

Zprávy

67. KLINICKO-PSYCHOLOGICKÝ
DEN POŘADANÝ 12. ŘÍJNA 1992
V LÉKAŘSKÉM DOMĚ V PRAZE
NA TĚMA:

NOVÉ ORIENTACE
PSYCHOLOGIE
V KLINICKÉ PRÁCI —
— PSYCHONEFROLOGIE
JAKO MODEL

Koordinátor: R. Honzák

Jako koordinátor jsem požádal o přednesení souborných referátů a o panelovou diskusi zástupce širokého spektra lidí, kteří jsou nějakým způsobem zainteresováni v léčení nemocných s nezvratným selháním ledvin. Byli zde zastoupeni psychologové, lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci i pacienti.

Požadavek celostního somatopsychosociálního přístupu v medicíně je v teoretické rovině obtížně prosazován (pomíneme-li nic neřešící deklarace) a v praktické činnosti ještě obtížněji aplikován. Přesto existují některé obory, kde si okolnosti doslova vynucují úzkou spolupráci odborníků biomedicínských s odborníky z psychosociální oblasti. Jedním z odvětví, kde tato spolupráce je v určité formě vybudována (a jejíž potřebu výrazně vnímají především lékaři), je náhradní orgánová léčba nemocných s nezvratným selháním ledvin.

Až do roku 1945 byli tito pacienti po dosažení kritického poklesu renálních funkcí odsouzeni k smrti v uremickém komatu. V roce 1945 se podařilo holandskému lékaři Williamu Kolffovi poprvé zachránit pacientku s akutním ledvinným selháním primitivním dialyzačním přístrojem sestaveným za války tajně ve sklepeních kampenské nemocnice. Po zvládnutí technických úprav a zejména po vyřešení otázky opakovaného napojení pacienta na přístroj byla zahájena nejprve experimentální a brzy rutinní léčba pomocí dialyzačních přístrojů, označovaných též laicky jako „umělé ledviny“. Na začátku 50. let se objevily první pokusy o transplantaci ledviny, zprvu od jednovaječných dvojčat, později od geneticky příbuzných živých dárců, ještě později od dárců kadaverovních. S rozvojem imunologických poznatků se zlepšovaly postupy, které mají zabránit „vypuzení“ cizorodé tkáně organismem příjemce. Objev účinných imunopresív vedl k prudkému rozmachu trans-

plantačních programů a postupů, které se též staly rutinní léčebnou metodou.

Od samého začátku tohoto zcela nového typu léčby se v týmu klinických pracovníků uplatňovali také psychologové a psychiatři. Jejich významná účast vedla k rozvoji subspecializace nazvané (ne zrovna nejšťastněji) „psychonefrologie“.

Nemocní v integrované dialyzačně transplantační léčbě tvoří specifickou skupinu, která je vystavena řadě biologických, psychologických a sociálních stresorů, což se odráží ve zdravotním stavu pacientů a především v kvalitě jejich života (ukazatelem kvality je např. nejvyšší sebevražednost ze všech sledovaných diagnostických skupin). Rovněž personál dialyzačních středisek je vystaven nadměrné zátěži, která se v praxi na celém světě projevuje především vysokou fluktuací, což zhoršuje podmínky celého systému. V našich poměrech byla navíc dialyzačně-transplantační léčba negativně ovlivněna ekonomickou situací zdravotnictví.

Modely možné spolupráce odborníků biomedicínských s odborníky zaměřenými na psychosociální oblast jsou v zásadě tyto:

- konziliární služba, kdy konziliář je povolán k řešení určitého konkrétního problému „značkováného“ pacienta. Konziliář přichází na pracoviště, které prakticky nezná (nebo pacient dochází za ním — a zde je k dispozici ještě méně objektivních dat, zejména o problematice vzájemných vztahů, které se mohou významně podílet na formování, rozvoji a udržování symptomů);
- psychosomaticky orientované pracoviště, kde je biomedicínská a psychosociální tematika důsledně integrována, a to až do té míry, že vedoucím takového pracoviště může být stejně dobře psycholog, psychiatr, či somaticky orientovaný odborník;
- konzultační („liaison“) služba, která se liší od konziliární služby v tom, že psycholog či psychiatr jsou plnoprávními členy léčebného týmu a kromě péče o pacienty mají za úkol se věnovat celému systému, včetně práce s personálem.

Potěšitelné je, že zejména v psychonefrologické oblasti se mění model konziliární v model konzultační. Potřebu z této sféry zachytila řada psychologů a pocho-

pila ji jako výzvu. Cum grano salis je zde možné mluvit již o jakési tradici. Navíc se tato služba úspěšně prolíná se svěpomocnými aktivitami nemocných, na nichž jsou ochotni se podílet i někteří lékaři, čímž systém léčebné péče dostává novou dimenzi.

Program 67. klinicko-psychologického dne tvořilo osm referátů. Poté následovala diskuse.

V úvodním referátu (MUDr. R. Honzák) byly shrnuty problémy léčení nemocných s nezvratným selháním ledvin a problémy spolupráce všech zúčastněných profesních skupin, kde v nejobecnější podobě vystupují do popředí tato úskalí: rozdílná výchova, rozdílný přístup a rozdílný jazyk.

MUDr. J. Lachmanová, vedoucí dialyzačního střediska FN na Karlově náměstí v Praze, byla autorkou dalšího sdělení. Dr. Lachmanová je sama absolventkou čtyřsemestrového Bálintovského výcviku (promluvila o jeho přínosu i o jeho slabých místech), a má tedy k psychosociální problematice fundovaný přístup. Teoretická část její přednášky se zaměřila na adaptační fáze, které prodělává pacient v dialyzační léčbě, praktická část pak na pomoc, kterou může v těchto situacích poskytnout nemocnému personál dialyzačního střediska. Současně reflektovala i potřeby personálu, který se ocitá často blízko syndromu vyprahlosti.

Zajímavý a potěšitelný je posun ve vnímání potřeby psychologa; po létech klinické zkušenosti se dr. Lachmanová, jako významná představitelka nefrologické společnosti, jednoznačně postavila za to, aby v léčebném týmu byl psycholog na plný úvazek. Takto zařazený odborník by řešil nejen otázky nemocných, ale také potřeby personálu v jednom z nejnáročnějších programů.

PhDr. T. Hrachovinová se věnuje psychosomatické problematice systematicky od počátku své pracovní kariéry. Z původního úzce behaviorálního zaměření je možné sledovat její vývoj k eklektické poloze. Problematizace psychonefrologie doslova propadla před pěti roky, od té doby se věnuje přípravě rekreačních dialýz a socioterapeutických programů, tvorbě podpůrných psychoterapeutických intervenčních postupů a v posledních třech letech rozšířila svou působnost do oblastí diabetologické.

Její sdělení bylo orientováno prakticky a vycházelo z prožité zkušenosti „liaison“ psycholožky dialyzačního oddělení IKEM. Shrnuje konkrétní poznatky v oblasti spolupráce s ostatním zdravotnickým personálem, požadavky na osobní vlastnosti psychologa vstupujícího do týmové spolupráce, poukázala na nutnost akceptovat „převahu“ zdravotnické problematiky a umět se v takové situaci orientovat a

současně být schopen poskytovat řešení pro nemocné i personál způsobem, který zaručuje jejich přijetí. Upozornila na okolnosti, které zdravotnickému týmu, poněkud selektivně zaměřenému, mohou uniknout, které však jsou nezbytné pro spolupráci pacientů v léčebném režimu a pro kvalitu dalšího života nemocných a jejich rodin. Hovořila také o určitém protikladu mezi obecně akcentovanou a pacienty i personálem přijímanou instrumentální povahou vztahů (komunikace je zaměřena na biologickou problematiku či symptomy) a silnou — i když nevyjadřovanou, a tedy nescenou — potřebou pochopení, přijetí a uznání. Psychoterapeutická podpora může začít jako „obyčejné klábosení“ a končí u racionálních řešení pacientovy svízelné osobní a interpersonální situace. Poukázala také na nutnost zahrnout do systémové péče příslušníky rodiny nemocného, kteří prožívají nezdědka závažnější stres, než sám nemocný. Ocenila přínos nedirektivního rogersovského výcviku zvláště pro psychosomatickou oblast.

PhDr. J. Pekárková z dětského dialyzačního střediska v Motole přednesla koncizní metodický přehled aktivit psycholožky/psychologa v této specifické skupině. Shrnuje je do těchto bodů:

- Diagnosticko-poradenská péče; děti v dialyzační léčbě nemají za současných podmínek šanci na úspěšnou životní adaptaci. Požadavky léčebného programu je prakticky vyřazují ze standardních aktivit. Psycholog musí hledat řešení, jak tyto děti integrovat do společnosti.
- Adolescenti, kteří zůstanou v dialyzační léčbě (u dětí je jednoznačná preference transplantační léčby vycházející z komplexu biologických, psychologických a sociálních důvodů), trpí chronickými poruchami sebehodnocení, což dále zhoršuje jejich adaptační schopnosti. Jedním z důvodů nízkého sebehodnocení je i nedostatečný vzrůst (biologicky podmíněný), zvláště těžce pocítovaný v kritickém období. Vyrovnání se s touto skutečností je obtížné a systematická podpůrná péče u této skupiny je nezbytná.
- Podmínky dietního režimu vnímá zdravotnický personál jako nediskutovatelný příkaz, aniž by si uvědomoval, nakolik zasahují psychosociální oblast. Totéž platí o dalších požadavcích na režimovou spolupráci. Jednoduché schéma „příkaz — uposlechnutí“ velmi často neplatí. Je nutné hledat vědomé i nevědomé překážky spolupráce a odstraňovat je tak, aby se pacient nestal ani předmětem manipulace, ani nebyl vystaven tlaku, kterému bude zvláště v pubertě a v adolescenci vzdorovat hazardním jednáním.

- Arteterapie umožňuje dětem, pubescentům a adolescentům zpracovat problematiku smrti, s níž se setkávají prakticky neustále.
- Práce se zdravotnickým personálem je nedílnou součástí náplně práce psychologa v takto náročném léčebném programu.
- Problematika transplantace úzce souvisí s problematikou dárčovství, která je vždy ambivalentně obsazena, ať již jde o kadaverosního dárce („žiju za cenu, že někdo jiný zemřel“), nebo o příbuzenského živého dárce, jehož altruistický čin může zásadně změnit vztahy v rodině.
- Tábory, rekreace a svépomocné aktivity vyžadují pomoc psychologů, která v těchto mezních podmínkách musí být na jedné straně vysoce profesionální, na druhé straně nevtíravá a neomezující spontánní uzdravné procesy.
- Právo na život a právo na odmítnutí takového života, který se jeví jako nekvalitní, zatěžující, příliš náročný a neúnosný, je těžkým etickým dilematem ve věku dospělém, o to těžším v situaci nemocných, kteří ze zákona nejsou plně odpovědní za svá rozhodnutí. Tato oblast patří vůbec k nejnáročnějším.
- Etnické problémy v našich podmínkách zatím nevystupovaly do popředí, nicméně s rozvojem léčebných programů se mohou objevit.
- Seznamování veřejnosti se situací nemocných dětí patří sice k neodepsatelným povinnostem všech zdravotnických pracovníků. Psycholog má lepší možnost sdělovat psychosociální problémy, spočívají proto na něm také větší povinnosti.

Na závěr svého přehledu dr. Pekárková věcně konstatovala, že není člověka, který by byl schopen splnit všechny vznesené požadavky. Záleží na schopnostech a osobních dispozicích psychologa, které cesty zvolí k největšímu užítku pacientů a jejich rodin.

Příspěvek doc. MUDr. J. Jandy měl více programový než praktický charakter. Jako předseda Pediatrické společnosti České lékařské společnosti JEP kritizoval současnou představu „rodinných lékařů“, o nichž se předpokládá, že zvládnou teoreticky a prakticky problematiku celého spektra medicínských znalostí a dovedností včetně pediatrie. Stejně tak kritizoval omnipotentní postoje lékařů, kteří se domnívají, že nebudou potřebovat k spolupráci psychology, ale že vyřeší veškeré psychologické problémy sami. Vyslovil se pro pokračování tradice české pediatrie, která mimo jiné jako jeden z mála lékařských oborů obligatorně přibírala do péče o nemocné

klinické psychology.

Za sestry promluvila J. Pavlicová, vedoucí sestry dialyzačního oddělení IKEM. Potvrdila empiricky ověřenou pravdu, že sestry jako zdravotnická složka, která je v každodenní praxi mnohem blíže pacientům, než jsou lékaři, vnímají potřebu psychologa na dialyzačním oddělení naléhavě již od počátku této léčby. Požadavek neformální a neinstitucionální flexibilní spolupráce, která je dostupná, když je třeba, se může v našich podmínkách jevit jako maximalistický. Ale stačí si uvědomit, že na Free University v Amsterdamu taková spolupráce již několik let reálně existuje — s ekonomickou úsporou pro celý provoz — a pochopíme, proč bychom měli přibírat představitelky SZP daleko častěji k zásadním rozhodnutím o budoucím charakteru a provozu zdravotnických zařízení.

V úvodu svého referátu si položila J. Pavlicová řečnickou otázku, zda je přítomnost klinického psychologa na dialyzační jednotce nutná. Na konci sdělení na ni odpověděla takto:

- Psycholog nutný je!
- Nelze stanovit hranici, kde končí sestra se svými psychologickými schopnostmi a kdy je nutné, aby nastoupil odborník ovládající problematiku skutečně profesionálně.
- Psycholog je nutný na celý úvazek s volnou pracovní dobou, měl by znát dobře pacienty, ale také personál, jak po stránce odborné, tak po stránce lidské.
- Na všech jednotkách intenzivní péče by měl být psycholog zařazen co nejdříve, protože všichni, pacienti i personál, potřebují jeho pomoc.

Před více než třemi roky vznikla po dvouleté pečlivé (téměř konspirativní) přípravě Společnost dialyzovaných a transplantovaných nemocných, jejich rodinných příslušníků a přátel dialýzy jakožto svépomocné sdružení. Prvotním cílem sdružení je zlepšení kvality života nemocných a jejich rodin, dalším cílem pak modernizace a rozšíření dialyzačně-transplantačního léčebného programu tak, aby se přiblížil evropské úrovni a stal se dostupným pro všechny, kteří tuto léčbu potřebují.

Před rokem začala tato SPOLEČNOST za podpory Pracovního úřadu v Rychnově nad Kněžnou zaměstnávat na praktikantském pracovním místě svoji sociální pracovníci Kláru Knopovou. Její příspěvek ukázal na tu stránku problémů nemocných, na kterou zdravotnický personál zaměřený především na biomedicínské záležitosti často ani nepomýšlí. Pacient v dialyzačně-transplantační léčbě je svým způsobem v batesonovské dvojné vazbě (double-bind): na jedné straně je pře-

svědčován, že má žít „co nejnornálnějším životem“, na druhé straně je tu nepřehledná řada objektivních okolností, které mu v tom brání, od biologických až po sociální.

K. Knopová poukázala především na katastrofální situaci v legislativně správní sféře, která se týká nejen dialyzovaných a transplantovaných, ale mnoha dalších diagnostických skupin, na které „se nedostalo“. Tito lidé se těšili v jakýchsi sociálních ghetech svérázné přízni byrokratů reálného socialismu a ve srovnání s většinou z nás — občanů druhé kategorie — byli de facto občany třetí kategorie. Tragické je, že za poslední tři roky se v jejich postavení příliš mnoho nezměnilo. Prováděcí vyhláška Zákona o sociálním zabezpečení č. 182/1990 Sb. sice uvádí seznamy zdravotních postižení opravňujících k některým sociálním a finančním výhodám, ale ani v jednom ze seznamů není uvedena kategorie nemocných s chronickým selháním ledvin.

Dále K. Knopová referovala o tom, že v řadě případů se setkává s problematikou, kterou měl řešit zdravotnický personál (např. způsob léčby, režimová doporučení atd.) a s problematikou na pomezí sociální a psychologické sféry, jež se zejména dotýká rodin pacientů.

Poslední promluvil ti nejpovolanější — zástupci pacientů. Lubomír Jelínek, prezident Společnosti dialyzovaných a transplantovaných, a Roman Novák, člen prezidia SPOLEČNOSTI, oba ze skupiny těch, kteří se nesmířili s pasivní rolí všestranně závislých a snaží se vytvořit pro sebe i pro ostatní lepší životní podmínky. Jejich zcela odlišné osobní zkušenosti vedou ke společnému závěru: psycholog může podstatným způsobem pomoci nemocným jak v adaptaci na náročnou léčbu, tak ve zlepšení kvality života, může pomoci překonávat zátěž, jakou reprezentuje nezvratné selhání ledvin a náhradní orgánová léčba. Společnost dialyzovaných a transplantovaných nepatří k militantním organizacím které by stavěly proti sobě zdravotnický personál a pacienty, naopak integruje do svých řad zdravotnické pracovníky v zájmu společného úsilí a společného zisku.

Co říci na závěr: diskuse byla bohatá navzdory arktickému klimatu v nevytopeném a průvanem profukovaném sále Lékařského domu; přetáhli jsme dokonce stanovený časový limit.

Souhrn a zobrazení lze najít v jednom ze závěrečných diskusních příspěvků doc. PhDr. J. Srnce. Není pochyby, že psycholog na somatickém pracovišti má své nezastupitelné místo. Měl by však současně vykazovat určité kvality. Psycholog by měl mít:

— potřebné vzdělání,

- osobnostní kvality a
- odolnost vůči zátěži.

K tomu bych chtěl dodat pouze to, že je nutné najít více ochoty k dohodě mezi garantujícími organizacemi (Všeobecná zdravotní pojišťovna, Asociace klinických psychologů, Lékařská komora, vedení jednotlivých zdravotnických zařízení, ministerstvo zdravotnictví a odborné společnosti), aby skončil stav provizorií a výjimek a aby, především v zájmu nemocných, profese „liaison“ psychologa začala patřit mezi běžná úctyhodná povolání (která kromě všeho nezbytného zaručují profesionálům také obživu).

R. Honzák

II. MEDZINÁRODNÁ KONFERENCIA O MENTÁLNYCH ZMENÁCH A PERSPEKTÍVACH SOCIÁLNEJ INTEGRÁCIE V EURÓPE

V dňoch 17.—20. novembra 1992 sa konala na pôde Katolíckej univerzity v Lublíne (Poľsko) v poradí už druhá medzinárodná konferencia venovaná vybraným otázkam súvisiacim s procesmi transformácie makrosystémov postkomunistických krajín. Vzhľadom ku komplexnosti problematiky bolo snahou organizátorov dať konferencii v čo najväčšej miere interdisciplinárny charakter. Jej účastníkmi boli preto okrem psychologov tiež sociológovia, politológovia, ekonómi, právnici, teológovia, ekológovia i politici a zástupcovia odborových organizácií. Myslím, že pre prevažnú väčšinu prítomných bolo skutočne zážitkom i jedinečnou príležitosťou sledovať, ako sa na určitý problémový okruh dívali poprední reprezentanti rozličných vedných odborov, či spoločenských a politických organizácií. Túto rôznorodosť pohľadov odrážal i oficiálny program konferencie, sústreďený predovšetkým na nasledujúce štyri oblasti:

- Procesy sociálnej dezintegrácie a konfliktov: Ich politické, psychologické, sociologické a pastorálne aspekty. Možnosti riešenia a prevencie.
 - Masové kolektívne správanie v osemdesiatych a deväťdesiatych rokoch: podstata, charakteristiky a stimulačné dôsledky pre zmeny politických systémov v krajinách Strednej a Východnej Európy.
 - Utváranie a implementácia sociálnej a ekonomickej politiky v postkomunistických krajinách.
 - Ekologické, sociálne a ekonomicke dimenzie ochrany prostredia v kontexte štátov Strednej a Východnej Európy.
- Referovať čo i len stručne o všetkých odznených príspevkoch je vzhľadom k ich