloby a hněvu vůči zdravému okolí
 - 3) **smlouvání** – slibování a ochota dát vše za uzdravení
 - 4) **deprese** – období smutku a lítosti nad tím, co končí
 - 5) **akceptace** – přijetí tragické pravdy
- postup sdělování extrémně nepříznivé informace
 - informace sdělit, až pacient dozraje (psychickou připravenost hodnotíme individuálně, pravda po lžičkách)
 - podávat stručné info X rozsáhlé odpovědi na dotazy (nezahltit informacemi)
 - promluvit i o nevyřešeném (další vývoj nemoci)
 - nelhat! sdělovat pravdu s ohledem na prognózu (informovaný P má v L větší důvěru, lépe pak spolupracuje)

- empaticky – pomoci nemocnému akceptovat dopad informace, informace nemocnému i jeho příbuzným předávám empaticky (ne autoritativně) a autenticky (ne s diastancí)
- vyvarujeme se nepřímému jednání, sdělování polopravd, lží, omylů

28. Psychologický přístup k problémovým pacientům – hlavně chroničtí pacienti

agresivní – nejhorší odezva – útok/útěk; reakce ZP:

- nedat impulzivní odpověď, rozmyslet si, jak zareagujeme (agresor je navyklý na určitou odpověď -> je překvapen -> fenomén *vyrázení otevřených dveří*)
- zvážit motivy vedoucí k agresivitě (měl na agresivitu oprávněný nárok? – frustrace, konflikt s personálem, odmítnutí,...)
- omluvit se za neprofesionalitu svou nebo kolegů (pokud je omluva na místě)
- uklidnit pacienta, empatický rozhovor
- pokud je duševně nemocný agresivní – eskort do psychiatrického zařízení

úzkostný – plačtivý/útočný; reakce ZP:

- vlídný a klidný, ale pevný přístup
- stálý oční kontakt, šetřit gesty
- detailně objasňovat informace o každém úkonu (zvláště o bolestivém a nepohodlném)
- povely v ich-formě (v případě regresivního infantilního chování)

depresivní – bez zájmu o spolupráci, beznaděj -> ošetřující personál se cítí popuzeně; reakce:

- akceptace, umožnit mu být takový, jaký je
- neapelovat na mobilizaci sil a silnou vůli, nesnažit se ho rozveselit
- přesvědčit pacienta o nutnosti psychiatra
- pokud P mluví o sebevraždě, je povinností L o ní otevřeně hovořit a od chvíle, kdy se pacient zmínil o svých sebevražedných úvahách jej nenechávat samotného

narcistický – touží po stálém potvrzování vlastní dokonalosti, nespokojenost a tendence k sekýrování zdravotnického personálu a pozdějším stížnostem; reakce:

- jasná dohoda o možnostech a očekávaných výsledcích léčby
- akceptace pacientova sebeobdivného postoje (nutné východisko pro další spolupráci)

29. Úzkost a strach

Úzkost

- nepříjemný emoční stav, připravenost na nebezpečí (cítí, že se má něco ohrožujícího stát, ale **neví co**)
- ochranný stav našeho já, nejružnější i fyzické potíže (bušení srdce, bolesti hlavy, závratě, průjmy, zrychlené či obtížné dýchání, sevření hrdla, tlaky na hrudníku, pocení, suchost v ústech, poruchy spánku, únavnost, lekavost, nesoustředěnost, obavy ze smrti)
- nemocný je: napijatý, nervózní, vyděšený X opakem je radost, spokojenost, pocit štěstí
- různě dlouhá doba, různá intenzita (od lehkého neklidu po stav těžké paniky)
- mírné obavy a úzkost zcela normální
- úzkostní lidé mají horší kvalitu života, nižší pracovní výsledky, horší partnerské vztahy i rodinné prostředí
- považovaná za stigma – postižení radši vyhledávají somatické lékaře než psychiatry -> diagnostice a léčbě úzkostných poruch někdy somatičtí lékaři nevěnují dostatečnou pozornost -> málo diagnostikováno a léčeno

Strach (kognitivní proces)

- emoční a fyziologická reakce na konkrétní nebezpečí -> vyhodnocení situace jako nebezpečné
- strach má konkrétní objekt, vzniká z reálného ohrožení
- týká-li se reálných situací, kterých se lidé normálně nebojí = **FÓBIE**
- **přechází v úzkost a naopak** (v praxi se oba pojmy často zaměňují, vzájemně se podmiňují a splývají)
 - rozdíl úzkost X strach
 - o „Jsem nervózní.“ – právě prožívám **úzkost**

o při hovoru o operaci, i ze situací – **strach** z mostů, z výšek,...

- prožívání úzkosti a strachu ovlivňují – osobnost, genetická výbava, dřívější zkušenosti, věk, prostředí, intrapersonální vztahy, další nemoci

- druhy strachu se s věkem mění:

- předškoláci (strach ze zvířat, temnoty, úzkost z cizích osob; matka by měla odpovídat na dětské potřeby a podněty kladně, pokud je bude ignorovat, vznikají u dítěte úzkosti)
- starší děti (obavy z fyzic. úrazu, děsivých snů, strašidel, příšer, školní úzkosti – testy, kritičtí rodiče)
- dospívající a dospělí (strach a úzkosti z vnitřních rozporů, konfliktů, partnerské vztahy, frustrace, existenční starosti, psychický stres)
- ve stáří (nejistoty, rezignace, pocit samoty, obavy z nemoci, lékařských zákroků, strach ze smrti)

- behaviorální projevy strachu a úzkosti se během vývoje výrazně mění:

- nemluvně (úlek, pláč), starší děti (noční pomočování, sociální stažení, výbuchy vzteku, projevy agresivity), dospělí (arogantní chování, obsedantní jednání)

- léčba úzkostí a strachu: **psychoterapie a farmakoterapie**

30. Deprese

- dlouhotrvající pocity smutku, beznaděje, zoufalství -> objevují se příliš často, trvají dlouho, jejich intenzita je nepřiměřená situacím, které ji spustily, nadměrně ovládají život nemocného

- 2/3 uvažují o sebevraždě (!)

- může se manifestovat pod obrazem jiné nemoci – bolest břicha, poruchy spánku, paměti

- 3 formy – mírná, střední a těžká

- příčina neznámá, ale i genetik hraje roli

- faktory zvyšující pravděpodobnost vzniku: genetická výbava, dlouhodobý stres, akutní stresující událost (smrt v rodině, rozvod, propuštění z práce), typ osobnosti (úzkostný), výchova (nepřiměřená kritika, náročnost ze strany rodičů), týrání, pohlavní zneužívání
- může být vyvolána některými chorobami – poškození mozku – léky, drogami
- uvedené faktory vedou ke změně hladin neurotransmitérů, receptorů, ovlivní růst synapsí -> v důsledku vzniká deprese, která zpětně působí na změny hladin neurotransmitérů

- typické příznaky:

- porucha nálady – přetrvává úzkostná, smutná či prázdňová nálada
- pocity beznaděje, pesimismu, bezmoci -> ztráta zájmu a radosti
- neklid, nervozita, podrážděnost, potíže se soustředěním
- neschopnost se přinutit k nějaké činnosti
- myšlenky na smrt a sebevraždu
- negativní pohled na svou osobu, sebepodceňování, sebeobviňování, ztráta smyslu života
- nespavost, únava, pokles energie, ztráta chuti k jídlu, pokles sexuální aktivity
- tíha na hrudi, ztuhlost, ochablost svalstva, snadná unavitelnost, pocity napětí

- řešení (špatné) – alkohol, drogy

- řešení (dobré) – antidepressiva, psychoterapie

- u depresí je na rozdíl od úzkostí: delší doba trvání (úzkost 1-2 měsíce), pervazivní depresivní nálada (u ú. Se střídá s normálním cítěním), jsou častější suicidální tendence, sebeobviňování je vázané na sebe (u ú. Vázané na vztah k zemřelému, pocit viny), reakce na emoční podporu je beze změny či negativní (u ú. Pozitivní reakce), člověk v depresi má vážné problémy se schopností běžného života

- **deprese je léčitelná nemoc** – objasňujeme pacientovi změny ve vnímání příjemných zážitků během deprese, nabízíme zpětné ovlivňování deprese, zvyšujeme počet sociálních aktivit zlepšujících náladu a za ty

také odměňujeme, vysvětlíme tělesné reakce, provádíme relaxaci (Jacobsonovu, dýchání), motivujeme ke změnám životních postojů a vlastního sebepojetí

31. Bolest a její zmírnění psychologickými prostředky

- komplexní, subjektivní, individuální prožitek složí jako signál o narušení integrity nebo funkce živého organismu -> složí k vyhnutí se ohrožení
- má několik rovin:
 - **biologická** (bolest souvisí s lokalizací, charakterem a intenzitou)
 - o při poškození tkáně se uvolňují látky signalizující poškození – dráždí nociceptory – vzruch je přenášen myelinizovanými (rychlý přenos) a nemyelinizovanými (pomalý přenos) vlákny – zadní rohy míšni – ascendentními míšními drahami přenos do vyšších etáží CNS
 - **psychologická** (emoce při bolesti – úzkost, vztek – i kognitivní zpracování – co pro jedince bolest znamená a jak ji zvládne)
 - o bezprostředně propojena s tělesnou rovinou
 - **sociální** (vzájemné působení jedince a sociálního okolí v důsledku prožívání bolesti – př. vědomé i nevědomé zisky: mohu být omluvena ze školy)
- zdroje bolesti: tkáňové poškození, porucha ve vedení bolesti, emoční vlivy, vlivy prostředí nebo kombinace
- prožitek bolesti – individuální; různá intenzita, kvalita a doba trvání -> **akutní** (minuty–týdny) a **chronická** (několik měsíců) bolest
 - lokalizace a topologie bolesti (kde to bolí)
 - intenzita bolesti (jak moc to bolí)
 - časový průběh (kdy to bolí)
 - kvalita bolesti (jak to bolí)
 - ovlivnitelnost bolesti (za jakých okolností se bolest zhoršuje)

Mírnění bolesti

- důležitý vztah lékař-pacient (důvěra, empatie, respekt)
- **PSYCHOTERAPIE** (snaha po pozitivním ovlivnění zdravotního stavu a kvality života jedince psychologickými a psychofyziologickými metodami)
- psychoterapeut pracuje s jednotlivcem (individuální psychoterapie, s rodinou (rodinná psychoterapie), se skupinou 5-15 osob (skupinová psychoterapie), s větší skupinou osob (kolektivní psychoterapie)
- podle stupně aktivity zapojení terapeuta/pacienta rozlišujeme **direktivní** (hypnóza, KBT) X **nedirektivní** (rogerovská psychoterapie)
 - **relaxační postupy – k uvolnění psychosomatického napětí**
 - o Schultzův autogenní trénink, Jacobsonova relaxace, dechová cvičení
 - o **Meditace** – poddávání se současnosti, volná neřízená cesta do vlastního nitra, rozjímání
 - o **imaginativní techniky** – př. vizualizace, kdy vyvoláme zrakovou představu, že jsme u moře
 - o **biofeedback** (pacient sleduje své fyziologické parametry na displeji a učí se je pomocí představ měnit) = volní ovlivňování průběhu fyziologických funkcí
 - **kognitivně-behaviorální terapie** – lidé mají logický pohled na svět, člověk je aktivní zpracovatel vjemů -> vnímání bolesti je ovlivněno naším myšlením; terapie pomáhá odstraňovat narušená kognitivní schémata (nácvik prvků chování vedoucí k vytvoření užitečnějších stereotypů, než které byly používány doposud)
 - **hypnóza** – odvrátíme pozornost např. od chronické bolesti, navození stavu zúženého vědomí, zvýšená sugestibilita, snížená kritičnost, mění se některé fyziologické funkce teplota kůže, TK
 - **sugesce** – navození určitých myšlenek, představ – P ne-vlastní myšlenky přijímá
 - **logoterapie** – najít smysl života a naplnit jej

32. Hněv a agresivita

HNĚV = **emoce**, vyvolána pocitem ublížení, ze strany pacienta a personálu

AGRESIVITA = **vlastnost**, která se může projevit útočným jednáním – verbální, brachiální (fyzické)

- extra/intrapunitivní (proti okolí/proti jedinci – extrém intrapunitivní agresivity je sebevražedné chování)
- zvýšený hlas, nadávání, agresivní chování, kritika
- co pomáhá: dodržovat dostatečný fyzický odstup od pacienta (osobní prostor agresora a zachování vlastní bezpečí), nezůstávat spolu o samotě, mluvíme klidně a srozumitelně, reagujeme vstřícně, stejná úroveň očí
- v průběhu kontaktu s agresorem si vytváříme hypotézy o příčinách jeho agresivního chování -> od těch se bude odvíjet strategie mého chování k němu (agresivní psychotický pacient X matka agresivní z důvodu šoku ze smrti dítěte)

33. Truchlení (zármutek)

- nejde o nemoc – jedná se o **přirozený proces** – rozvíjí se jako nutná reakce na vyrovnání se se ztrátou
- vysoce individuální (intenzita, délka a hloubka vztahu, pohlaví, věk, předchozí zkušenosti s truchlením)
- komplexní prožitek – projevuje se na několika úrovních
 - **emocionální** (smutek, deprese)
 - **tělesná úroveň** (stažení v krku, napětí, ztuhlost)
 - **změna chování a jednání** (rezignace na sociální kontakty; vyhýbáme se vzpomínkám nebo naopak vyhledáváme předměty, které nám zemřelého připomínají; sny)
- depresivní myšlenky, odmítáme přijmout skutečnost (viz Kübler-Rossová) -> **trpělivost, vytrvalost, ČAS**
- 3 základní časové fáze v truchlení:
 - počáteční **šok** (popírání, nevěřičnost)
 - sociální **izolace** (odtržení se od světa, vzpomínky na zemřelého)
 - resuscitace a **reorganizace** – může trvat roky, opět navážeme sociální kontakty
- **nekomplikované** – přirozený vývoj, relativně snadné smíření, zakončeno nalezením nové identity
- **komplikované truchlení**
 - **chronické** – velmi těsný vztah
 - **hypertrofované** – náhlé, nečekané -> extrémně intenzivní
 - **odložené** – dlouhodobé popírání

34 Paliativní péče

- aktivní a komplexní péče o umírající
- na kvalitu života orientovaná starostlivost poskytovaná pacientům s nevléčitelnou chorobou
- cíle: zmírnit bolest a duševní + fyzické strádání, důstojné umírání, emotivní podpora, soc. zázemí
- podpora rodiny v období **pre finem** (před smrtí), **in finem** (v době smrti) i **post finem** (po smrti)
- závisí na: základní onemocnění a stupeň jeho pokročilosti, přítomnost několika závažných onemocnění současně, věku, sociální situaci (finanční, podpora rodiny), psychickém stavu (emoce, kognice, duchovno)
- principy: symptomatická léčba, terapie somatické a psychické bolesti, emotivní podpora, spirituální pomoc, sociální zázemí, doprovodná odborná pomoc pro rodinu umírajícího
 - **obecná** – poskytována zdravotníky jakékoliv specializace – zajišťují léčbu, domácí ošetrovatelskou péči, empatická komunikace
 - **specializovaná** – tým vyškolených odborníků se speciálním vzděláním v paliativní péči
 - > mají potřebné zkušenosti (domácí paliativní péče, hospic, oddělení paliativní péče v nemocnici, denní stacionář, tísňové linky, poradny)

- poskytujeme otevřené a pravdivé informace (nejprve samotnému pacientovi ne rodině!), nebrat naději, nelhat, sdělovat pomalu, diagnózu sděluje vždy **lékař** a důležité informace nejlépe opakovaně

35. Behaviorální medicína

- integrující biologické a psychosociální faktory lidského chování, postavení člověka ve zdraví a nemoci, model nemoci, psychosomatický přístup, psychická zátěž a zdraví
- cíl: analyzovat chování a reakce jedince na různé podněty, léčit reverzibilní (funkční) poruchy a působit preventivně
- otázky stresu a stylu života
- existuje **vysoké množství nemocí souvisejících s chováním** (př. choroby dýchacích cest a kouření, pití alkoholu a cirhóza jater,...)
- další cíl: **uplatnit psychologické metody, které by 1) snížily riziko vzniku určité somatické nemoci u rizikové populace 2) zlepšily průběh onemocnění u lidí, kteří již onemocněli**
- jde o **doplnění** léčebných programů o behaviorální a kognitivní metody zaměřené na: změnu životního stylu, změnu rizikového chování, zlepšení schopností zvládat stresující situace, dosažení relaxace
- zaměření: ovlivnění některých příznaků nemoci (bolest), zlepšení spolupráce L a P, dodržování léčebného režimu, pomoc při zvládání emočních důsledků nemoci

36. Biopsychosociální přístup k nemocnému a nemocem

- podle Engela (80. léta 20. století)
- zabývá se:
 - studiem vztahů mezi psychosociálními fyziologickými funkcemi
 - studiem interakcí mezi psychosociálními a biologickými faktory (v etiologii, načasováním začátku onemocnění, příznaky, průběhem a vyústěním – **u všech nemocí**)
 - prosazováním **celostního bio-psycho-sociálního přístupu** v péči o nemocného (komplexní péče)
 - aplikací psychologických, psychiatrických a behaviorálních metod v prevenci, léčbě a rehabilitaci somatických onemocnění
- člověk jako **biopsychosociální komplex** – jednota těla podmiňuje jednotu duševních vlastností (včetně osobnosti, která se vyvíjí na sociálních vztazích)
- organismus jako integrovaná, organizovaná jednota -> porucha jedné části celku vede zákonitě k poruše jiné části, popř. celého systému
- sociální vlivy pro rozvoj psychiky jedince: učení řeči, výchova, podněty k rozvoji inteligence a myšlení, výchova k práci a vyšším hodnotám

37. Potřeby člověka – charakteristika, otázka frustrace

- **biologické** (dané geneticky) – příjem vody, kyslíku, potravy, sexuální uspokojení
 - **psychické** – potřeba lásky, něhy, respektu; pud sebezáchovy, zachování rodu, obrany, obživy, dýchání; být užitečný
 - **sociální** – získané a naučené potřeby (potřeba změny, sociálního kontaktu, soukromí)
- uspokojení potřeb -> kladné emoce
 - neuspokojení potřeb -> **FRUSTRACE**
 - frustrační tolerance = individuální schopnost snášet frustraci bez nepřiměřeného způsobu reagování (zlobný afekt, deprese)

38. Formy reakce člověka na frustraci

- **extrapunitivní** – zloba, obviňování okolí -> kladem je otevření a možné řešení problému
- **intrapunitivní** – smutek, sebeobviňování, sebekritika -> kladem je práce na sobě, změna k lepšímu

- **impunitivní** – netrestající, s rozpaky, omluvání sebe i okolí, nekonfliktnost, sociální průměr
-> rizikem je odkládání problémů a jejich řešení
- důsledky dlouhodobé a nezládnuté frustrace: přechod v neurotické poruchy, návykové poruchy, psychosomatická onemocnění
- způsob chování osob:
 - **koronární** – soutěživý, snaha o úspěch, netrpělivý, méně času na relaxaci a záliby, vyhledává stresové situace a udržuje je kolem sebe -> prospěšný pro práci (za cenu ohrožení vlastního zdraví)
další dělení dle **Friedmana (1985)**:
 - o **charismatický typ** – odolnější vůči stresu
 - o **hostilní typ** – náchylnější k onemocnění
 - **relaxační** – méně soutěživý, schopný relaxace, pán svého času, trpělivější, velkým stresům se spíše vyhýbá -> prospívá zdraví a sociální pohodě, ale nedosahuje vrcholných úspěchů
další dělení dle **Friedmana (1985)**:
 - o **relaxovaný** – projektivní
 - o **stísněný** – s tenzí – větší riziko

39. Psychosomatická porucha – charakteristika

- převážně somaticky manifestovaná a převážně psychosociálními faktory způsobená porucha
- jako psychosomatické popisujeme:
 - **symptomy a syndromy** s nimiž vystupují určité psychické potíže (př. těžká deprese u karcinomu)
 - **psychogenně podmíněné tělesné nemoci**
- etiologické momenty: intrapsychický konflikt z časného dětství, **vnější aktuální zátěž**, životní styl
- stádia nemoci:
 1. **orgánová funkční porucha** (tachykardie, psychogenní kašel)
 2. **reversibilní** poškození substrátu (esenciální hypertenze, astma, ulcus)
 3. **ireverzibilní** poškození substrátu (fixovaná hypertenze a arterioskleróza)

40. Psychosomatická anamnéza

- 1) **potíže** – důvod příchodu do ordinace, líčení hlavních i vedlejších potíží
- 2) **tělesné vyšetření** – zmapování nálezů (lokalizace, kvalita, kvantita) kdy to začalo? se to zlepšilo?
- 3) **životní situace při 1. výskytu potíží** – 1. manifestace v dětství? rozvod? smrt? Změna práce?
- 4) **životopisný pohled zpět + rodinná anamnéza** – dětství, onemocnění, vztahy k rodičům a sourozencům – jejich zátěže? škola, sex, práce? krize zrání?
- 5) **celkový obraz (osobnost)** – postavení a význam onemocnění v životě jedince, životní styl, popis osobnostního typu, reakce na konflikty

41. Psychosomatická medicína – vývoj teorií a názorů

1. nové odvětví medicíny v **30. letech 20. století** – **Flauders Dunbarová a Franz Alexander**
 - vznik psychoneuróz, ale i orgánových neuróz = psychosomatická onemocnění
 - původně mezi tyto nemoci řadili: asthma, hypertenzi, hypertyreózu, atopický ekzém
2. teorie **kortikoviscerální medicíny** – **I. P. Pavlov a Bykov**
 - porucha vzájemných vztahů mezi mozkovou kůrou, podkůrou a vytvářením spojů
3. **Cannon** (20. století) – popisuje fyziologické změny funkce orgánů při různých emocích
Weiner (50. léta) - zařazuje stres

- předpokládá, že jedinci se specifickou psychologickou nebo osobností charakteristikou budou pod vlivem stresu reagovat rozvojem psychosomatických onemocnění

H. Seley (50. léta) – teorie stresu – nespecifická odpověď organismu na vnější tlak, říkal, že psychosociální stresory budou na organismus působit stejně jako stresory biologické (**nespecifický adaptační syndrom – GAS: poplachová reakce -> adaptace -> exhausce**)

- 4. **Alexytimická hypotéza psychosomatiky – Sifneos a Nemiah (70. léta)** - psychosomatictí pacienti nedokážou rozpoznat a vyjádřit své emoce a místo toho je prožívají v tělesné sféře

42. Stres – charakteristika

- vzniká při porušení homeostázy -> charakteristický rys: **adaptace**, kterou se homeostáza obnoví (negativní zpětnou vazbou)
- **H. Selye** 1971– ne každý stres vede k poškození zdraví, rozhodující je specifčnost účinků stresorů
- vlivy **endogenní** (genetika, věk, pohlaví) nebo **exogenní** (výživa, léky)
 - **přetížením** – výživou, toxickými činiteli, viry
 - **podtížením** – nedostatek výživy a vody, tepla, sociálního kontaktu-> systém za to platí námahou – energií vydanou k návratu homeostázy
- **DISTRES**: forma vystupňované zátěže, dochází k výchylce ve vztahu **požadavky X zdroje**
- **EUSTRES**: zátěž přiměřená a zdraví prospěšná
- Interakce mezi požadavky a zdroji se odehrává na všech etážích živého organismu (od subcelulární úrovně, přes buňku, tkáň, orgán, organismus po celý **bio-psycho-sociální systém** (nejvyšší úroveň je percepce skutečnosti))
- **Princip optimální zátěže**: bez zátěže není život možný, důležitý je ale optimální vztah mezi požadavky a zdroji (=> eustress)
- důsledky stresu v psychické sféře: **nespokojenost, burn-out syndrom, deprese, závislosti, ...**
- 4 dimenze stresorů (model je dynamický):
 - **čas** (krátkodobě, střednědobě, dlouhodobě, chronicky)
 - **výskyt v čase** (sporadicky, středně často, často)
 - **intenzita** (slabá, středně silná, silná)
 - **kvalita** (pozitivní, neutrální, negativní)

43. Psychická zátěž, popis, znaky nepřiměřené zátěže

- senzorická, mentální a emoční zátěž
- znaky nepřiměřené zátěže:
 - výrazné **změny v subjektivním stavu člověka** (únava, negativní nálada)
 - výrazně **snížená úroveň psychických procesů a průcheschopnosti**
 - výrazný vzestup fyziologických ukazatelů spojených s psychickou zátěží
- příznaky opotřebení (dlouhodobá psychická a fyzická odezva):
 - burn-out syndrom, ztráta motivace, přesycení
 - pokles průcheschopnosti, porucha soustředění a krátkodobé paměti
 - negativní změny v chování a jednání
 - zvýšená nespecifická nemocnost
- > **stresem podmíněná patologie vzniká z vyčerpání adaptačního procesu nebo z maladaptace**
- poruchy jako následek akutního těžkého stresu/pokračujícího traumatu:
 - **akutní reakce na stres** (reakce na přepadení, znásilnění, úraz) – odezní během několika dnů, hodin
 - posttraumatická stresová porucha

- **poruchy přizpůsobení**

- *Stres je pro organismus výhodný i nevýhodný:* vede k mobilizaci sil, energetických rezerv, zvýšení pohotovosti, důležitý pro přežití X energeticky náročný, jednostranně zatěžuje některé orgány, mění stupeň imunity, homeostázu, vyvolává hyperaktivaci nebo nežádoucí útlum

44. Teorie životních událostí

- američtí vědci – **Holmes a Rahe** vymysleli klasifikační systém dle negativních událostí v životě
- udělují bodovou hodnotu 250 bodů za rok -> překročení má za následek psychické/somatické onemocnění
- př. úmrtí partnera – 100 bodů, rozvod – 73, úmrtí v rodině – 63, sňatek – 50, Vánoce - 12

45. Charakteristika psychoterapie, popis, rozdělení, cíle

- léčebné působení na nemoc, poruchu nebo anomálii psychologickými prostředky
- k narušení činnosti organismu člověka dochází v oblasti psychické i somatické – podmíněné psychogenně i biologicky
- základní psychologické prostředky při psychoterapii: **slovo, mimika, emotivita, emoční vztahy, učení, manipulace prostředí**
 - PS v **širším smyslu**: rozsáhlé možnosti působení zevním prostředím
 - PS v **užším smyslu**: záměrné a cílevědomé působení psychoterapeuta na pacienta v individuálním terapeutickém vztahu nebo ve skupině
- **cíle**:
 - odstranění chorobných příznaků (symptomaticky nebo kauzální terapií – odstraněním příčin)
 - reedukace, restrukturační či integrace pacientovy osobnosti, a to přetvářením ve směru správné adaptace a realizace svého životního poslání (odstranění patologických stereotypů v interpersonálních vztazích, kolekce postojů, sledování patologických fixací libida)

46. Metody psychoterapie I:

- **racionální** – obrací k logickému myšlení pacienta, působí na **rozum, soudnost, kritičnost**; formy:
 - o explifikace nebo klarifikace – výklad a objasnění podstaty onemocnění, příčiny vzniku
 - o persuaze – přesvědčování (terapeut vyvíjí svou aktivitu tak, aby P jeho závěry akceptoval)
 - o reorientace – snaha o změnu pacientových názorů v oblasti životního zaměření a hodnot
 - o psychagogika – vedení, učení a usměrňování pacienta
- **empatická** – umožňuje pacientovi, aby se otevřeně rozhovořil o sobě, ventiloval problémy, prozkoumal své kladné a záporné stránky své osobnosti
 - o alespoň 1x týdně 1 hodina, terapeut přitakává, je empatický, pacient se má rozhodovat samostatně a sám si přijít na řešení problému
- **abreaktivní** – zaměřuje se na intenzivní vyjádření a projevení negativních emocí (zejména těch, které byly v minulosti blokovány a zůstaly potlačeny)
 - o pacient znovu prožívá negativní emoce -> pak ale pocítí úlevu
 - o odreagování, speciální abreaktivní techniky: hypnotická a psychofarmakologická abreakce
- **sugestivní a hypnotická** – využívá terapeutovu autoritu a přesvědčivá podávání tvrzení zaměřených na odstranění potíží, účinnost závisí na sugestibilitě pacienta (míra ovlivnění druhými názory, postoji)
 - o **hypnóza** je dočasně změněný psychický stav – zvýšení sugestibility, vztah závislosti hypnotizovaného na hypnotizérovi, změněný stav vědomí
 - o využití: chronické bolesti, enuresis, koktavost, fobie, kouření, pití alkoholu, přejídání
 - o při odstraňování nevhodných návyků se snažíme **spojovat s nimi odpor, lhostejnost a podporujeme motivaci překonat návyk**
 - o podle hloubky hypnózy hovoříme o 3 stupních
 - 1. stupeň – somnolence

- 2. stupeň – hypotaxie
- 3. stupeň – somnambulismus

47. Metody psychoterapie II:

Behaviorální terapie

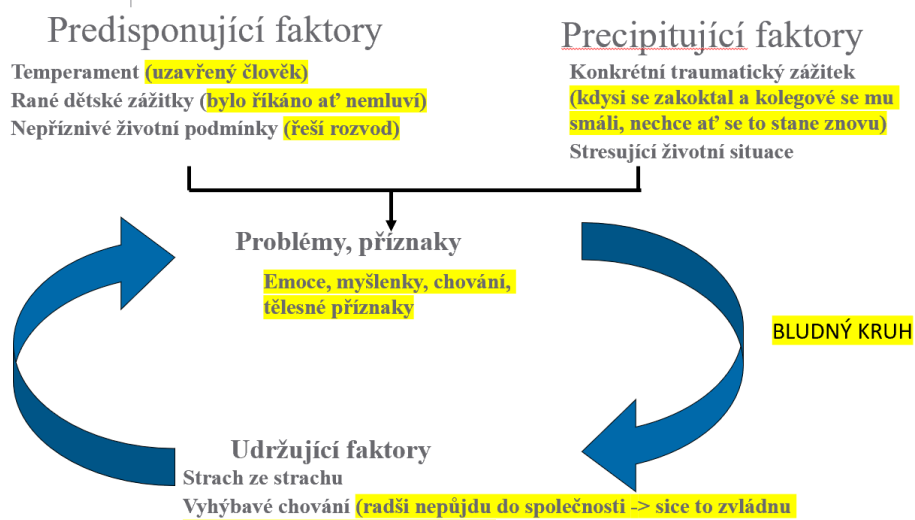
- přesvědčení, že změny nežádoucího chování lze dosáhnout bez rozluštění jeho příčin
- poruchy chování různého typu jsou ve své podstatě naučenými reakcemi
- Léčba je založena jednak na **klasickém podmiňování** (chování je utvářeno spřažením/rozpřažením s podněty provokujícími úzkost) a **operacionálním podmiňování** (chování je utvářeno následky, které se množí a upevňují při pozitivním posilování chování a naopak trestané chování bude mizet a nebude-li mít žádnou odezvu, postupně zanikne)
- techniky:
 - **metoda žetonů** – pozitivní posilování, pacient je dohodnutým způsobem odměňován za plnění úkolů – chová-li se tak, jak chceme a potřebujeme (př. u mentální anorexie – když pacient přibere)
 - **averzivní léčba** – spřažení nepříjemných averzních podnětů s nežádoucím chováním (apomorfínové kúry při léčbě alkoholismu)
 - **desenzibilizace** – technika postupného tolerování situace, která vede k fóbii (př. strach z přechodu mostu – nejprve pár metrů s terapeutem, postupně pak sám)
 - **zahlcení (flooding)**, event. expozice – pacient se vystavuje (exponuje) podnětu vyvolávajícím úzkost

Kognitivní léčba

- předpokládá změnu iracionálního myšlení člověka (bylostné vnímání, hodnocení situací, myšlení) v racionální
- oprava kognitivních poruch, snaha o změnu myšlení a životních postojů
- u deprese model obsahuje trias: negativní pohled na sebe, negativní interpretace současné i minulé zkušenosti, negativní očekávání do budoucna

-> kombinací obou metod vznikla **KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE** (viz prezentace!!)

- **krátká, časově omezená, strukturovaná, cílená, otevřená, aktivní spolupráce, zaměření na přítomnost a budoucnost, jasně definované problémy, funkční cíle**
- soustřeďuje se na **konkrétní** příznaky a hodnotí jejich frekvenci, intenzitu (je strukturovaná)
- zdůrazňuje se racionální pojmenování problémů, analýzu chování a okolnosti předcházející danému chování, definuje se hlavní problém
- formulují se konkrétní cíle
- nutná **aktivní a systematická spoluúčast nemocného** (tak aby byl po skončení terapie schopen metody používat samostatně) – je nutná ochota spolupracovat a být motivován ke změně
- využití: léčba obsese, fobie, přejídání, kouření, sexuální dysfunkce, koktavosti, poruchy spánku, astma, DM, hypertenze, chronické bolesti, **manželské, partnerské, rodinné problémy**



48. Metody psychoterapie III:

Tréninková psychoterapie – soustavné cvičení s postupným zvyšováním nároků, P se příznaky odnaučuje či nacvičuje chování žádoucí a správné

- **pozitivní nácvik** – u fobií a obsesí, návyk na strach (pacient je vystavován situaci, ze které má strach, postupně si na ni zvykne), pocit sebeovládání
- **nácvik sebeprosazení** – přímé vyjádření a prosazování svých názorů, potřeb, bez porušování práv druhých lidí
 - o pacient se učí otevřeně vyjadřovat své pocity, vést rozhovor, hovořit před více lidmi, žádat o laskavost, odmítat to, co nechce, prosazovat oprávněné požadavky
- **averzní terapie** – spojení nežádoucí aktivity s nepříjemným podnětem (alkohol + zvracivý reflex)
- **autogenní trénink** – svalová relaxace -> psychické uvolnění
 - o nižší stupeň – navození 6 pocitů s koncentrací na myšlenku „jsem docela klidný“
 - 1) představa **tíhy** v dominantní H 2) **tepla** v HK 3) koncentrace na **klidný dech** 4) **pravidelnou srdeční činnost** 5) pocit **tepla v břiše** 6) pocit **chladného čela**
 - o vyšší stupeň – řízená imaginace, vede k hlubšímu sebepoznávání
 - koncentrace na vyvolání představy barvy, živé představy, zážitku, můžeme se autosugestivně přesunout na fiktivní místo, ...
- **systematická desenzibilizace (Wolp)**
 - o vhodná pro léčení fobií
 - o situace vyvolávající strach jsou spojovány s relaxací, která je protikladná reakci strachu
 - o 3 etapy: nácvik svalové relaxace -> sestavení odstupňovaného seznamu strachových podnětů a situací -> postupné spojení představy ze seznamu s relaxací
- **nápodobá**
 - o **Bendura** – učení se při pozorování jiných lidí (př. pozorování nebojácného chování vzoru k obávaným objektům)
 - o **Kellyho** technika fixování role

49. Metody psychoterapie IV:

Psychoanalytická psychoterapie

- úkolem terapeuta odhalit podstatu konfliktů a přivést P k náhledu na **nevědomou motivaci**

- **technika volných asociací** – sdělování všech svých myšlenek terapeutovi, co P napadají (4-5x/týd. Po 50ti minutách), terapeut je neutrální, s porozuměním poslouchá
- **interpretace a analýza odporu** – terapeut je na začátku volných asociací pasivní, postupně začne zasahovat a doplňovat pacienta, snaží se dostat do pacientova vědomí, cílem je, aby si pacient svůj odpor (jehož si na začátku nebyl vědom, když se třeba odmlčel) uvědomil a překonal ho
- **přenos a přenosová neuróza**
 - o přenos – vztah k osobám z pacientovy minulosti uskutečněn na terapeutovi
 - o **přenosová neuróza** – původní neuróza se během analýzy mění v přenosovou -> pacient si přeje zůstat v léčení a odmítá být zdravý, nechce se vzdát vztahu k terapeutovi -> je třeba P odpoutat od terapeuta a navázat nové reálné lidské vztahy

Krátká psychoterapie s psychoanalytickou orientací

- problémy pacienta jsou důsledkem intrapsychických tendencí
- **fokální psychoterapie (Balint)** – terapeut volí malý počet cílů a soustředí se na jejich dosažení, přičemž se nenechá od těchto malých úkolů odvádět velkými úkoly jako je např. změna celé osobnosti; u pacientů se silným egem a dobrou motivací k léčení
- počet sezení je omezován (4-60) = krátká psychoterapie

50. Metody psychoterapie V:

Interpersonální psychoterapie

- věnuje pozornost současným interpersonálním vztahům jako zdrojům potíží pacienta
- uvědomění si vlastních chyb ve vztazích k jiným lidem = **interpersonální náhled**
- z čeho vyplývají nevhodné reakce v IP vztazích (nevhodně zpracované zážitky z minulosti – do jaké míry P opakuje minulé zkušenosti a přenáší je do současných vztahů) = **patogenetický náhled**

Eklektická psychoterapie – kombinované využití více metod, podle toho, co terapeutovi připadá výhodnější (využívá se více metod najednou nebo v různých etapách/fázích terapie)

- př. terapeut učí P relaxovat (autogenní trénink) a snaží se ovlivnit symptomy hypnotickými sugescemi
- integrativní psychoterapie – sjednocení různých teoretických přístupů do vyšších celků
- syntetická psychoterapie – chce překonat technický eklekticismus a spojovat i teoretické koncepce

51. Charakteristika psychosociálních krizí

1. Traumatická krize

- změny jsou náhlé, překvapivé (onemocnění, invalidita, smrt blízké osoby, rozchod/rozvod)
-> jedince zasáhnou nepřipraveného
- 1. reakce = **krizový šok** (sekundy-24 hod)
- 2. reakce = **reakční fáze** (dny-týdny) – z apatie do pocitů hluboké beznaděje, zoufalství, depresivita, neřešitelnosti situace, nepřátelství až agresivita
- **Fáze zpracování** -> inovativní šance řešení a východu z krize
- horší zpracování -> drogy a alkohol, sebevražedné sklony, chronifikace

2. Krize spojené s životními změnami

- průběh je odlišný až do 3. fáze = **fáze zpracování** (týdny)
- postupná integrace změny -> nedojde-li k integraci do pacientova života – pocit selhání, vnitřní napětí
- vyvolávající podněty: svatba, porod, přesídlení, změny v pubertě (psychologické, sociální i biologické), nástup do důchodu

52. Krizová intervence – všeobecné principy, cíle, technika

- jakákoliv forma psychosociálního vedení a léčení, která se zabývá symptomy nemoci či chybným jednáním, které jsou v úzké souvislosti s krizí

- **principy:** rychlý začátek, aktivita pomocníka (terapeuta), pružnost volby metod

- **cílem** je podpora vlastní schopnosti postiženého pomoci si sám (za určité účasti svého okolí)

- podpora a empatie, dodání odvahy postiženému, aby zvládal pocity smutku, bolesti, nepřátelství, agrese

- **technika:**

- obnovení vztahu (připravenost pomoci, uklidnění, uvolnění úzkosti)
- zhodnocení stavu klienta (stupeň závažnosti krize, existenční situace, dřívější nemoci, podobné krize, sebevražedné sklony)

- *ujasnění vlastních (terapeutových) schopností a možností* (pacienta převedu na příslušnou instituci, ale neodešlu ho pryč!)
- *sestavení plánu společně s klientem* (distancování od krize, návrat do svého prostředí)
- *pokrizová opatření* (jak se chovat po krizi)
- *ukončení krizové intervence* (příprava na to, že příští krizi musí klient zvládnout převážně sám)
- *kontakt po krizi* (po 6-8 týdnech od ukončení) – Jak se klientovi nyní daří oproti době krize: Jaký účinek měl pomocný výkon? Vyhledal jedinec doporučenou pomoc u jiné instituce? ...

53. Etické kodexy zdravotnických pracovníků

- povinnosti lékařů vymezuje celá řada kodexů
- vychází z Hippokratovy přísahy (nejstarší kodex – pouze etická norma, nikoli právní): etické požadavky na jednání lékaře, slib mlčenlivosti, obětavosti, slib časově neomezené povinnosti pomáhat potřebným
- **Etický kodex České lékařské komory (1995)**
 - 5 oddílů – **obecné zásady** (péče bez rozdílu, chránit zdraví a život, mírnit utrpení, odpovědnost), **lékař a výkon povolání** (léčebné úkony dle současného stavu lékařské vědy, neodkladně poskytnou lékařskou pomoc v případech ohrožení života, právo odmítnout péči z odborných důvodů, lékařské tajemství, zdržet se nedůstojných aktivit, úkony bez ziskových motivů), **lékař a nemocný** (profesionalita, korektnost, trpělivost, pochopení, rovnocennost), **vztahy mezi lékaři** (kolegiální spolupráce, kolegiálnost, nepodceňovat služby jiného lékaře), **lékař a nelékař** (nesmí se léčit a vyšetřovat před osobou, která nepatří ke zdravotnickému personálu)
 - popisy výkonů jednotlivých povolání
- **ICN – kodex pro zdravotní sestry**

54. Etický kodex práva pacientů

- v popředí **aktivní forma spolupráce** (P jsou vzdělanější, informovanější, nevnučovat jim submisivní roli!)
- vztah lékař-pacient založen na **vzájemné důvěře, respektu a zodpovědnosti**
- 1. kodex **David Anderson** (1971) -> česká verze 1992
- kodexy se týkají určitých skupin pacientů: práva těhule a nenarozeného dítěte, handicapovaného dítěte, imobilních osob, starých lidí, onkologicky nemocných, psychicky nemocných, umírajících,...
- etické kodexy podle potřeby doplňovány a revidovány
- práva pacienta v rukou lékaře:
 - ohleduplná a vhodná **odborná zdravotnická péče**
 - znát **jméno lékaře**, ordinační hodiny
 - mít **dostatek informací** o léčbě, znát rizika, všechny léčebné alternativy -> **právo odmítnout léčbu**
 - podrobné a pacientovi **srozumitelné vysvětlení léčby**, diagnózy, ...
 - **soukromí** (i ochrana údajů), **diskrétnost** (přítomnost dalších osob – mediků – je třeba schválit)
 - **v závěru života citlivá péče** všech ZP
 - **právo a povinnost řídit se platným řádem zdravotnické instituce** (nemocniční řád)

55. Deklarace práv duševně postižených lidí

- schválena Valným shromážděním OSN (1971)
- práva duševně postižených:
 - stejná práva jako ostatní občané
 - nárok na přiměřené lékařské ošetření odpovídající jeho potřebám (i vzdělání, trénink, rehabilitaci)
 - právo na kvalifikovaného opatrovníka

- právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a zesměšňováním
- pokud je obžalován, má právo na řádné soudní vyšetřování a posouzení jeho míry odpovědnosti vzhledem k jeho postižení
- právo žít se svou opatrovnickou rodinou
- právo na produktivní práci, vzdělání, přiměřený životní standard

Doplnění ze seminářů

Alexithymie (*a=ne, lexa=slovo, thymos=emoce*)

- deficit ve zpracování a regulaci emocí (její verbální a neverbální poruchu poznávání emocí a překladů emocí do slov) – člověk nemá slova pro své pocity – nerozumí jim, a kompenzuje to odvratem od vnitřního života k vnějšímu světu

- známky:

- Snížené porozumění tomu, jak pocity vznikají
- Obtíže ve čtení výrazů obličeje a neverbální komunikace
- Omezená představivost
- Vysoká citlivost na tělesné prožitky
- Odosobněné vztahy s druhými

- **primární alexythimie** – dispoziční faktor, vedoucí/udržující somatické onemocnění

- **sekundární alexythimie** – A. jako obranný mechanismus, který si jedinec vytvořil na základě svého onemocnění

- **Alexithymie I. typu** – snížené emocionální prožívání, oslabená fantazie, tendence racionalizovat bez emocionálního doprovodu – výhoda v některých profesích, ale chladné chování mezi partnery, přáteli
- **Alexithymie II. typu** – dobrá schopnost emocionálního prožívání a identifikace pocitů a fantazie, ale nízká kognice, jedinci mají nedostatek emocionální stability – úzkosti, panické záchvaty, poruchy spánku, deprese, jedinci jsou nejméně odolní vůči stresu, často u sexuálně zneužívaných
- **Alexithymie III. typu** – nízká úroveň emocionality a fantazie ale dobrá úroveň kognice – jedinci dobře vychází s ostatními, jsou sociálně dovední, mají vysoké sebehodnocení a snaží se mít úkoly pod kontrolou, ale sami nejsou schopni reagovat na emoce druhých

Lexithymie – vysoká emocionalita, dobrá úroveň fantazie, dobrá úroveň kognice doprovázející emoce – u jedinců, kteří v dětství zažívali vřelý vztah matky -> jsou emočně inteligentní, schopní se přenášet přes náročné životní situace, mají vysoukou sebedůvěru a sebehodnocení, mají šarm, jsou manipulativní

- schopnost a dovednost adekvátně poznat („číst“) a popsat své vlastní emoce, afekty, nálady, pocity, prožitky a zážitky

KBT – viz. Otázka 47

Rodinná psychoterapie

- ve středu pozornosti stojí celá rodina (nikoli jedinec)

- v průběhu terapie dochází ke změnám v komunikaci, uspořádání rodinné struktury, rodinné interakci a dynamice

- cílem: **změny v rozdělení pozic, rolí a moci v rodině**

- *Chorobný symptom lze chápat jako projev patologie celého systému*

- Modely RT: **strukturální terapie** (organizace rodinného systému, zdůraznění hranic), **krátká na problém orientovaná terapie** (odklon od toho, co není v pořádku, popis řešení, reálné cíle), **strategická terapie** (aktivní role terapeuta, snažícího se zbavit klienta příznaků – přerámováním)

- Indikace k RT: doporučení od odborníka že individuální problém by se měl vyřešit prací s celou rodinou, pokud porucha při hospitalizaci vymizí a při návratu do rodiny se vrátí

- podmínky: motivovanost členů

- kontraindikace: psychotická onemocnění

- ❖ **Virginia Satirová (1916-1988)** - mezinárodně uznávaná rodinná terapeutka, představitelka americké humanistické psychologie, zastánkyně experienciálně-komunikačního přístupu.

„Pacient je projevem nemoci celé rodiny, a proto je potřeba léčit rodinu jako celek“

- její klíčové koncepty: **lidé mají zlepšovat své komunikační schopnosti především uvnitř rodiny, změna je možná vždy, rodiče dělají věci tak, jak v danou chvíli nejlépe dovedou, terapie se má zaměřit na zdraví a možnosti** (ne na patologii), **naděje** je nedílnou součástí procesu změny, **rodiče opakují rodinné vzorce, které dostali jako děti** (ikdyž jsou často vzorce dysfunkční), **nemůžeme změnit minulost ale můžeme změnit její dopad na nás**, hlavním cílem je **stát se tím, kdo za sebe rozhoduje**

- 4 nesprávné rigidní vzorce v komunikaci a chování:

- **Usmířovač/smířlivec** – usmířující se za každou cenu, tak aby se druhý na něj nezlobil, aby se mu zavděčil a zalíbil, omlouvá se a vždy souhlasí – vyvolává v druhém pocit viny a tím ho chce přimět k tomu, aby ho šetřil
- **Obviňovač/vinič** – vidí na každém chyby a energicky mu je vyčítá, staví se do role soudce – ve druhém chce vyvolat pocit strachu a přimět ho k poslušnosti
- **Počítač** – chladně racionální, reaguje na stres tak, jako by byla hrozba neškodná, má příliš rozumné výroky, projev je naprosto chladný, intelektuální
- **Rušič** – hrozby ignoruje, jakoby neexistovaly, odvádí pozornost a řeč kamkoli jinak aniž by věděl proč a kam – chce v druhých vyvolat chuť bavit se)

Schéma terapie (9 módů):

1. **Zdravý dospělý** – No tak jsem zaspal, nic se neděje
2. **Hyperkompenzátor** – dopr. já jsem zaspal, tak teda zítra udělám dvakrát tolik otázek a doženu to
3. **Kapitulátor** – nastupuje po hyperkompenzátorovi – teda já se učím jak debil a dostanu Dčko, se na to vyseru příště
4. **Trestající/kritický/požadující rodič** – Ty všechno vždycky posereš!
5. **Laskavý/tolerantní a přijímající rodič** – To je dobře že si zaspal, aspoň sis odpočal
6. **Odtažený obránce** – To je moje věc, nikomu to vysvětlovat nemusím.
7. **Dítě zraněné/opuštěné** – Jsem chudáček, to jsem si nezasloužil.
8. **Dítě spontánní/radostné/hravé** – Mám zkoušku z fyzioly! Nic mě nezajímá!
9. **Dítě rozzlobené/impulzivní** – Já se na to vykašlu!

Rogersovská psychoterapie

- Carl Rogers

- humanistická psychoterapie – přístup zaměřený na člověka
- dlouhodobější terapie, pomáhající ke zmírnění úzkostí, pocitů ohrožení a osamocení
- vysvětluje jakou moc má prosté „bytí s pacientem“
- klient je aktivním činitelem změn, úkolem terapeuta je nalézt klientovi jeho vlastní směr, facilitovat jeho proces změny
- chceme-li porozumět, jak daný jedinec myslí, cítí a jedná, **musíme proniknout do světa jeho osobních významů (empatie)**
- !! Role psychoterapeuta není aby podal externí interpretaci, radu či posuzoval, utěšoval – omezuje to terapeutický zisk => **sám klient by se měl ocenit**
- podmínky C. Rogerse:

1. **Bezpodmínečné přijetí** – akceptace klienta bez jakýchkoli hodnotících soudů. Nehodnotíme a nevyzdvihujeme ani pozitivní ani negativní vlastnosti -> důvěra
2. **Empatické porozumění** – Terapeut sleduje a přesně vnímá pocity klienta a jeho osobní významy
3. **Kongruence** – opravdovost, transparentnost terapeuta (mimika by měla empatii odpovídat)

Preterapie

- **Garry Prouty** – metoda vycházející z Rogerovské p. – využívá se u jedinců „nereagujících na terapeutické působení“ (dlouhodobě hospitalizovaní, těžce postpsychotičtí, autističtí, jedinci s demencí, mentální retardací => nemají schopnost zachytit či uvědomit si své prožívání)

- terapeut pozoruje a vnímá **pre-expresivní emoce** které ještě nebyly vyjádřeny slovy, ale jsou viditelné ve výrazu tváře – terapeut doslovně zrcadlí klientovo verbální i non-verbální chování:

- **Situační** – popis chování, co zrovna vidíme – umožňuje navázat kontakt s realitou („Hledíte do země“)
- **Obličejové** – popis pre-expresivních emocí ve tváři – navazuje kontakt s emocemi, důležité u jedinců v regresi, při delších hospitalizacích („usmíváte se, máte vztek“)
- **Tělové** – navazuje kontakt s tělem („Kývete se, jste strnulý“)
- **Slovní** – reflexe pre-expresivních řečových projevů (echolálie, slovní salát) -> povzbudíme jedince naším zájmem a on pak svůj projev rozšíří

- Terapeut vůbec není pasivní ale pozorně sleduje klientovy symbolizace a naslouchá klientovu vyjadřování

- Zároveň však terapeut nijak nehodnotí, ale pacient se sám pochválit může

- Přijetí klienta = vytvoření prostoru pro klienta, kde se může setkat se **všemi** svými pocity a myšlenkami

Pozn.

Echolálie = automatické opakování slov vyslovených druhou osobou, bez pochopení významu