

UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH

Filozofická fakulta



ÚVOD DO KLINICKEJ PSYCHOLÓGIE

Monika HRICOVÁ

Košice 2022

Úvod do klinickej psychológie

Vysokoškolský učebný text

Autorka:

doc. Mgr. Monika Hricová, PhD.

Katedra psychológie, Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach

Recenzenti:

doc. Mgr. Gabriel Baník, PhD.

Inštitút psychológie, Filozofická fakulta, Prešovská univerzita v Prešove

PhDr. Martina Chylová, PhD.

Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Tento text je publikovaný pod licenciou **CC BY NC ND** Creative Commons Attribution-NonCommercial-No-derivates 4.0 („Uveďte pôvod – Nepoužívajte komerčne - Nespracováajte“)



Za odbornú stránku tejto publikácie zodpovedá autorka.

Dostupné od: 21.09.2022

Umiestnenie: www.unibook.upjs.sk

ISBN 978-80-574-0120-9 (e-publikácia)

OBSAH

Úvod.....	6
1. Klinická psychológia ako veda a odbor.....	7
1.1 Predmet klinickej psychológie.....	7
1.2 Obsahová náplň klinickej psychológie	8
1.3 Súhrn.....	9
2. História klinickej psychológie	10
2.1 História psychiatrie.....	10
2.2 Vlastná história klinickej psychológie.....	14
2.3 Významné osobnosti v klinickej psychológii na Slovensku	15
2.4 Súhrn.....	17
3. Konceptia normality a klasifikačné systémy duševných porúch.....	18
3.1 Normalita verzus abnormalita	18
3.2 Klasifikačné systémy psychických porúch.....	23
3.3 Súhrn.....	28
4. Činitele vzniku psychických porúch	30
4.1 Etiológia.....	30
4.2 Biologické etiologické faktory	30
4.3 Psychogénne etiologické faktory.....	32
4.4 Súhrn.....	38
5. Profesia klinického psychológa	39
5.1 Klinický psychológ a vzdelávanie v klinickej psychológii	39
5.2 Činnosti klinického psychológa.....	40
5.3 Psychofarmakoterapia	44
5.4 Úskalia práce klinického psychológa a etika.....	45
5.5 Súhrn.....	48
6. Klinicko – psychologické vyšetrenie	49
6.1 Zdroje informácií o pacientovi	49
6.2 Priebeh klinicko-psychologického vyšetrenia	54
6.3 Psychodiagnostika	55
6.4 Klinicko-psychologický nález	59
6.5 Súhrn.....	60
7. Výskum v klinickej psychológii.....	61
7.1 Výskum založený na dôkazoch vz. pseudoveda.....	61

7.2	Podoby výskumov v klinickej psychológii.....	63
7.3	Etika v klinicko-psychologickom výskume	65
7.4	Súhrn.....	66
8.	Psychologická problematika pacienta so somatickým ochorením.....	67
8.1	Subjektívna stránka somatického ochorenia.....	67
8.2	Psychologické súvislosti ochorenia	73
8.3	Komunikácia so somaticky chorým pacientom.....	73
8.4	Psychologická stránka hospitalizácie	79
8.5	Úloha psychológa v rámci predoperačnej prípravy.....	80
8.6	Súhrn.....	81
9.	Psychologická problematika pacienta so zdravotným znevýhodnením	83
9.1	Zdravotné znevýhodnenie u psychológa	83
9.1.1	Psychodiagnostika zdravotne znevýhodneného pacienta	85
9.1.2	Psychologická intervencia u zdravotne znevýhodneného jedinca	87
9.2	Zdravotné znevýhodnenie u dieťaťa.....	88
9.3	Porucha sluchu.....	90
9.3.1	Typológia poruchy sluchu.....	90
9.3.2	Špecifická psychologickéj intervencie pri poruche sluchu.....	91
9.4	Súhrn.....	93
10.	Psychologická problematika starnutia	94
10.1	Ľahká kognitívna porucha	94
10.2	Demencia	95
10.3	Závislosti od psychoaktívnych látok u seniorov.....	102
10.4	Afektívne poruchy	103
10.5	Úzkostné poruchy	105
10.6	Diogenesov syndróm	106
10.7	Súhrn.....	107
Literatúra	108

ZOZNAM TABULIEK

Tabuľka 1	Prehľad kategórií duševných porúch v MKCH-10 a MKCH-11	25
Tabuľka 2	Niektoré zmeny v DSM-5.....	28
Tabuľka 3	Prehľad rizikových faktorov spojených s pôrodom podieľajúcich sa na poškodení mozgu	32
Tabuľka 4	Oblasti anamnestického rozhovoru.....	52

ZOZNAM OBRÁZKOV

Obrázok 1	Gaussova krivka inteligencie.....	20
Obrázok 2	Hierarchizácia empirickej evidencii štúdií	63

Úvod

Úvod do klinickej psychológie je koncipovaný ako učebný text. Je určený primárne študentom psychológie na bakalárskom stupni štúdia. Publikácia ponúka základné vedomosti potrebné v pri štúdiu klinickej psychológie. Predstavuje teoretický základ pre nasledujúce predmety Klinická psychológia, Psychodiagnostika a Psychoterapia v magisterskom stupni štúdia.

Text je rozdelený do dvoch častí. Prvá časť sa venuje všeobecným otázkam klinickej psychológie: jej obsahu, histórii, profesionálnej náplni praxe klinického psychológa, teóriám vzniku a klasifikáciám psychických porúch, či špecifikám výskumu v klinickej psychológii. Nezabúda na témy etickej práce a podmienky vzdelávania budúcich klinických psychológov. Druhá časť sa zameriava na problematiku klinicko-psychologickej praxe v psychodiagnostike, špecifiká klinicko-psychologickej práce s pacientom so somatickým ochorením a zdravotným znevýhodnením. Publikácia sa nevenuje popisu psychopatológie, psychodiagnostiky a psychoterapie psychickým porúch.

Cieľom publikácie je oboznámiť študentov so základnými všeobecnými poznatkami nevyhnutnými pre budovanie vedomostí v oblasti klinickej psychológie a jej praxe. Ponúknuť nevyhnutný teoretický a praktický základ pre nadväzujúce klinicko-psychologické predmety a nadväzujúce štúdium v tejto oblasti.

1. Klinická psychológia ako veda a odbor

Široká verejnosť môže byť zmätená v tom, čo je obsahom práce klinického psychológa. Možno to ani nie je až tak prekvapujúce vzhľadom na to, že klinickí psychológovia sú heterogénna skupina. Pracujú tak v nemocniciach, ako aj v súkromných ambulanciách alebo na univerzitách. Najčastejšie realizujú psychologické rozhovory s pacientmi, vykonávajú psychodiagnostiku, alebo psychoterapiu. Podmienky pre vykonávanie praxe klinického psychológa sú určené pre úzku skupinu odborníkov so špecifickým kompetenciami a pracovnou náplňou, ktoré sa odrážajú v predmete klinickej psychológie.

Po preštudovaní tejto kapitoly budete:

- vedieť definovať predmet klinickej psychológie,
- poznať obsahovú náplň profesie klinického psychológa.

1.1 Predmet klinickej psychológie

Najjednoduchšie je možné definovať predmet klinickej psychológie pomocou prekladu jej názvu z gréčtiny. Termín psychológia je tvorený dvoma slovami a to „*psyché*“, v preklade *duša* a „*logos*“ vo význame *slovo* alebo *myšlienka*. Grécke slovo „*kliné*“ prekladáme ako *lôžko*, *ležiadlo* ale aj *nakláňať sa*. Zjednodušene preto môžeme povedať, že predmetom klinickej psychológie je *prístupovať cez slová k duši ležiaceho*.

Termíny *klinická* a *klinický* sa v súčasnosti používajú aj týchto významoch:

- 1) Klinický ako lôžkový – najčastejším miestom pre výkon práce klinického psychológa je klinika, oddelenie ako špecifická forma zdravotnej starostlivosti o pacientov na lôžku.
- 2) Klinický ako výučbový – klinika ako špecifické vzdelávacie zariadenie, kde prebieha praktická výučba budúcich zdravotných pracovníkov pri lôžku pacienta.
- 3) Klinický ako kauzistický – súbor objektívnych a subjektívnych príznakov, ktoré sú pre danú osobu alebo ochorenie jedinečné.

Okrem tejto charakteristiky klinickej psychológie, viacerí slovenskí a českí autori (napr. Kondáš, Baštecká, Ružička, Heretik, Vágnerová) ponúkli rozličné definície klinickej psychológie, čím rozšírili pohľad na jej predmet.

Kondáš (1977), vychádzajúc z jeho behaviorálnej orientácie, klinickú psychológiu charakterizuje ako vedeckú disciplínu, ktorá sa zaoberá duševným životom, resp. psychickou reguláciou správania z hľadiska choroby a dysadaptácie.

Ružička a kol. (1999) využívajúci perspektívu psychológie zdravia uvádzajú, že predmetom klinickej psychológie je duševný život človeka v bio-psycho-sociálnych súvislostiach nie len pri ochorení, ale na kontinuu zdravie – choroba.

Baštecká (2001) hovorí, že klinická psychológia je praktický psychologický odbor, ktorý využíva a obohacuje poznatky vied o človeku a zaoberá sa jedinečnosťou človeka a jeho duševného života v otázkach choroby a zdravia. Vníma človeka ako bio-psycho-sociálno-spirituálnu jednotu a systém v systémoch okolitého sveta.

Vágnerová (1999) ju chápe ako praktický psychologický odbor, ktorý využíva a obohacuje poznatky vied o človeku a zaoberá sa jedinečnosťou človeka a jeho duševného života v otázkach choroby a zdravia.

Heretik (2007) dopĺňa, že klinická psychológia je v systéme psychologických vied aplikovaná praktická disciplína, opiera sa o poznatky základných disciplín (všeobecná psychológia, vývinová psychológia, kognitívna psychológia) a špeciálnych disciplín (napr. pedagogická, sociálna psychológia). Klinická psychológia pôsobí v praxi spolu s ďalšími aplikovanými disciplínami ako je poradenská, pracovná alebo forézna psychológia.

1.2 Obsahová náplň klinickej psychológie

Obsahovú náplň klinickej psychológie vymedzuje pracovnú náplň a vedomosti klinického psychológa. Môžeme ju rozdeliť do viacerých oblastí:

- **Psychopatológia** – spoločný odbor psychiatrie a klinickej psychológie. V klinickej psychológii a psychiatrii sa na označenie psychických problémov využíva termín porucha. Predmetom psychopatológie je opis symptomatiky, príznakov jednotlivých psychických porúch, ktoré tvoria kritériá diagnostiky. Je členená podľa psychických

funkcií a stavov (poruchy vnímania, pozornosti, emotivity a pod.). V USA sa termín psychopatológia označuje názvom abnormálna psychológia.

- **Rehabilitácia** – postupy na obnovu poškodených funkcií a schopností (napr. pri organickom poškodení CNS, pri schizofrénii).
- **Reedukácia** – diagnostika a náprava špecifických psychických porúch. Zameriava sa na tie poruchy, kde stoja v pozadí špecifické vývinové poruchy učenia (napr. dyslexia, dysgrafia) a poruchy správania.
- **Patopsychológia** – zaoberá sa psychologickými špecifikami ľudí so senzorickými a motorickými poškodeniami, trvalými vývinovými poruchami.
- **Psychosomatika** – zaoberá sa somatickými ochoreniami, pri ktorých v etiológii majú významné postavenie psychogénne faktory (napr. vybrané kožné alebo autoimunitné ochorenia).
- **Neuropsychológia** – cieľom je diagnostika, rehabilitácia a terapia psychických funkčných prejavov CNS a ich zmien pri poruche CNS.
- **Psychológia zdravia** – zameriava sa na udržiavania a posilňovanie zdravia, faktory salutogenézy, prekrýva sa s psychohygienou – prevencia duševných porúch, propagácia zdravého životného štýlu.

1.3 Súhrn

Chápanie predmetu klinickej psychológie je značne rôznorodé a obširne. Preto v závere doplníme **syntetizujúcu definíciu klinickej psychológie** podľa Americkej psychologickkej asociácie (APA). APA ju vymedzuje ako integrujúcu vedu, teóriu a prax so zámerom porozumieť, predvídať a zmierňovať psychické nepohodlie, zdravotné znevýhodnenie, ako aj podporovať psychologickú adaptáciu a osobný rozvoj jedinca (APA, <https://div12.org/?s=clinical+psychology>, citované dňa 28.09.2021).

2. História klinickej psychológie

Viacerí študenti sa možno pýtajú, prečo je potrebné poznať historické súvislosti klinickej psychológie. Je to preto, že poznanie histórie nám môže priniesť nielen inšpiráciu ale aj poznanie toho, čomu sa v budúcnosti vyvarovať. Ako si spomenieme v tejto kapitole, história liečby duševných porúch bola v minulosti minimálna až nehumánna. Duševné ochorenia bolo skôr zdrojom stigmatizácie a vylúčenia z väčšinovej spoločnosti. Samotné liečebné postupy boli skôr nevedecké, šamanské a opradené rúškom tajomstva. Preto sa nemusíme čudovať, že ľudia sa v minulosti psychických problémov skôr báli.

Po preštudovaní tejto kapitoly budete:

- poznať históriu psychiatrie,
- ovládať základné historické míľniky rozvoja klinickej psychológie,
- poznať významných slovenských psychológov, ktorí prispeli k rozvoju klinickej psychológie u nás.

2.1 História psychiatrie

História psychológie sa odvíja z histórie psychiatrie. V histórii psychiatrie rozlišujeme tri základné prístupy k chápaniu príčin duševných ťažkostí (spracované podľa Heretik & Heretik, 2016):

1. *magický* – hlása, že choroba je spôsobená vyššími, nadpozemskými, nadprirodzenými vplyvmi, prístup k liečeniu je intuitívny, liečiteľ je sprostredkovateľ medzi pacientom a vyššími silami. Dnes je tento prístup súčasť šamanského liečenia, náboženského exorcizmu, ľudového liečiteľstva.
2. *organický* – založený na presvedčení, že základné mechanizmy fungovania organizmu sú materiálneho pôvodu, sú empiricky poznateľné, ľudia budú schopní vďaka výskumu poznať a liečiť všetky duševné ochorenia. Dnes je tento prístup charakterizovaný značným rozvojom neurovied, štúdií mozgu, biochemického základu fungovania psychiky.

3. *psychologický* – reprezentuje presvedčenie, že prežívanie a správanie človeka je poznateľné, vysvetliteľné a ovplyvniteľné. Jedincovo blaho a kvalita života sú najdôležitejšie. Zdôrazňuje umenie pracovať s človekom. Kombinuje empirické postupy s intuitívnym prístupom.

Pravek

Dominuje šamanská tradícia. Dokladujú to jaskynné maľby. Šaman – vybraný člen zo skupiny, ktorý zastával dôležitú úlohu (zastrešoval kompetencie kňaza, lekára, psychológa), zosobňoval magický prístup k duševným ťažkostiam. Šamani používali psychoaktívne látky (halucinogény), tanec alebo bubnovanie na vyvolanie stavu extázy, tiež na liečebné a duchovné účely. Viedli iniciačné obrady pre mladých mužov kmeňa. K šamanskej tradícii sa hlási procesorientovaná psychológia A. Mindella. Dodnes nájdeme šamanskú tradíciu v kmeňoch nedotknutých západnou civilizáciou v Južnej Amerike alebo Afrike.

Starovek

- *Mezopotámia, Egypt* – dominovalo chrámové liečiteľstvo, kde boli liečiteľmi kňazi. Prevažoval magický prístup k duševným problémom.
- *India* – známe rukopisy nazývané Védy. Prevažoval magický výklad príčiny psychických problémov (hnev bohov), ale uznávali aj organické a psychologické príčiny duševných porúch (napr. nevhodná strava; porucha ako výsledok zmiešavania vzduchu, žlče, hlienu v tele; nezvládnuteľné vášne). Podľa príčiny bola navrhnutá liečba – cvičenia na sebaovládanie, či štúdium posvätných kníh. Dominovali dva náboženstvá: hinduizmus a budhizmus. Hinduizmus je dodnes filozoficko-náboženskou koncepciou Indie, hlása vieru v prevtelovanie, snahu dosiahnuť osvietenie cez jogové cvičenia. Budhizmus hlása cestu ako dosiahnuť oslobodenie zo strastí pomocou stále sa opakujúceho znovuzrodenia. Obsahuje etické pravidlá, a psychohygienické postupy. Budhizmus aj joga mali vplyv v 20. storočí na psychoterapeutické systémy (napríklad terapia všímavosti).
- *Čína* – duševné poruchy sú o narušení rovnováhy medzi komplementárnymi princípmi jin (feminita, smrť, mesiac, zima, slabosť) a jang (maskulinita, život, slnko, nebo,

tvrdosť). Používali originálne postupy diagnostiky a liečby problémov– meranie tepu, liečba akupunktúrou.

- *Starý Izrael* – medicínsky inšpirovaný Egyptom a Babylonom, Starý zákon v Biblii opisuje niektoré duševné poruchy, brané ako boží trest. V židovskej kultúre prevažoval liečebný postup v podobe výkladu snov (zdroj psychoanalýzy).
- *Antické Grécko* – magický, psychologický. aj organický prístup k duševným problémom. Sokrates (5.st.p.n.l.) – chápal filozofiu ako prostriedok liečby duše, dôraz na racionalitu, metóda náhľadu ako cesty k pravde, rozvinul techniky rozhovoru (základ súčasného psychologického rozhovoru). Platón, Aristoteles – dôraz na rozvíjanie intelektuálnej kultivácie človeka. Hippokrates – organický prístup, autor humorálnej typológie a temperamentových typov.
- *Starý Rím* – rozlíšenie akútnych a chronických duševných chorôb, opísali bludy a halucinácie, používali liečebné metódy ako kúpeľ, masáže; aj psychoterapeutické postupy ako muzikoterapia, biblioterapia. Galenos vyhlásil, že mozog je centrum mentálnych funkcií, príčiny duševných porúch sú mentálne a fyzické.

Stredovek, renesancia, osvietenstvo

- *Raný stredovek* – v terajšej Sýrii vznikol prvý azyl (útulok) pre duševne chorých. Avicenna napísal Kánon medicíny, ktorý obsahoval časti o diagnostike a liečbe duševných porúch ako je hystéria, melanchólia, mánia alebo epilepsia.
- *Vrcholný stredovek* – vplyv kresťanstva. Dominovala démonologická koncepcia, ktorá chápala duševné poruchy ako posadnutosť zlom, diablom. Preto ich liečili pomocou exorcizmu. Ženy chápané ako náchylnejšie na posadnutosť diablom, pričom psychicky choré ženy, aj liečiteľky sa často stávali obeťou exorcizmu. Častým riešením duševných porúch bola aj exkomunikácia (vylúčenie, izolácia z väčšinovej spoločnosti) chorých do kláštorných azylov pre duševne chorých.
- *Renesancia* – v tomto období dochádza k rozvoju filozofie a medicíny, dominuje snaha o vyvrátenie démonologickej koncepcie prístupu k duševným poruchám. René Descartes ako reprezentant filozofie dualizmu, priniesol myšlienky o nezávislom

fungovaní tela a duše. T. Hobbes a J. Locke ako empirici hlásali, že človek sa rodí ako tabula rasa, psychika vzniká až na základe skúseností.

- *Osvietenstvo* – 18. storočie, Francúzsko, dominoval materialistický pohľad na psychológiu, Julien de la Metrie vytvoril dielo *Človek stroj* (r. 1748), kde uvádza, že duševné vlastnosti sú podmienené fyzickými vlastnosťami organizmu, poprel dualizmus tela a duše.

18. storočie – začala reforma psychiatrickej starostlivosti

Philip Pinel – v období Veľkej francúzskej revolúcie (1789-1794) priniesol reformu psychiatrickej starostlivosti nazývanú tiež „Oslobodenie duševne chorých z reťazí“. Znamenala zlepšenie podmienok starostlivosti o duševne chorých, najmä hygienických, stravovacích, odstránenie brutality pri obmedzovaní nepokojných pacientov. Začala sa používať aj istá forma terapie najmä v podobe liečby prácou, pohybom na vzduchu, psychodráma, morálna liečba. Morálna liečba chápala ako príčinu duševných porúch nerest', nedostatok mravnosti, s chorými zaobchádzal ako s deťmi, nahradil fyzické obmedzovanie duševne chorých na moralizujúce tlačiacie ku konformite, liečba vyznaním duševných problémov ako hriechov pomocou pokánia.

Benjamin Rush – v rovnakom čase ako Pinel vo Francúzsku, v USA Rush zaviedli podobné princípy prístupu k duševne chorým: morálna liečba, úctivé a priateľské zaobchádzanie s pacientami.

19. storočie

Obdobie psychiatrického ústavníctva – psychiatria sa stáva rovnocennou k medicíne. Rakúsko-Uhorsko: budovanie ústavov, diferenciacia liečby podľa závažnosti duševnej poruchy (uzavreté oddelenia a otvorené oddelenia),

Emil Kraepelin a Eugen Bleuler – vytvárajú klasifikačný systém duševných porúch založený na deskripcii symptómov a syndrómov duševných porúch.

F.A. Mesmer – zavádza liečbu duchom. Realizoval verejné liečenia hypnózou a sugesciou. Nastupuje výskum **neuroanatómie, neurofyziológie** – objav rečových centier.

W. Wundt – v roku 1879 založil prvé psychologické laboratórium na univerzite v Lipsku, to znamenalo vznik psychológie ako vedy.

2.2 Vlastná história klinickej psychológie

Ako aplikovaná disciplína sa začína zavádzaním psychologických metód pôvodne používaných vo výskume na poznanie ľudí s vývinovými a duševnými poruchami. Klinická psychológia vznikla, keď boli založené psychologické kliniky pre deti a psychologické laboratória v psychiatrických liečebniach pre dospelých. Môžeme zhrnúť, že profesionalita klinickej psychológie sa odvíja z troch významných medzníkov v histórii psychológie:

a) Prednáška o klinickej metóde – Lightner Witmer v roku 1896 prvý prednášal o klinickej metóde v psychológii na kazuistike chlapca s poruchou reči. V tom istom roku založil psychologickú kliniku zameranú na pomoc deťom s vývinovými poruchami (poruchy reči, mentálna retardácia, poruchy správania). Tým sa začala vlastná história klinickej psychológie. Pokračovala zakladaním psychologických laboratórií pri nemocniciach po celom svete.

b) Vznik psychodiagnostických testov – história vzniku klinickej psychológie sa spája aj so vznikom psychodiagnostických testov. Práve zavedením psychodiagnostiky sa zvýšil rešpekt iných vied k psychológii:

1890 – Cattell zaviedol termín mentálny test.

1905 – Binet Simonova škála vytvorená pre klasifikovanie mentálne retardovaných žiakov ako požiadavka francúzskeho ministerstva školstva.

Obdobie prvej svetovej vojny – testovanie vojakov: testy Army Alfa a Army Beta

1935 – Rorschachov projektívny test, začala diagnostika osobnosti.

1939 – Tematicky apercipčný test TAT (Murray)

1939 – *Wechslerov test inteligencie (Wechsler-Bellevue)*

1943 – Minnesotský multifázový osobnostný inventár MMPI

1944≤ – využívanie štatistiky pri tvorbe a vyhodnocovaní testov.

c) Začiatok psychoterapie – začiatok 20. storočia

- P. Janet: vymedzuje psychoterapiu ako liečebnú metódu
- S. Freud: zdôraznil význam nevedomia, preslávil hypnózu
- 50 roky 20. storočia rozvoj ostatných psychoterapeutických smerov ako kognitívna a behaviorálna psychoterapia, existenciálna psychoterapia a mnohé iné.

2.3 Významné osobnosti v klinickej psychológii na Slovensku

Géza Dobrotka (1918-2002) (spracované podľa Heretik, 2002)

Géza Dobrotka je rodák z Kremnice, ktorý študoval psychológiu na Filozofickej fakulte UK v Bratislave a neskôr u prof. Lerscha v Lipsku. Po štúdiu začal pracovať na Psychiatrickej klinike LFUK v Bratislave. Na Slovensko priniesol a školil Rorschachovu metódu (ROR). Rozpracoval vlastný systém signovania a vyhodnotenia odpovedí v Hand-teste, ktorý umožňuje diferencovanejšiu diagnostiku agresivity v štruktúre osobnosti. Okrem toho vymedzil a definoval obsah súdnolekárskej psychológie.

Ondrej Kondáš (1930-2002) (spracované podľa Kordáčová, 2013)

Spoluzakladateľ klinickej psychológie u nás. Ondrej Kondáš sa narodil 29. septembra 1930 v Nižnej Kamenici na východnom Slovensku. Už počas detstva a dospievania sa vyznačoval živou činorodosťou, veľmi dobrými organizačnými schopnosťami, prirodzenou inteligenciou a optimizmom. Po štúdiu psychológie na Univerzite Komenského sa zamestnal v Psychiatrickej liečebni vo Veľkých Levároch na Záhori ako pomocná vedecká sila. Ondrej Kondáš v liečebni zriadil skromné psychologické laboratórium na počiatočné experimenty. Zaviedol pohybovú terapiu pacientov, biblioterapiu, dramaterapiu a muzikoterapiu, pričom jeho záujem o výskum v mnohom ovplyvnil aj klinickú prax tým, že do spoločných terapií vkladal metodológiu výskumu a poveril sestričky, aby robili časové záznamy zo všetkých aktivít. Pre obec Leváre tiež založil psychologickú poradňu. V psychodiagnostickej oblasti sa zaujímal o rečové prejavy psychotikov, podrobne analyzoval podnetové slová v asociačnom experimente. V psychologickom výskume sa zaoberal psychológiou odmeny a trestu.

Osobitnú oblasť predstavuje jeho záujem o alkoholikov. Pracoval s averzívnu terapiou a rozpracoval aj model alkoholizmu, vychádzajúci z teórie učenia.

V roku 1977 napísal prvú slovenskú učebnicu *Klinická psychológia*. Do psychologickéj praxe zaviedol Konceptiu klinickej psychológie a koncept klinicko-psychologického nálezu, ktorý bol záväzný pre psychológov pracujúcich v zdravotníckych zariadeniach. Zostavil aj plán rozvoja psychologických služieb na jednotlivých úsekoch liečebno-preventívnej starostlivosti a podporoval rezortné výskumné projekty klinických psychológov. Je zakladateľom discentnej terapie, ako formy kognitívno-behaviorálnej psychoterapie.

Andrej Stančák (1924-2014) (spracované podľa Pella, 2014)

Andrej Stančák sa narodil 20. septembra 1924 v Pečovskej Novej Vsi. Ľudovú a strednú školu absolvoval v Prešove, následne pokračoval v štúdiu psychológie na Univerzite Komenského v Bratislave. V rokoch 1951-1992 pracoval na Psychiatrickej klinike Lekárskej fakulty UPJŠ. Za jeho najväčšie úspechy možno považovať vyprofilovanie predmetu Lekárska psychológia a zriadenie oddelenia Klinickej psychológie, ktoré sa stalo bázou pre výučbu klinickej psychológie nielen v rámci pregraduálneho, ale aj postgraduálneho štúdia. Bol významnou osobnosťou psychológie v Košiciach.

Anton Heretik (narodený 1950)

Absolvoval štúdium psychológie na Filozofickej fakulte Univerzity Komenského. V r. 1973 až 1985 pracoval ako klinický psychológ na Psychiatrickej klinike Univerzitnej nemocnice v Bratislave. Od r. 1985 pôsobí na Katedre psychologických vied Filozofickej fakulty Univerzity Komenského, teraz ako profesor klinickej a forenznej psychológie. Je súdnym znalcom a zameriava sa najmä na posudzovania páchatel'ov násilnej trestnej činnosti. Publikoval desiatky odborných štúdií z oblasti psychopatológie, psychodiagnostiky a psychoterapie. Popri pedagogickej a vedecko-výskumnej činnosti pôsobí naďalej ako klinický psychológ v súkromnej poradenskej praxi. Je autorom a zostavovateľom učebnice *Klinická psychológia a Forezná psychológia*, ale aj kníh pre laickú verejnosť ako je *Zlo, Sny, Humor, Narcizmus*.

2.4 Súhrn

Klinická psychológia sa v súčasnosti veľmi dynamicky rozvíja. Napríklad neuropsychológia zažíva obrovský výskumný rozmach. Podobne psychoterapia napreduje, čo dokazuje viac ako štyristo psychoterapeutických smerov. Modernizačnú výzva však na Slovensku musí zdoať psychodiagnostika. Je potrebné inovovať zastarané normy so zohľadnením napríklad Flynovho efektu pri kognitívnych psychologických testoch. Podobne je nutné doplniť a adaptovať vhodné psychodiagnostické nástroje pre pacientov so zrakovým alebo sluchovým znevýhodnením. Nemalú pozornosť si zasluhuje otázka tvorby vhodných výkonových testov pre potreby menšinovej populácie. Práve preto nie je dobré v oblasti psychológie zotrvať len pri histórii, ale podporiť jej napredovanie do budúcnosti.

3. Konceptia normality a klasifikačné systémy duševných porúch

Klinická psychológia sa v zahraničnej literatúre zvykne označovať synonymickým pomenovaním abnormálna psychológia. Napríklad Davey (2021) definuje klinickú psychológiu ako vedu, ktorá sa systematicky zaoberá štúdiom abnormálneho správania, teda etiológiou, symptomatikou a procesom psychologickéj liečby duševných porúch. V tejto súvislosti preto vystáva otázka: „Čo je ešte normálne teda zdravé, a čo už abnormálne, teda choré?“

Ako sa dozviete v tejto kapitole, zodpovedanie tejto zdanlivo jednoduchéj otázky vôbec nie je jednoduché a jednoznačné.

Po preštudovaní tejto kapitoly budete:

- vedieť definovať abnormalitu a normalitu,
- poznať výhody a nevýhody troch koncepcií normality (štatistická, sociálna a adaptačno-funkčná koncepcia),
- vedieť určiť kritériá abnormality,
- poznať klasifikačné systémy psychických porúch.

3.1 Normalita verzus abnormalita

Najjednoduchšie je možné charakterizovať abnormalitu ako všetko, čo sa líši od normálu, teda od obvyklých, či typických prejavov jedinca. V tejto súvislosti Rosenhan uskutočnil v roku 1973 zaujímavú klinickú štúdiu. Osem vybraných zdravých dobrovoľníkov predstieralo psychotické symptómy v podobe počutia hlasov, ktorými oklamali personál dvanástich psychiatrických liečební. Bolo zaujímavé, že pseudopacienti po prijatí na psychiatrické kliniky okamžite prestali predstierať psychotickú symptomatiku, čo si však nikto zo zamestnancov nevšimol. Naopak, ich bežné správanie bolo vnímané ako dodatočný dôkaz abnormality. Pseudopacienti boli následne z psychiatrických kliník prepustení po 7 až 52 dňoch, pričom všetci odchádzali s diagnózou schizofrénie. Aj tento príklad dokazuje, že posúdenie normality jedinca patrí k jednej z najťažších oblastí práce klinického psychológa.

Normalita sa často spája s prejavmi zdravia, naopak abnormalita s prejavmi ochorenia. Skúsme si teda na začiatok, pri definovaní normality a abnormality pomôcť definíciou zdravia a choroby.

Svetová zdravotnícka organizácia WHO vymedzuje **zdravie** ako stav úplnej telesnej, psychickej a duchovnej pohody. Zdravie sa podľa Svetovej zdravotníckej organizácie WHO chápe ako kladná hodnota, ktorá motivuje človeka k jej dosiahnutiu. Už pri čítaní nám však môže byť jasné, že takéto charakterizovanie zdravia je pomerne ideálne, a je otázne či je reálne naplniteľné. WHO tiež nehovorí o stave, keď je človek ustarostený, cíti sa zle, avšak nemá jasné symptómy ochorenia. Pre porovnanie, Křivohlavý (2002, str. 50) chápe zdravie ako: „...celkový (telesný, psychický, sociálny a duchovný) stav človeka, ktorý mu umožňuje dosahovať optimálnu kvalitu života a nie je prekážkou obdobnému snaženiu druhých ľudí.“ Tým, že Křivohlavý dáva do súvisu zdravie s optimálnou kvalitou života a sociálnymi rozmermi, sa viac približuje reálnemu poňatiu zdravo – normálne fungujúceho jedinca.

Termín **ochorenie** sa vo všeobecnosti definuje ako narušenie homeostázy medzi organizmom a prostredím vedúci k fyziologickým, anatomickým, ale aj psychickým zmenám v organizme, prejavujúci sa typickými symptómami. Reprezentuje poškodenie, oslabenie alebo zníženú aktivitu určitej činnosti organizmu. Je to špecifické ohrozenie aktuálneho stavu jedinca, dôsledkom čoho sa obmedzujú jeho aktivity a aspirácie. Zasahuje celého človeka v podobe zdravotnej nepohody, zvýšeného stresu, znemožnenia dosahovania cieľov a tiež sociálneho fungovania. Uvedené definície choroby však vymedzujú ochorenie najmä z perspektívy dôsledkov, minimálne na základe prejavov, alebo kritérií.

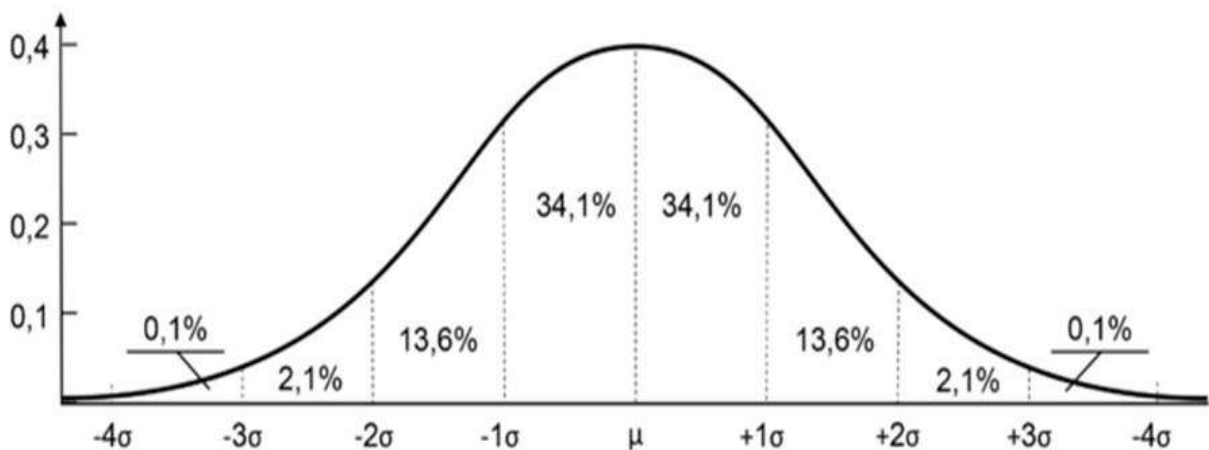
Koncepcie normality

Uviedli sme si viaceré nedostatky definovania normality pomocou konceptu zdravia a abnormality pomocou ochorenia. Preto sa vymedzenie abnormality v psychológii a psychopatológii spája s tromi **koncepciami normality**: štatistická, sociálno-normatívna a adaptačno-funkčná, ktoré rozdielnym spôsobom vymedzujú, čo sa považuje za normálne.

- 1) **Štatistická koncepcia normality** – predpokladá, že psychické fenomény (vlastnosti, schopnosti, výkony) sú v populácii normálne rozložené, že u nich môžeme uplatniť

Gaussovu krivku. Normálne je to, čo sa vyskytuje najčastejšie, teda sa pohybuje okolo priemeru s odchýlkou plus mínus dve sigmy. To, čo sa nachádza za hranicou, teda dosahuje ± 3 štandardné odchýlka (sigmy) sa podľa tejto koncepcie považuje za abnormálne. Táto koncepcia je základom psychometrie a štatistiky, východiskom zisťovania interindividuálnych rozdielov, porovnaním individuálneho výkonu s populačnými normami. Tým pomohla psychológii presadiť sa medzi empirickými vedami.

Má svoje limity – napr. pri posudzovaní inteligencie je vysoko nadpriemerná inteligencia (nad 130 IQ) rovnako patologická ako nízka (pod IQ 70). (obrázok 1). Štatistická koncepcia nezohľadňuje individuálnu variabilitu.



Obrázok 1 Gaussova krivka inteligencie

- 2) **Sociálno-normatívna koncepcia normality** – týka sa sociálnych noriem, konkrétne pravidiel písaných aj nepísaných na reguláciu správania a ľudských interakcií. Normy sa týkajú napríklad prejavovania emócií, postojov, hodnôt. Táto koncepcia považuje za normálne to, čo je konvenčné a spoločensky konformné, zodpovedajúce zvyklostiam a mravom v spoločnosti. Za normálne sa považuje to, na čom sa skupina dohodne, čo môže byť aj riziková.

Má tieto limity – v podobe stereotypných postojov k členom istých skupín (napr. deti príslušníkov rómskeho etnika a ich prednostné umiestňovanie do špeciálnych základných škôl). Ďalším problémom tejto koncepcie je aj nejednotnosť a protikladnosť, ktorá sa prejavuje tým, že závažnosť rovnakého správania sa môže rôzne posudzovať v závislosti od toho, do akej sociálnej skupiny alebo kultúry človek patrí (napr. v Saudskej Arábii sa prejavy agresivity u chlapcov považujú za žiadúce, očakávané a aj tolerované s odôvodnením, že sú symbolom ich mužnosti).

- 3) **Adaptačno-funkčná koncepcia** – viac zohľadňuje jedinečnosť človeka. Pomenováva okolnosti, kedy má jedinec ťažkosti fungovať v každodennom živote. Psychika človeka sa chápe ako aparát, ktorý mu umožňuje prispôbiť sa prostrediu, v ktorom žije. Adapácia je rovnováha medzi asimiláciou (prispôsobovanie okolia mojim potrebám) a akomodáciou (prispôsobenie seba okoliu).

V nadväznosti na adaptačno-funkčnú koncepciu normality, významné psychoterapeutické smery charakterizujú čo je podľa nich normálne.

Psychodynamický smer – optimálne adaptovaná osobnosť je taká, ktorá má primerane silné a nezávislé ego, ktoré je realistické v hodnotení seba a sveta.

Behavioristický smer – schopnosť adaptácie definuje pomocou flexibility, výkonnosti a kompetencie. Adapácia sa dá rozvíjať a zdokonaľovať učením a tréningom.

Humanistický smer – predpokladom optimálne fungujúcej a adaptovanej osobnosti je podpora osobnostného rastu jedinca, jeho sebaaktualizácie, viera v jeho potenciál.

Kritéria normality (Syřišťová, 1972)

Na základe spomenutých koncepcií normality boli vytvorené aj kritériá normality:

- *subjektívne uspokojenie* – jedincom prežívanie dostatku pozitívnych emócií, primeraná sebadôvera, zažívanie úspechu,

- *správne sebahodnotenie* – primerané aspirácie, vzdialenosť medzi reálnym a ideálnym ja. Ak je vzdialenosť veľká, tak dominujú pocity menejcennosti, prísny vnútorný kritik. Naopak aj je malá, tak prevažuje uspokojenie, malá potreba osobnostného rastu,
- *cit identity* – vedomie samého seba, svojej hodnoty, svojej nevyhnutnosti bytia na tomto svete. Vedomie o tom, že niekde patrím, že ma niekto potrebuje,
- *sebarealizácia, sebaaktualizácia* – toto kritérium sa objavuje v mnohých teóriách osobnosti ako dominantná motivačná sila (napr. Maslow, Rogers). Reprezentuje tendenciu jedinca naplňať svoj potenciál bez ohľadu na limitujúce biologické, genetické alebo sociálne determinanty,
- *autonómia* – relatívna nezávislosť od fyzikálneho a sociálneho prostredia, vnútorná sloboda,
- *integrácia osobnosti* – znamená jednotu v prežívaní, myslení, správaní jedinca. Rogers to nazýva termínom kongruencia. Opakom je inkongruencia sa zjednodušene charakterizuje ako nesúlad medzi prežívaním a sociálnym správaním,
- *odolnosť voči stresu a tolerancia úzkosti* – stres je považovaný za spúšťač viacerých psychických porúch (napr. depresie). Preto je odolnosť voči stresu a použitie primeraných a adaptívnych zvládacích stratégií prejavom zdravia. Naopak zvládanie stresu v podobe nadužívania alkoholu nie je adaptívna copingová stratégia,
- *adekvátna percepcia reality* – schopnosť správne vnímať a intelektovo spracovávať podnety z vonkajšieho prostredia,
- *schopnosť prežitia* – je biologicky podmienená v podobe pudu sebazáchovy. U ľudí je schopnosť prežitia spojená so zmyslom života. Suicídium reprezentuje poruchu pudu sebazáchovy,
- *sociálna adaptácia* – rovnováha medzi asimiláciou a akomodáciou.

Kritéria abnormality (Heretik & Heretik, 2016)
--

Komplementárne ku kritériám normality musíme uvažovať aj o kritériách abnormality:

- *subjektívne utrpenie* – určitá emocionálna bolesť a psychická tieseň sú v živote bežné. Problematické sa stávajú vtedy, ak ich intenzita je natoľko vysoká, že zasahujú do

každodenného života jedinca a znemožňuje jeho každodenné činnosti. Subjektívne utrpenie je najčastejší dôvod prečo človek vyhľadá psychologickú pomoc. Pacient subjektívne pociťuje psychickú nepohodu, trpí, nevie ako ďalej. Najčastejšie je táto charakteristika prítomná pri úzkostných poruchách. Subjektívne utrpenie však nemusí byť prítomné pri všetkých diagnózach. Napríklad pacienti s mániou alebo narcistickou poruchou osobnosti túto charakteristiku abnormality nemajú,

- *neprispôsobilosť* – neschopnosť adaptovať sa na meniace podmienky. Napríklad pri poruche autistického spektra, kde je jedinec uzavretý v „imaginárnom“ svete a má problém zvládať a vyrovnávať sa so zmenami,
- *porušovanie sociálnych noriem* – určité správanie sa hodnotí ako sociálna patológia (kriminalita), je to spojené absenciou vyšších citov: sociálne, estetické, etické. Porušovanie sociálnych noriem vedie k marginalizácii, sociálnej exklúzii. Objavuje sa často napríklad ako dôsledok závislosti od psychoaktívnych látok. V dôsledku ich nadužívania dochádza k degradácii vyšších citov nazývaného tiež charakteropatia,
- *nezvyčajnosť, bizarnosť* – súvisí so štatistickou koncepciou normality. Zastrešuje všetky prejavy ktoré sú neobyčajné, zvláštne alebo netypické. Napríklad bludy v myslení, alebo kompulzívne rituály v správaní obsedantno-kompulzívneho pacienta,
- *strata kontroly* – schopnosť kontroly emócií je cenená hlavne v západnej spoločnosti, impulzivita. Strata kontroly nad správaním sú napríklad súčasťou porúch osobnosti. Odvrátenou stranou mince je prehnaná sebakontrola. Aj prejavy až prílišnej kontroly sú patologické,
- *diskomfort pozorovateľa* – postoje a emócie pozorovateľa ovplyvňujú to, čo pokladá za normálne a naopak. Každý psychológ vie, že istý „druh pacientov“ nemá rád. Preto je v rámci profesionálnej etiky dôležité, aby každý klinický psychológ vedel o týchto svojich „slepých“ miestach, aby neovplyvňovali jeho profesionalitu a objektivitu.

3.2 Klasifikačné systémy psychických porúch

Aby profesionáli v oblasti duševného zdravia nepodliehali skresleniam alebo limitom spomenutých v rámci jednotlivých koncepcií normality, pri svojej práci používajú klasifikačné

systémy ochorení a psychických porúch. Na Slovensku sú v psychiatrii a psychológii najpoužívanejšie dva systémy: Medzinárodná klasifikácia chorôb MKCH a Štatistická príručka duševných porúch DSM.

Používanie spoločných a jednotných klasifikačných systémov má viacero výhod:

- zaisťuje štandardizovanú interpretáciu symptómov a diagnostických znakov,
- poskytuje spoločný formálny jazyk pre zdravotníckych profesionálov,
- v klinickej praxi zabezpečuje jednotnú komunikáciu v oblasti liečby a prevencie,
- vo vzdelávaní poskytuje jednotu v psychopatológii a v diagnostike,
- vo výskume ponúka porovnateľné výsledky výskumu etiológie a efektivity liečby,
- oba uvedené klasifikačné systémy majú viacosový formát, čo zabezpečuje dôkladné vyhodnotenie jednotlivých prípadov s dôrazom na celkový zdravotný stav, psychosociálne problémy, ale aj úroveň samostatnosti pacienta. MKCH a DSM používajú špecifické číselné kódovanie,
- pomáhajú špecifikovať diagnózu.

Diagnóza umožňuje hlbšie poznanie človeka. Presná a kvalitná diagnóza by mala viesť k odstráneniu symptómov a k následnému „vyliečeniu“.

Typy diagnóz:

1. kategoriálna diagnóza – stanovená na základe pozorovania prejavov jedinca alebo rozhovorom,
2. dimenzionálna – stanovená na základe pozorovania nie len patologických prejavov jedinca ale celého spektra prejavov,
3. vývojovo chápaná diagnóza – prognostická, predpokladá podmienky, pri ktorých bude jedinec so svojou diagnózou žiť,
4. diferenciálna diagnóza – stanovená na základe porovnávania symptómov chorôb, ktoré prichádzajú u vyšetrovaného do úvahy, s cieľom vylúčiť diagnostický omyl.

Chyby v diagnostike:

- a) falošná pozitívna chyba – jedincovi je stanovená diagnóza, ktorú nemá
- b) falošná negatívna chyba – jedinec nevykazuje príznaky poruchy, ale niečím trpí

V súčasnosti sa v praxi pracuje s jedenástou revíziou Medzinárodnej klasifikácie chorôb MKCH-11 a piatou revíziou Štatistickej príručky duševných porúch DSM.

Medzinárodná klasifikácia chorôb MKCH-11
--

MKCH sa dominantne používa v Európe. Predchádzajúca MKCH-10 bola vypracovaná a schválená Svetovou zdravotníckou organizáciou WHO v roku 1994. Novinkou v diagnostike a klasifikácii ochorení a psychických porúch je jedenásta revízia MKCH-11, ktorú WHO schválila v roku 2019. Novinkou pri MKCH-11 bude, že má aj podobu elektronickej aplikácie, kým doterajšie revízie mali knižný formát. Porovnanie duševných porúch v MKCH-10 a v MKCH-11 je uvedené v tabuľke 1.

Tabuľka 1 Prehľad kategórií duševných porúch v MKCH-10 a MKCH-11 (WHO, 1994; Gaebel, Stricker, & Kerst, 2020)

MKCH-10	MKCH-11
F00 - F09 Organické a symptomatické duševné poruchy	6D70-6E0Z Neurokognitívne poruchy 8A20-8A2Z Poruchy s neurokognitívnou poruchou ako hlavným znakom
F10 - F19 Duševné poruchy a poruchy správania vyvolané užívaním návykových látok	6C40-6C5Z Poruchy spôsobené užívaním látok alebo návykovým správaním
F20 - F29 Schizofrénne, schizoforné poruchy a poruchy s bludmi	6A20-6A2Z Schizofrénia alebo iné primárne psychotické poruchy 6A40-6A4Z Katatónia
F30 - F39 Poruchy nálad (afektívne poruchy)	6A60-6A8Z Poruchy nálad

<p>F40 - F48 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresom, somatoformné poruchy.</p>	<p>6B00-6B0Z Úzkostné a so strachom súvisiace poruchy 6B20-6B2Z Obsedantno-kompulzívne a súvisiace poruchy 6B40-6B4Z Poruchy špecificky spojené so stresom 6B60-6B6Z Disociatívne poruchy 6C20-6C2Z Somatoformné poruchy</p>
<p>F50 - F59 Behaviorálne syndrómy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktormi</p>	<p>6B80-6B8Z Poruchy kŕmenia alebo príjmu potravy 6E20-6E2Z Duševné poruchy alebo poruchy správania súvisiace s tehotenstvom, pôrodom alebo šestonedelím 6E40-6E40Z Psychologické faktory alebo faktory správania ovplyvňujúce poruchy alebo choroby zaradené inde</p>
<p>F60 - F69 Poruchy osobnosti a správania dospelých.</p>	<p>6C70-6C7Z Poruchy kontroly impulzov 6D10-6D11.5 Poruchy osobnosti 6D30-6D3Z Parafilné poruchy 7A00-7A0Z Poruchy nespavosti 7A20-7A2Z Poruchy cirkadiálneho rytmu HA60-HA6Z Rodová inkongruencia</p>
<p>F70 - F79 Mentálna retardácia</p>	<p>6A00-6A00.Z Poruchy intelektuálneho vývinu</p>
<p>F80 - F89 Poruchy psychického vývinu</p>	<p>6A00-6A06.Z Neurovývinové poruchy</p>

F90 - F98 Poruchy správania a emočné poruchy vznikajúce zväčša v detstve a počas dospievania	6C90-6C9Z Poruchy správania alebo disociatívne poruchy
F99 Nešpecifikovaná duševná porucha	6E60-6E6Z Sekundárne duševné alebo behaviorálne syndrómy spojené s poruchami alebo chorobami zaradenými inde

Štatistická príručka duševných porúch DSM-5

Štatistická príručka duševných porúch **DSM-5** debutovala v máji 2013 na výročnej konferencii Americkej psychiatrickej asociácie (APA). DMS-5 sa dominantne používa v USA. Obsahuje tieto hlavné diagnostické triedy:

- Neurovývinové poruchy
- Spektrum schizofrénie a iných psychotických porúch
- Bipolárna porucha a príbuzné poruchy
- Depresívne poruchy
- Úzkostné poruchy
- Obsedantno – kompulzívna porucha a príbuzné poruchy
- Poruchy viazané na psychotraumu a pôsobenie stresorov
- Disociatívne poruchy
- Poruchy s telesnými príznakmi
- Poruchy príjmu potravy a poruchy súvisiace s príjmom jedla
- Poruchy eliminácie
- Poruchy cyklu spánok – bdenie
- Sexuálne dysfunkcie
- Dysfória súvisiaca s pohlavnou identitou

- Poruchy s výbušnosťou, narušenou kontrolou impulzov a narušeným správaním sa
- Poruchy spôsobené užívaním látok a závislosti
- Neurokognitívne poruchy
- Poruchy osobnosti
- Parafylické poruchy
- Iné poruchy

DSM je pravidelne revidovaná tak, aby zahrňovala najnovšie informácie a závery výskumov o psychických poruchách. Na tvorbe revízií sa podieľajú pracovné skupiny, ktoré tvoria klinickí a výskumní pracovníci. Oproti predchádzajúcej revízii DSM-IV, DSM-V zaviedla aj tieto zmeny v oblasti psychických porúch, ktoré uvádzame prehľadne v tabuľke 2.

Tabuľka 2 Niektoré zmeny v DSM-5

DSM-VI	DSM-5
Demencia	Neurokognitívna porucha
Autistická porucha	Porucha autistického spektra
Dystýmia	Perzistujúca depresívna porucha
Mužská porucha orgazmu	Oneskorená ejakulácia
Koktavosť	Porucha plynulosti reči
Podtypy schizofrénie	Zrušenie podtypov schizofrénie

3.3 Súhrn

„*Je toto správanie normálne?*“...túto otázku často počuť v psychologickej praxi od pacientov alebo ich rodinných príslušníkov. Ako sme si ukázali v tejto kapitole, jej zodpovedanie nie je vôbec jednoduché. Záleží od toho, cez ktorú koncepciu normality na problém nazeráme alebo, ktorý klasifikačný systém psychických porúch vo svojej praxi dominantne používame. Viacerí teoretici sa pokúšajú o porovnanie a určenie rozdielov v prístupe, ku konkrétnym psychickým poruchám z pohľadu DSM-5 a MKCH 11. Pri viacerých diagnózach je však toto určenie spoločných alebo rozdielnych faktorov až nemožné. S ohľadom na skutočnosť, že používanie

klasifikačných systémov porúch plní najmä komunikačnú úlohu medzi profesionálmi, odporúčam dominantne využívať a orientovať sa v jednom klasifikačnom systéme, ktorý má v našej krajine väčšiu tradíciu v používaní. V súčasnosti je možné v odbornej verejnosti zachytiť diskusiu ohľadom destigmatizácie psychických porúch. Dôkazom toho je fakt, že sa odborný vedecký časopis *Journal of Abnormal Psychology* premenoval v roku 2022 na *Journal of Psychopathology and Clinical Psychology*.

4. Činitele vzniku psychických porúch

Jednou z častých snáh výskumníkov v oblasti klinickej psychológie je zodpovedanie otázky, čo spôsobuje vznik psychických porúch. Nájdenie jasnej odpovede by nám umožnilo cielene liečiť a psychoterapeuticky pôsobiť na konkrétne faktory, ktoré stoja v pozadí psychiatrickej poruchy. Ako sa však v tejto kapitole dozvieme, väčšina psychických porúch má multifaktoriálnu etiológiu. To znamená, že k tomu aby vznikli, je nutná kombinácia viacerých činiteľov a premenných.

Po preštudovaní tejto kapitoly budete:

- rozumieť termínu etiológia,
- poznať biologické prediktory vzniku psychických porúch,
- ovládať psychogénne činitele vzniku porúch.

4.1 Etiológia

Etiológia – vedná disciplína, ktorá sa venuje štúdiu príčin, pozadia vzniku ochorení. V klasickej psychiatrii rozlišujeme tri základné etiologické faktory:

1. endogénne – biologické, dedičnosť, biochémia mozgu
2. exogénne – psychogénne, toxické vplyvy
3. organické/somatogénne – spôsobené diagnostikovaným telesným poškodením.

V súčasnosti prevláda bio-psycho-sociálny model vzniku psychických problémov. Objasňuje, že v pozadie psychických porúch je multidimenzionálne. Znamená to, že sa dnes predpokladá, že pri každej duševnej poruche hrajú určitú rolu biologické, psychogénne aj sociálne faktory. Ich význam a podiel sa pri rôznych poruchách rôzne líši, existujú aj interindividuálne rozdiely v podiely týchto faktorov. Samostatne si biologické a psychogénne etiologické premenné rozoberieme v nasledujúcich podkapitolách.

4.2 Biologické etiologické faktory

Biologická etiológia predpokladá zásadný vplyv biologických faktorov pri vzniku duševných porúch. Zaradíme sem genetiku, neuroanatómiu a neurofyziológiu mozgu:

- **Genetika** – súčasná veda zaznamenáva obrovské pokroky v jej skúmaní, avšak len v malom počte duševných porúch je jednoznačná genetická príčina. V prípade duševných ochorení a genetiky ide často o tzv. oligogénny (na vyjadrenie poruchy prispieva súčasne viacero génov) alebo polygenetický prenos (znak je vyjadrený na podklade množstva génov), pričom každý gén má len nepatrný príspevok. Problémom je tiež expresia genetickej dispozície, teda to, či sa gén prejaví alebo nie.

Podkladom skúmania úlohy genetiky pre vznik psychických porúch bol v minulosti výskum mono a dizygotných dvojčiat, ktoré žili oddelene. Pri najzávažnejších poruchách ako je napríklad schizofrénia sa ukázal významný podiel dedičnosti na rozvoj poruchy. Avšak zistilo sa, že ani takmer 100% zhodnosť genetickej informácie nezaručovala 100% prenos duševnej poruchy. Napríklad pri schizofrénii u jednovaječných dvojčiat, kde jedno má schizofréniiu, to druhé malo pravdepodobnosť, že ju dostane 50% (Orel et al., 2012). V súčasnosti sa výskum dvojčiat v oddelenom prostredí považuje za neetický.

- **Neuroanatómia, neurofyziológia mozgu** – mozog: skúmané sú funkčné a anatomické štruktúry. Výskum mozgu a jeho súvislostí s etiológiou psychických porúch komplikuje skutočnosť, že málokto psychický problém je spôsobený hrubou poruchou väčších štruktúr mozgu, ktoré by navyše dokázali zachytiť používané zobrazovacie metódy (napr. CT vyšetrenie). V tejto súvislosti sa zistilo, že veľkosť mozgu schizofrenikov sa líši od mozgu zdravého jedinca. Avšak väčšina psychických porúch má narušený najmä mechanizmus na úrovni neurotransmiterov (prenášačov nervového vzruchu), čo zobrazovacie metódy nezachytia.

S problematikou neuroanatómie a neurofyziológie mozgu pri psychických poruchách súvisia aj rizikové faktory, ktoré môžu viesť k poškodeniu mozgu počas tehotenstva (prenatálne riziká), v priebehu pôrodu (perinatálne riziká) alebo tesne po narodení dieťaťa (postnatálne riziká). Preto v tabuľke 3 uvádzame zoznam týchto rizikových faktorov:

Tabuľka 3 Prehľad rizikových faktorov spojených s pôrodom podieľajúcich sa na poškodení mozgu (Orel et al, 2012)

Prenatálne riziká	Perinatálne riziká	Postnatálne riziká
genetické odchýlky (Dawnov syndróm)	hypoxia/asfyxia plodu (nedostatok kyslíka, detská mozgová obrna)	úrazy hlavy
infekčné choroby matky (toxoplazmóza, cytomegalovírus)	Krvácanie do mozgu	zápal mozgu
chemické látky (alkohol, lieky)	protrahovaný pôrod	otrava
choroba matky (diabetes)	predčasné odtečenie plodovej vody	infekčné poškodenie mozgu
psychický stav matky		

Všetky rizikové faktory uvedené v tabuľke môžu predstavovať začiatok alebo spúšťač závažných psychických porúch (napr. detská mozgová obrna, zaostávanie v rámci psychomotorického vývinu, schizofrénia)

4.3 Psychogénne etiologické faktory

Psychogénne etiologické premenné môžu stáť ako jediné premenné, ktoré zodpovedajú za vznik poruchy (napr. stres a reaktívna depresia). Oveľa častejšie však vystupujú v podobe spúšťačov u tých jedincov, ktorí majú istú biologickú zraniteľnosť alebo vulnerabilitu pre vznik konkrétneho psychického problému (napr. depresia). Patrí sem nasledovné:

- **Stres** – reakcia organizmu na nadmernú záťaž. Predstavuje špecifický prípad záťaže. Vzniká ako výsledok pôsobenia subjektívne vnímanej nadmernej záťaže. To následne vyvolá v organizme nerovnováhu, teda stav kedy nároky jedinca presahujú jeho adaptačné mechanizmy a možnosti zvládania. To čo jedinec vníma ako stres je veľmi individuálne. Pre jedného to môže byť rozhovor so šéfom, pre druhého ťažko splniteľný

termín alebo aj nespokojnosť jedinca. Preto stres vzniká vtedy, keď sa daná náročná okolnosť stáva ťažšie zvládnuteľná alebo až nezvládnuteľná.

Stresujúce pre nás môžu byť tak veľké životné udalosti ako je strata životného partnera alebo rozvod, ale aj denné mrzutosti ako je dopravná zápcha, zmeškaný autobus, pripálená večera. V prípade denných mrzutostí platí, že sa stávajú stresujúce hlavne vtedy, keď máme „deň blbec“ a objaví sa ich naraz viac.

Podnety, ktoré vyvolávajú stres nazývame stresory. Stresory môžu mať fyzikálnu (napr. hluk), alebo psychologickú povahu (sociálna izolácia, intrapersonálny konflikt). Taktiež môžeme stresory rozdeliť na:

- vonkajšie: hluk, senzorická deprivácia, situácia nebezpečenstva,
- prekážky v uspokojovaní primárnych potrieb: nedostatok spánku, jedla a odpočinku,
- záťaž pri výkone: časová tieseň, nadmerné požiadavky, ale i nízke požiadavky spojené s monotónnou prácou,
- sociálne: sociálna izolácia, medziľudské konflikty a sociálne problémy,
- konflikty: nátlak na rozhodovanie, neistota v pokusoch o zvládanie úloh.

Okrem toho v psychológii delíme stres aj na eustres (pozitívny stres – napríklad svadba, narodenie dieťaťa) a distres (negatívny stres – napríklad časová tieseň).

Selye (1972) vytvoril všeobecný adaptačný syndróm (GAS), ktorý opisuje fyziologický priebeh stresu spojený s celkovou aktiváciou organizmu:

- a) fáza poplachu – aktivácia neuroendokrinného systému organizmu zvýši sa srdcová činnosť, pulz a dýchanie, naopak trávenie a činnosť imunitného systému sa spomalí, zvýšenie vylučovania hormónov, nabadenosť, aktivita organizmu. Všetky tieto fyziologické zmeny pripravujú organizmus na „boj“ so stresom.
- b) fáza odolnosti alebo rezistencie – predstavuje boj organizmu so stresorom, nabadenie a aktivácia sa udržuje na vysokej úrovni, čo umožňuje istý čas zvládať náročné situácie. Ak určitý stresor pôsobí opakovane, dochádza k postupnému prispôsobovaniu sa a adaptovaniu organizmu, zvyšuje sa

odolnosť. Ak však organizmus nie je dostatočne silný, postupuje do tretieho štádia.

- c) fáza vyčerpania alebo exhauscie – aktivácia jedinca klesá pod individuálny priemer. Pri dlhodobých stresoch môže dôjsť k vzniku psychických a psychosomatických ochorení.
- d) niekedy sa uvádza aj štvrtá fáza rekuperácie – zotavovanie sa, čas, ktorý je potrebný, aby sa organizmus vrátil k normálnemu fungovaniu.

Všeobecný adaptačný syndróm sprevádzajú tieto zmeny:

- *telesné zmeny*: hormonálne zmeny, zblednutie/sčervenanie, búšenie srdca, nadmerné potenie, potreba močenia, zmeny v tepovej frekvencii
- *psychické zmeny*: únava, vyčerpanosť, netrpezlivosť, chybné výkony, rôzne emocionálne stavy (úzkosť, hnev, depresia, apatia)

Určitú hladinu stresu k životu potrebuje, práve preto, že nás stres nabudzuje a aktivizuje. Problematický z pohľadu klinickej psychológie je najmä chronický (dlhotrvajúci) stres, kedy stres vystupuje často ako spúšťač viacerých psychických problémov (napr. depresia, schizofrénia, psychosomatické ochorenia). Práve pri schizofrénii a depresívnej poruche platí, že človek môže mať istú biologickú predispozíciu, ale práve spúšťač zabezpečí, že sa tieto predispozície prejavia. Pri schizofrénii je významným spúšťačom aj užívanie psychoaktívnych látok.

- **Psychotrauma** – silný, negatívne emočne nabitý zážitok, ktorý sa týka významnej oblasti života človeka. Freud ako predstaviteľ klasickej psychoanalýzy prišiel s myšlienkou, že zážitok traumy je významný psychogénny faktor, ktorý spúšťa disociačné mechanizmy. Pre porovnanie Bowlby vnímal ako zdroj traumy odlúčenie sa od materskej osoby v dôležitom období vývinu. Psychotrauma a jej dôsledky sú časté u veteránov z vojen, u vojakov, väzňov, obetí prírodných katastrof, obetí fyzického a sexuálneho násillia, týrania v detstve a pod. Po roku 1980 sa dostali obrazy vážnych reakcií na traumy a stres do diagnostických klasifikačných systémov.

Výskum traumy sa spája najmä s konceptom veľkých životných udalostí (life events), ktoré v signifikantnom smere ovplyvňujú život človeka. Tento termín bol uvedený už pri strese. Holmes & Rahe (1967) vytvorili zoznam negatívne pôsobiacich významných životných udalostí aj so škálou merajúcou predpokladanú mieru ich závažnosti. V ich zozname môžeme nájsť udalosti ako rozvod, strata životného partnera, ale aj pozitívne udalosti ako narodenie dieťaťa, Vianoce, alebo svadba.

Psychotrauma sa spája najmä s rozvojom postraumatickej stresovej poruchy a tiež psychosomatických ťažkostí alebo disociácií.

- **Konflikt** – stretnutie dvoch protichodných približne rovnako silných tendencií, ktoré vyžadujú protichodné správanie. Konflikty záujmov, názorov, postojov, predstáv. Inter a intrapersonálne, vnútroskupinové a medziskupinové nezhody.

Lewin (2019) vytvoril Teóriu poľa, kde predstavil klasifikáciu intrapsychických konfliktov:

- a) priblíženie – priblíženie: dva rovnako silné pozitívne ciele (dvaja partneri, dve možnosti zamestnania),
- b) vyhnutie – vyhnutie: človek je vystavený dvom negatívnym podnetom (napr. vzdať sa niečoho práce alebo školy),
- c) priblíženie – vyhnutie: je to situácia frustrácie, na ceste za pozitívnym cieľom stojí nejaká prekážka,
- d) viacnásobné priblíženie – vyhnutie: pri viacerých motívoch, cieľoch nachádzame viacero pozitív a negatív.

Konflikty sú bežnou súčasťou života, väčšinou majú pozitívny vplyv na vývin osobnosti (napr. vývinové konflikty). Zdrojom psychických porúch sa stávajú ak sú konflikty neriešené, majú značnú intenzitu, majú dlhé trvanie, dotýkajú sa osobne významných oblastí psychicky (sebaúcta, sebahodnotenie). Konflikt odráža nevyriešené protikladné názory, sprevádzajú ho negatívne emócie, napätie, ktoré pretrváva aj po odznení konfliktnej situácie. Konflikt môže vyvolať aktiváciu viacerých obranných mechanizmov ako je popretie, regresia, únik, negativizmus, účelové správanie. Konflikty sú dôležitou etiologickou premennou najmä pri úzkostných poruchách.

- **Frustrácia** – frustrácia vzniká pri zmarení aktivity zameranej na cieľ. Možno ju prežívať ako prekážku, ohrozenie potrieb, ohrozenie seba ako celku. Frustrácia vedie k strate vnútornej rovnováhy, vyvoláva negatívne pocity až apatiu, ohrozuje vlastnú hodnotu jedinca a aktivizuje obranné mechanizmy ako sú kompenzácia, racionalizácia, bagatelizácia, fantázia, projekcia, regresia alebo sublimácia. U detí vedie frustrácia k regresu, teda poklesu na nižšiu vývinovú úroveň (napr. odplienkované dieťa sa začne znova pocikávať)

Rozlišujeme tieto tri druhy frustrujúcich okolností:

- prekážky:
 - fyzická blokáda (zatvorená cesta),
 - prekážka psychologickej povahy (nápisy alebo vyslovené zákazy),
 - nedostatky všetkého druhu (strata zamestnania, nedostatok peňazí),
- sebafrustrácia: vlastné zábrany, nereálne predstavy,
- frustrácie ego-vzťahných motívov: strata prestíže, nedôvera sociálneho okolia v schopnosti jednotlivca, neuspokojivé sociálne vzťahy.

Najčastejšou reakciou na frustráciu je **agresia**. Rosenzweig (Silverstein, 1957) vyvinul projektívnu metódu na meranie frustračnej tolerancie a preferovaného spôsobu agresívnej reakcie. Reakcie na frustráciu rozdelil na:

- extrapunitívna reakcia = „trestám iných“: zameraná proti prekážke (napr. snaha vykopnúť dvere, obísť rannú zápchu; nadávam na ostatných).
 - intrapunitívna reakcia = „trestám seba“: agresia namierená proti subjektu/sebe (napr. ohrýzam si nechty, keď stojím v zápche; obviňujem sa),
 - impunitívne – premiestnenie reakcie na iný objekt (napr. búcham do volant).
- **Deprivácia** – chýbanie alebo nedostatok niečoho, čo je dôležité na uspokojenie potrieb. Stav, ktorý vzniká vtedy, ak človek nemá možnosť uspokojovať svoje základné fyzické alebo psychické potreby v dostačujúcej miere a po dost' dlhú dobu. Je dôležité, či ide o jednorazovú alebo chronickú depriváciu, či má jedinec trvanie deprivácie pod

kontrolou. Rozlišujeme depriváciu biologických potrieb a senzoricko-sociálnu depriváciu. Z biologických potrieb ide napríklad o depriváciu potravou a spánkom. Spánková krátkodobá deprivácia môže mať aj pozitívne účinky na zlepšenie nálady. Sensorická a sociálna deprivácia môže mať podobu citovej deprivácie (napr. absencia dotykov u detí v detských domovoch) alebo hospitalizmus ako duševná podvýživa ako výsledok opakovaných zdlhavých pobytov v nemocnici. Deprivácia môže viesť k viacerým následkom: neschopnosti prispôbiť sa bežným sociálnym situáciám; tvorbe povrchných vzťahov; žiarlivosti; vynucovaniu pozornosti; oneskoreniu psychomotorického vývinu; agresivite; pasivite až k uzavretosti.

- **Strach a úzkosť** – strach je signálna emócia, ktorá chráni našu existenciu a varuje nás pred nebezpečenstvom. Strach je predmetný, viaže sa na konkrétny predmet, ľudí, situácie. Strach môže mať aj podobu únavy, zvýšeného napätia, porúch spánku alebo zmeny výkonu.

Strach má tieto zložky:

- subjektívna – uvedomenie strachu a jeho príčin,
- vegetatívna – metabolické zmeny a reakcia parasympatického nervového systému.

Normálne formy strachu v závislosti od vývinu dieťaťa:

- 9-mesačné – separačná úzkosť,
- 2-ročné – strach z nových predmetov,
- 3-ročné – strach zo zvierat,
- 4,5-ročné – strach z vylúčenia z rodinného spoločenstva,
- predškolský vek - strach z tmy,
- mladší školský vek - strach zo samoty, tréma.

Strach sa stáva patologickým javom, ak:

- jeho množstvo príliš narastá,
- ho človek nevie redukovať naučeným spôsobom,
- ovplyvňuje jeho bežné fungovanie,
- ho redukuje neprimerane (napr. pitie alkoholu).

Naopak **úzkosť** je vágna, nemá konkrétny predmet čoho sa bojíme. Úzkosť je centrálny fenomén mnohých reaktívnych (neurotických, úzkostných), ale aj psychotických stavov. Chýba u niektorých porúch osobnosti (disociálna, schizoidná porucha osobnosti). V psychodynamickej škole sa úzkosť interpretuje ako symptóm významného intrapsychického konfliktu.

4.4 Súhrn

Poznanie príčin, ktoré stoja v pozadí psychických porúch nám pomôže pri správnom rozhodovaní sa o možnostiach liečby. Nasmeruje nás k tomu, či pacientovi pomôžeme len s pomocou psychologických a psychoterapeutických techník, alebo je nutná minimálne podporná psychofarmakologická liečba. V prípade, že má psychický problém pacienta najmä psychogénny základ, poskytneme mu najmä psychologickú intervenciu. Príkladom sú ťažkosti, pri ktorých je v pozadí úzkosť – napríklad fóbie. Tu pomôžeme pacientovi najmä psychologickými prostriedkami a technikami. Naopak, v prípade, že má psychický problém pacienta významný biologický základ, v jeho liečbe bude dominovať psychofarmakoterapia. Napríklad pri psychotických poruchách ako je schizofrénia je nutné, aby pacient chodil k psychiatrovi a bral psychofarmaká. Psychologická pomoc je pri tejto diagnóze tiež dôležitá, napríklad v podobe nácviku zručností potrebných pre zaradenia sa pacienta do pracovného procesu.

Ako sme však uviedli v úvode kapitoly, väčšina psychických porúch má multifaktoriálnu genézu, to znamená, že k tomu aby vznikli je nutná kombinácia viacerých činiteľov. Pri liečbe pacienta preto uplatňujeme bio-psycho-sociálnu perspektívu v zmysle spolupráce medzi lekárom (najčastejšie psychiater, neurológ), psychológom, ale aj rodinou jedinca. Okrem toho je nevyhnutné pravidelne sledovať aktuálne výskumné zistenia, ktoré spresňujú podiel jednotlivých etiologických činiteľov pre vznik príslušných porúch.

5. Profesia klinického psychológa

Keď sa študentov psychológie pýtam, čím budú, keď doštudujú, najčastejšie uvádzajú, že chcú pracovať ako klinickí psychológovia. Avšak ako si ukážeme v tejto kapitole, stať sa klinickým psychológom vôbec nie je jednoduché. Okrem toho, si profesia klinického psychológa vyžaduje široké vedomosti, zručnosti, ako aj veľkú pracovnú flexibilitu.

Po preštudovaní tejto kapituly budete:

- vedieť aké podmienky je nutné splniť, aby ste sa stali klinickými psychológmi,
- poznať etické pravidlá klinickej práce,
- ovládať podstatu praktickej činnosti práce klinického psychológa

5.1 Klinický psychológ a vzdelávanie v klinickej psychológii

Klinický psychológ je:

- jeden z poskytovateľov zdravotnej starostlivosti,
- rovnocenný partner lekára,
- plne zodpovedá za celú odbornú činnosť, ktorú vykonáva,
- pomáha zlepšiť psychologické koreláty fyzického zdravia pacienta,
- zmierňuje príznaky vybraných ochorení, zlepšuje adaptáciu pacienta.

Nie vždy je možné, aby klinický psychológ svojim pôsobením úplne odstránil psychické ťažkosti alebo poruchu adaptácie pacienta. V praxi psychológ pracuje v spolupráci s inými odborníkmi, najmä lekármi, zdravotnými sestrami, špeciálnymi a liečebnými pedagógmi, sociálnymi pracovníkmi. Obohacuje medicínu o špecifický psychologický prístup a jedinečný humanitný zámer.

Klinickým psychológom sa môže stať len absolvent jednodoborového štúdia psychológie ukončením minimálne magisterského (5 ročného) vysokoškolského stupňa vzdelávania. Pregraduálne štúdium psychológie pokračuje postgraduálnym **špecializačným štúdiom v odbore Klinická psychológia**, ktoré končí záverečnou skúškou – atestáciou. Podmienkou zaradenia na špecializačné štúdium v odbore Klinická psychológia je aktívna prax

v zdravotníckom zariadení. V priebehu tohto štúdia je nutné naplniť niekoľko podmienok: stáž na rôznych oddeleniach/klinikách (napr. psychiatria, pediatria, neurológia, geriatria.); realizovanie istého počtu psychologických vyšetrení pod supervíziou; absolvovať teoretickú prípravu (napr. prednášky z histórie klinickej psychológie, zo základov psychoterapie.); vypracovať záverečnú prácu a absolvovať finálnu skúšku – atestáciu (SKP, http://www.komorapsychologov.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=1097:speciализacne-studium-klinickej-psychologie&catid=43:rozne&Itemid=99, citované dňa 15.11.2021).

5.2 Činnosti klinického psychológa

V prvej kapitole bola spomenutá obsahová náplň klinickej psychológie. Okrem toho, klinický psychológ vykonáva aj tieto činnosti vo svojej praxi:

- **Psychodiagnostika** – použitie klinických a špecifických testových metód s cieľom zodpovedať otázky lekára, či ťažkosti pacienta môžu mať psychologický korelát; taktiež poznať osobnosť pacienta, odhadnúť jeho schopnosti, stanoviť alebo spresniť diagnózu, indikovať terapiu, prípadne posúdiť jej efekt. Psychodiagnostika s použitím psychologických testových metód je pracovnou náplňou výhradne psychológa. Vykonáva sa v ambulancii psychológa alebo s hospitalizovaným pacientom v rámci práce na lôžku (pri psychodiagnostike je nutné myslieť na dopad hospitalizmu alebo akútnej fázy ochorenia).
- **Psychoterapia** – použitie psychologických metód s liečebným zámerom. Liečebný proces, ktorého cieľom je odstrániť alebo zmierniť psychopatologické príznaky, minimalizovať utrpenie klienta. Medzi základné psychoterapeutické metódy zaraďujeme slovo, rozhovor a vzťah medzi klientom a psychoterapeutom. V minulosti psychoterapia ponúkala najmä pochopenie pôvodu problémov klienta, alebo príčin jeho neželaného správania (klasická psychoanalýza). V súčasnosti psychoterapia zahŕňa prácu orientovanú na získanie náhľadu ale aj zmenu problémového správania (kognitívno-behaviorálna psychoterapia). Okrem toho si klient počas psychoterapie

osvojuje viaceré zručnosti potrebné na to, aby dokázal sám zlepšiť svoje problémy bez pomoci psychoterapeuta.

S ohľadom na potrebné vzdelanie terapeuta, rozlišujeme dve základné formy psychoterapie:

- a) Podporná psychoterapia – môžu ju vykonávať všetky pomáhajúce profesie. Je zameraná na podporu pacienta v ťažkých životných situáciách, na podporu osobnosti ako takej, samostatnosti klienta. Realizuje sa prostredníctvom vytvorenie vzťahu medzi terapeutom a klientom.
- b) Špeciálna psychoterapia – môže ju vykonávať len ten zdravotnícky pracovník, ktorý má ukončený dlhodobý certifikovaný psychoterapeutický výcvik. Je zameraná na odstránenie porúch, zmenu správania alebo myslenia, aj podporu osobnostného rastu klienta. Realizuje sa použitím špecifických psychoterapeutických metód, techník a postupov. Špeciálna psychoterapia sa následne rozdeľuje na množstvo druhov odvodených od jednotlivých psychoterapeutických smerov. Špeciálna certifikovaná psychoterapia nie je nevyhnutnou podmienkou vykonávania profesie klinického psychológa.

S ohľadom na množstvo účastníkov psychoterapie, rozlišuje tieto formy:

- a) Individuálna psychoterapia – s jedným pacientom, ktorý sa stáva privilegovaný.
 - b) Skupinová psychoterapia – skupina pacientov (najčastejšie na psychiatrických oddeleniach). Pacient v individuálnej terapii nemá byť účastníkom skupinovej terapie u rovnakého psychológa, nakoľko ostatní účastníci skupinových sedení môžu mať podozrenie, že pacient na individuálnej terapii preberá témy zo skupiny (porušenie pravidla nevynášať zo skupiny).
- **Klinické poradenstvo** – podávanie informácií pacientovi, aby sa zorientoval v aktuálnej situácii, sám našiel spôsob riešenia. Zahŕňa edukáciu, nácvik špecifických zručností. Poradenstvo sa zameriava najmä na ľudí zdravých, ktorí prežívajú náročné obdobie, ťažkosti, s ktorými si nevedia dať rady, ale nespĺňajú kritériá duševných porúch.

- **Osveta** – zvyšovanie povedomia o duševnom zdraví, psychologických prostriedkoch na podporu zdravia a informovanosti o príznakoch psychických porúch pre laickú verejnosť. Realizuje sa často formou prednášok alebo besied (napr. nácvik zvládania stresu; edukácia o varovných príznakoch depresie; nácvik sebareflexie).
- **Terénna práca** – psychológ ide za pacientom. Je to dôležitý benefit pre pacienta, nakoľko ostáva v domácom, známom a bezpečnom prostredí.

Rozlišujeme dve základné okolnosti:

- a) Terénna práca u pacienta, ktorý nemá záujem o pomoc – cieľom je nadviazať kontakt s pacientmi, ktorí nechcú alebo nemôžu využívať psychologickú pomoc, ale potrebujú ju. Napríklad terénna práca pri hromadných nešťastiach, haváriách (krízová intervencia); u drogovovo závislých (streetwork). Realizuje sa prostredníctvom vytvorenia vzťahu medzi psychológom a jedincom.
 - b) Terénna práca u pacienta, ktorý má záujem o pomoc – cieľom je poskytnutie psychologickej intervencie pre pacientov, ktorí pre zdravotný alebo psychický stav nemôžu vyhľadať psychologickú pomoc. Napríklad pacienti v domácej alebo hospicovej starostlivosti. Realizuje sa prostredníctvom vytvorenia vzťahu medzi psychológom a pacientom.
- **Krízová intervencia** – pomoc v tiesni, pri náhlej životnej situácii, kedy človek nie je schopný riešiť túto situáciu sám, nemá zdroje (napr. pri zemetrasení, výbuch plynu v bytovke). Krízová pomoc je krátka, často jednorazová, zameraná na problém. Ponúka úľavu, bezpečie, nádej a vedenie k riešeniu aktuálnej situácie. Môže mať podobu dištančnej (linky pomoci) alebo priamej „face to face“ intervencie.
- Rozlišujeme tri základné fázy:
- 1) posúdenie – čo sa stalo, aký bol spúšťač, aké sú zdroje v okolí,
 - 2) plán – vytvorenie plánu starostlivosti a jeho realizácia,
 - 3) vyhodnotenie efektivity postupu a miery účinku.
- **Konziliárna činnosť** – klinický psychológ je prizývaný ako poradca k vyšetreniam pacienta viacerými lekármi alebo inými zdravotníckymi pracovníkmi. Prináša tu

špecifický holistický pohľad na pacienta s dôrazom na psychologické koreláty zdravia a ochorenia.

- **Výskum** – psychológ je vedený k výskumnej činnosti už počas pregraduálneho vzdelávania. Každý výrok obsiahnutý v psychologickom náleze môžeme chápať ako hypotézu alebo výskumnú otázku. Preto je dobré aby klinický psychológ pokračoval vo výskume aj po skončení vzdelávania. Najčastejšie sa klinicko-psychologický výskum orientuje na overovanie validity psychodiagnostických testov, účinnosť poskytovaných liečebných postupov alebo efektivity psychoterapeutických intervencií.
- **Prevencia** – je zameraná na ochranu zdravia. Reprezentuje súbor opatrení namierených na predchádzanie poškodeniu zdravia, úrazom a ochoreniam. Rozlišujem tri roviny prevencie: primárna, sekundárna a terciárna:

1) primárna prevencia – jej cieľom je zamedziť vzniku ochorenia pomocou:

- a) ochrany zdravia (napr. bezpečnostné pásy, odporúčenia pre užívanie alkoholu)
- b) podpory zdravia (optimálna výživa, cvičenie, oddych, spánok, čas len pre seba)

Úloha *psychológa* sa zameriava sa na salutoprotektívne činitele ako:

- tvorca zdravotnej politiky (člen pracovnej skupiny pri Ministerstve zdravotníctva SR),
- teoretik, ktorý utvára účinné modely osvetu (výskum starostlivosti o seba a na tom postavené intervenčné programy),
- praktik, ktorý učí jednotlivcov ako posilňovať svoje zdravie, sebaúctu, zvládať stres a jeho dôsledky.

2) sekundárna prevencia – jej cieľom je zabrániť ďalšiemu zhoršeniu alebo rozvoju choroby pomocou:

- a) prevedenia skorej a správnej diagnostiky s cieľom včasného rozpoznania ochorenia (napr. screening)
- b) poskytnutím rýchlej a účinnej liečby/ terapie (cielená liečba → uzdravenie; symptomatická liečba → zmiernenie príznakov)

Úloha *psychológa* v sekundárnej prevencii má podobu:

- psychodiagnostiky: v popredí je diagnostika symptómov, osobnosti,

- krízovej intervencie: v popredí je neodkladnosť riešenia,
- poradenstva: tam, kde sa pacient potrebuje zorientovať v novej situácii,
- nácviku: pacient si osvojuje nové zručností (napr. relaxácia),
- psychoterapie: tam, kde pacient potrebuje náhľad alebo zmenu prežívania,
- sprevádzania: tam, kde sa pacient adaptuje na nepriaznivú situáciu.

3) terciárna prevencia – jej cieľom je zmiernenie následkov ochorenia a usiluje sa o návrat človeka do bežného života pomocou:

- a) rehabilitácie: zaradiť pacienta do spoločenského a bežného života,
- b) resocializácia: návrat pacienta do spoločnosti s čo najväčšou sebestačnosťou.

Úloha *psychológa* v terciárnej prevencii má podobu:

- rehabilitácie zručností pacienta, aby sa navrátil do spoločenského života,
- nácviku zručností, ktoré pacient potrebuje aby sa zaradil do bežného života,
- podpory svojpomocných aktivít pacienta,
- vedenia výcvikov a supervízií pre iných pomáhajúcich profesionálov.

5.3 Psychofarmakoterapia

Psychofarmakoterapia – odvetvie medicíny, ktoré zasahuje do ďalších odborov, najmä do oblasti neurofyziológie a endokrinológie. Psychofarmakoterapia nepatrí medzi činnosti klinického psychológa. Psychológ nepredpisuje lieky, ale je dobré aby sa orientoval v ich základných skupinách a poznal ich oblasť pôsobenia. Psychofarmaká pôsobia na biochemické procesy v mozgu, tým že ovplyvňujú uvoľňovanie neurotransmiterov. Neurotransmitery sú zodpovedné za prenos nervových vzruchov, viažu sa na neuróny. Na základe toho, na akú psychickú funkciu **psychotropné látky** pôsobia, je možné ich rozdeliť do troch základných skupín (spracované podľa Svoboda, Češková, & Kučerová, 2015; Mot'avský, 2009):

1) pôsobenie na **afektivitu**

a) POZITÍVNE

- *antidepresíva*: zlepšenie nálady (Cipralext, Depres, Efectin, Remeron, Seroxat)
- *anxiolytiká*: k liečbe úzkosti
 - anxiolytiká benzodiazepínové: hrozí vznik závislosti (Neurol, Xanax)

- anxiolytiká nebenzodiazepínové: nižšie riziko závislosti, aj dlhodobé užívanie (Atarax, Buspirol),

b) NEGATÍVNE: thymoprofylaktiká: stabilizátor nálady pri bipolárnej poruche (lítium)

2) pôsobenie na **psychickú integráciu**

a) POZITÍVNE: antipsychotiká/ neuroleptiká: na liečbu schizofrénie (Risperen, Haloperidol, Risperdal)

b) NEGATÍVNE: halucinogény (LSD)

3) pôsobenie na **vedomie**

a) na KVALITU, ktorá je porušená AKÚTNE: zlepšujú – nootropiká: zvyšujú aktivitu neurónov (Nootropil)

b) na KVALITU, ktorá je porušená CHRONICKY: zlepšujú – kognitíva (pri demencii) zhoršujú – dementogény (alkohol, cannabis)

c) na KVANTITU (bdelosť): zlepšujú – psychostimulanty: pri poruche aktivity a pozornosti (amfetamin, Psychoton, metaamfetamin)

5.4 Úskalia práce klinického psychológa a etika

Poslaním psychológa je vykonávať svoje povolanie svedomito, nestranne, s hlbokým ľudským vzťahom k človeku, v súlade s platnými právnymi predpismi, s dostupnými poznatkami psychologických vied a poznatkov iných hraničných disciplín. Špecifikom práce psychológa je však asymetrická povaha vzťahu medzi klinickým psychológom a pacientom. Práve v dôsledku nerovnosti sa môže zamýšľaná pomoc zmeniť na moc.

Termín pomoc v sebe obsahuje slovo „**moc**“. Cieľom klinického psychológa však nie je mať moc nad pacientom, lebo by to automaticky znamenalo **preberanie zodpovednosti** za jeho život. Zámerom klinicko-psychologickej intervencie je naopak posilniť vlastné kompetencie a adaptačné mechanizmy pacienta (nelovíme za neho ryby, ale učíme ho loviť). Preto klinická psychológia pracuje s konceptom **empowerment** – posilnenie silných alebo pozitívnych stránok pacienta.

Posilnenie pacienta (empowerment) má 4 kroky:

- 1) rozvíjanie schopnosti pacienta *porozumieť*: podmienkam, v ktorých žije; situácii, v ktorej sa nachádza; životnému štýlu, ktorý ho obmedzuje, znevýhodňuje, zbavuje sebavedomia.
- 2) rozvíjanie schopnosti pacienta *učiť sa*: čo je potrebné zmeniť; nachádzať to, čo nefunguje; konsolidovať a upravovať svoje prostredie a vzťahy; odhadnúť svoje sily a možnosti pomoci zvonku; učiť sa samostatne rozhodovať o svojom živote.
- 3) rozvíjanie schopnosti pacienta *dávať spätnú väzbu* – bez agresie a urážok, ako zručnosť nutná k životu
- 4) rozvíjanie schopnosti pacienta *vyjednávať*: aby pacient mohol voliť z viacerých možností, riadil svoj život, a vnímal viac vlastnej zodpovednosti.

Opakom termínu empowerment je **syndróm pomáhajúceho**. Syndróm pomáhajúceho sa prejavuje na strane psychológa ako spojenie istých rysov, vlastností osobnosti a situačného kontextu. Výsledkom je, že pomáhajúci profesionál nekoná v záujme podpory pacienta, ale preto aby uspokojil svoje vlastné potreby. Pomáha často nutkavo, bez vedomia svojich hraníc, všetkým a všemocne. Prevenciou pred vznikom syndrómu pomáhajúceho je sebareflexia, supervízia a dodržiavanie etických pravidiel.

Etika

Etické pravidlá v psychológii na Slovensku upravuje Etický kódex psychológa, ktorý vydáva Slovenská komora psychológov. Najnovšia verzia bola publikovaná v roku 2016. Obsahuje súbor pravidiel, ktoré usmerňujú všeobecné povinnosti psychológa, zásady poskytovania psychologických služieb, prístup ku jedincovi a verejnosti, medzi psychológmi navzájom. Cieľom etických pravidiel psychológov je zabezpečiť vysoký štandard profesionality, kvality psychologických služieb a proklientského prístupu. S ohľadom na rozsah slovenského Etického kódexu psychológa uvedieme len jeho zostručnené hlavné body a myšlienky. Kompletný Etický kódex psychológa je možné nájsť na internetových stránkach Slovenskej komory psychológov na tomto odkaze:

http://www.komorapsychologov.sk/phocadownload/legislativa/2016/eticky%20kodex%20psychologa_v%2020160311.pdf (SKP, citované dňa 30.9.2021).

Hlavné pravidlá vplyvajúce z Etického kódexu psychológov SKP:

- **Kompetencia** – uvedomovanie si hraníc psychologickej kompetencie, zručností, odborných znalostí voči pacientovi aj voči iným profesionálom, odhad profesioálnych možností vzhľadom na problémy klienta.
- **Integrita** – jednota morálnych zásad psychológa, profesionálne správanie sa vo vede, výskume aj praxi. Úprimnosť, spravodlivosť, rešpekt k druhým, uvedomenie si vlastných hodnôt, zásad a presvedčení.
- **Profesijná a vedecká zodpovednosť** – prijať zodpovednosť za svoje správanie, povinnosť konzultovať s inými odborníkmi problémy, ktoré presahujú naše možnosti.
- **Odborná kompetencia a ďalšie vzdelávanie** – kontinuálne sa vzdelávať, nenárokovat' si na vzdelanie alebo kompetenciu, ktorú nemám.
- **Povinná mlčanlivosť** – o všetkom, čo sa pri vykonávaní svojej činnosti dozvedel, platí to aj pre supervíziu.
- **Povinnosť objasňovať a byť svedomitý** – vždy pacientovi ponúknuť informovaný súhlas, ktorý mu objasní typ intervencie, jej rozsah, finančné podmienky, možnosti liečby, prípadné prekážky alebo ťažkosti v jej priebehu.
- **Zásada kolegiálnej spolupráce** – so zástupcami iných odvetví konať pre dobro pacienta, rešpektovať iných psychológov a kolegov.
- **Rešpektovanie práv a dôstojnosti ľudí** – rešpektovať a chrániť právo na súkromie, ochranu informácií, sebaurčenie, nezávislosť u pacienta. Rešpekt ku kultúrnym aj individuálnym rozdielom pacienta (vek, pohlavie, etnikum a pod.).
- **Záujem o prospech iných ľudí** – využitie psychológie pre blaho, zvýšenie kvality života druhých bez ohľadu na to, či sú to klienti, pacienti, študenti, alebo účastníci výskumu.
- **Sociálna zodpovednosť** – uvedomenie si zodpovednosti voči komunite, spoločnosti, podpora legislatívy.

Priestupky voči etickým princípom sú žalovateľné zo strany pacientov.

5.5 Súhrn

Klinická psychológia pokrýva široké spektrum psychologických tém. Orientuje sa najmä na možnosti pomoci a psychologickej starostlivosti o pacientov, ktorí trpia fyzickým alebo psychickým ochorením. Klinický psychológ môže pracovať s deťmi, dospelými, ako aj seniormi. Pôsobenie klinického psychológa je preto veľmi pestré, dynamické a zaujímavé. Na druhej strane, pri výkone tejto profesie treba mať na pamäti: *“Všetci, ktorí sa profesijne hlásia k pomoci iným ľuďom, by mali vedieť, že každodenné stretávanie s biedou, bolesťou, nevedomosťou, sociálnym zlyhaním v nich bude nastoľovať závažné psychologické tlaky, ktoré môžu viesť k prejavovaniu tieňových kvalít“* (Géringová, 2011, s. 20). Preto by mal každý klinický psychológ bezpodmienečne dodržiavať etické zásady psychologickej profesie.

6. Klinicko – psychologické vyšetrenie

Klinicko-psychologické vyšetrenie pacienta sa niekedy automaticky zameriava len na použitie psychodiagnostických metód. Toto vnímanie však podstatne zužuje úlohu klinického psychológa len na rolu psychodiagnostika. Preto sa v tejto kapitole zameriame nie len na predstavenie kategorizácie psychodiagnostických techník ale celkovú koncepciu klinicko-psychologického vyšetrenia. Pacienti sa na klinického psychológa obracajú často so zdanlivo jednoduchými otázkami. Napríklad chcú vedieť, prečo sa ich syn nespráva dobre v škole, alebo ich zaujíma či dokážu prekonať svoju úzkosť. Tiež sa pýtajú, či je správanie ich dieťaťa ešte normálne, alebo prečo sa im nedarí v jeho výchove. Už tieto otázky nám naznačujú, že klinicko-psychologické vyšetrenie má smerovať k určitému cieľu. Tým cieľom nie je len zodpovedanie otázky pacienta, ale aj zamyslenie sa nad tým, čo pacientovi zodpovedanie jeho otázky prinesie – zoberie.

Po preštudovaní tejto kapitoly budete:

1. vedieť z akých zdrojov získať informácie o pacientovi,
2. poznať kroky klinicko-psychologického vyšetrenia,
3. poznať ciele psychologického rozhovoru,
4. vedieť na aké oblasti sa zameriavať pri získavaní anamnézy,
5. ovládať rozdiely medzi klinickými a testovými metódami psychodiagnostiky,
6. poznať základné delenie psychodiagnostických testových metód,
7. vedieť ako formulovať klinicko-psychologický nález.

6.1 Zdroje informácií o pacientovi

Psychologický rozhovor je najdôležitejším zdrojom informácií o pacientovi. Je nevyhnutnou súčasťou každého klinicko-psychologického vyšetrenia. V rozhovore získavame najmä všeobecný prehľad o probléme jedinca, jeho históriu, priebeh a súčasný stav. Dozvedáme sa aj potrebné informácie, ktoré súvisia s problémom. Praško a jeho spolupracovníci (2007) uvádzajú, že psychologický rozhovor pri psychologickom vyšetrení sa

zameriava na tieto dve základné oblasti: 1) popis súčasného stavu, 2) vznik a doterajší priebeh problému.

- 1) Popis súčasného stavu: je vhodné začať požiadanim pacienta o popis posledného prípadu, alebo situácie, kedy sa problém objavil: „*Pokúste sa, prosím, detailne popísať poslednú situáciu, kedy sa objavilo, to čo Vás trápi.*“. Vďaka tomu získame konkrétny obraz problému. V prípade, že s tým má jedinec problém, môžeme ho inštruovať, nech si zavrie oči.

Následne formulujeme otázky týkajúce sa konkrétnych príznakov: „*Čo ste v danej chvíli robili?*“, „*Čo ste prežívali vo svojom vnútri?*“, „*Čo vám vírilo hlavou?*“. Zaujímať nás môže aj frekvencia: „*Ako často/ dlho?*“, „*Na stupnici od 1 po 10 ohodnoťte závažnosť ťažkostí.*“. Pýtame sa aj na okolnosti, kontext, kedy sa problém objavuje. Či sa stav zhoršuje napríklad v prítomnosti nejakých osôb, alebo v špecifickej situácii. APA (2006) odporúča, že rozhovor o probléme by mal obsahovať aj túto otázku: „*Popíšte vonkajšie podnety, ktoré zhoršujú problém.*“ (APA, 2006; Othmer & Othmer, 2002).

Zaujímať sa aj o dôsledky problému. Sústreďme sa na doterajšie snahy jedinca o riešenie problému: „*Čo ste už vyskúšali, aby sa problém vyriešil?*“. To nám poukazuje na motiváciu jedinca, tiež nám to dáva informáciu o tom, čo už vyskúšal, čo fungovalo a čo nie. Aby sa náhodou nestalo, že s ním budeme preberať riešenie, ktoré vyskúšal a nemalo úspech. Tu je dôležité sa tiež dopytovať, prečo si myslí, že to nefungovalo.

Popis aktuálnych ťažkostí vytvára podklad pre prvú fázu diagnostického procesu pomocou testov. Preto je tu priestor dopytovať sa aj otázky poukazujúce na konkrétnu diagnózu. Napríklad u depresívneho pacienta nás môže zaujímať, či sa jeho zlá nálada a nechť niečo robiť objavuje aj ráno. Alebo či má problém so zaspávaním. Zaujímať sa aj o udržiavajúce a sprievodné premenné.

- 2) Vznik a doterajší priebeh problému: mapuje históriu pacientových ťažkostí: „*Čo predchádzalo vzniku problému?*“, „*Kedy sa problém objavil prvýkrát?*“, „*Čím bolo toto obdobie špecifické?*“, „*Ako sa problém ďalej vyvíjal?*“, „*Akú liečbu v súvislosti s problémom podstúpil?*“. Môžeme sa zaujímať aj o výnimky z prípadu: „*Popíšte bezproblémové obdobie?*“. Ukazujeme tým pacientovi, že mu nie je zle stále a vždy. Nápomocná je aj otázka na zvládanie, ktorá poukazuje na schopnosť pacienta

prekonávať prekážky: „Popíšte situáciu, ktorá sa vám zdala náročná, avšak nakoniec ste sa s ňou vysporiadali. Ako ste to zvládli?“.

Cieľ rozhovoru sa líši prípad od prípadu. Treba sa snažiť o frakcionovaný rozhovor, kedy získavame informácie nie jednorazovo, ale minimálne z dvoch stretnutí. Umožní nám to sledovať dynamiku problému. Rozhovor je po formálnej stránke pomerne voľný, nedirektívny, nenásilne prechádzame od témy k téme. Rešpektujeme pacienta.

Okrem psychologického rozhovoru je možné získať informácie o pacientovi aj z týchto zdrojov:

Lekárska a iná dokumentácia: ponúka výsledky doteraz realizovaných medicínskych vyšetrení; poskytnutej farmakologickej liečbe (najmä psychiatrickej); informácie od zdravotníckeho personálu; iné psychologické správy.

Informácie zo sociálneho prostredia: informácie, ktoré nám poskytnú rodinný príslušníci, ak je to možné, s ohľadom na rešpektovanie súkromia pacienta. Informácie od rodiny sa zvyknú nazývať tiež heteroanamnéza.

Pozorovanie pacienta: je dobré si na pacientovi všimnúť:

- celkovo pacienta (sympatia – antipatia, estetický dojem, či je simplexný, integrovaný, kultivovaný, solídny, úprimný, zaujímavý),
- zjav (postava, maskulinita – feminita, zdravie, mladosť, upravenosť, účes, odev)
- motorika (držanie tela, pantomimika, mimika, nepokoj, tiky),
- reč (tempo, kvantum, chyby, slovník, hlas),
- emotivita (eufória – smútok – depresia, vzrušenie – pokoj, podráždenosť, apatia, rezignácia, zúfalstvo...),
- správanie sa k examinátorovi (kontakt, zhovorčivosť, závislosť – nezávislosť, hostilita, tréma, zdôverovanie sa),
- správanie sa pri testovom vyšetrení (kontakt, záujem, ambície, obavy, únik, frustrácia, kapitulácia, vytrvalosť, dôslednosť).

Je dôležité si všímať aj prvé reakcie pacienta. Či je napríklad kľudný alebo neistý, či unavený alebo úzkostný. Dojem „zo vzhl'adu“ je diagnosticky cenný a často určuje to, ako ďalej s jedincom komunikujeme. Pozor však na nekritické dôsledky prvého dojmu.

Anamnéza: často plní nielen informačnú, ale už aj intervenčnú úlohu, nakoľko vedie pacienta k utriedeniu si informácií o jeho živote a istému náhľadu (Mydlíková, Gabura, Schavel, 2002). Najviac pripomína psychiatrické vyšetrenie. V prípade rozhovoru vo výskume reprezentuje získavanie demografických údajov. Anamnestický rozhovor sa zameriava na oblasti, ktoré opisuje tabuľka 4. Je na odborníkovi, aby sa na základe problému v rozhovore pýtal len na istú oblasť anamnézy. To znamená, že môže istej oblasti anamnézy venovať viac pozornosti, inú vypustiť, prípadne doplniť nový okruh anamnestických údajov, ktorý v tabuľke nie je uvedený. Odpovede na otázky týkajúce sa anamnestického rozhovoru pacient dobre pozná, preto sú dôležité najmä pre psychológa. Treba mať na pamäti, že anamnestické údaje získané od pacienta môžu byť nespoľahlivé, lebo je bežné, že pacienti môžu skresľovať skutočnosť.

Tabuľka 4 Oblasti anamnestického rozhovoru (spracované podľa Praško a kol.:, 2007; Kind, 1997)

Anamnéza	Sledované témy
Rodinná anamnéza	<ul style="list-style-type: none"> - familiárny výskyt telesných a duševných ochorení - psychické problémy rodinných príslušníkov - liečba rodiny u psychiatra - problémy s alkoholom v rodine - samovražedný pokus v rodine - povaha matky a otca - spomienky na detstvo - popis súrodencov - súčasné vzťahy v rodine
Osobná anamnéza	- prekonané ochorenia, operácie úrazy

	<ul style="list-style-type: none"> - súčasné lieky - návšteva psychiatra, neurológa - pravidelné sledovanie u nejakého lekára špecialistu - povaha v detstve a v dospelosti - vývinové medzníku psychomotorického vývinu (u detského pacienta) - nadväzovanie vzťahov s vrstovníkmi - súčasné a minulé priateľstvá - obdobie, keď sa cítil spokojný - čo robí jedinec sám, nezávisle od rodiny/priateľov
Školská a profesionálna anamnéza	<ul style="list-style-type: none"> - vychodené školy - úspešnosť v škole - profesionálna kvalifikácia - minulé a súčasné profesie - zmena zamestnania a dôvod - spokojnosť v zamestnaní - vzťahy s kolegami - spokojnosť s aktuálnym zamestnaním
Sexualita, partnerské vzťahy a manželstvo	<ul style="list-style-type: none"> - sexuálne skúsenosti v detstve a mladosti - sexuálne partnerstvá - manželstvo a sexualita - mimomanželský pomer - deviácie - spokojnosť so sexuálnym životom - čo by chcel v sexuálnom živote zmeniť
Záujmy a hodnoty	<ul style="list-style-type: none"> - súčasné záujmy a koníčky - frekvencia vykonávania záujmov

	<ul style="list-style-type: none"> - záujmy pred problémom - hierarchia hodnôt - postoj k politike
Plány do budúcnosti	<ul style="list-style-type: none"> - plány do budúcnosti - želané zmeny v budúcnosti - ak by bol bez problému, čo by si prial do budúcnosti

Získavanie anamnestických údajov môže byť realizovaný formou štruktúrovaného rozhovoru, kedy vyšetrovaný odpovedá v rozhovore na pripravené otázky. Taktiež môže pacient vyplniť anamnestické informácie do dopredu pripraveného formulára.

6.2 Priebeh klinicko-psychologického vyšetrenia

Predstavíme orientačnú odporúčanú štruktúru klinicko-psychologického vyšetrenia v jednotlivých postupných krokoch:

1. **Predbežné štúdium dokumentácie** – aby sme získali ako taký obraz o pacientovi. Najlepšie je realizovať štúdium dostupnej dokumentácie ešte pred samotným stretnutím s pacientom. Treba však myslieť aj na to, že prečítanie dokumentácie pred sedením môže vplývať naše vnímanie pacienta.
2. **Nadviazanie a udržanie kontaktu** – Pri prvom kontakte je dobré, aby správanie psychológa bolo čo najľudskejšie. Preto treba myslieť na dôstojnosť pacienta, pozvať ho dnu, vyhnúť sa začiatku rozhovoru o probléme „medzi dverami“. Nasleduje podanie ruky (zdroj informácií o aktuálnom emocionálnom stave jedinca) a vzájomné predstavenie sa. Treba si dať pozor na to, aby sme si zapamätali meno pacienta a tiež naše predstavenie bolo jasné a zrozumiteľné. Prípadne mu môžeme odovzdať aj vizitku s našim menom a kontaktom na nás.

Usadenie pacienta a krátky uvítací rozhovor. V prípade usadenia je dobré pacientovi naznačiť, kde sa má posadiť, avšak nechať na neho, nech si vyberie pre neho vhodné

miesto. Uvítací rozhovor = small talk slúži na „roztápanie ľadov“. Preto je dobré začať krátkym rozhovorom na jednoduchú, neutrálnu tému.

Nasleduje objasnenie dôvodu stretnutia, teda hlavnej témy rozhovoru a následnej psychodiagnostiky. V rámci privítania a úvodných informácií je dobré pacientovi zverejniť aj dĺžku trvania stretnutia, charakter práce psychológa a objasniť prípadné nejasné predstavy o forme pomoci. Ozrejmiť cieľ stretnutia a podstatu spolupráce. Touto etapou si získavame pacienta k spolupráci.

3. **Samotný psychologický rozhovor** – opísané predchádzajúcej podkapitole.
4. **Radenie psychodiagnostických techník** – psychodiagnostické techniky je vhodné zaradiť do vyšetrenia až po aspoň krátkom rozhovore s pacientom. Špecificky u detského pacienta je vhodné začať kreselnými psychodiagnostickými metódami.
5. **Ukončenie vyšetrenia** – je dobré ukončiť vyšetrenie s pozitívnym emocionálnym nábojom. Snažíme sa poukázať na niečo dobré u pacienta. Predstavíme výsledky vyšetrenia, pričom tie najzávažnejšie komunikujeme citlivo. Pokiaľ je to možné, informujeme pacienta o ďalšom priebehu pomoci alebo možnostiach nadväzujúcej odbornej intervencie (napr. možnosť navštíviť psychiatriu, začať psychoterapiu) Vyjadrujeme sa zrozumiteľne, nie je dobré sa skrývať za odborný žargón. Výsledky vyšetrenia je dobré prezentovať vo forme praktických dôsledkov (napr. aké obmedzenia môže očakávať v práci). Vyslovenie psychiatrickej diagnózy nechávame na psychiatra.

6.3 Psychodiagnostika

Psychodiagnostika je aplikovaná psychologická disciplína, ktorej predmetom je pozorovanie, meranie a následná interpretácia získaných výsledkov. Cieľom psychodiagnostiky je zisťovanie a meranie psychických vlastností a stavov, konečné stanovenie alebo upresnenie diagnózy (Svoboda, Humpolíček, & Šmotek, 2013). Výsledkom psychodiagnostického vyšetrenia môže byť aj diferenciácia individuálnych charakteristík a dynamických zmien jednotlivca. Psychodiagnostika je jedna z najdôležitejších činností klinického psychológa. Jej realizácia predpokladá použitie špeciálnych psychologických

metód: klinických a testových. V súčasnosti dominuje pozitívna podoba psychodiagnostiky, ktorej cieľom je odhad mentálnych a osobnostných rezerv jedinca.

Etapy psychodiagnostického vyšetrenia

Psychodiagnostické vyšetrenia sa skladá z týchto etáp (Svoboda, Humpolíček, & Šmotek, 2013):

- 1) formulácia problému, kladenie otázok, stanovenie hypotéz
- 2) výber adekvátnych metód – výber psychodiagnostických metód a postupov sa odvíja od:
 - a) princíp overovania teórie (napr. predpokladám organické poškodenie)
 - b) princíp zodpovedania otázky (pacient poslaný iným lekárom a ten kladie otázku)
 - c) princíp vylúčenia diagnózy (vylučujem čo pacientovi nie je)
 - d) princíp času a možností ďalšieho stretnutia
 - e) individuálna voľba nástrojov zohľadňujúca vek, somatickú diagnózu (napr. ak nepočuje), mentálnu retardáciu
- 3) vlastné vyšetrenie realizované dvoma skupinami metód:

Klinické metódy – sú orientované na poznanie konkrétneho individua v jeho celistvosti a jedinečnosti. Zachytávajú jedinca v dynamike vývinu a ponúkajú o ňom celkový obraz. Získané dáta majú skôr kvalitatívny charakter. Zaručujeme tu diagnostický rozhovor, pozorovanie, získavanie anamnestických údajov, hodnotenie spontánnych výtvorov pacienta.

Testové metódy – použitie štandardizovaných testov, ktoré sú psychometricky podložené a sú psychometricky overené. Testové metódy nie je možné používať samostatne bez klinických metód. Testy dopĺňajú, upresňujú, objektivizujú poznatky získané z klinických metód; používajú ciele nástroje, ktoré umožňujú posúdenie výkonu, vlastností, správania.
- 4) vyhodnotenie získaných dát, ich interpretácia a tvorba diagnózy – diagnóza od psychológa nemusí mať charakter konkrétneho ochorenia, preto môže mať podobu:
 - a) určenia stupňa vývinu; b) stanovania príčin odchýlky od normy; c) určenia

individuálnych špecifik osobnosti; d) určenia príčin individuálnych rozdielov; e) odhadu prognózy alebo predikcie.

Diagnóza má význam:

- keď má zmysel, aby bol človek liečený,
- keď umožňuje lepšie pochopenie druhého a lepšie dorozumenie sa s iným zdravotníkom,
- keď má v živote pacienta primerané miesto (diagnóza sa pre neho nestane ústredným ospravedlnením, alebo prostriedkom na získanie niečoho,

5) formulácia záveru a tvorba psychologického nálezu, návrh opatrení.

Testové metódy psychodiagnostiky

Pre používanie a administráciu psychodiagnostických testov je nutné, aby psychológ poznal jednotlivé psychické poruchy a ich symptómy. Na základe toho následne volil výber a zameranie psychodiagnostických testov. Napríklad ak viem, že sprievodným symptómom hyperkynetckej poruchy je porucha pozornosti, budem sa zameriavať na diagnostikovanie pozornosti. Taktiež je dobré mať skúsenosť s administráciou testu, teda vedieť ako s ním pracovať, ako jednotlivé úlohy zadávať pacientovi. Je veľmi dobré mať vybrané testy vyskúšané aj na sebe. Mať vedomosť pre akú vekovú skupinu sú testy určené. Napríklad nemá význam dávať test pre deti do 8 rokov starším študentom, lebo nebude meranie prevedené správne. Poznať tiež somatické problémy pacienta, ktoré by mohli ovplyvniť psychodiagnostiku alebo priamo determinovať výber testu. Napríklad ak pacient nosí okuliare na čítanie, je dobré aby ich mal počas vyšetrenia. Alebo ak je pacient nepočujúci, je potrebné očakávať, že bude mať problém porozumieť verbálnym testovým metódam. Je vždy lepšie byť prítomný pri administrácii testu, lebo ho vieme pozorovať. Možnosť pracovať a interpretovať psychodiagnostické testy je viazaná na ukončený magisterský stupeň štúdia psychológie. Zoznam aktuálnych slovenských psychodiagnostických testov je možné si pozrieť na stránke: <https://psychodiagnostika.sk/>.

V odbornej literatúre môžeme nájsť viaceré možnosti klasifikácie alebo triedenia testových metód psychodiagnostiky, my uvedieme triedenie spracované podľa www.psychodiagnostika.sk; Svoboda, Humpolíček, & Šmotek (2013):

a) VÝKONOVÉ TESTY

1. testy inteligencie

jednodimenzionálne: vychádzajú z teórie všeobecnej inteligencie, preto merajú inteligenciu ako celok, napr. Kohsove kocky, Ravenove štandardné matice;

komplexné: pozostávajú z viacerých subtestov, merajú viacero komponentov inteligencie, napr. Wechslerove skúšky inteligencie, Kaufmanova hodnotiacia batéria pre deti;

2. testy špeciálnych schopností a jednotlivých psychických funkcií

testy jednotlivých psychických funkcií: testy na meranie úrovne pamäti, pozornosti, napr. Názorové rady, Test kognitívnych schopností, Test koncentrácie pozornosti;

test špeciálnych schopností: skúšky kreativity, skúšky verbálnych a matematických schopností, napr. Urbanov figurálny test tvorivého myslenia;

testy vedomostí: napr. Skúška vedomostí predškolských detí.

b) TESTY OSOBNOSTI

1. objektívne testy osobnosti – nazývajú sa aj performačné skúšky, Objektívne testy osobnosti sú konštruované na zisťovanie osobnostných charakteristík jedinca, kedy je vyšetrovaná osoba vystavená úlohám alebo situáciám, pri ktorých riešenie sa v jej správaní prejavia jej osobnostné rysy (Svoboda, Humpolíček, Šmotek, 2013). Napr. Stroopov Color-Word-Test, Zrkadlové kreslenie;

2. dotazníky – reprezentujú sebauhľadové hodnotenie jedinca, sú závislé od ochoty jedinca prezradiť niečo o sebe a miere jeho vlastných informácií o sebe, nevýhodou je, že človek môže zavádzať v odpovediach.

jednorozmerné: dotazníky merajúce len jeden rys alebo aspekt osobnosti, napr. Škála klasického strachu, sociálne-situačnej anxiety a trémy – KSAT, Neurotický dotazník N-5, Škála rodinného prostredia;

viacrozmerné: snažia sa o zmapovanie osobnosti v čo najširšom kontexte, napr. Dotazník interpersonálnej diagnózy – ICL, Bellov dotazník prispôsobivosti, MMPI.

d) PROJEKTÍVNE METÓDY

Projekcia je proces kedy vyšetovaná osobou v reakcii na špecifické podnety (napr. machule) premieta svoje vnútorné obsahy navonok.

1. asociačné projektívne metódy osoba reaguje na stimul, napr. Rorschachov test, Hand test;

2. konštruktívne projektívne metódy – človek má niečo vytvoriť, napr. Tematický apercepčný test, Sceno test, Test sveta;

3. doplňovacie projektívne testy – doplniť vetu, podnet, napr. Test doplňovania viet;

4. projektívne metódy výberu a radenia – osoba vyberá podnety podľa preferencie, napr. Luscherova klinická diagnostika, Farebný pyramídový test;

5. kresebné projektívne metódy – projekcia pomocou kresby, napr. Baum test, Kresba začarovanej rodiny.

6.4 Klinicko-psychologický nález

Posledným krokom klinicko-psychologického vyšetrenia je tvorba psychologického nálezu. Nález by mal interpretovať zistenia, výsledky klinických a testových psychodiagnostických metód. Jednotlivé získané informácie by mali byť syntetizované do jedného zmysluplného a pre adresáta zrozumiteľného celku (lekár, učiteľ, iný psychológ). Klinicko-psychologický nález je súčasťou zdravotnej dokumentácie pacienta, preto treba nález formulovať opatrne s dôrazom na jej možný dosah. Môže byť výsledkom jednorazového stretnutia s pacientom alebo dlhodobej spolupráce. Môže sa zameriavať na jednotliví dielčiu časť psychiky pacienta, alebo prinášať obraz o pacientovi ako celku. Psychologický nález slúži ako podklad pre prácu iných psychológov, je zdrojom informácií pre lekárov, slúži ako spätná väzba pre vyšetrujúceho psychológa.

Psychologický nález obsahuje tieto dva druhy údajov:

- a) faktické informácie: anamnestické údaje, popis z pozorovania, výsledky psychodiagnostických testov,
- b) interpretačné informácie: porovnávanie, kategorizácia z faktických dát, psychologické predikcie a závery.

Psychologický nález pozostáva z týchto častí:

1. Osobné údaje pacienta (meno, priezvisko, dátum narodenia a vek, adresa a telefón, číslo zdravotnej poisťovne)
2. Účel vyšetrenia a dátum vyšetrenia
3. Použité psychodiagnostické metódy
4. Informácie z anamnézy + súhrn doterajšieho vývinu problému (výťah z chorobopisu, údaje o doterajšej liečbe, pôvodná diagnóza, zdravotný stav)
5. Aktuálne ťažkosti pacienta, pozorovanie, špecifiká jeho prejavu, komunikácie, prístup k vyšetreniu
6. Výsledky použitých techník - vyjadrenie sa k jednotlivým psychologickým charakteristikám vo vzťahu k účelu vyšetrenia
7. Záver klinicko-psychologického vyšetrenia je najčítanejšia časť psychologického nálezu. Preto má byť jasný a zrozumiteľný. Má priniesť odpoveď na účel vyšetrenia. Súčasťou nálezu bývajú aj najdôležitejšie interpersonálne vzťahy a ich povaha, osobnostné dispozície, kognitívne charakteristiky (IQ, percepcia), psychopatologické symptómy a prejavy. Okrem toho má byť zakončený odporúčaním pre ďalší postup, intervenciu alebo diagnostiku.

6.5 Súhrn

Prevedenie klinicko-psychologického vyšetrenia si vyžaduje prax. Predpokladá skĺbenie viacerých profesionálnych zručností ako je aktívne počúvanie, empatia, vedenie psychologického rozhovoru, pozorovanie alebo psychodiagnostika. Preto počas štúdia psychológie nepremeškajte a nepremárnite príležitosť trénovať si psychologické vyšetrenie. Častou otázkou od študentov, ktorú dostávam, keď vyučujem túto tému je, či je možné si robiť zápis počas stretnutia s pacientom. V tejto súvislosti odporúčam robenie si jednoduchých heslovitých poznámok počas sedenia. Dodatočná registrácia informácií po vyšetrení vedie k tomu, že strácame až 60% informácií. Je však dôležité pacienta upozorniť, že si poznámku počas rozhovoru ideme robiť a zapisovať si ich tak, aby sa nestrácal kontakt s pacientom.

7. Výskum v klinickej psychológii

Cieľom klinickej psychológie je poznávanie pacienta v jeho bio-psycho-sociálnych súvislostiach, na kontinuu zdravie a choroba. Preto je nevyhnutnou súčasťou klinickej psychológie ako vedeckej disciplíny aj výskum poznatkov a javov, využiteľných pri diagnostike a liečbe duševných porúch. Napriek tomu sa stáva, že absolventi štúdia psychológie chcú čo najrýchlejšie na výskum, metodológiu alebo štatistiku po štúdiu zabudnúť. Avšak Americká psychologická asociácia už v 40 rokoch 20. storočia zdôrazňovala, že výskum a jeho kvalitné prevedenie je neoddeliteľnou súčasťou klinickej praxe psychológa.

Realizovanie výskumov a publikovanie výsledkov prináša autorovi – klinickému psychológovi nasledovné:

- ponúka svoje zistenia širšiemu okruhu záujemcov,
- otvára sa kritike, diskusii ale aj spolupráci s inými kolegami,
- získava podnety pre ďalší výskum, ale sa aj zviditeľňuje,
- sleduje najnovšie poznatky v danej oblasti,
- odborne rastie.

7.1 Výskum založený na dôkazoch vz. pseudoveda

Výskum v oblasti medicíny a aj psychológie čelí v súčasnosti veľkej výzve. V duchu hesla „publikuj alebo zomri“ sa viacerí vedci utiekajú k neetickým praktikám výskumu alebo rýchlym bezproblémovým publikáciám v „predátorských“ časopisoch. Príkladom takého konania bola štúdia egyptských vedcov o účinkoch lieku Ivermectin na liečbu COVID-19, ktorá bola sfalšovaná (Bryant et al., 2021). Preto je veľmi dôležité pre klinických psychológov vedieť rozoznať, ktoré výsledky a zistenia sú vedecké, naopak ktoré sa len na vedeckosť hrajú a sú pseudovedecké.

Pseudovedecké štúdie a výsledky majú tieto spoločné znaky (Hajduk, 2020):

- absentuje testovanie vedeckých hypotéz,
- spoľahlivosť dát je otázna, metodológia je nevedecká,

- ignorujú výsledky iných prác pri tvorbe teoretickej časti štúdie aj diskusii,
- spoľahlivosť výsledkov sa dokladuje na základe „autority“ - obyčajne zakladateľa terapeutického smeru alebo objaviteľa liečebného postupu,
- absentujú vedecké citované zdroje a prehľadný zoznam literatúry,
- článok neprešiel nezávislým recenzným konaním,
- diskusia neobsahuje limity štúdie,
- štúdia ponúka jednoznačné odpovede na problémy, na ktoré súčasné vedecké autority nevedia odpovedať.

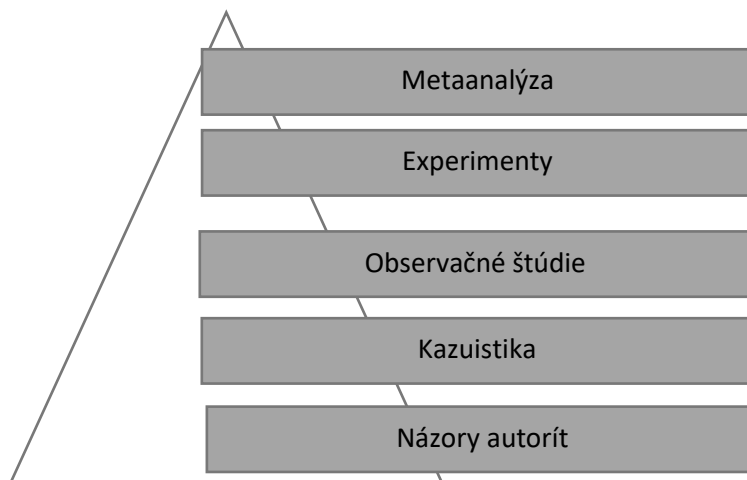
Nekritická aplikácia pseudovedeckých zistení sa v klinickej psychologickej praxi prejavuje (Hajduk, 2020):

- preferenciou neoverených až bizarných psychoterapeutických postupov pri liečbe stresu a traumy,
- používaním psychodiagnostických testov, ktoré nie sú psychometricky overené,
- používaním psychodiagnostických testov, ktoré majú zastarané normy,
- odporúčaním herbálnej medicíny pri liečbe depresie a úzkosti,
- odporúčaním liečebných postupov z kníh pre osobný rozvoj.

Výskum založený na dôkazoch integruje všetky dostupné dôkazy z konkrétnej psychologickej oblasti, porovnáva jednotlivé zistenia od rôznych autorov, preveruje uvádzané dáta a výsledky, podrobuje ich kritike a klinickej expertíze. Cieľom výskumu založeného na dôkazoch je ponúknuť také závery a odporúčania pre prax, ktoré sú založené na aktuálnych vedeckých zisteniach. Aby ste sa vedeli zorientovať v množstve vedeckých publikácií a ich kvalite, na obrázku 2 uvádzame hierarchicky odstupňované výskumné publikácie na základe ich kvality. Vrchol pyramídy tvoria postupy s najsilnejšou empirickou validitou, spoľahlivosťou. Jednotlivé typy štúdií z obrázka 2 budú predstavené v nasledujúcom texte v podkapitole: 7.2 Podoby výskumov v klinickej psychológii.

Aby aj Váš výskum spĺňal požiadavky výskumu založeného na dôkazoch je najlepšie, keď zberu dát predchádza intenzívne štúdium literatúry a dostupných zistení v danej oblasti. Následné štúdium Vás nasmeruje k formulácii hypotéz, ktoré je potrebné overiť. V klinickej praxi je možné sa stretnúť aj s výskumami, ktoré boli realizované len na základe pozorovania

istého javu, avšak neboli spojené s predchádzajúcim štúdiom odborných publikácií. Postup len na základe skúsenosti však môže priviesť výskumníka k tomu, že bude skúmať jav, ktorý je v literatúre dobre známy a vysvetlený.



Obrázok 2 Hierarchizácia empirickej evidencie štúdií (Hajduk, 2020, s. 14)

7.2 Podoby výskumov v klinickej psychológii

V klinickej psychológii môžete natrafiť na špecifické typy výskumných plánov a metodologických riešení. V nasledujúcom texte si bližšie predstavíme kazuistiku, observačné štúdie a metaanalýzy.

Názory autorít: v histórii klinickej psychológie bola spoľahlivosť vybraných teórií podložená len na základe autority jej autora (napr. Freudova teória nevedomia). Avšak rokmi boli publikované viaceré vedecké dôkazy, ktoré viaceré teórie takto vytvorené, napriek ich popularite, spochybnili alebo vyvrátili. Príkladom je teória psychosexuálneho vývinu Freuda, ktorá sa radí medzi historické, ale už dávno prekonané učenia.

Kazuistika: má dlhú tradíciu. Kazuistikami sa začala písať história klinickej psychológie. Napríklad učenie Freuda je postavené na základe štúdií špecifických prípadov jeho pacientov (napr. Anna O). Kazuistiku je možné definovať ako intenzívne štúdium jedného prípadu. Tým jedným prípadom môže byť osoba, ale aj rodina, skupina. Kazuistika ponúka podrobné informácie o prípade vo forme narácie. Opisuje najmä špecifiká, jedinečnosť alebo zvláštnosti

určitých vybraných prípadov. Kazuistiky sa používajú hlavne v psychoterapii a neuropsychológii. Nevýhodou kazuistik je ich nemožnosť zovšeobecnenia záverov.

Observačné štúdie: na rozdiel od laboratórneho výskumu nie je možné väčšinu javov v klinickej psychológii navodzovať experimentálne (napr. výskum traumy), preto sú v klinickej psychológii populárne observačné štúdie, ktoré skúmajú charakteristiky špecifickej klinickej populácie (napr. koreláty kvality života u pacientov s depresiou). Medzi observačné výskumy zaraďujeme prierezové štúdie, case-control štúdie a kohortové výskumy.

- a) Prierezové štúdie sú najčastejším typom observačných štúdií. Analyzujú premenné, ktoré majú vzťah k danému javu. Preto sú typom korelačného výskumu. Ponúkajú informácie o prevalencii javov, avšak nedokážu odhaliť príčinnosť javov (napr. ponúknu výsledok že obezita súvisí s vyšším príjmom kalórií). Výskumy realizované ako bakalárske alebo magisterské práce majú najčastejšie charakter prierezových štúdií.
- b) Case-control štúdie – porovnávajú skúmanú populáciu s kontrolnou skupinou. Tým pomáhajú odhaliť najmä rizikové alebo pretektívne faktory (napr. porovnanie zdravotného stavu v skupine pacientov s depresiou, ktorí podstupujú psychoterapiu, so skupinou depresívnych pacientov bez terapie). Sú retrospektívne a vhodné na skúmanie raritných javov, ako je väčšina tém klinickej psychológie a psychopatológie.
- c) Kohortné štúdie – typ longitudinálneho skúmania, kedy sledujeme špecifický jav opakovane, v priebehu určitého časového obdobia. Sledovanie musí byť zrealizované minimálne dva krát. Pomáha identifikovať javy, ktoré vedú k poruche alebo zhoršujú určitý problém (napr. vývin nadužívania návykových látok od pubescencie do dospelosti).

Metaanalýza: ponúka systematický prehľad zistení už realizovaných štúdií. Výskumník zbiera, syntetizuje, porovnáva a sumarizuje dostupné zistenia a výsledky k danej téme. Následne ich podrobuje metaanalýze ako štatistickej procedúre. Metaanalýza ponúka vysoko odborné závery a odporúčania, ktoré vychádzajú z porovnaní a systemizácie výsledkov množstva realizovaných štúdií v danej oblasti.

Výskumný súbor v klinickej psychológii: v klinickej psychológii je bežné, že výskumník nemôže skúmať všetkých členov populácie, ktorá ho zaujíma. Získavanie účastníkov pre

klinický výskum je náročné a zdĺhavé. S ohľadom na toto špecifikum sa v observačnom výskume odporúča minimálne 30 účastníkov v skupine.

7.3 Etika v klinicko-psychologickom výskume

Aj výskum v klinickej psychológii má svoje špecifické etické zákonitosti najmä s cieľom ochrániť dobro, práva, dôstojnosť a zdravie skúmaných osôb. Obzvlášť dôležité je to v klinickom výskume, kde môžu byť účastníci výskumu zo skupín obzvlášť zraniteľných osôb (deti, zdravotne znevýhodnení, psychiatrickí pacienti). Klinicko-psychologický výskum sa zvykne zameriavať na problematiku psychických problémov a porúch, preto je jeho nevyhnutnou etickou súčasťou taktiež informovanie účastníkov o tom, kde je možné vyhľadať odbornú psychologickú pomoc alebo poradenstvo (napr. výskum zameraný na prevalenciu pitia u vysokoškolákov v závere uvádza kontakty na inštitúcie, ktoré pracujú so závislými).

Etická komisia

S ohľadom na spomenuté etické špecifiká klinicko-psychologického výskumu je vhodné, aby bol výskum ešte v čase pred spustením posúdený etickou komisiou. Etické komisie sú nezávislé orgány, ktoré pôsobia najčastejšie v nemocniciach, iných zdravotníckych organizáciách a na univerzitách. Ich cieľom je posudzovať etickosť predložených výskumných projektov najmä so zreteľom na ochranu práva, dôstojnosti a zdravia budúcich respondentov. Etická komisia zhodnocuje možné benefity a potenciálne riziká. Povinnosťou výskumníka je získať povolenie od etickej komisie už v čase pred zberom dát, pretože väčšina odborných časopisov vyžaduje toto potvrdenie ako doklad k publikovaniu štúdie.

Informovaný súhlas

Súčasťou každého výskumu by mal byť informovaný súhlas. Predkladáme ho účastníkom výskumu ešte pred začatím výskumu. Informovaný súhlas informuje účastníkov o všetkých okolnostiach výskumu. Preto má obsahovať dostatok informácií k tomu, aby sa účastník slobodne rozhodol, či bude súčasťou výskumu alebo nie.

Informovaný súhlas by mal mať tieto body (Hajduk, 2020):

- cieľ výskumu
- popis procedúr (dotazník, experiment)
- riziká a nepríjemnosti spojené s výskumom (napr. nepríjemné pocity vyvolané otázkami vo výskume)
- ekonomické aspekty (napr. odmena za účasť vo výskume)
- spôsob nakladania s osobnými a citlivými údajmi (napr.: „Účasť na výskume je anonymná, osobné informácie budú prekódované do čísel“)
- dobrovoľnosť participácie a možnosť ukončenia účasti (napr.: „Účastník výskumu môže kedykoľvek z výskumu odstúpiť.“)
- otázky a ďalšie informácie (napr.: „V prípade otázok sa môže obrátiť na..“)
- kontakt na zodpovednú osobu alebo inštitúciu

Formálne má byť informovaný súhlas koncipovaný tak, aby mu potencionálny účastník rozumel. V prípade anonymizovaného výskumu sa nevyžaduje podpis účastníka. Zväčša sa tam uvádza formulka: „*Účastník svojou účasťou vo výskume potvrdzuje oboznámenie sa s informovaným súhlasom.*“. V prípade detského a dospelujúceho účastníka výskumu musí jeho zákonný zástupca udeliť súhlas s účasťou dieťaťa na štúdiu.

7.4 Súhrn

Súčasná doba je charakteristická prudkým nárastom hoaxov a dezinformácií. Informácií je tak veľa, že je veľmi náročné sa v nich vyznať a vybrať si to čo zohľadniť, naopak čomu neveriť. Psychológ by mal skôr nedôverovať a následne preverovať, overovať svoje závery a zistenia. Kritické myslenie je nevyhnutnou súčasťou psychologickkej praxe. Kritické myslenie reprezentuje schopnosť rozoznávať kvalitu informácií. Predpokladom kritického myslenia je schopnosť pozrieť sa na veci z nadhľadu, s odstupom, rozlišovať informácie centrálné od okrajových, pravdivé od nepravdivých.

8. Psychologická problematika pacienta so somatickým ochorením

Klinická psychológia sa primárne zameriava na intervenciu u pacientov s psychickými poruchami a problémami. Avšak častou pracovnou náplňou psychológa je aj starostlivosť o pacientov so somatickým ochorením. Pacienti pritom môžu trpieť celým spektrom somatických ťažkostí (napríklad kardiovaskulárne, kožné alebo gynekologické ochorenia). Potrebu a nevyhnutnosť psychologickéj starostlivosti o somaticky chorého pacienta zdôrazňujú aj aktuálne zmeny v zdravotníctve. Trendom u nás, ale aj vo svete, sa stáva znižovanie počtu lôžok, obmedzenie dĺžky hospitalizácie na najnutnejšie minimum alebo umieranie výhradne v nemocnici. Na druhej strane, samotný pobyt pacienta v nemocnici vedie k dočasnemu obmedzeniu jeho súkromia (napr. viacerí pacienti v izbe, vyšetrenia v prítomnosti študentov), k telesným, psychickým alebo osobným limitáciám (napr. zníženie sociálnych kontaktov, limitovaná pestrosť záujmov). Častou reakciou pacienta na uvedené okolnosti môže byť hnev, vzdor alebo nespolupráca. Úlohou klinického psychológa preto býva zlepšenie vzájomnej komunikácie medzi pacientom a personálom. Ponúknuť pacientovi podporu pri prekonávaní úskalí spojených so somatickým ochorením alebo podporovať pacientovo porozumenie zdravotného stavu.

Po preštudovaní tejto kapitoly budete:

1. rozumieť subjektívnej stránke somatického ochorenia,
2. poznať zmeny potrieb pri somatickom ochorení,
3. rozumieť psychologickým súvislostiam somatického ochorenia,
4. vedieť ako komunikovať so špecifickým typom somaticky chorého pacienta,
5. ovládať možnosti a techniky psychologickéj predoperačnej prípravy.

8.1 Subjektívna stránka somatického ochorenia

Termín ochorenie sa vo všeobecnosti definuje ako narušenie homeostázy medzi organizmom a prostredím vedúci k fyziologickým, anatomickým, ale aj psychickým zmenám v organizme, prejavujúci sa typickými symptómami. Reprezentuje aktuálny stav orgánov vznikajúci pôsobením vonkajších a vnútorných okolností, ktoré narušujú jeho optimálne fungovanie.

Ochorenie ako poškodenie, oslabenie alebo znížená aktivita určitej fyziologickej činnosti. Je to špecifické ohrozenie aktuálneho stavu pacienta, dôsledkom čoho sa obmedzujú jeho aktivity a aspirácie. Zasahuje celého človeka v podobe zdravotnej nepohody, zvýšeného stresu, znemožnenia dosahovania cieľov a tiež sociálneho fungovania. Samotná diagnostika a liečba sú preto významný zdroj záťaže, čo môže zvýšiť riziko vývinu viacerých psychosociálnych problémov (Miller et al., 2009). Ochorenie so sebou často prináša aj nutnosť hospitalizácie pacienta, čo je zdrojom ďalšieho stresu, strachu, úzkosti a napätia.

Ako vidíme, autori pristupujú k termínu ochorenie buď z pohľadu medicíny, ktorý zdôrazňuje jeho fyziologickú stránku, alebo z perspektívy psychológie, ktorá neopomína dopad zdravotných problémov na psychiku pacienta. Preto anglicky písaná odborná literatúra rozlišuje až dva termíny pomenúvajúce ochorenie a to: „illness“ a „disease“ (Křivohlavý, 2002; Mareš & Vachková, 2009). „Disease“ zastrešuje klasický klinický obraz ochorenia s typickou etiológiou, diagnostickými kľúčmi a liečebnými postupmi. Naopak „illness“ reprezentuje subjektívne, individuálne, laické vnímanie ochorenia. Je to súhrn informácií, predstav, očakávaní chorých aj zdravých jedincov o konkrétnom ochorení, ktoré ovplyvňujú kognitívnu, postojovú, afektívnu a behaviorálnu zložku organizmu (Mareš & Vachková, 2009) a samozrejme aj samotnú úspešnosť liečby. Diferenciácia termínov „disease“ a „illness“ odzrkadľuje aktuálny preferovaný bio-psycho-sociálny prístup k téme ochorenia.

Môžeme zhrnúť, že ochorenie reprezentuje aktuálny stav organizmu charakteristický obmedzením alebo oslabením životných funkcií, ktorý sa prejavuje typickými symptómami vo fyziologickej, ako aj psychologickovej rovine fungovania pacienta. Predstavuje mimoriadne zaťaženie organizmu a špecifickú náročnú situáciu. Preto kladie zvýšené nároky nie len na adaptáciu, ale aj zvládanie. Je nevyhnutné rozlišovať medicínsky význam ochorenia v podobe „disease“ a psychologicko-sociálny v podobne „illness“.

Subjektívny význam ochorenia sa odráža hlavne v týchto oblastiach, ktoré si postupne rozoberieme:

- emocionálne prežívanie ochorenia,
- psychické reakcie (sebapoňatie, postoj k chorobe, prežívanie),
- kognitívne hodnotenie ochorenia,
- kvalita života,

- zmena potrieb.

Emocionálne prežívanie ochorenia

U chorého dominuje negatívne prežívanie ochorenia. Úzkosť súvisí s ohrozením, depresia so stratou (napr. stratou zdravia, funkcie orgánu, obmedzenie možnosti pokračovať v určitej činnosti), alebo sa u pacienta objaví popretie súvisiace s obranou sebaobrazu. Pacient popiera, že je chorý. Reakcia závisí aj od rýchlosti zmien zdravotného stavu, pacientovho sebaobrazu a jeho zaužívaných copingových stratégií. Všetky tieto prejavy sú do určitej miery prirodzené a súvisia s adaptáciou na nový stav.

V súvislosti s emocionálnym prežívaním ochorenia je aktuálny model od Kübler-Ross (2015), ktorý popisuje fázy vyrovnávania sa s faktom ťažkej diagnózy:

- 1) Fáza neistoty pred stanovením diagnózy – uvažovanie o ochorení začína už pred vypuknutím samotného ochorenia, kedy človek spozoruje prvé príznaky. Jednotlivec si vytvára vlastnú teóriu o tom, čo by mu mohlo byť. Dominujú emócie ako úzkosť, obava. Táto fáza sa ukončí diagnostikovaním ochorenia.
- 2) Fáza šoku a popretia – pacient neverí, že je jeho zdravotný stav vážny. Odmieta akceptovať svoj zdravotný stav, myslí si, že je zdravý. Na behaviorálnej úrovni sa to prejavuje tým, že pacient odmieta ísť na spresňujúce vyšetrenia. Zo strany zdravotníkov nemá význam ho detailne informovať o postupe liečby, pacient to neprijíma.
- 3) Fáza generalizácie negatívneho hodnotenia – dominuje emócia hnevu. Pacient sa pýta prečo práve on ochorel, prečo sa to práve jemu stalo. Hnev smeruje proti sebe ale aj proti okoliu. Na behaviorálnej úrovni sa to môže prejavovať aj tým, že pacient sa snaží zvládať ochorenie svojimi silami (návšteva šamanov, liečiteľov)
- 4) Fáza vyjednávania – prosenie o milosť, o viac času, vyjednávanie s osudom, lekárom, Bohom.
- 5) Fáza postupnej akceptácie až zmierenia sa s diagnózou – akceptovanie choroby, pacient si vyhľadáva informácie o ochorení (diagnostika, testy, internet), postupne prispôbuje svoj život ochoreniu, hľadá nový zmysel života aj ochorenia. Vyrovnanie sa s chorobou a objavenie zmysluplnosti utrpenia.

V nadväznosti na uvedené Novalis a kol (1999) opísali Štádiá „neprimeranej“ adaptácie na ochorenie

- uvedomenie si choroby – možné reakcie: popretie, panika, psychóza
- regresívna závislosť – nespolupráca, reverz, prílišná náročnosť vyžadovaná od iných, zmätenosť
- výsledky liečby – sú tu tri alternatívy:
 - a) návrat k normálnemu fungovaniu (uzdravenie) – pacient sa vráti k činnosti predčasne alebo sa zdráha znova začať normálne fungovať,
 - b) trvalo znížená úroveň fungovania/chronická choroba – neschopnosť adaptovať sa na invaliditu,
 - c) zlyhanie liečby/umieranie – neschopnosť venovať sa rodinným, osobným, finančným záležitostiam.

Úlohou zdravotníka a psychológa je akceptovať dominujúce negatívne emócie, ktoré sú prítomné najmä na začiatku ochorenia.

Psychické reakcie na ochorenie

V dôsledku ochorenia sa mení sebapoňatie pacienta (Vágnerová, 1999). Znižuje sa najmä jeho sebahodnotenie a miera jeho závislosti a nezávislosti od druhých. To sa odvíja od závažnosti ochorenia. V dôsledku toho môžu u pacienta narastať problémy s definovaním jeho sociálnych rolí, identity, dokonca môže dôjsť k zmene osobnosti. Úlohou psychológa je pacientovi pomôcť predefinovať ochorením postihnuté sociálne role, identitu alebo sebaobraz. Spoločne ho smerovať k tomu, že ochorenie nie je konečný stav, ale jeho život a uplatnenie v ňou budú pokračovať. Sprevádzať pacienta pri objavovaní nových sociálnych rolí a možností uplatnenia sa napriek somatickým ťažkostiam a novovzniknutým limitom.

Kognitívne hodnotenie ochorenia

Kognitívne hodnotenie ochorenia býva často skreslené. Pacient má pocit, že o svojej chorobe vie málo, snaží sa dopĺňať so chýbajúce informácie („google pacient“). Väčšinou je však táto

snaha neúspešná, nakoľko jeho myslenie sa vyznačuje nekritickosťou a magickým uvažovaním. V tejto súvislosti môže zdravotnícky pracovník alebo psychológ pomôcť pacientovi tak, že mu opakovane poskytne informácie o ochorení, liečbe alebo ho naviguje na tie konkrétne internetové zdroje, ktoré mu budú nápomocné. Veľmi vhodné je aj nasmerovanie pacienta na vybrané suportívne patientske skupiny alebo organizácie.

U detského pacienta je kognitívne spracovanie ochorenia dané jeho vývinovou úrovňou. V období predškolského veku je vnímanie ochorenia ovplyvnené prelogickým uvažovaním dieťaťa, kde ho vníma najmä ako trest (výrok 5r. chlapca: „*Mami to ja môžem za koronu, lebo som si dostatočne neumýval ruky po záchode.*“). V školskom veku je subjektívne chápanie ochorenia racionálnejšie. Dieťa už akceptuje chorobu ako spôsob fungovania organizmu. V období puberty dospievajúci uvažujú o alternatívnych dôsledkoch ochorenia (výrok 17r. chlapec s ťažkou poruchou sluchu s dobrou kompenzáciou načúvacím aparátom: „*Som akoby medzi. Nie som ani nepočujúci, ani počujúci. Komunita nepočujúcich ma nechce, počujúcimi nie vždy rozumejú.*“). Uvažujú o chorobe aj v zmysle budúcich perspektív (výrok 18r. dievča s ťažkou poruchou sluchu: „*Ako budem počuť v noci, že mi plače dieťa, keď nebudem mať načúvací aparát*“). V dôsledku toho môže u nich dôjsť k prijatiu zdravotného stavu, alebo búreniu sa.

Kvalita života

Kvalita života pacienta pri somatickom ochorení sa odvíja od: a) jeho psychodynamickej konfigurácie (vytvorená v detstve, napr. rola úzkostnej matky); b) vyvolávajúcej životnej udalosti (napr. strata sluchu oživí intrapsychický konflikt) a c) od telesných podmienok pacienta (vulnerabilita k určitému ochoreniu). Okrem toho je kvalita života významne determinovaná aj tým, ako somatické ochorenie zasiahne kvalitu života pacienta. U detského pacienta sa jeho sociálna rola môže dokonca zlepšiť tým, že vďaka ochoreniu mu dospelí začnú prisudzovať privilégiá (v škole, doma). Naopak, ochorenie ho môže obmedziť v plnení sociálne žiadúcich činností (napr. bude oslobodený z telesnej výchovy). Hyperprotektívny prístup rodičov povedie k tomu, že si dieťa skôr bude uvedomovať svoju odlišnosť. V dospelosti sa ochorenie v súvislosti s kvalitou života chápe ako sociálna deviácia. Choroba zasiahne chorého sociálne vzťahy, možné sociálne interakcie, môže zmeniť jeho sociálnu pozíciu a priniesť sociálnu

stigmatizáciu. Práve prekonanie a optimalizovanie týchto sociálnych dopadov by malo byť cieľom psychologickú intervencie pri somaticky chorom pacientovi.

Zmena potrieb

Somatické ochorenie prirodzene smeruje k prestavbe potrieb pacienta:

- **potreba stimulácie** – mnohé podnety môžu pôsobiť rušivo, môžu chorého dráždiť či vyčerpávať. Chorý človek nemá potrebu zmeny, nových podnetov, lebo nemá dost energie, aby na neho nepôsobili nepríjemne. Dlhodobo chorí pacienti môžu byť až podnetovo deprivovaní.
- **potreba orientácie v situácii** – chorý človek má potrebu sa vo svojej situácii orientovať, poznať svoj zdravotný stav, vedieť, čo ho čaká a prečo je to nutné, v opačnom prípade by mohlo hroziť riziko konfliktu. Orientácia v situácii znižuje riziko konfliktov a adaptačného zlyhania.
- **potreba citovej istoty a bezpečia** – sa pod vplyvom choroby zvyšuje. Čítí potrebu väčšej citovej podpory, ktorá by kompenzovala jeho zdravotné problémy. Vážne ochorenie vyvoláva obranné reakcie rôzneho druhu, napr. zvýšená fixácia na blízkych ľudí. Niekedy chorý chce, aby pri ňom blízky človek zostal a držal ho za ruku, neopúšťal ho v ťažkej situácii. Ak je však chorý veľmi vyčerpaný, môže byť aj apatický.
- **potreba sociálneho kontaktu** – uspokojenie potreby sociálneho kontaktu je obmedzené obťažnosťou takú aktivitu vôbec realizovať, ale i zmenou hodnôt a záujmov; sociálny svet zúžený na členov rodiny, zdravotníkov a spolupacientov.
- **potreba seberealizácie** – chorý sa veľa ambícií vzdáva, pretože vie, že sú pre neho nedostupné alebo stratili pre neho pôvodnú hodnotu. Môže dôjsť aj k zvýrazneniu nejakej ambície alebo potreby, ale je to veľmi vzácné. Človek sa snaží dosiahnuť nejaký cieľ práve preto, že jeho čas i možnosti sú obmedzené a on si to uvedomuje.
- **potreba otvorenej budúcnosti** – synonymicky potreba pozitívnej prognózy býva závažným ochorením vždycky viac či menej frustrovaná. Budúcnosť ťažko chorého človeka je nepriaznivá a chorý je nútený pod tlakom okolností zľavovať zo svojich

pôvodných predstáv. Anticipácia negatívnej budúcnosti je logickým dôsledkom pochopenia podstaty vlastného ochorenia. V závislosti od toho sa objavujú obranné reakcie typu – útok alebo únik.

8.2 Psychologické súvislosti ochorenia

Zastupujú viaceré faktory na strane pacienta, ktoré vstupujú a ovplyvňujú psychologickú stránku ochorenia. Patrí tu:

- *Alexitýmia* = Pinocchiov syndróm. Alexitymické správanie sa opisuje ako citová negramotnosť, neschopnosť popísať svoje vlastné pocity, operantné myslenie, chudobná slovná zásoba, znížená introspekcia, fantázia, schizoidné vzťahy. Celkovo je takýto človek viac náchylný na psychosomatické problémy.
- *Diatéza* = typ zraniteľnosti alebo vulnerabilita k určitej chorobe. Konštitučná predispozícia k ochoreniu, hlavne ak je ochorenie vnímané ako následok stresu.
- *Syndróm bezmocnosti a beznádeje* = presvedčenie, že pomoc nepríde; súvisí s naučenou bezmocnosťou. Obsahuje subjektívny znížený pocit schopnosti situáciu riešiť, pocit ohrozenia a menší pocit uspokojenia vo vzťahu k ostatným, tendenciu oživovať a znovu prežívať skoršie neúspechy. Vede k zvýšenému riziku depresie.
- *Kvalita rodinného zázemia* – somatické ochorenie môže rodinu buď stmeliť alebo dochádza k rozpadu rodinného zázemia.
- *Vonkajšie prejavy ochorenia/hendikepu* – hanba za inkontinenciu, nemožnosť komunikácie napríklad pri strate sluchu, subjektívne vnímaná stigma.
- *Pocit ohrozenia života* – subjektívna miera strachu z umierania/ bolesti/osamelosti.

8.3 Komunikácia so somaticky chorým pacientom

K hlavným zásadám profesionálnej práce klinického psychológa s akýmkoľvek typom pacienta patrí rešpektovať ľudskú dôstojnosť, schopnosť načúvať, chápať bez hodnotiacich komentárov, byť neutrálny v podobe kontroly vlastných emócií a zachovávať mlčanlivosť. Okrem toho netreba zabúdať na to, že „problémové“ správanie jedinca môže byť len jeho

reakciou na nekompetenciu alebo vnímané neporozumenie zo strany psychológa. Preto, ak sa aj správa „problémovo“, treba sa správať profesionálne a vyhnúť sa predčasnému nálepkovaniu alebo jeho hodnoteniu. Hlavne v prípade chronických, nádorových a nevyliciteľných ochorení je komunikácia veľmi náročná. Komunikácia pri somatických ochoreniach sa bude týkať najmä týchto okolností:

- a) **Oznámenie diagnózy** – primerane, zrozumiteľne, ohľaduplne, spojiť s informáciou o možnostiach liečby (nie falošne „všetko dobre dopadne“..).
- b) **Informácia o možnostiach liečby** – primerane schopnostiam a vedomostiam pacienta, pacient musí nadobudnúť dôveru, pretože sa od toho odvíja úspešnosť liečby. Zamerať sa na objasnenie zákroku, priebehu zákroku, benefitov, rizík ale aj pozárokovej starostlivosti pacienta. Nezabúdať spomenúť, čo sa bude očakávať od pacienta.
- c) **Informácia o zlyhaní liečby** – cieľom je aspoň znížiť prejavy ochorenia, zmiernenie bolesti, zachovanie kvality života pacienta. Poskytnúť informácie o možnej paliatívnej liečbe (tíšenie bolesti a zmiernenie utrpenia).

V rámci psychologických rozhovorov je možné sa stretnúť s celou škálou problémov a rôznymi typmi pacientov. Nároky na vedenie rozhovoru sa zvyšujú pri práci s tzv. „špecifickým“ pacientom, ktorý si vyžaduje osobitý prístup. Predstavíme si úzkostný, hysterický typ, agresívny a pedantný typ pacienta. Taktiež si povieme o sťažovateľovi, návštevníkovi, mlčiacom jedincovi a pacientovi v odpore.

Úzkostný/depresívny typ pacienta

Ako ho poznať: schúlené a neisté držanie tela, vyhýbavý pohľad, pozeranie sa do zeme, neistá chôdza a gestá. V rozhovore sa objavuje ticho, váhanie, obavy a naliehanie na uisťovanie. Má strach urobiť sám rozhodnutie, preto necháva za seba rozhodovať iných, často volí stratégiu úniku. Prejavom je úzkosť z nezvládnutia situácie a bezmocnosť. Zvykne sa porovnávať s inými ľuďmi tak, že on je ten najhorší. Je citlivý voči kritike a nezájmu.

Ako s ním pracovať:

- Hovoriť pomaly, zrozumiteľne, kľudným hlasom.

- Poskytnúť mu dostatok informácií, využívať metódu klarifikácie.
- Nevývíjať nátlak na jeho vlastné rozhodovanie.
- Venovať mu dostatok času a podpory.
- Jeho nevypovedané myšlienky môže psychológ verbalizovať.
- Pracovať s jeho sebadôverou a asertivitou.

V prípade depresívneho pacienta je nutné venovať pozornosť aj jeho samovražedným sklonom (Praško a kol., 2007). Ak nám prizná, že uvažuje o samovražde, treba sa s ním o tom v pokoji porozprávať. Samovražda je reakcia na pocit neriešiteľnosti situácie a problémov. V diskusii je preto možné hľadať alternatívne riešenia alebo uzavrieť dohodu, že toto riešenie sa odsunie a počká sa na účinnosť terapie (Praško a kol., 2007).

Hysterický typ

Ako spoznať: rýchla chôdza, živá mimika a gestá, nápadné obliekanie a úprava zovňajška, neprehliadnuteľný. Prudký prejav emócií a upútavanie pozornosti. Teatrálne správanie pri konflikte, trhanie oblečenia, prudké gestá a krik.

Ako s ním pracovať:

- Zabrániť prílišnej gestikulácii usadením pacienta alebo zavedením do tesnejších priestorov.
- Odviesť mimo pozornosť iných osôb.
- Nereagovať na jeho snahy odbočiť od témy a naopak vracat' ho k téme.
- Hovoriť stručne, jasne a jednoznačne, tak aby s nami nemohol polemizovať.

Hysterické správanie môže byť tiež reakciou pacienta na neuspokojovanie jeho potrieb alebo neporozumenie zo strany psychológa/zdravotníka.

Agresívny typ

Agresívne vystupovanie môže mať samotný pacient, ako aj jeho rodinní príslušníci. Ako spoznať: rýchla chôdza, živá mimika a gestá, nápadné agresívne správanie, vyhrážanie sa, pohľad priamo do očí, podupávanie, zvieranie pästí.

Ako s ním pracovať (Lovašová, 2015):

- Usadiť pacienta/ príbuzného tak, aby ste si videli „z očí do očí“.
- Nebrať hnev pacienta/príbuzného osobne.
- Hovoriť kľudne, vecne a zrozumiteľne.
- Kontrolovať vlastnú tendenciu byť agresívny.
- Neverbálne signalizovať sebadôveru a rozhodnosť.
- Strážiť si gestikuláciu, aby to pacient nechápal ako výzvu k boju.
- Možnosť použiť pracovný stôl ako prirodzenú bariéru.
- Pozerať sa mu priamo do očí.
- Vyvarovať sa poučovaniu a mentorovaniu.
- V prípade potreby zabezpečiť možnosti úniku a bezpečia.

Vymětal (1996) uvádza, že príčinou verbálnej agresie v priebehu psychologického rozhovoru môže byť nespokojnosť pacienta s doterajšou liečbou, frustrácia z dlhodobého nezlepšovania stavu alebo aj snaha provokovať authority. Agresívne prejavy môžu byť tiež jeho obranným mechanizmom.

Pedantný typ

Ako spoznať: priamy pohľad, uhladené gestá a úprava zovňajšku. Precízne vykonávanie činností, rituály. Nemenné zásady a zdržanlivosť voči novým veciam.

Ako s ním pracovať:

- Pri polemike apelovať na dôkazy, kazuistiky, skúsenosť a výsledky odborných štúdií.
- Venovať mu pozornosť a čas.
- Podat' vyčerpávajúce informácie.
- Používať odborný jazyk.
- Hovoriť jasne a zrozumiteľne, primeraným tempom.
- Vyvarovať sa bagatelizácii problému.
- Vyvarovať sa nevšímavosti.

Mlčiaci typ

V priebehu psychologického rozhovoru sa môžu objavovať pasáže ticha, tak na strane pacienta ako aj psychológa. Mlčanliví jedinci v psychológovi často vyvolávajú netrzeplivosť a hnev, preto významu ticha treba rozumieť. Môžu byť dokonca zdrojom zneistenia u psychológa. V počiatočných fázach rozhovoru môže ticho zo strany pacienta signalizovať, že hľadá slová ako popísať svoje ťažkosti alebo jednoducho nevie, ako správne začať. Iným vysvetlením mlčania pacienta v počiatočných fázach rozhovoru je možnosť, že si ešte nie je istý a jednoducho si nás testuje, nie je pripravený na terapiu (Vymětal, 1996). V neskorších fázach rozhovoru môže ticho na strane pacienta reprezentovať jeho nesúhlas, odpor so slovami psychológa, alebo smútok a depresiu (Timuľák, 2006), taktiež problém s prenosom (Vymětal, 1996). Timuľák (2006) odporúča reagovať na ticho opatrne pomocou reflexie napríklad: „*Všimol som si, že častejšie mlčíte, môžete mi povedať ako sa v tichu cítite?*“ alebo „*Môžeme ostať chvíľu potichu, s tým že si premyslíte o čom sa budeme spolu rozprávať.*“ alebo „*Všimol som si, že ste sa odmlčali, môžete mi povedať niečo viac o tom, čo vám víri hlavou.*“ alebo „*Čo znamená Vaše mlčanie, je tu niečo neprijemné o čom sa nechcete zhovárať?*“.

Opakom je vedomá práca psychológa s tichom, ako účinnou psychologickou technikou. Tu ide o tzv. plodné ticho, kedy jedinec premýšľa, sumarizuje alebo sa zameriava na svoje emócie. V tichu má pacient priestor premýšľať a zamerať sa na svoje vnútorné prežívanie. Ticho pôsobí ako provokatér a môže priniesť cenné informácie. U detí sa však používanie ticha neodporúča.

Pacient v odpore

Odpor pacienta môže byť vážnou prekážkou v rozhovore a práci s ním. Odpor sa prejavuje tým, že pacient z rôznych dôvodov **odmieta alebo nechce spolupracovať** (Pešek & Praško, Štípek, 2013), či už vedome alebo nevedome. Neodpovedá na psychologové otázky, mlčí, skáče do reči, zľahčuje problémy alebo sa nedokáže otvoriť. Snaží sa tak obrániť svoje ja. Často si problém buď nepripúšťa, alebo má snahu ho bagatelizovať (Mydlíková, Gabura, & Schavel, 2002). Za každú cenu chce zotrvať v „svojej bezpečnej zóne“ a nič nemeniť napriek tomu, že vyhľadal odbornú pomoc.

Leahy (2003) rozlišuje nasledovné typy odporov:

- odpor vyplývajúci z potreby uznania

- odpor vyplývajúci z postoja k vlastným emóciám
- odpor založený na obrane vlastnej identity
- depresívny odpor
- morálny odpor
- odpor plynúci zo sebaznehodnocovania.

Odpor vyplývajúci z potreby uznania sa prejavuje u pacienta, ktorý síce veľmi intenzívne prežíva svoj problém, avšak nevníma podporu a prijatie zo strany psychológa. Pacient sa snaží záujem od psychológa získať: mlčaním, návštevou iných psychológov, sťažovaním sa, podceňovaním psychologickéj intervencie. Psychológ by sa mal zachovať empaticky a pacientovi vyjadriť, že jeho pocitom a neistote rozumie. Napomôcť môže aj upozornenie: „...že dlhodobým ťažkostiam môže napomôcť pár stretnutí..“ (Wetzig-Würth & Müller, 2004, s. 75).

Odpor vyplývajúci z pacientovho postoja k vlastným emóciám je charakteristický presvedčením jedinca o tom, že prejavovanie emócií je zahanbujúce. Jedinec preto prežíva pocity viny. Psychológ by mu mal objasniť, že prejavovanie emócií je zdravé a žiadúce.

Podstatou **odporu založenom na obrane identity** je presvedčenie pacienta, že sa nemôže vzdať vecí, do ktorých niečo investoval (čas, energiu, lásku do vzťahu). Psychológ by mu mal vysvetliť, že je v poriadku, že človek zvažuje vklady a straty, avšak ak nám niečo ubližuje, je dobré sa toho postupne vzdať.

Depresívny odpor u pacienta sa prejavuje tým, že sa vyhýba nebezpečenstvu a odmieta riskovať. Súvisí to s jeho zásadovosťou a zodpovednosťou. V správaní sa to prejavuje vyhýbaním. Je dobré, aby to psychológ pomenoval a postupne na zmene u jedinca pracoval.

Morálny odpor sa prejavuje bazírovaním na morálke a rigidných presvedčeniach. Pacient sa obviňuje za svoje nedostatky a vníma ich ako trest, prípadne obviňuje druhých. Typická je pre neho sebaľútosť. Je dobré, aby to psychológ pomenoval a postupne na zmene u pacienta pracoval.

Odpor plynúci zo sebaznehodnocovania sa prejavuje negatívnym hodnotením seba u pacienta, podceňovaním a zľahčovaním vlastných predností a úspechov. Do tejto kategórie

odporu patrí aj perfekcionizmus. Opäť je dobré, aby to psychológ pomenoval a postupne na tom s pacientom pracovali.

V prípade rozhovoru s pacientom v odpore je nutné najskôr pracovať so samotným odporom, až potom prejsť k inej psychologickej intervencii. Pri rozhovore je dobré problém s odporom jasne pomenovať a pracovať na ňom. V prípade, že to pacient odmieta, môže ho začať psychológ extrémne podporovať v jeho odpore, čím je pravdepodobné, že sa ním presýti (Mydlíková, Gabura, & Schavel, 2002). Posledná možnosť je odoslať pacienta k inému psychológovi.

Zraňujúca komunikácia zo strany **zdravotníckeho personálu** má tieto podoby:

- nejasné, nepresné, útržkovité informácie o ochorení alebo prognóze,
- vyjadrovanie sa zdravotníka príliš odborne,
- neadekvátne (odmietajúca) neverbálna komunikácia zo strany zdravotníka,
- požiadavky kladené na pacienta, ktoré nevie splniť (úzkostný pacient sa má doma presadiť),
- podávanie informácií, ktoré u pacienta vyvolajú obavy (bagatelizácia ťažkostí, len informácia o zhoršení nič viac),
- nevypočutie obáv pacienta.

8.4 Psychologická stránka hospitalizácie

Pobyt v nemocnici je z psychologického pohľadu pomerne náročné obdobie. U pacienta môže znamenať absenciu tak fyzických, psychických ako aj sociálnych potrieb:

Telesné potreby – smäd, nedostatok čerstvého vzduchu, nedostatky v osobnej hygiene, problémy so spánkom, skoré budenie bez dôvodu, fyzická bolesť.

Psychické potreby – neistota, strach, úzkosť, nuda, nedostatok aktivity, až senzorická a informačná subdeprivácia, znížená samostatnosť, znížená kvalita života – od nej závisí spolupráca pacienta a často aj priebeh a výsledok liečby.

Sociálne potreby – izolácia, minimum sociálnych a rodinných kontaktov, neúčast' na sociálnom živote.

Preto môže pacient reagovať viacerými spôsobmi:

- 1) Bezmocnosť a beznádej – rezignácia (vzdá sa), môže byť samovražedné jednanie, subjektívne vnímaná znížená možnosť vplyvu; subjektívna izolácia
- 2) Protest - zaradí sa medzi „ťažkých“ pacientov, sťažuje sa, kritizuje
- 3) Sekundárny zisk z ochorenia – účelové jednanie pre zisk z ochorenia
- 4) Regresia – vzdorovitosť, zneschopnenie sa, infantilné požiadavky
- 5) Obmedzenie práva prechodne ako nutnú súčasť – bez väčších problémov sa adaptuje
- 6) Pobyt v nemocnici vníma ako pozitívnu sociálnu úlohu – väčšia pozornosť, uznanie z okolia

8.5 Úloha psychológa v rámci predoperačnej prípravy

Vo svete je významnou kompetenciou psychológia participovať na predoperačnej príprave pacienta. U nás sa táto pracovná náplň len pomaly dostáva do praxe.

Predoperačná psychologická príprava pozostáva z týchto krokov (spracované podľa Trull, Prinstein, 2013):

- 1) Psychologický rozhovor – trvanie obyčajne kratšie než klasické psychologické stretnutie. V priemere trvá 30 až 40 minút, často v deň prijatia pacienta na oddelenie (vtedy obyčajne pacient nemá iné vyšetrenia, alebo nie je premedikovaný). Obsahom psychologického rozhovoru sú najmä pacientove pocity bezprostredne pred operáciou, ale aj z dlhodobej perspektívy. Najčastejšou témou je emócia strachu a úzkosti. Pacientovi objasňujeme, že táto emócia je v súvislosti s jeho aktuálnou životnou situáciou úplne normálna. Emócie strachu a úzkosti je možné znížiť aj:
 - opísaním priebehu zákroku
 - **technicky** (ako bude prevedený): najlepšie je ak už mu to v predstihu opísal lekár, a psychológ to len prerozpráva viac zrozumiteľných spôsobom.
 - **emocionálne** (čo bude pociťovať pacient): najčastejšie v podobe

sprostredkovania stretnutia s iným pacientom s podobnou alebo rovnakou diagnózou, akceptovať ak pacient nechce byť informovaný, u detí vysvetliť priebeh operácie cez hru (napríklad pomocou macka vo veľkosti dieťaťa),

- vysvetlením pacientovi aké správanie sa od neho očakáva, využiť možnosť nácviku želaného správania,
- informovať ho o obmedzeniach, ktoré mu zákrok prinesie (aj písomne),
- nácvikom relaxácie.

Naopak absencia strachu u pacienta je častým signálom toho, že pacient bude nespokojný po operácii, alebo bude mať problém so spoluprácou so zdravotným personálom. Na zvládnutie strachu pred operáciou môžeme pacientovi ponúknuť nácvik krátkych relaxačných techník. Z repertoáru iných emócií sa môže pacient prejavovať prílišným humorom alebo žoviálnosťou, čo je obranný mechanizmus. Taktiež môžu byť prítomné emócie ako zmätenosť, dezorientácia až halucinácie – zväziť konzultáciu s psychiatrom.

- 2) Možnosť psychodiagnostiky osobnosti a aktuálneho psychického stavu pacienta – nie je to nevyhnutná súčasť predoperačnej prípravy, skôr v podobe administrácie krátkych škál na zistenie aktuálneho prežívania pacienta.
- 3) Účasť na predoperačnej vizite – zväčša v trvaní 5 až 30 minút. Tematicky sa zameriavame na zodpovedanie pacientových otázok a zhraničujeme čo pacienta čaká po operácii, aké správanie sa od neho očakáva.
- 4) Záverečný rozhovor – pred prepustením domov. Zhraničujeme témy a otázky týkajúce sa bezprostrednej budúcnosti a rehabilitácie pacienta. Niektorí pacienti sú sklamaní, že sa ich stav nezlepšuje dostatočne rýchlo, preto je tu priestor na prediskutovanie tejto témy.

8.6 Súhrn

V tejto kapitole bolo predstavené, že úloha psychológa aj pri somaticky chorom pacientovi má svoje nezastupiteľné miesto. Na rozdiel od lekárov, klinický psychológ má väčšie časové

možnosti rozprávať sa s pacientom. Okrem toho, prostriedky s ktorými pracuje a lieči sú neinvazívne a nefarmakologické, čo môže byť pri somaticky chorom pacientovi veľmi vítané a prospešné.

9. Psychologická problematika pacienta so zdravotným znevýhodnením

Patopsychológia ako špecifická klinicko-psychologická disciplína sa zaoberá psychologickými špecifikami u jedincov so zdravotným znevýhodnením. Zdravotné znevýhodnenie reprezentuje široký pojem, ktorý zahŕňa rozsiahlu škálu porúch, funkčných obmedzení a prekážok pri sociálnom fungovaní jedinca (WHO, 2001). Patopsychológia sa zameriava na psychologické charakteristiky jedincov so zmyslovým znevýhodnením, ako aj telesným znevýhodnením. Zatiaľ čo budúci psychológovia sú počas štúdia rozsiahle edukovaní o liečbe porúch duševného zdravia, len zriedka dostanú dostatok informácií o problematike zdravotného znevýhodnenia (Strike, Skovholt, & Hummel, 2004). Tento nedostatok vedomostí je následne možnou prekážkou poskytovania efektívnych služieb jedincom so zdravotným znevýhodnením. Zámerom kapitoly je ponúknuť všeobecné informácie o psychologických korelátoch znevýhodnenia ako takého. Taktiež sa špecificky zameriame na problematiku poruchy sluchu, nakoľko s ňou máme dlhoročné praktické skúsenosti.

Po preštudovaní tejto kapitoly budete:

1. poznať obsahovú náplň patopsychológie,
2. vedieť psychologické koreláty zdravotného znevýhodnenia ako takého,
3. rozumieť psychologickým špecifikám sluchového znevýhodnenia,
4. vedieť psychologicky pracovať s jedincom so sluchovým znevýhodnením.

9.1 Zdravotné znevýhodnenie u psychológa

Hoci zdravotné znevýhodnenie a znevýhodnenie je zdrojom viacerých frustrácií v živote človeka, každý pacient svoje obmedzenia vníma individuálne. Napriek tomu, vybrané prekážky v živote znevýhodnených, aspoň v krátkosti spomenie. Jedinci so znevýhodnením sú často viac sociálne izolovaní, ako ľudia bez znevýhodnenia. Zažívajú významnejšiu diskrimináciu a stigmatizáciu, čo môže prispieť k ich pocitom odlišnosti. V prípade, že je ich znevýhodnenie viditeľné, môžu sa cítiť viac marginalizovaní. Naopak jedinci s neviditeľným znevýhodnením (napr. poruchy učenia, chronická bolesť) môžu mať problém presvedčiť ostatných, že majú

zdravotné ťažkosti. Subjektívne vnímanie zdravotného znevýhodnenia závisí najmä od povahy znevýhodnenia, kvality sociálnej opory aj životných nárokov (Vash & Crewe, 2004). Osoby so zdravotným znevýhodnením, majú ako každý iný, svoje osobnostné charakteristiky, osobnú históriu a životné skúsenosti. V tejto súvislosti je známy tzv. „**efekt zovšeobecňovania**“: efekt, kedy ostatní v kontakte so znevýhodneným majú tendenciu predpokladať, že každý človek so znevýhodnením má určité typické charakteristiky, vlastnosti aj životné skúsenosti (Wright, 1983). Napríklad sa môžu domnievať, že osoba s poranenou miechou nemá záujem o sex.

Preto, aby sa psychológovia vyhli efektu zovšeobecňovania a vedeli správne pracovať s ľuďmi so zdravotným znevýhodnením mali by:

- poznať ako určité znevýhodnenie ovplyvňuje psychickú pohodu a fungovanie pacienta,
- byť si vedomí svojich vlastných postojov, reakcií a predstáv o zdravotnom znevýhodnení, ktoré môžu ovplyvniť ich profesionálne vzťahy s pacientmi so zdravotným znevýhodnením,
- rešpektovať ľudskú dôstojnosť, s vedomím, že ľudia so zdravotným znevýhodnením majú právo na sebaurčenie, účasť v spoločnosti, spravodlivý prístup k psychologickému starostlivosti,
- uznávať, že ľudia so zdravotným znevýhodnením sú rôznorodí a majú jedinečné individuálne vlastnosti.

Okrem toho, treba mať na pamäti, že ľudia so zdravotným znevýhodnením sú častejšie v **ohrození násilia a zneužívania** (Hughes, 2005). V inštitucionálnom alebo komunitnom prostredí jednotlivci so zdravotným znevýhodnením, ktorí využívajú služby osobnej asistencie, zažívajú vysoký výskyt zanedbávania, verbálneho a/alebo fyzického zneužívania a finančného vykorisťovania zo strany svojich asistentov alebo rodiny (Powers, Curry, & Oswald, 2002). Z tohto dôvodu by psychológovia mali (spracované podľa Nosek et al., 2001):

- poznať znaky, symptómy a dynamiku násilia súvisiaceho so zdravotným znevýhodnením;

- v prípade zneužívania a zanedbávania vedieť primerane zasiahnuť (možnosť nahlásenia na políciu);
- viesť dokumentáciu o histórii zneužívania a zanedbávania;
- diskutovať s pacientmi o ich bezpečnosti, ako aj možnostiach záložnej starostlivosti, možnostiach alternatívnej sociálnej pomoci a opory,
- poskytnúť znevýhodnenému aktuálne kontaktné informácie pre programy/ linky, ktoré sa zaoberajú domácim násilím.

9.1.1 Psychodiagnostika zdravotne znevýhodneného pacienta

Predtým ako klinický psychológ začne s psychodiagnostikou zdravotne znevýhodneného jedinca, je potrebné, aby bral do úvahy viaceré špecifiká, ktoré súvisia so zdravotným znevýhodnením testovaného jednotlivca.

- 1) Závažnosť znevýhodnenia a aktuálny fyzický stav môžu významne vplývať na výsledky testovaného. Aj preto je jedným z opatrení porovnávať testovaného so samostatnými normami, ktoré boli vytvorené špecificky pre jedincov s príslušným znevýhodnením. Napríklad niektoré škály kvality života sú vyvinuté, normované a overené na populáciách, ktoré zahŕňajú pacientov so znevýhodnením alebo s určitým somatickým ochorením. Tieto normy zohľadňujú ich aktuálne obmedzenia, bolesti alebo únavu. Často stačí len pozorne čítať manuál k testu, kde sa informácie o podmienkach testovania jedincov so špecifickými potrebami alebo znevýhodnením nachádzajú. Naopak, ak sú testové výsledky jedinca so znevýhodnením porovnávané so zdravou populáciou, môže dochádzať k ich mylnej interpretácii a chybovosti.

Na Slovensku stále absentuje dostatok psychodiagnostických nástrojov so špecifickými normami pre špecifické znevýhodnenia, preto je dobré kontaktovať vydavateľov testu a upozorniť ich na potrebu rešandardizácie noriem pre vybrané populácie.

- 2) Niekedy je preto pri testovaní pacientov možné prispôbiť formálne prevedenie testovania. Napríklad test Ravenove progresívne matice si rozstriháme, aby sme ich

vedeli administrovať nepočujúcemu pacientovi bez verbálnej inštrukcie. Tento postup odporúča aj Americká psychologická asociácia APA (<https://www.apa.org/pi/disability/resources/assessment-disabilities>, citované dňa 7.1.2022) s odôvodnením, že pri mnohých druhoch testov prispôsobenie formálneho prevedenia prinesie platné výsledky. Takéto prispôsobenie pomôže psychológovi otestovať a posúdiť pacientov s rôznou úrovňou schopností, čím sa sprístupní test aj jednotlivcom, ktorí by inak nemuseli byť schopní absolvovať meranie (APA, <https://www.apa.org/pi/disability/resources/assessment-disabilities>, citované dňa 7.1.2022).

Medzi formálne úpravy testov je možné zaradiť: (1) zmenu formátu prezentácie testu, (2) zmenu formátu odpovede, (3) zmenu časovej dotácie pre testovaného, (4) použitie iba častí testu a (5) použitie náhradných testov alebo alternatívneho hodnotenia. Napríklad test na papieri môže byť prepísaný do Braillovho písma alebo inštrukcie nahraté na audiozáznam. Niektorým testovaným môže pomôcť, že examinátor bude zaznamenávať ich odpovede do testovacieho hárku. Možnosť predĺžiť čas na dokončenie testu APA odporúča najmä v prípade testov intelektových schopností alebo akademických výsledkov (<https://www.apa.org/pi/disability/resources/assessment-disabilities>, citované dňa 7.1.2022).

- 3) Psychodiagnostiku testovými metódami je nutné vždy doplniť klinickými metódami psychodiagnostiky (rozhovor, pozorovanie).

Rozhovor sa môže týkať pacientových problémov, ktoré súvisia so znevýhodnením, a ich dopadov na jeho život. Psychológ sa môže pýtať na typ a pôvod zdravotného znevýhodnenia jedinca; jeho vnímanie silných stránok a obmedzení súvisiacich so znevýhodnením; funkčný dopad zdravotného znevýhodnenia; reakcie ostatných na jeho znevýhodnenie; požadované pomôcky, ubytovanie, ošetrovanie a lieky; a nevyhnutné úpravy životného štýlu (Olkin, 1999).

Pri **pozorovaní**, psychológ sleduje vonkajšie prejavy znevýhodnenia, ako je špecifické správanie, rečové ťažkosti, zdravotné symptómy či telesné anomálie. Taktiež psychomotorické a motorické funkcie, spoluprácu, interpersonálne zručnosti, kognície,

náladu, afekt a emocionálny stav, frustračnú toleranciu, zvládacie stratégie a nadhľad pacienta.

- 4) Pri psychodiagnostike je nutné sa špecificky zameriavať na odhalenie silných a slabých stránok fungovania jedinca.

9.1.2 Psychologická intervencia u zdravotne znevýhodneného jedinca

Predtým ako klinický psychológ začne s psychologickou intervenciou u zdravotne znevýhodneného jedinca je nutné, aby mal na zreteli, že zdravotné znevýhodnenie môže, ale aj nemusí súvisieť so zákazkou, s ktorou pacient ku psychológovi prichádza. Nakoľko zdravotné znevýhodnenie často zahŕňa motorické, kognitívne, zmyslové alebo duševné obmedzenia, psychológ môže nesprávne predpokladať, že pacient so znevýhodnením sa chce v terapii zamerať predovšetkým na spracovanie znevýhodnenia alebo jeho dôsledkov. Avšak, cieľ intervencie závisí od dôvodov pacienta, prečo vyhľadal psychologickú pomoc. Intervencia sa môže preto zameriavať napríklad na zvýšenie samostatnosti pacienta.

V prípade, že zákazka súvisí so zdravotným znevýhodnením pacienta, je dobré aby si psychológ uvedomoval, že existuje široká škála individuálnych reakcií na zdravotné znevýhodnenie. Dokonca pacient vôbec nemusí emocionálne reagovať, ako sa to opisuje v štádiách vyrovnávania sa s faktom ťažkej diagnózy (Kübler-Ross, 2015). Preto je základným cieľom psychologickkej intervencie u zdravotne znevýhodnených jedincov nadviazanie bezpečného pracovného vzťahu, pochopenie jedincovho života a skúseností súvisiacich so znevýhodnením. Následne identifikovanie potrieb pacienta v oblasti liečby.

APA odporúča tieto dodatočné kroky psychologickkej intervencie so zdravotne znevýhodneným pacientom (<https://www.apa.org/pi/disability/resources/assessment-disabilities>, citované dňa 12.1.2022).

- dĺžku sedení určovať flexibilne tak, aby vyhovovala fyzickým a psychickým možnostiam pacienta. Napríklad, keď pacient pociťuje únavu v dôsledku chronickej bolesti, môže byť pre neho 50 minútová terapia príliš vyčerpávajúca;
- prispôbiť počet, povahu a frekvenciu sedení pacientovej výdrži, rozsahu pozornosti, a schopnosti spolupracovať;

- akceptovať komunikačné obmedzenia pacientov tým, že bude intervencia vykonávaná s pomocou vizuálnych pomôcok, či písomných súhrnov alebo zvukových záznamov;
- psychológ podporuje aspirácie a samostatnosť pacienta so znevýhodnením tým, že ich zapája do plánovania intervencií a očakáva ich vlastné rozhodnutia;
- psychológ spolupracuje s organizáciami, ktoré poskytujú služby pre osoby so zdravotným znevýhodnením alebo podpornými sociálnymi sieťami.

V praxi sa nám viackrát potvrdilo, že jedinci so zdravotným znevýhodnením chcú jednoducho žiť zdravý a nezávislý život, napriek ich zdravotným obmedzeniam. Preto si myslíme, že zdravotné znevýhodnenie nie je jednoduchým synonymom choroby, aj keď zdravotné znevýhodnenie predpokladá zvýšené riziko sekundárnych zdravotných komplikácií.

9.2 Zdravotné znevýhodnenie u dieťaťa

Starosti s deťmi majú všetci rodičia. Každé dieťa je niekedy choré, má chrípku alebo je nachladnuté, avšak vo väčšine prípadov sa vylieči bez trvalých následkov. Iná je ale situácia, keď sa dieťa narodí s nejakým vážnejším problémom alebo sa hendikep objaví kedykoľvek v priebehu detstva. Zistenie, že dieťa má vážnu diagnózu je jednou z najťažších situácií, ktoré môžu postretnúť rodičov. Je to skúška, na ktorú nie sú rodičia často vôbec pripravení. Samotné poznanie, že dieťa má vážne problémy, pôsobí ako šok sprevádzaný frustráciou, beznádejou a stratou istoty. Oznámenie závažnej diagnózy reprezentuje ohrozenie rodičovskej úlohy. Rodičia nechápu, prečo je práve ich dieťa iné, často si kladú otázky, či sa budú vedieť o neho postarať, či vôbec zvládnu výchovu. Okrem toho aj následná liečba a korekcia znevýhodnenia so sebou prináša ďalšiu radu prekážok a stresujúcich situácií. Deti s hendikepom kladú zvýšené nároky na čas rodičov, fyzickú námahu a tiež finančný rozpočet, čo do rodiny prináša napätie a záťaž, ktorá môže pretrvávajúť aj dlhé obdobie (Matejček, 2001). Rodičia sú úzkostnejší, citlivejší voči slovám a reakciám okolia.

Rodičia reagujú kombináciami rôznych emócií (Špatenková a kol., 2001):

- úzkosťou a strachom, ktorý sa vzťahuje k predstave ďalšieho ohrozenia dieťaťa,

- hnevom, súvisiacim s uvedomením straty prežívanej ako nespravodlivej,
- smútkom, až depesiou, vyplývajúcej z vedomia obmedzených možností ochrániť svoje dieťa,
- stratou kontroly nad situáciou - časté bezúčelové jednanie v podobe prehnanej aktivity alebo naopak ustrnutia a neschopnosti čokoľvek robiť,
- sociálnej stigmy – „naša rodina sa odlišuje...“

Vždy je dobré ak rodina pozná diagnózu čo najskôr, ako je to možné. Každá rodina si následne vytvára vlastný zdieľaný význam o pôvode ochorenia, ktorý nemusí úplne zodpovedať realite. Rodina môže mať tieto vysvetlenia o pôvode ochorenia dieťaťa:

- a) biomedicínske: genetické/ prenatalne okolnosti,
- b) environmentálne: toxické látky, znečistenie,
- c) náboženské: od Boha/ urieknutie..,
- d) osud: je to tak určené,
- e) neznáma príčina: neistota, ktorá veľmi zaťažuje,
- f) obviňovanie seba/iných: často pri nedostatku informácií.

Úloha psychológa závisí od samotného znevýhodnenia, ale vo všeobecnosti psychológ učí rodinných príslušníkov, ako sa dieťaťa dotýkať, ako s ním komunikovať alebo ako sa o dieťa špecificky starať. Môže rodičom ponúknuť nácvik situácie oznámenia diagnózy dieťaťa širšej rodine. Psychológ im tiež sprostredkúva informácie o podporných komunitách, združeniach.

Reakcia spoločnosti:

- choroba dieťaťa vyvoláva v spoločnosti súcit a vzbudzuje protektívne reakcie,
- na dieťa je braný ohľad, je mu prejavovaná sympatia, trpezlivosť,
- choré deti majú obmedzené rôzne funkcie (šport, hry, konzumácia niektorých potravín) a preto sú častokrát z kolektívov vyčleňované.

9.3 Porucha sluchu

Dosah poruchy sluchu v živote človeka závisí od viacerých faktorov. Najvýznamnejšie ho ovplyvňuje vek, v ktorom došlo k poruche sluchu, typ, miera a príčiny poruchy sluchu, prítomnosť resp. neprítomnosť viacnásobného znevýhodnenia, ale aj výchovné, edukačné a širšie environmentálne faktory, nevynímajúc postoj spoločnosti k sluchovo znevýhodneným. Sluchové funkcie predstavujú jednu z najnevyhnutnejších podmienok pre osvojenie si reči. Z tohto pohľadu má najzávažnejšie dôsledky prelingválna ťažká porucha sluchu, ktorá sa objavuje v predrečovom období vývinu dieťaťa, čím mu znemožňuje osvojiť si reč prirodzeným spôsobom. Postlingválna hluchota nastupuje v dobe, keď je rečový vývin človeka ukončený, avšak predstavuje zvýšené nároky na jeho adaptáciu. Je to skoro úplná strata sluchu, s ktorou sa pacienti veľmi ťažko vyrovnávajú.

9.3.1 Typológia poruchy sluchu

V odbornej literatúre nachádzame viacero delení porúch sluchu na základe viacerých kritérií. My ponúkame uvedené tri kategórie spracované podľa Koval' (2009).

a) Na základe závažnosti straty sluchu v dB

- | | |
|-------------------------|------------|
| 1. normálny sluch | 0 – 25 dB |
| 2. ľahký stupeň | 26 – 40 dB |
| 3. stredný stupeň | 41 – 55 dB |
| 4. stredne ťažký stupeň | 56 – 70 dB |
| 5. ťažký stupeň | 71 – 90 dB |
| 6. hluchota | nad 91 dB |

Hranica prijateľnej sluchovej funkcie, ktorá je nevyhnutná pre osvojenie hovorenej reči, je v pásme stredne ťažkej nedoslýchavosti (60 - 70 dB)

b) Na základe miesta poruchy sluchu

1. Prevodová vada – porucha vnútorného a stredného ucha. Jedná sa o poruchu v mechanickej časti sluchovej dráhy, ktorá vedie k narušeniu prevodu zvukových vibrácií do slimáka. V týchto prípadoch porucha sluchu nebýva závažná, pohybuje sa

v pásme ľahkého až stredného stupňa nedoslýchavosti, dochádza len k zoslabeniu sluchového vnemu, poruche vnímania melódie a dynamiky hlasu, ktoré môže byť dôležitou súčasťou neverbálnej komunikácie. Človek s touto poruchou s pomocou načúvacieho aparátu počuje a rozumie hovorenej reči, pokiaľ ho nerušia ďalšie zvuky.

2. Percepčná vada – porucha citlivých buniek vnútorného ucha. Dôsledkom je nie len zníženie schopnosti vnímať zvuky, ale i podstatné skreslenie sluchových vnemov, predovšetkým vysokých tónov. Percepcia reči je neúplná a chýbajú v nej niektoré zvuky. Percepčné poruchy sú trvalé a z hľadiska závažnosti ide o poruchu v pásme od stredného stupňa nedoslýchavosti až po hluchotu.
3. Kortikálna porucha sluchových funkcií – vzniká ako následok poškodených oblastí CNS. Prejavuje sa problémami v poznávaní zvukov a v určení ich významu, ide o sluchovú dysgnóziu či agnóziu.

c) **Na základe veku**

1. Prelingválna hluchota - pred osvojením reči, do 3 - 4 roka dieťaťa, narúša celkový rozvoj dieťaťa.
2. Postlingválna hluchota – strata sluchu po osvojení reči, uchováva si obmedzenú schopnosť hovoriť.

9.3.2 Špecifiká psychologickej intervencie pri poruche sluchu

Psychologický dopad straty sluchu a s tým spojené intervenčné špecifiká je nutné zohľadniť najmä u pacientov so stredne ťažkou poruchou sluchu (71–90 dB) alebo stratou počutia na úrovni hluchoty (nad 91 dB). Z týchto dôvodov sa v nasledujúcom texte zameriame na psychologické špecifiká prelingválne ťažko sluchovo znevýhodnených detí, prelingválne hluchých dospelých a postlingválne nepočujúcich dospelých.

Pre **prelingválne ťažko sluchovo znevýhodneného dieťa** je typické, že sa mu artikulovaná reč nevyvíja spontánne, myšlienkové operácie sa opierajú predovšetkým o konkrétne činnosti. Pokiaľ sa nepozerajú, nemajú žiadne informácie, žijú vo svete rozdelenom „na úseky“. Sprevádza ich komunikačná bariéra. Nie sú schopné plnohodnotne vyjadriť svoje potreby a emócie. Z týchto dôvodov sa v rámci psychologickej intervencie nezameriavame len na

sledovania oneskorenia v oblasti vývinu, ale aj na jeho korekciu. Sústredíme sa hlavne na vývin reči a sociálne porozumenie. Nevyhnutná je aktívna a intenzívna spolupráca s rodičmi. Tí často prichádzajú vo fáze šoku s množstvom nereálnych očakávaní a otázok týkajúcich sa výchovy dieťaťa. Rodičia si často musia osvojiť úplne nové vedomosti a schopnosti. Zatiaľ čo počujúce deti si osvojujú jazyk prirodzene, na základe kontaktu s okolím, sluchovo znevýhodnení jedinci môžu rozvinúť svoje jazykové schopnosti len prostredníctvom intenzívnej starostlivosti. Rodinní príslušníci sú nútení úplne zmeniť spôsob komunikácie, nepostačuje ho len prispôbiť.

Pre osobnosť **prelingválne nepočujúceho dospelého** je charakteristická sociálna nezrelosť, infantilnosť, impulzivita, egocentrickosť, znížená sebaúcta a vzťahovosť. V priebehu psychologickej intervencie sa zameriavame na podporu samostatnosti, zvýšenie sebaúcty a rozvoj techník sebakontroly.

Najzávažnejší problém **postlingválnej hluchoty** sa spája s porozumením zvukovej reči. Nevyhnutnosťou sa stáva odzveranie z pier, neporozumenie vedie k frustrácii v oblasti komunikačných potrieb v rodinnom, ale aj v pracovnom prostredí. Preto býva adaptácia na poruchu sluchu často nefunkčná, vyúsťuje do zníženého sebavedomia, poklesu aspirácií, prejavov hnevu, zvýšenej dráždivosti. Sekundárne sa objavuje patologická symptomatika (depresia, paranoidné tendencie, neurotickosť).

S ohľadom na spomenuté psychologické špecifiká prelingválne ťažko sluchovo znevýhodnených detí, prelingválne hluchých dospelých, postlingválne nepočujúcich dospelých a ich obmedzenia vo verbálnej komunikácii, ale aj porozumení, je veľkou výzvou **psychodiagnostika**. „*Diagnostika pacientov s ťažkou poruchou sluchu predstavuje pre psychológa trnistý problém*“ (Kaufman & Vonkomer, 1999, s. 40). Psychológ musí u týchto pacientov zohľadniť ich depriváciu v oblasti sluchových podnetov, zníženú úroveň rečových schopností najmä u prelingválne nepočujúcich a absenciu plnohodnotného porozumenia písaného textu, či verbálnej inštrukcie. Dôkladné psychodiagnostické vyšetrenie nepočujúceho je veľmi problematické a náročné. Preto si vyžaduje špecifické diagnostické metódy a postupy, praktickú skúsenosť a trpezlivosť. V psychodiagnostike sa preto odporúča použitie najmä neverbálnych testov a projektívnych metód.

Špecificky v prípade detského pacienta je dôležité zamerať sa na diagnostiku úrovne schopností, ktoré predpokladajú optimálny rozvoj reči. Preto pri diagnostike vnímame dieťa komplexne, tak z hľadiska jeho osobnostných čŕt, či priebehu emocionálneho a sociálneho vývinu. Súčasťou psychologického diagnostického procesu u sluchovo znevýhodnených detí je špecifická diagnostika praxie (koordinácia a integrácia jemných motorických aktivít), ktorej je podľa odborníkov prisudzovaný zásadný význam v procese tvorby reči (Luterman, 1999). Zvládnutie reči totiž predpokladá aj primeraný stupeň vývinu jemnej motoriky. Nemenej dôležité miesto má aj diagnostika pamäťových procesov. Nedostatočné pamäťové schopnosti môžu byť príčinou ťažkostí v neskorších vzdelávacích aktivitách, aj keď vývin intelektu prebieha v norme (Nováková, 1995). Dôležité je tiež poznať charakter rodinného prostredia, ktoré je hlavným stimulom intelektového a rečového vývinu dieťaťa (Matejček, 2001).

9.4 Súhrn

V tejto kapitole bolo predstavené, že práca psychológa so zdravotne znevýhodneným jedincom je pomerne náročná, s viacerými limitmi v dostupnosti vhodných psychodiagnostických testov a intervencií. Preto psychológovia, ktorí pracujú s pacientmi so zdravotným znevýhodnením, by mali neustále rozvíjať svoje zručnosti a vedomosti aktívnym vyhľadávaním školení, vzdelávania a konzultácií súvisiacich s akýmkoľvek zdravotným znevýhodnením.

10. Psychologická problematika starnutia

Životné obdobie staroby so sebou prináša tak pozitívne, ako aj negatívne zmeny. Človek vo vyššom veku je nositeľom nenahraditeľnej životnej skúsenosti, ktorú sa snaží posúvať tým mladším. Odchod do dôchodku býva spojený s pocitom neistoty, avšak aj očakávaním, že si konečne nájde čas pre seba a svoje záľuby. Na druhej strane starnutie sprevádza nezadržateľný úbytok fyzických a psychických síl, čo môže človeka aj vystrašiť. Občasne zabudne kde si dal okuliare, či zamkol, vypol plyn alebo pri ovládaní mobilného telefónu je potrebná pomoc malých vnúchat. To môže vyvolávať otázku, či sú tieto prejavy len prirodzeným dôsledkom zvyšujúceho sa veku, alebo je nutné už vyhľadať lekára.

Preto budú v tejto kapitole postupne predstavené jednotlivé klinicko-psychologické témy, ktoré sprevádzajú obdobie starnutia. Vysvetlíme, aké ochorenia sa skrývajú pod termínom demencia, aké závislosti sú typické pre vyšší vek, ako sa prejavuje depresia, prípadne čo je to Diogenesov syndróm. Pomocou tabuliek, obrázkov a kazuistik objasníme aj ich jednotlivé prejavy a symptómy. Okrem toho sú pre Vás pripravené aj jednoduché cvičenia a zaujímavá video ukážka. Poslaním kapitoly je poskytnúť prehľad a porozumenie základných psychických porúch a ochorení, ktoré sa spájajú s vývinovým obdobím starnutia. Priblížiť ich hlavné charakteristiky a prejavy.

Po preštudovaní tejto kapitoly získate:

- základný prehľad o psychických poruchách v starobe,
- pochopenie najdôležitejších charakteristík jednotlivých psychických porúch,
- odpoveď na otázku, ktoré prejavy sú prirodzeným dôsledkom zvyšujúceho sa veku, a ktoré signálom psychických ťažkostí.

10.1 Ľahká kognitívna porucha

Pacient s ľahkou kognitívnou poruchou sa sťažuje na subjektívne zhoršenie pamäťových schopností, ktoré sú často výsledkom len prirodzeného vplyvu pribúdajúceho veku („*Zabudol som zamknúť; nechal som svietiť svetlo, neviem kde som si odložil okuliare.*“). Napriek tomu ostáva sebestačný, schopný dodržiavať primeraný denný režim. Ľahká kognitívna porucha

môže, ale nemusí, u niektorých jedincov viesť k rozvoju demencie. Preto je dobré, aby bola pamäť neustále trénovaná, čo je určitá forma prevencie.

TRÉNING PAMÄTE

Prostredníctvom nasledujúcich cvičení si ukážeme ako si môžete precvičiť pamäť rýchlo a jednoducho.

1. V priebehu 20 sekúnd spočítajte koľko vidíte šestiek na obrázku.....

5	6	5	7	2
4	6	8	6	1
6	7	6	5	1
8	7	8	1	1

2. Vypočítajte:

Koľko prstov má trojčlenná rodina?.....

Koľko hláv sedí v kaviarni, keď je tam 8 žien, 7 mužov, dve deti a čašník?.....

3. Doplníte do slov chýbajúce písmená tak, aby mali význam

HORE_ Ronie

ÚS_ It

O_ Upácia

V_ Ecko

4. Pri najbližšej ceste do obchodu si skúste zapamätať 4 nápisy v okolí

10.2 Demencia

Demencia zastrešuje súbor porúch a symptómov, ktorých najvýznamnejším spoločným prejavom je úbytok už rozvinutých kognitívnych funkcií (predovšetkým pamäte a inteligencie). Preto reprezentuje získané poškodenie mozgu. Postihnuté musia byť najmenej dve kognitívne funkcie (napr. pamäť, reč, pozornosť). Je charakteristická postupným a nenápadným začiatkom s dlhoročným priebehom, často u predtým úplne zdravých ľudí. Hanisková (2006) dopĺňa, že postihuje približne 5% populácie nad 65 rokov.

Prejavy demencie (spracované podľa Bartko a kol., 2008; Vágnerová, 2012):

- porucha intelektových funkcií (orientácia, abstrakcia, schopnosť učiť sa, krátkodobá pamäť, dlhodobá pamäť),
- porucha pamäte (najmä problém s osvojovaním nových informácií, postupná strata aj vedomostí skôr naučených, napr. meno manželky),
- strata schopnosti aktívne riešiť problémy (nevie čo má robiť v konkrétnej situácii, strata iniciatívy),
- znížená emocionálna kontrola (impulzivita alebo apatia),
- postupná strata sociálnych návykov (nedodržiavanie osobnej hygieny, čistoty v domácnosti),
- dezorientácia miestom a časom,
- porucha osobnosti a správania (agresivita; možná prítomnosť halucinácií napr. niekto mi kradne peniaze),
- apraxia (úpadok motorických schopností napr. ako držať príbor),
- poruchy reči (nevie si spomenúť na slová, prestáva rozumieť povedanému alebo napísanému),
- poruchy spánku (napr. nočná aktivita a denná ospalosť).

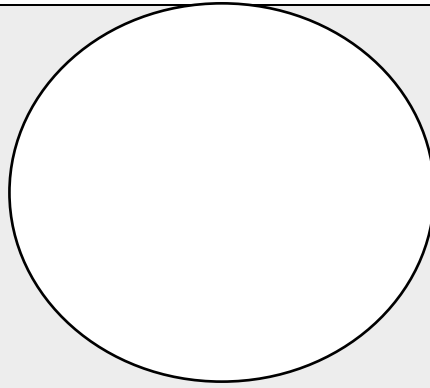
Diagnostika

Na presnú diagnostiku demencie ako takej sa používa množstvo klinických škál, tiež je nevyhnutné neurologické vyšetrenie. Na urobenie jednoduchého orientačného testovania kognitívnych funkcií je možné využiť nasledujúce jednoduché úlohy: Test kreslenia hodín alebo Krátka škála kognitívnych funkcií. Tie si môžete teraz vyskúšať.

TEST KRESLENIA HODÍN (Hanisková. 2006)

Inštrukcia:

Do pripraveného kruhu zakreslite ciferník (1-12), následne doň vyznačte čas trištvrté na štyri.



Hodnotenie:

1. Bezchybné zakreslenie ciferníka hodín aj ručičiek = všetko je v poriadku
2. Ľahká priestorová chyba ciferníka hodín, čas je správne zakreslený = pre istotu vyhľadajte lekára (psychiater, neurológ)
3. Priestorové usporiadanie ciferníka nie je správne, nesprávny je čas, alebo čas vôbec nie je zaznamenaný = vyhľadajte lekára
4. Ciferník chýba aj ručičky chýbajú = vyhľadajte lekára

KRÁTKA ŠKALA KOGNITÍVNYCH FUNKCIÍ (Pidrman & Kolibáš, 2005)

Inštrukcia: Odpovedajte na nasledujúce otázky

Otázky

Aký je dnes dátum?

Ktorý deň v týždni je dnes?

Ako sa volá miesto, kde sa nachádzame?

Aká je Vaša adresa?

Koľko máte rokov?

Kedy ste sa narodili?

Ako sa volá náš prezident?

Ako sa volá predchádzajúci prezident?

Ako sa volala Vaša mama za slobodna?

Odpočítavajte opakovane 3 od 20.

Hodnotenie:

0-2 chyby = norma

3-4 chyby = trénujte pamäť

5-10 chýb = vyhľadajte lekára

Rozoznávame nasledujúce základné typy demencií, ktoré si postupne priblížime

A. Demencia Alzheimerovho typu

C. Demencia s Lewyho telieskami

B. Vaskulárna demencia

D. Frontotemporálna demencia

Samozrejme existujú aj iné typy demencií, ale tie sa vyskytujú zriedkavejšie. Ich detailné predstavenie by presiahlo zámer kapitoly a textu.

A. Demencia Alzheimerovho typu

Patrí medzi najčastejšie sa vyskytujúce typy demencie. Bartko a kol. (2006) uvádzajú, že tvorí až 60% prípadov ochorení u pacientov s demenciou. Prvýkrát bola identifikovaná v roku 1907 nemeckým lekárom Alojzom Alzheimerom, ktorý popísal prejavy svojej pacientky Augusty D. Vývin tohto ochorenia je pozvoľný, jednotlivé prejavy sa vyskytujú postupne, zo začiatku celkom nenápadne. Pri tomto ochorení dochádza k atrofii (zníženie funkcie, zmenšenie bunky, tkaniva, orgánu) mozgovej kôry.

Prejavy demencie Alzheimerovho typu:

- strata krátkodobej pamäte – jeden z prvých príznakov,
- strata dlhodobej pamäti (nespomenutie na dátum narodenia),
- narušenie uvažovania, logiky (oblečie si najskôr sveter až potom spodné prádlo),
- poruchy reči (nevie si spomenúť na slová, prestáva rozumieť povedanému alebo napísanému),
- apraxia (neschopnosť zapnúť si košeľu, zips),
- dezorientácia miestom a časom (netrafí známou cestu k autobusu),
- zmeny osobnosti (egocentrizmus, apatia, podozrievavosť).

KAZUISTIKA (Mauer, Volk, & Gerbaldo, 1997)

Pre ilustráciu a lepšie zapamätanie prejavov demencie Alzheimerovho typu si prečítajte ukážku rozhovoru doktora Alzheimerera so svojou pacientkou Augustou D., ktorá trpela týmto ochorením.

29.11.1911

Pacientka sedí na stoličke a v tvári má výraz bezmocnosti.

(L): „Ako sa voláte?“ (P): „Augusta.“; (L): „Aké je Vaše priezvisko?“ (P): „Augusta.“

(L): „Aký máme teraz mesiac?“ (P): „Jedenásty.“ (L): „Ako sa ten mesiac volá“ (P): „Myslím, že posledný.“

(L): „Na akej ulici bývate?“ (P): „To vám môžem povedať ale musím chvíľu počkať“ (P): „Frankfurt nad Mohanom.“; (L): „Kde sa teraz nachádzate?“ (P): „ U mňa doma“

B. Vaskulárna demencia

Reprezentuje druhý najčastejší typ demencie. Sprevádza ju výskyt somatických ochorení ako je diabetes, vysoký krvný tlak, prípadne ischemická choroba srdca. Pre toto ochorenie je typické, že deficit kognitívnych funkcií nie je rovnomerný, preto pamäť býva postihnutá, avšak logické uvažovanie ostáva zachované. Depresívna symptomatika býva častým sprievodným javom. Na rozdiel od demencie Alzheimerovho typu začiatok býva náhly, často nasleduje po cievnej mozgovej príhode.

Prejavy vaskulárnej demencie (spracované podľa Pribišová & Špalek, 2013):

- strata krátkodobej pamäte (neschopnosť pamätať si nové informácie)
- dlhodobá pamäť pomerne zachovaná,
- pokles inteligenčného kvocientu,
- zvýšená unaviteľnosť, znížená výkonnosť,
- rigidné myslenie,
- emočná labilita – zvýšená depresívna a úzkostná symptomatika,
- apraxia (nevie vykonávať praktické činnosti),

- poruchy reči (nevie si spomenúť na slová, prestáva rozumieť povedanému alebo napísanému),
- zmeny osobnosti pomalé.

KAZUISTIKA (Vágnerová, 2012)

Pre ilustráciu a lepšie zapamätanie prejavov Vaskulárnej demencie si prečítajte uvedenú kazuistiku

OA: Žena, vdova (76 rokov), vysoký krvný tlak, prekonanie dvoch cievnych príhod, emočná labilita.

Z vyšetrenia:

Pacientka úzkostná, plačlivá, pocity menejcennosti, spomalené psychomotorické tempo, nedokončuje veci. Predtým spoločensky aktívna a ohľaduplná, teraz nedokáže primerane iniciovať sociálny kontakt, naučila sa k tomu využívať sťažovanie sa na aktuálny zdravotný stav. Rozhovor sústreďí len na seba. Zveličuje, aby dosiahla žiaducu pozornosť. Strata pôvodných záujmov, nebaví ju sledovať televíziu, často nerozumie, o čom sa v televízii rozpráva.

C. Demencia s Lewyho telieskami

Demencia s Lewyho telieskami patrí medzi tretí najrozšírenejší typ demencie. Vyznačuje sa patologickým nálezom na Lewyho telieskach v mozgu. Typickým sprievodným znakom tohto typu demencie sú halucinácie. Pacient napríklad vidí ľudí, zvieratá, často ich nedokáže rozoznať od skutočnej reality. Pre diagnostiku je dôležité, že sa tieto halucinácie predtým v živote jedinca neobjavili a sú prítomné až vo vyššom veku.

D. Frontotemporálna demencia

Frontotemporálna demencia patrí medzi ďalší typ demencie. Vyznačuje sa typickými príznakmi ako pri demencii všeobecne. Okrem toho, v dôsledku degenerácie vo frontotemporálnej časti mozgu, sa u pacienta objavujú nápadné zmeny v správaní, afektivite a reči. Jedinec stráca záujem o osobnú hygienu, správa sa bez taktu (vulgárne nadávanie, sexuálne narážky), často sa dopúšťa drobných deliktov, napríklad v podobe krádeži.

Starostlivosť o pacienta s demenciou

Nakoľko opatera pacienta s demenciou prebieha predovšetkým v domácom prostredí, v nasledujúcej podkapitole si predstavíme aj niekoľko odporúčaní týkajúcich sa domácej starostlivosti.

Zabezpečenie bezpečného prostredia pre pacienta s demenciou (spracované podľa Hrozenková, Gabrielová, 2011):

- odstránenie možných prekážok v byte, pozor na nábytok s ostrými hranami, radiátory by mali byť kryté,
- podlahy a schody by mali byť protišmykové,
- zabezpečenie okien a dverí, aby pacient nemohol svojvoľne odísť,
- kľúče vo dverách WC a kúpeľne by nemali byť v zámke, aby sa človek nemohol zamknúť,
- držadlá pri vani, WC,
- farebné označenie sklenených predmetov a objektov (napr. skleník),
- prilepenie koberčiek o podlahu,
- pre pacienta s demenciou je veľmi prospešný stály denný režim.

KOMUNIKÁCIA S PACIENTOM S DEMENCIOU (Klimová a kol., 2013)	
Všeobecná komunikácia	<ul style="list-style-type: none">- pokojná, nerušená (bez TV, rádia)- pozeranie do očí- rozhovor pomalý, krátke vety, pokojný tón hlasu- používať skôr uzavreté otázky (odpoveď áno/nie)- neklásť naraz viac otázok, počkať kým zodpovie jednu
Podráždený/ agresívny pacient	<ul style="list-style-type: none">- ostať pokojný, nenadávať- spýtať sa na príčinu

	<ul style="list-style-type: none"> - odkloniť jeho pozornosť (napr. pustiť mu televíziu) - zabezpečiť mu činnosť (napr. ručné práce) - ak časté záchvaty zlosti, vyhľadať lekára
Apatický/ úzkostný pacient	<ul style="list-style-type: none"> - opýtať sa ho, čo ho trápi, znepokojuje - nespochybňovať jeho trápenie, ale ubezpečiť ho, že ste pri ňom - prejavíť mu porozumenie, lásku
Pacient s halucináciami	<ul style="list-style-type: none"> - nespochybňovať jeho tvrdenia - upokojiť ho - odvieť jeho pozornosť na niečo iné - vyhľadať lekára

10.3 Závislosti od psychoaktívnych látok u seniorov

Alkohol a lieky patria medzi najčastejšie užívané psychoaktívne látky vo vyššom veku. V tomto období dochádza často k zvýšenej senzitivite voči týmto látkam hlavne z dôvodov sociálnej izolácie, straty partnera, pocitu osamelosti ale tiež častým chronickým ochoreniam alebo výskytu chronickej bolesti. V prípade alkoholu sa za nerizikové dávky považuje 24g alkoholu u mužov (pol litra 12° piva, 2dcl vína alebo 50ml destilátu) a 16g alkoholu u žien (Krombholz & Drástová, 2010). Za rizikové sa považuje už dvojnásobné prekročenie tejto dávky. V prípade vyššieho veku je typická skôr preferencia menších dávok alkoholu rozdelených počas dňa. Nadužívanie alkoholu môže viesť k vzniku závislosti, objaveniu zdravotných problémov až k alkohollickej demencii (výrazný pokles intelektových funkcií v dôsledku užívania alkoholu). Časté bývajú aj náhle úmrtia v podobe úrazov z dôsledku užívania alkoholu. Z liekov dominuje užívanie medikamentov na tíšenie bolesti, prípadne na spánok. Veľmi nebezpečná býva tiež kombinácia alkoholu a liekov, čo môže vyvolať halucinácie, prípadne vedie až k ohrozeniu života.

Prejavy závislosti (spracované podľa Krombholz & Drástová, 2010):

- potreba stále vyššej dávky látky k dosiahnutiu žiaduceho účinku,
- prítomnosť abstinенčných príznakov pri absencii látky,
- látka sa užíva dlhšie alebo vo väčšom množstve, než bolo pôvodne zamýšľané,
- redukcia sociálnych, pracovných alebo záujmových aktivít,
- prítomnosť trvalej túžby po látke sprevádzaná neschopnosťou s ňou prestať alebo začať ju kontrolovať,
- získavane a užívanie látky zaberá veľa času,
- v užívaní sa pokračuje napriek vedomosti o škodlivosti látky.

10.4 Afektívne poruchy

Afektívne poruchy zastrešujú psychické ochorenia, ktoré postihujú náladu a emócie. Typickým prejavom je patologická nálada, teda nálada v podobe nadmerného smútku alebo nadmernej radosti. Do kategórie afektívne poruchy spadá depresia (nadmerný smútok) na jednej strane a mánia (nadmerná radosť a aktivita) na strane druhej. Afektívne poruchy sa môžu objaviť v akomkoľvek veku, ale najzraniteľnejší sú starší ľudia.

Vo vyššom veku stúpa predovšetkým riziko depresie. Depresia starších ľudí vyplýva z pocitu nepotrebnosti, samoty, straty partnera, rolí alebo energie, prítomnosti somatických ochorení. V tomto vývinovom období sa príznaky depresie ako smútok a nedostatok energie prehliadajú a zamieňajú s typickým priebehom starnutia. Okrem toho užívanie niektorých liekov môže viesť k prekryvaniu patologického smútku (Křivohlavý, 1997). Preto je jej identifikácia vo vyššom veku náročná, dokonca sa depresia prejavuje inak ako v mladšom veku. Varovnými signálmi v prípade starnutia je apatia, odmietanie jedla a nechutenstvo, poruchy spánku (nespavosť, alebo nadmerné spanie), výber negatívnych tém v rozhovore.

Kolibáš, Kořínková, & Novotný (2005) dopĺňajú, že u starších ľudí výrazne stúpa aj častosť samovražedných myšlienok v porovnaní s mladými. Podobne viaceré štúdie poukázali na vyšší výskyt samovrážd v starobe. Spúšťačom môže byť strata blízkeho, zlá socioekonomická situácia, vidina bezvýchodiskovosti, prítomnosť chronického ochorenia alebo iných zdravotných ťažkostí. V prípade, že máte u Vášho blízkeho podozrenie, že uvažuje

o samovražde, určite treba s ním o tom hovoriť. Rozprávať o jeho pocitoch, čo mu beží hlavou, vyjadriť mu porozumenie a sociálnu oporu, prípadne vyhľadať odbornú pomoc.

Prejavy depresie všeobecne (spracované podľa Praško & Prašková, 2003)

Psychické prejavy

- strata schopnosti tešiť sa
- nadmerný smútok
- strata záujmov
- strata motivácie
- pocit beznádeje
- čierne-biele myslenie (všetko je u mňa zlé a u iných perfektné)
- poruchy pamäte a koncentrácie
- spomalené myslenie
- samovražedné myšlienky

Telesné prejavy

- poruchy spánku
- znížená chuť do jedla
- úbytok hmotnosti
- slabosť a vyčerpanosť
- strata energie

V prípade starnutia je potrebné k týmto symptómom priradiť ešte prejavy ako (Novotná, Balková, & Mrosková, 2004; Kolibáš, Kořínková, & Novotný, 2005)

- vedomé odmietanie depresie
- dominancia somatických ťažkostí bez príčiny (napr. bolesti hlavy, svalov, ťažkosť dolných končatín)
- skoré ranné budenie ale ospalosť cez deň
- smútok a plačlivosť bez príčiny
- výber len negatívnych tém pre rozhovor
- nechutenstvo, apatia
- neschopnosť plánovať, pracovať krokovo
- poruchy pamäte

Práve poruchy pamäte alebo neschopnosť plánovať sa môžu zamieňať s prejavmi demencie.

10.5 Úzkostné poruchy

Úzkosť je jedným z najčastejších symptómov pozorovaných u starších ľudí. Úzkosť u seniorov je častejšia ako depresia a kognitívne poruchy. Najčastejšou úzkostnou poruchou pozorovanou u seniorov je generalizovaná úzkostná porucha (GAD), po ktorej nasledujú fóbie, panická porucha a obsedantno-kompulzívna porucha. U starších sa úzkostné poruchy vyskytujú častejšie z týchto dôvodov:

- starší ľudia prežili viac veľkých životnými udalosťami a stresorov,
- trpia častejšími fyzickými bolesťami a chronickými chorobami,
- užívajú väčšie množstvo liekov,
- trpia častejšie Alzheimerovou demenciou, kde je úzkosť častou komorbiditou.

Prejavy úzkostných porúch vo vyššom veku sú (spracované podľa Franková, 2013):

I. Nadmerné obavy v podobe:

- nadmerné obavy o telesné zdravie,
- nadmerné obavy zo zhoršenej pamäti, zo straty orientácie pri opustení bytu, z neschopnosti sledovať konverzáciu,
- nadmerné obavy o finančné, rodinné problémy, telesné zdravie príbuzných,
- nadmerné obavy spojené s narušeným myslením (napr. paranoidita, bludy),
- nadmerné obavy vyvolané maličkosťami (opakovane sa dožaduje pozornosti kvôli malichernostem).

II. Úzkostlivosť a ostražitosť ako:

- vystrašené a úzkostné správanie,
- precitlivosť na hluk,
- poruchy spánku (problémy so zaspávaním, plytký spánok),
- podráždenosť (ľahko sa rozčúli a vybuchne).

III. Sprievodná vegetatívna aktivita:

- tachykardia, arytmia,
- sucho v ústach (nevyvolané liekmi), pocit prázdneho žalúdka,

- hyperventilácia (i bez námahy),
- závraty,
- potenie, pocity tepla či zimy, zníženie citlivosti prstov.

10.6 Diogenesov syndróm

Diogenesov syndróm je poruchou správania, ktorá sa vyskytuje vo vyššom veku. Najjednoduchšie by mohol byť charakterizovaný ako stresom podmienená zmena starostlivosti o seba, svoje prostredie a úpadok osobnosti. Typickým prejavom je hromadenie vecí. Názov je inšpirovaný starogréckym filozofom Diogenesom zo Sinopi (4. stor. pred.n.l.), ktorý za základ šťastia pokladal opovrhovanie spoločenskými normami, obhajoval princípy radikálnej jednoduchosti života.

Najčastejšie sa objavuje po 60. roku života, obyčajne u ľudí slobodných alebo vdovcov. Mnohí boli v minulosti nadpriemerne inteligentní, úspešní v práci a mali stabilné rodinné zázemie.

Prejavy (spracované podľa Hanisková, 2007):

- extrémne sebazanedbávanie, špinavá domácnosť,
- nadmerné hromadenie vecí, často odpadkov,
- izolácia zo širšieho sociálneho prostredia,
- odmietanie pomoci,
- deficit vitamínov ,ale aj vody,
- riziko vzniku ochorení, infekcií (veľmi zlá prognóza liečby, lebo odmietajú pomoc),
- kožné ochorenia,
- riziko vzniku nahromadených vecí, odpadkov.

V prípade, že poznáte človeka, ktorý chorobne zhromažďuje veci, nestará sa o seba a svoju domácnosť, je veľmi ťažké mu pomôcť. Svoj problém si neuvedomuje, nevie ani o zdravotných dopadoch tohto ochorenia. Odmieta pomoc, izoluje sa, nikoho k sebe nepúšťa. Preto často

umiera sám na dôsledky infekčných ochorení zo zanedbanej hygieny alebo na iné pridružené ochorenia.

10.7 Súhrn

Klinicko-psychologické problémy, ktoré sa môžu objaviť vo vyššom veku sú závažné a náročné na liečbu. Veľmi nápomocná a dôležitá býva prevencia. Jedným z účinných spôsobov predchádzania ochoreniam vo vyššom veku je aj udržanie si zdravého a optimistického pohľadu na zvyšujúci sa vek a príprava na starobu.

Literatúra

American psychological Association. (2021, September 28). *Society of Clinical psychology*.
<https://div12.org/?s=clinical+psychology>

American psychological Association. (2022, January 10). *Guidelines for Assessment of and Intervention With Persons With Disabilities*.
<https://www.apa.org/pi/disability/resources/assessment-disabilities>

Bartko, D. Čombor, I., Madarász, Š., Luliak, M. (2008). Demencia Alzheimerovho typu. *Via practica* 5(10), 398-402.

Baštecká, B. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portal.

Davey, G (2021). *Psychopathology*. GB: Willey Blackwell.

Franková, V. (2013). Úzkost a úzkostné poruchy u demence. *Psychiatrická praxe*, 13(2): 61–63.

Gaebel, W., Stricker, J., & Kerst, A. (2020). Changes from ICD-10 to ICD-11 and future directions in psychiatric classification. *Dialogues in clinical neuroscience*, 22(1), 7–15.

Géringová, J. (2011). *Pomáhající profese*. Praha: Triton.

Hajduk, M (2020). *Metodológia a dizajn výskumu v klinickej psychológii*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave.

Hanisková, T. (2006). Zlepšenie diagnostiky demencie v primárnej praxi. *Via practica* 3(7-8), 333–336.

Hanisková, T. Diogenesov syndróm (2007). Senilné zrútenie, senilný syndróm zanedbania. *Geriatría* 1, 29-31.

Heretik, A. (2002). Zomrel univ. prof. PhDr. Géza Dobrotka, CSc. *Psychiatria*, 9(1), 59.

Heretik, A. (2006). *Klinický psychológia*. Nové Zámky: Psychoprof.

Heretik, A., Heretik, A. (2016). *Klinický psychológia*. Nové Zámky: Psychoprof.

Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. In *Journal of psychosomatic research* 11, 213-218.

Hrozenká, M., Gabrielová, J. (2011). Multidisciplinárny prístup v starostlivosti o osoby s demenciou. In *Zborník Jihlavské zdravotnícke Dny*, Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava.

Hughes, R. B. (2005). Violence against women with disabilities: Urgent call for action. *The Community Psychologist*, 38, 28-30.

Kind, H. (1997). *Psychiatrické vyšetrenie*. Trenčín: Vydavateľstvo F.

Klímová, E., Magurová, D. Fertaľová, T., Ondriová, I, Majerníková, L., Mikul'áková, W., Lengyelová, A., Cmorejová, V. (2013). *Teória a prax v starostlivosti o chorého s Alzheimerovou chorobou*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Fakulta zdravotníckych odborov.

Kolibáš, E., Kořínková, E., Novotný, V. (2005). Depresie vo vyššom veku – klinické charakteristiky a špecifiká ich liečby. *Psychiatria pre prax* 6, 270-275.

Kordačová, J. (2013). Profesor PhDr. Ondrej Kondáš DrSc. – nezabudnuteľný priekopník kognitívnej klinikkej. *Cognitive Remediation Journal* 2(1):33-41.

Krejčířová, D., Řičan, P. (2006). *Detská klinická psychologie*. Praha: Grada.

Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.

Křivohlavý, J. (1997). *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada.

Krombholz, R., Drástová, H. (2010). Závislost a stáří. *Psychologie pro praxi* 1, 95-98

Kubler-Ross, E. (2015). *O smrti a umírání*. Praha: Grada Publishing.

Lewin, P. (2019). *Teorie pole*. Praha: Portal.

Leahy, R. L. (2003). *Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press.

Lovašova, S. (2015). *Sociálna práca agresívnym klientom*. Aplikovaná sociálna práca – od teórie k praxi. Košice: Univerzita P. J. Šafárika, s. 91-110.

Mareš, J., Vachková, E. (2009). *Pacientovo pojetí nemoci I*. Brno: MSD.

Mauer, K., Volk, S., Hector, G. (1997). Auguste D and Alheimers disease. *The Lancet* 349, 1546-549.

Miller, K.S., Vannatta, K., Compas, B.E., Vasey, M., MCGorn, K., Saley, G.S., Gerhard, C.A. (2009). The Role of Coping and Temperament in the Adjustment of Children with Cancer. *Journal of pediatric psychology* 34(10), 1135-1143.

Mořovský, B (2009). Hypnotiká a anxiolytiká. *Lieky a liekové skupiny* 10 (1), 42-45.

Mydlíková, E., Gabura, J., Schavel, M. (2002) Sociálne poradenstvo. Bratislava: Asociácia supervízorov a sociálnych poradcov.

Nosek, M. A., Foley, C. C., Hughes, R. B., & Howland, C. A. (2001). Vulnerabilities for abuse among women with disabilities. *Sexuality and Disability*, 19(3), 177-189.

Novotná Z., Balková D., Mrosková S. (2004). Depresívne stavy vo vyššom veku. *Molisa*, 2(2), 5-10.

Orel, M. et al. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.

Pella, D. (2014). Odišiel docent Andrej Stančák, jeden z najvýznamnejších zakladateľov klinickej psychológie na Slovensku. *Psychiatria pre prax* 15(1): 41.

Othmer, E., Othmer, S. C. (2002). The clinical interview using DSM-IV-TR: Vol. 1. Fundamentals. VA: American Psychiatric Press.

Olkin, R. (1999b). *What psychotherapists should know about disability*. New York: Guilford Press.

Pidrman, V., Kolibáš, E. (2005). *Změny jednání seniorů*. Praha: Galén.

Powers, L. E., Curry, M. A., & Oswald, M. (2002). Barriers and strategies in addressing abuses: A survey of disabled women's experiences. *Journal of Rehabilitation*, 68, 4-13.

Praško, J. (2001). *Psychiatrické centrum*. Praha: Grada.

Praško, J., Prašková, D. (2003). *Deprese a jak ji zvládat*. Praha: Portál.

Praško, J., Možný, P., Šlepecký, M. (2007). Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Praha: Triton.

Pribišová, K., Špalek, P. (2013). Poruchy kognitívnych funkcií a posudzovanie spôsobilosti riadenia motorových vozidiel. *Viac practica* 10(1), 30-33.

Ružička, J. et al. (1999). *Koncepce oboru klinická psychologie v české zdravotnictví*. Praha: Asociace klinických psychologů.

Selye, H. (1976). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill, 1976. 515s. ISBN 0070562121.

Silverstein, A. B. (1957). Faking on the Rosenzweig Picture-Frustration Study. *Journal of Applied Psychology*, 41(3), 192–194.

Slovenská komora psychologův (2021, November 15). Špecializačné štúdium klinickej psychológie. http://www.komorapsychologov.sk/index.php?option=com_content&view=article&id=1097:specializacne-studium-klinickej-psychologie&catid=43:rozne&Itemid=99.

- Strike, D. L., Skovholt, T. M., & Hummel, T. J. (2004). Mental health professionals' disability competence: Measuring self-awareness, perceived knowledge, and perceived skills. *Rehabilitation Psychology*, 49(4), 321-327.
- Sumalla, E., C., Ochoa, C., Blanco, I. (2009). Posttraumatic growth in cancer: Reality or illusion? *Clinical psychology review*, 29, 24-33
- Svoboda, M, Češková, E., Kučerová H. (2015). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portal.
- Svoboda, M., Humpolíček, P., Šmotek, V. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*, Praha: Portal.
- Syříšřová, E. (1972). *Normalita osobnosti*. Praha: Avicenum.
- Timuřák, L. (2006). *Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru*. Praha: Portal.
- Trull, T. J, Prinstein, M. (2013). *Clinical Psychology (PSY 334 Introduction Clinical Psychology)* 8th Edition. USA: Amazon.
- Vágnerová, M. (1999). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portal.
- Vágnerová, M. (2012). *Psychologie pro pomáhající profese*. Praha: Portal.
- Vash, C. L., & Crewe, N. M. (2004). *Psychology of disability*, 2nd ed. New York: Springer.
- Vymětal, J (1996). *Rogeroovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel.
- WHO (1994). *Medzinárodná klasifikácia chorôb 10. revízia, slovenské vydanie*. Martin: Osveta
- WHO (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*, dostupné na: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (4.10.2021).
- Wright, B. A. (1983). *Physical disability - a psychosocial approach* (2nd ed.). New York: Harper Collins.

Úvod do klinickej psychológie

Vysokoškolský učebný text

Autorka: doc. Mgr. Monika Hricová, PhD.

Vydavateľ: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach
Vydavateľstvo ŠafárikPress

Rok vydania: 2022

Počet strán: 112

Rozsah: 5,17 AH

Vydanie: prvé

ISBN 978-80-574-0120-9 (e-publikácia)

