

PROBLÉMY A ÚKOLY ZDRAVOTNICKÉ PSYCHOLOGIE

Robert Konečný (Brno)

Úvodem

Sešli jsme se, abychom se na naší konferenci poradili, jak využít psychologických poznatků pro socialistickou společenskou praxi, a řada oficiálních hostů vzpomněla při této příležitosti i Listu ÚV KSČ. V naší sekci, v sekci zdravotnické psychologie, mám vysoce čestný úkol: z pověření zdravotnických psychologů ukázat na možnosti a služby, jež vědecká psychologie může nabídnout socialistickému zdravotnictví.

Víme všichni, co naše lidově demokratické zřízení dalo v péči o zdraví nejširším masám pracujícího lidu, vedeno zásadou, že lid má právo nejen na práci, ale i na zdraví. Víme, jak je tato zásada, legalisovaná zákonem o jednotné a preventivní péči, uskutečňována státním výhledovým plánem; stálým zvyšováním počtu nově zřizovaných zařízení nejrozmanitějších typů a stálým zvyšováním počtu lůžek; usilovnou teoretickou výzkumnou prací, řízenou Vědeckou radou a problémovými komisemi; stálým zvyšováním odborné úrovně zdravotnických pracovníků všech kategorií nejrozmanitějšími formami školení a doškolení — psychology v to počítajíc (srv. například kurs pro psychology v psychiatrických zařízeních, pořádaný péčí Ústavu pro doškolení lékařů začátkem letošního roku). Je nutno vidět i široce rozvětvenou síť prevence a zdravotnické osvěty, abychom pochopili, proč se mohlo i psychologům dostat možností dřív nebyvalých: jsou uznávanými členy velké zdravotnické rodiny, kdežto za první republiky byli, a to jen zřídka, leda dobrovolnými spolupracovníky bývalé sociální péče.

My, psychologové, pokud pracujeme ve zdravotnictví, jsme si plně vědomi toho, že také nám je uložena (§ 26 zák. č. 66 Sb.) dvojí povinnost: „S největším úsilím pečovati o zvýšení zdravotní úrovně lidu podle nejnovějších poznatků vědy“ — a povinnost „zvyšovat pracovní způsobilost obyvatelstva a přispívat tak k budování socialismu.“

K tomuto cíli směřuje jak můj úvodní referát, tak všechny koreferáty i diskusní příspěvky. Mně osobně byl uložen čestný úkol načrtnout úkoly a problémy klinické (a já bych raději říkal: zdravotnické) psychologie.

Kdyby můj referát měl vyčerpat dané thema, musil by ovšem začít především a) historickým přehledem vývoje klinické (zdravotnické) psychologie u nás a ve světě, b) musil by srovnat různá pojetí a vymezení pojmu klinické psychologie co do její podstaty, náplně, hranic a metod. Je však časově omezen, a proto je možné soustředit se jen na náčrt základních otázek. Podle mého mínění jsou to tyto otázky: I. Podstata klinické psychologie. — II. Rozsah a úkoly klinické psychologie. — III. Metody klinické psychologie. — IV. Problémy, potřeby a perspektivy klinické psychologie, jak vycházejí z naší konkrétní československé situace.

I. PODSTATA KLINICKÉ (ZDRAVOTNICKÉ) PSYCHOLOGIE

Vymezení pojmu klinické psychologie není nikterak jednotné. Různá pojetí klinické psychologie se dají zhruba shrnout do dvou velkých názorových skupin.

A. Skupina názorů, která vidí v klinické psychologii aplikaci psychologie na medicínskou klinickou praxi — tedy aplikaci psychologie na nemocného v celém rozsahu problémů, jež s sebou tato aplikace přináší.

B. Druhá skupina názorů rozšiřuje pojem klinické psychologie i na oblast zdravého člověka, ba u některých autorů i na oblast zvířat. Kořenem tohoto nepřipustného rozšíření je stejně nepřipustné, zdá se mi, ztotožnění klinické psychologie s „klinickými“ metodami.

C. Bylo by konečně žádoucí všimnout si pojmu klinické psychologie ve vztahu k pojmům medicínské a lékařské psychologie.

A. Klinická psychologie jako aplikace psychologie na (medicínskou) klinickou praxi

Pokud jde o tuto první skupinu, setkáme se tu zhruba se třemi pojetími:

1. S názorem, který chápe klinickou psychologii v celém rozsahu klinických oborů (tak například E. Stern).

2. S názorem, který vylučuje klinickou psychologii z psychiatrie, poněvadž psychologii v psychiatrii identifikuje s psychopatologií (Hellpach). Proto ovšem tito autoři chápou klinickou psychologii jako patopsychologii, jako psychologii člověka nemocného somaticky, nikoliv psychicky (neboť člověk psychicky nemocný je podle nich objektem psychiatrie). Klinická psychologie na psychiatrii a neurologii je podle těchto autorů na místě jen tam, kde jde o pacienty duševně zdravé.

Víme ovšem naproti tomu, jak plynulý je přechod mezi duševním zdravím a nemocí; víme, jak nevhodné by bylo vytrhnout odtud celou

který založil první „psychologickou kliniku“ při universitě v Pensylvánii; brzy potom byla založena klinika pro děti těžko vychovatelné pod jménem Ústavu pro mladistvé (W. Healy v Chicagu), a Beersovo hnutí duševní hygieny vedlo k ohromnému počtu psychologických klinik, takže kolem roku 1940 jich bylo ve Spojených státech víc než 100. Také v Československu musíme uvést podobné pokusy, které našly například na Moravě realizaci v Poradně Společnosti pro výzkum dítěte (zakladatel Edv. Babák), jež od dvacátých let konala dobré služby jako poradna pro děti nesnadno vychovatelné a oligofrenní. V této poradně byla dokonce uskutečněna komplexní spolupráce lékaře-psychiatra, psychologa (autor tohoto článku) a sociální pracovnice.

Je však patrné, že tyto „psychologické kliniky“ a poradny lze ztotožnit s dnešním pojmem klinické psychologie jen za cenu, že učiníme rovnítko mezi klinickou psychologií a psychodiagnostickými metodami, *psychodiagnostikou*. Pak se nám ovšem ihned rozšíří oblast klinické psychologie o všechny obory, kde lze o psychodiagnostice hovořit — o oblast poraden pro volbu povolání, o psychologii práce, o nápravnou pedagogiku atd. Není ovšem nakonec důvodu, proč by se toto pojetí mělo zastavit i před „psychodiagnostikou zvířat“, neboť i tu lze užít „klinických metod“.

Jakýmsi kuriozosem tohoto směru se ovšem stávají ti autoři, kteří psychodiagnostické metody ztotožňují a zužují současně na metody *experimentální*, takže nakonec definují klinickou psychologii jako užití experimentálních metod na studium nemocného (André Rey). Je však patrné, že nelze klinickou psychologii vymezit, omezit a ztotožnit s metodami.

C. Klinická psychologie, medicínská psychologie a lékařská psychologie

V užívání těchto pojmů vládne naprostá anarchie a neshoda. Nemělo by proto valného významu probírat se houštím definic a protichůdných názorů. Uvedme si jen pro ilustraci, oč tu jde. Jednou se a) chápe medicínská psychologie nesprávně jako psychologie neurotických a psychotických stavů, ztotožňuje se tedy s psychopatologií (Lagache), b) jindy se ztotožňuje lékařská a medicínská psychologie a rozumí se jí pokus o konfrontaci a hlubší objasnění normální psychiky na základě poznatků psychiatrických (Müller—Freienfels), anebo c) se rozlišuje mezi medicínskou a lékařskou psychologií (doc. Guensberger), přičemž se do lékařské psychologie klade studium osobního vlivu zdravotníka (lékaře) na nemocného, kdežto do medicínské psychologie se klade jako úsek psychologie tělesně nemocného (patopsychologie) a výsledky kor-

tikoviscerální medicíny, dále problémy, jež souvisí s obecnými otázkami medicínskými, jako například unavitelnost, otázky typu vyšší nervové činnosti, a konečně i studium některých abnormálních (z našeho psychologického hlediska ovšem normálních) jevů, jako je například hypnosa.

Ponechávám nestranné kritice a úvaze, zda se mi zdaří spíš zjednodušit celou problematiku, anebo ji ještě víc komplikovat, jestliže se na tomto místě pokusím razit nový pojem *zdravotnické psychologie* a budu-li považovat klinickou psychologii za její podstatnou oblast, přičemž jsem přesvědčen se Sternem o tom, že pojem klinické psychologie závisí na přesném rozboru adjektiva klinický. Klinický pohled na nemocného spočívá v diagnostice, terapii a prevenci. *Klinická psychologie* mi proto není ničím jiným než *aplikací psychologie na klinické problémy v celé jejich šíři a hloubce, je tedy teoretickou i praktickou aplikací poznatků i metod psychologických v oblasti klinické medicíny.*

Klinická medicína pak má v péči o zdraví člověka úkoly a) *diagnostické*, b) *terapeutické*, c) *výzkumné a pedagogické*, d) *preventivní* a konečně i e) *posudkové*.

Je jasné, že v tomto pojetí je klinická psychologie jen částí (i když nejpodstatnější) toho, co bych rád nazval právě *zdravotnickou psychologií* v období k ostatním oblastem aplikované psychologie. Tak jako průmyslová psychologie či psychologie práce znamená psychologii užitou v problémech průmyslu či práce, tak jako pedagogická psychologie znamená psychologii užitou v problémech a v oblasti pedagogiky, je možno mluvit v nejširším slova smyslu o *psychologii zdravotnické (užití psychologie ve zdravotnictví)*. Domnívám se, že bychom měli zdravotnickou psychologii dělit na dvě velké oblasti: 1. *obecnou psychologii nemocného*, která studuje a) jednak reakce nemocného na nemoc samu, b) reakce na mimonemocniční prostředí za nemoci (rodina, pracoviště atd.), a konečně c) reakce na nemocniční prostředí včetně interindividuálních vztahů k zdravotnickým pracovníkům (sociální interakce); 2. *speciální klinickou psychologii* v jednotlivých oblastech medicíny. Nepochybně i tu by byla celá řada problémů společných, ale vedle toho každá oblast má i své problémy vysoce speciální. Klinická psychologie v psychiatrii bude mít například s klinickou psychologií na gynekologii řadu problémů společných třeba v tom, jak přistupovat k nemocnému. Vedle toho však lze snadno pochopit, že úkolem psychologa na gynekologii bude například propracovat spolu s lékařem do detailů přípravu předporodní psychoterapie (i s problematikou tzv. bezbolestného porodu), zatím co psycholog v psychiatrii bude muset například vědecky propracovat a na vědeckou basi postavit přípravu k elektrošokům atd.

Budeme proto nadále užívat širšího pojmu *zdravotnická psychologie*, abychom dali najevo, že jde o nejširší užití psychologie ve zdravotnictví.

II. ROZSAH A ÚKOLY ZDRAVOTNICKÉ PSYCHOLOGIE

Zastávám tezi, že zdravotnická psychologie může být pomocníkem klinické medicíny v celém jejím rozsahu, ve všech klinických oborech medicíny bez výjimky, neboť psycholog ma mít slovo všude, kde jde o psychologické problémy v praxi, kde jde o styk člověka s člověkem, kde jde o vhodné či nevhodné reakce. Je nabíledni, co by znamenal psycholog například na dětské chirurgii ve vědecky řízené přípravě na operaci, v období postoperačních stesků, v denním režimu malých pacientů atd. Bylo bu nutno jmenovat všechny obory medicíny jeden za druhým včetně takových, kde by se účast psychologa mohla zdát problematickou, jako například foniatrii, alergologii, soudní lékařství atp. Ale i tu se již psychologové velmi dobře uplatnili nebo by se mohli dobře uplatnit. V celé šíři ovšem i v defektologii (ortopedii, logopedii, psychopedii či oftalmopedii).

Rozumí se, že sem počítáme i poradny a ambulantní zařízení (protialkoholní poradny, záchytné stanice, poradny pro duševní hygienu, ambulance psychiatrické, dorostové atd.). Psychologie ve zdravotnictví může počítat ovšem i s velmi dobrým výsledkem ve všech speciálních ústavech a zařízeních, jako jsou například státní kojenecké ústavy a domovy kojenců a batolat, všechna zařízení rehabilitační péče bez výjimky, geriatrické ústavy, lázeňská zařízení, výzkumné ústavy a laboratoře vyšší nervové činnosti atd. Ovšem i důležitá pracoviště zdravotnické osvěty a prevence.

Celá řada tu jmenovaných pracovišť své psychology už má: psychiatrické kliniky a léčebny, některé neurologické kliniky, protialkoholní oddělení a poradny, pediatriká oddělení, dětská psychiatrická a neurologická oddělení, oddělení chorob z povolání, oddělení pro mládež vyžadující zvláštní péče, ortopedie, gynekologie, oddělení tbc, státní kojenecký ústav, domovy kojenců a batolat, ústav pro výzkum výživy, rehabilitační ústavy (pro psychiatrické chroniky) atd.

Jestliže ovšem zásadně je nutno požadovat právě na prospěch našeho socialistického zdravotnictví psychologa ve všech oborech a úsecích zdravotnické práce, je nutno být strážlivý v *etapovém obsazování* těchto míst, a to nejen z důvodů státního rozpočtu, ale i z důvodů, jež nese nezvyk vidět psychologa tam, kde dosud byl jen lékař, a pak, a to je velice důležité: *psychologové si nesmějí dovolit, zakládajíce novou tradici*, obsazovat nová, dosud netradiční pracoviště lidmi pro ně nespecia-

lisovanými, ba v novém oboru nevynikajícími. Bylo by například neodpovědné dosadit na foniatrickou kliniku mladého začínajícího klinického psychologa bez velice hluboké specialisace pro tento obor a bez znalosti nejen celé jeho problematiky, ale i praxe. Na nová pracoviště v medicíně budou musit dávat bedlivý pozor i katedry psychologie u vědomí, že jediný neschopný psycholog na jediném pracovišti škodí všem klinickým psychologům, celé věci.

Pokud jde o *úkoly* psychologů ve zdravotnictví, tu je nutno vidět, že jsou jednak společné, jednak speciální.

A. Úkoly diagnostické

Považujeme za ně studium konkrétní osobnosti nemocného člověka především, ale i studium jeho činností. Psycholog tu má neobyčejně důležitý úkol nejen při stanovení typových daností a zvláštností vyšší nervové činnosti, ale i při podrobném zpřesnění a doplnění anamnestických dat (psychologickými metodami – včetně dotazníků) premorbidní a morbidní psychiky se zřetelem na společenské prostředí a podmínky vývoje pacientovy osobnosti v jeho jednotlivých vývojových etapách. Velmi důležitá je pomoc psychologova v zjišťování etiopatogenetických momentů; v sledování pacientových reakcí na nemocniční prostředí a nemoc samu, ale i na léčbu, a to průběžně; v zachycení změn v celku pacientovy osobnosti, ale i v analýze jednotlivých jejích složek, jak je jí třeba k diagnostickým účelům. Tak například jde o zjištění, které složky jsou narušeny a které jsou relativně intaktní; jde o přesnou analýzu jednotlivých základních psychických procesů, o zhodnocení slabosti či síly obranných mechanismů, o vyšetření způsobů adaptace pacienta, o míru jeho frustrační tolerance atp. Ale jde i o pozorování pacienta v přirozených a navoděných situacích, pokud mají diagnostickou hodnotu. Sem také například patří rozhodnutí o agravačních či simulačních tendencích u pacienta.

K speciálním diagnostickým úkolům patří problémy diferenciálně diagnostické a speciální diagnostika vůbec (například v psychiatrii určení diferenciálně diagnostické: jde-li o schizoidní psychopatii nebo už o incipientní schizofrenní proces atd.).

B. Úkoly terapeutické v nejširším slova smyslu

(psychoterapie, psychoprofylaxe, reedukace, rehabilitace atd.)

Do společných úkolů lze počítat: 1. vytváření optimálního léčebného prostředí, denního režimu a dobrých interindividuálních vztahů. Sem

patří i organisace činnostní terapie (pohybové, pracovní, kulturně-rekreační);

2. přípravu pacientů na klinickou léčbu a léčebné zákroky (operace, narkozy, spací kúry, elektrošoky, insulinové šoky, lumbální punkce, pneumotorax, porod atd.) a kladné ovlivnění pacienta zejména tam, kde hrozí neurotisace či vytvoření zábran a překážek léčby v pacientovi samém (úzkost, obavy, deprese, nedůvěra v lékaře či zákrok atp.);

3. přípravu na propuštění, rekonvalescenci, readaptaci, eventuálně reedukaci, či rehabilitaci spolu s předběžnou úpravou dosud nevhodného domácího a pracovního prostředí (vždy ovšem spolu s lékařem, a tu i se sociální zdravotní sestrou). Ke zvláštním úkolům patří specifické formy psychoterapie, speciální reintegrace pacientovy osobnosti v psychiatrii, psychoprofylaxe bezbolestného porodu, některé druhy tréninkových metod apod.

C. Úkoly výzkumné a pedagogické činnosti

Nemohou být povinnou složkou psychologovy práce na rozdíl od jeho práce rutinní. Jsou dány individuálními schopnostmi psychologa samého i potřebami pracoviště (přednášky, stáže, semináře, praktika, doškolení zdravotnického personálu). Je ctí československých klinických psychologů, že podali již celou řadu vědeckých příspěvků, jež prospěly základnímu výzkumu jednotlivých oblastí medicíny a klinické praxe vůbec. Stejně se osvědčili i v pedagogické činnosti (školení a doškolení lékařů a zdravotnického personálu, zdravotnické školy).

Bylo by si jen přát, aby pracoviště, jejichž psycholog má dostačující předpoklady vědeckého růstu či pedagogického nadání, jeho činnost nebrzdila, a dala mu naopak všechny možnosti rozvoje na prospěch věci samé.

D. Prevence

Důležitá je účast psychologů na depistážních akcích, v poradenské činnosti a v činnosti osvětové. V depistážních akcích vykonali psychologové zejména v některých krajích veliký kus práce (například v pedopsychiatrii kraje Gottwaldovského, Olomouckého atd.). Je nasnadě, že depistáž má nesmírný význam preventivní. Ale i v osvětové činnosti (Zdravotnická osvěta, Společnost pro šíření politických a vědeckých znalostí atd.) je už nyní podíl psychologů značný.

E. Posudková služba

Občas je volán psycholog spolu s psychiatrem jako soudní znalec v psychiatrických *soudních případech*, zatím, bohužel, jen sporadicky, ač je patrné, že takové otázky, jako je například věrohodnost výpovědi, analýsa osobnosti a motivů činu, rozhodnutí o analytické a syntetické činnosti vyšší nervové činnosti a její kvalitě — abychom uvedli nejčastější případy — jsou otázky výrazně psychologického posudku a patří především psychologovi, jak je tomu v některých evropských zemích už dávno.

Právě tak nebylo dosud využito služeb psychologů v tak důležité oblasti, jako je *posudková služba týkající se pracovní schopnosti*, kde lze mnohdy objektivními metodami kvalitativní i kvantitativní analýsy, prošetřujícími somatickou i psychickou *výkonnost* pacientovu, nejen zpřesnit mnohdy subjektivní odhad lékařův, ale určit dokonce i pracovní možnosti pacienta. V souvislosti s posouzením celkového zdravotního stavu se tu nabízí velmi účelné a velmi důležité pole působnosti, důležité nakonec nejen pro pacienta samého, ale i pro posudkového lékaře a státní správu.

III. METODY KLINICKÉ (ZDRAVOTNICKÉ) PSYCHOLOGIE

Je potřeba, aby si nejenom lékaři, ale všichni odpovědní zdravotničtí pracovníci uvědomili, že moderní psychologie vypracovala spolu s fyziologií vyšší nervové činnosti nejen celou řadu metod určených k typologickým vyšetřením a k průzkumu stavu vyšší nervové činnosti vůbec, ale že má dnes už nepřehlednou řadu velmi jemných metod laboratorních, experimentálních i metod kvantitativní a kvalitativní analýsy, a to metod, jež jsou zaměřeny nejen na osobnost samu, ale určených i k vyšetření jednotlivých psychických procesů.

Je nepochybně třeba vidět, že vedle běžných metod dotazníkových, exploračních, metod řízeného hovoru atp. má psychologie už celou řadu metod standardisovaných (například Raven, Wechsler) z oblasti tzv. testů, to je krátkodobých jednorázových zkoušek, a dlouhou řadu metodik zkoumajících nejen výkonnost, ale i pracujících s korelacemi s fyziologickými projevy (metody pletysmografické, kožně reflektorické), zaměřených mnohdy velmi speciálně, jako například metody určené ke zjištění pravdivosti či nepravdivosti, agravačních či simulačních sklonů apod. A kromě toho je nutno si všimnout i metod statistických, faktorové analýsy atd.

Musíme být ovšem velmi opatrní ve výběru metod i ve způsobu interpretace jejich výsledků a zejména v teoretických východiscích, jež jsou

nutným předpokladem našich metod a pracovních postupů. Víme například, že se zbytečně zavrhlly některé tzv. testové metody proto, že jich bylo zneužito k třídním účelům. Metoda sama ovšem za toto zneužití nemohla. Mohli za ně lidé a především záměr a teorie, které za nimi stály. Ukázal bych jen na to, že například práce Ruškevičovy (myslím zejména na studii *O poruchách abstrakce a zobecnění a o jejich patofysiologických základech u schizofrenie*, PPs 5, 4, 389) také užily starých zkoušek, ale nově je podložily teoreticky a nově interpretovaly jejich výsledky z pavlovské teorie.

Je třeba varovat psychology před jednostranností ve výběru metod, ale je třeba také varovat před honbou za co největším počtem metod, jako by to už bylo zárukou vysoké kvalifikace a vědeckosti. Velmi špatně by si počínal psycholog, který by například ve všech možných vyžádaných vyšetřeních užíval jen Rorschacha, ale stejně špatně by si počínal psycholog, který by měl jen ctižádost shánět bůhvíjaké zahraniční novinky, leckdy neověřené a pochybné jak teoretickými východisky, tak praktickými závěry.

Pokud jde o užití té či oné metody k diagnostickým účelům, měla by být praxe taková, aby lékař sice přesně určil psychologu úkol, který chce mít řešen (třeba rozbor analytické a syntetické činnosti, poruchovost paměti apod.), ale nechal mu už na vybranou, jaké metody užije po prostudování případu. Je například nesprávné, když lékař přímo nařizuje Wechslera a ukáže se, že jde o pacienta negramotného, kde je na místě právě Raven.

Pokud jde o terapeutické úkoly, na nichž se psycholog účastní, je jasno, že může jít o psychoterapii a terapii činností. Tu ovšem rozhodnutí o tom, jaké metody použít — poněvadž jde o léčbu — je na lékaři, právě tak jako indikace psychoterapie vůbec. Není ovšem pochyby o tom, že psychologové psychoterapii, jež je metodou právě výrazně psychologickou, provádět v teamové spolupráci mohou a dovedou a že znají a ovládají všechny její formy (individuální, skupinovou, kolektivní; racionální, hypnopsychoterapii, rehabilitační, reedukační atd.).

IV. PROBLÉMY, POTŘEBY A PERSPEKTIVY NAŠÍ ZDRAVOTNICKÉ PSYCHOLOGIE

Musíme si být trpělivě vědomi toho, že jsme v první fázi vývoje zdravotnické psychologie u nás, i když jsme — říkáme to se vší skromností — hodně vpředu před ostatními lidově demokratickými státy. Přesto víme, že je tomu v podstatě sedm let, co první klinický psycholog nastoupil oficiálně do zdravotnických služeb (neoficiálně ovšem tato

instituce existovala už v letech dvacátých v bývalé Společnosti pro výzkum dítěte v Brně a také při bývalé Zemské péči o mládež, jak jsem už připomenul). Rozumí se proto samo sebou, že je věcí tradic, zvyků, předsudků, nových zkušeností, individualit atd., jak se budou věci vyvíjet dál.

V čem je problematika tohoto vývoje? 1. Různé zaměření zdravotnické psychologie na Slovensku, na Moravě a v Čechách. V zemích českých pracuje většina klinických psychologů v psychiatrii, kdežto na Slovensku se situace vyvíjela rovnoměrněji, s důrazem také na mimopsychiatrická zařízení. Ale i pracovní byl v prvních letech zajímavý rozdíl. V Čechách spíše psychodiagnostické zaměření, ovšem též bohatá účast na výzkumu, na Moravě vedle diagnostické a výzkumné práce i velmi živá účast na terapii, na Slovensku kromě toho důraz i na psychoprofylaxi, což bylo dáno zejména i zařazením psychologů například na ortopedii, kde psychoprofylaxe měla mimořádný význam. Jestliže se situace takto rozvíjela v prvních letech, není třeba zdůrazňovat, že bude na čase v druhé fázi vývoje nikoliv jednu oblast činnosti zamítat a druhou podporovat, ale starat se o rovnoměrný vývoj. K tomu bude třeba ovšem také značné podpory ostatních zdravotníků, především lékařů. Vidíme, že výraznost lékařských individualit a jejich osobní zaměření napořád rozhoduje o tom, jakým směrem psycholog na tom či onom pracovišti jde, jakou volnost či omezení mu lékařský šéf ukládá. Proto pozorujeme, že na jedné straně jsou psychologové mnohdy nuceni skoro k tomu, aby nahrazovali v psychiatrii div ne sekundáře, na druhé straně mnohdy z nedostatečné poučenosti o tom, jak je možno jejich služeb ve zdravotnictví využít, jsou psychologové tlačeni do situace takřka jakýchsi bezvýznamných laborantů; není uznávána jejich vysoká odbornost a není jí vhodně využito. Jsem přesvědčen o tom, že vývoj půjde čím dál tím víc k harmonickému uplatnění všech možností psychologovy práce úměrně s tím, jak poroste pochopení lékařů a jak se psychologové kvalitou své práce prosadí.

2. Zatím co v mimopsychiatrických oblastech se spolupráce vyvíjela pro psychology až nečekaně příznivě — byli a jsou uznávanými, vítanými a vyžadovanými spolupracovníky — šel vývoj v psychiatrii cestami daleko složitějšími. Vstup psychologů na půdu psychiatrie narazil na jisté obavy u jedné části psychiatrů, kdežto u druhých byli psychologové od samého začátku přijímáni kladně, což bylo mnohokrát a z úst nejkompetentnějších konstatováno. Toto napětí u jisté části psychiatrů — zejména tam, kde ani nemělo objektivních důvodů — do jisté míry mizí a jistě zmizí po dalších zkušenostech docela.

Objektivní důvody, které vedly některé psychiatry k ostražitosti před psychology, byly opřeny celkem o tyto obavy: a) na prvním místě to byla

obava před psychologisací psychiatrie, b) na druhém místě obava, že psychologové neprávem pro sebe reklamují i oblast psychopatologie, a konečně c) obavy a námitky proti účasti psychologů v oblasti psycho-
terapie. Lze ostatně jmenovat ještě jednu obavu, že totiž d) psychologové nahrazují psychiatry tam, kde by je nahrazovat neměli – v mimopsychiatrických oblastech, kde se psychiatři obávají, že psychologové samostatně diagnostikují místo psychiatrů. Někdy dokonce e) „nemůžeme podceňovat projevy neznalosti nebo kriticismu u jedné skupiny vůči skupině druhé, která pak dává narůstat různým stupňům nejistoty, ba dokonce i strachu... Nestává se zřídka, že na klinických seminářích má psycholog své dobré důvody k tomu, aby se domníval, že psychiatr si osobuje posici jakési suverénnosti a snaží se odstrčit stranou jakýkoliv přínos, který pochází od někoho jiného než od psychiatrů“ (cituji z článku *O vztazích klinické psychologie a psychiatrie* z *Československé psychiatrie* 7, 2, 1956, 89 od psychiatra W. C. Menningera k jubileu prof. Hádlíka), a to jak v oblasti diagnostiky, tak v oblasti školení, výzkumu či terapie.

Tyto obavy jedné části psychiatrů se ukazují ovšem jak teoreticky, tak prakticky čím dál tím méně opodstatněné. Všimněme si aspoň obav nejdůležitějších. První z nich je založena na tezi, že *moderní psychiatrie je postavena na Pavlovově učení o fyziologii vyšší nervové činnosti, kdežto psychologie prý jen svádí psychiatrii s této jediné vědecké cesty*. Je patrné, že to je obava plynoucí z představy, že moderní psychologie se rovná psychologii, které se ještě tito psychiatři ve svém mládí učili – idealistickým spekulacím. Není třeba dokazovat, že moderní psychologie stojí na týchž pavlovských zásadách, že se opírá o fyziologii vyšší nervové činnosti, ale že ovšem velmi dobře rozlišuje činnost psychickou (vyšší nervovou činnost) a fyziologii vyšší nervové činnosti, což právě nedělají obvykle vulgarisátoři Pavlovova učení. Nelze ztotožňovat psychické procesy a jejich fyziologický substrát. Proto bezprostředním základem psychiatrie stále zůstane psychologie a psychopatologie. (Srv. například *Voprosy filosofii* 4, 1955, 182–193: „Tím, že nechávají chybně rozplynout psychické pochody ve fyziologických procesech, zaměňují někteří psychologové dialektický materialismus za materialismus vulgární, a tak zkreslují a zplošťují marxistickou filosofii.“ – Nebo *Kommunist* 4, 1956, 87–93: „Z filosofického hlediska je přehlížení subjektivního světa s to odvést psychologii z cesty dialektického materialismu a dostat ji na scestí materialismu vulgárního.“ – Ale stejně ovšem i Pavlov sám, srv. *Pavlovskije sredy*, sv. 2, 415–416: „Bylo by hloupé popírat subjektivní svět. Tento svět samozřejmě existuje. Psychologie jako formulace jevů našeho subjektivního světa je naprosto oprávněná věc a bylo by

nesmyslem s tím polemizovat... Psychologie jako výzkum odrážení skutečnosti, jako subjektivní svět, který se jistým způsobem dá zahrnout do obecných formulí, je ovšem věc nezbytná.“)

Pokud pak jde o psychopatologii, jde o oblast společnou jak psychiatrii, tak psychologii. Není proto důvodů, proč by psychologové (jimž to někteří psychiatři zakazují jako porušení kompetence a zasahování do oblasti psychiatrie) nemohli užívat terminologie, kterou dobře znají, jež je právě tak jejich jazykem jako jazykem psychiatrů.

Také účast na psychoterapii, organizačním řádem psychologům právně zaručenou, rozřešila mezitím praxe a dobré zkušenosti s psychology v této oblasti. Jen je třeba dbát jedině správné zásady – komplexní, teamové spolupráce lékařů, psychologů, sociálních psychiatrických pracovníků a ošetřovatelek. Tam, kde je nejen diagnostika, ale i terapie věcí indikace, ordinace a kontroly lékařského vedoucího celého pracovního teamu, přináší tato ustavičná spolupráce nejkrásnější výsledky pro pacienty. Jisto je, že ne každý psycholog a ne každý psychiatr jen z titulu své funkce mohou provádět už dobrou psychoterapii. Víme velmi dobře, že právě v oblasti psychoterapie přestává jakákoli rutinní práce a začíná největší psychologické umění, a víme také, že toto umění předpokládá nejen velmi hluboké znalosti teoretické a dlouhou praktickou zkušenost, ale i vyzrálou, strhující osobnost, plnou autoritativního optimismu, a to se silným akcentem mravním. Jako nikde jinde nejde v psychoterapii jen o indikaci druhu psychoterapie, ale přímo je „indikován“ i ten nebo onen psychiatr či psycholog pro ten nebo onen případ psychoterapie podle osobnosti a znalostí, jež u té či oné nosologické jednotky a u konkrétního pacienta třeba mít na zřeteli. Provedení psychoterapie určuje psychologu lékař a ten svého psychologa zná. I tu platí krásná slova citovaného již prof. Menningera: „Musíme ve svém vývoji dosáhnout stupně, kdy se stanou strašáci statutu, kompetence, rovnosti a podřízenosti hluchými pojmy.“

Na druhé straně musíme konstatovat, že se v žádné oblasti medicíny nedostalo psychologům takového oficiálního uznání jako mezi psychiatry: mají svou subsekcí v Psychiatrické společnosti Lékařské společnosti J. Ev. Purkyně, mají svého zástupce v sedmičlenném Poradním sboru psychiatrů při ministerstvu zdravotnictví, ve výboru Psychiatrické společnosti J. Ev. Purkyně, ale i v problémových komisích. Přibývá důvěry, ubývá obav. Podrobný návrh psychologů (tzv. Brněnský), pracujících v psychiatrii, na vymezení pracovních úkolů, kvalifikaci, služebního a platového zařazení psychologů, byl ministerstvem zdravotnictví dán na posouzení jednak Psychiatrické společnosti, ale i představitelům psychiatrie u nás, byl projednán jednak na společné schůzi psychologů a psy-

chiatrů a pak ještě jednou v poradním sboru psychiatrů při ministerstvu zdravotnictví a je nyní dán ke schválení — více méně, doufáme, už formálnímu — Psychiatrické společnosti, odkud půjde už k jednotlivým ministerským řízením. Mohl by se stát svou propracovaností základnou pro zdravotnické psychology jiných oborů. Jsem přesvědčen, že právě v oblasti psychiatrie jsou nyní předpoklady k vzorné spolupráci lékařů s psychology.

Potřeby a perspektivy

Z toho, co jsme řekli, plynou některé důsledky a perspektivní výhledy a požadavky pro zdárný rozvoj zdravotnické psychologie u nás:

1. Je třeba vypracovat rámcově náplň práce klinických psychologů pro jednotlivé oblasti medicíny.

2. Je třeba plánovat etapově dostatečný počet systemisovaných míst pro klinické psychology na ministerstvu zdravotnictví, neboť na tom závisí i směrné číslo ministerstva školství, určující numerus pro odbornou větev zdravotnické psychologie na filosofických fakultách, i plánování Státního úřadu plánovacího. (Pro psychiatrii například je doporučen poradním sborem psychiatrů při ministerstvu zdravotnictví jeden psycholog na 80 pacientů, v KÚNZ na 50 pacientů jeden a na klinikách nejméně tři psychologové. Přitom se ještě navrhuje dbát diferenciac, takže například na každém oddělení přijímacím, protialkoholním, dětském má být jeden psycholog.)

3. Je třeba technicko-organizačního zabezpečení psychologovy práce. Patří sem vybavené místnosti a laboratoře, příslušná aparatura, personální obsazení (včetně pomocného personálu), patří sem standardisovaná výroba základních pomůcek atd. Návrh dvou typů laboratoří: standardní a vědecké, byl již ministerstvu zdravotnictví také podán.

4. Je třeba zabezpečit materiální podmínky vědeckého růstu (příděl cizojazyčné literatury, styk s cizinou).

5. Bylo by vhodné zastoupení psychologů v příslušných institucích vědecko-badatelských, poradních a eventuálně i správních ve formě expertů (vědecká rada, problémové komise, expertisa u hlavních odborníků určitého oboru nebo funkce psychologa, který by odpovídal za odbornou úroveň zdravotnické psychologie v kraji).

6. Školení a doškolování psychologů v rámci ÚDL, řízené za účasti lékařů psychology samými a vedené katedrami a výborem komise klinických psychologů při ČSAV a SAV.

7. Vytvoření samostatné problémové komise při ministerstvu zdravotnictví, která by spolu s ostatními komisemi koordinovala celostátní

psychologický výzkum ve zdravotnictví s účastí komise pro psychologii při ČSAV a SAV.

8. Je třeba vypracovat kompendium zdravotnické psychologie, vytvoření hlavní redakce a zajištění tohoto díla a jeho vydání oběma akademiemi, ČSAV a SAV.

9. Vytvoření Psychologické společnosti při ČSAV a SAV v nejbližší době s jednotlivými sekcemi, která by koordinovala práci psychologů v oblasti zdravotnictví, práce i výchovy.

10. Vytvoření stálé komise psychologů při Lékařské společnosti J. Ev. Purkyně kromě dosavadní subsekcce při Psychiatrické společnosti, jež nemůže být dostatečnou základnou pro psychology jiných zdravotnických oborů.

11. Zavedení přednášek o klinické psychologii pro mediky na lékařských fakultách (tak jako lékaři přednášejí naopak medicínské obory na filosofické fakultě pro zdravotnickou větev) a na zdravotnických školách pro výchovu zdravotníků všech oborů.

12. Je nezbytně třeba, aby ministerstvo zdravotnictví a krajské národní výbory daly příslušným výnosem svým zdravotnickým referentům pokyn, aby se obsazování míst odborných klinických psychologů dalo skutečnými kvalifikovanými odborníky, a nikoliv nekvalifikovanými silami, které práci odborných psychologů jen diskreditují. Návrh pro psychiatrii nechť platí obecně. Zní takto:

„Místo klinického psychologa mohou zastávat: 1. Doktorři filosofie, kteří dosáhli hodnosti doktorské na základě disertační práce z oblasti psychologie.

2. Absolventi, kteří s úspěchem absolvovali odborné studium psychologie zdravotnické specialisace na filosoficko-historické fakultě Karlovy university v Praze, na filosofické fakultě v Brně, na filosofické fakultě v Olomouci (absolventi do roku 1954–1955) a na filosofické fakultě v Bratislavě.

3. Absolventi reformovaného studia psychologie na filosofických fakultách v letním semestru 1952.

4. Absolventi filosofických fakult se státnicí a písemnou prací z psychologie a nejméně dvouletou praxí v psychiatrickém zařízení k 1. lednu 1957.

5. Studium psychologie na jiných vysokých školách (například pedagogických fakultách a vyšších školách pedagogických) nenahrazuje odborné studium psychologie zdravotnické specialisace na filosofických fakultách.

6. O pracovnících, kteří nesplňují požadavky uvedené v bodech 1–4 a zastávají už místa klinických psychologů, rozhodne ministerstvo zdra-

votnictví. Počínajíc rokem 1957 mohou být na místa zdravotnických psychologů ustanovováni *jen promovaní psychologové zdravotnické specialisace* (pokud tento titul nebude v budoucnu nahrazen titulem jiným).“

13. Je žádoucí vyhovět i požadavkům platovým pro všechny klinické psychology, uplatňovaným v Memorandu zaslaném ministerstvu zdravotnictví, za které se postavilo také povereníctvo zdravotníctva v Bratislavě.

ZÁVĚR

Jsme si vědomi toho, že chceme především nabídnout své služby. Pokud se objevily v našem referátu i některé požadavky, jsou míněny jako předpoklady možností plnit službu našemu zdravotnictví co nejdokonalěji.

I nejlepší analyza však a nejpronikavější diskuse by nám nebyla nic platna, kdybychom nepochopili, že ruku v ruce s lékaři a ostatními zdravotnickými pracovníky, a to bez malicherných zřetelů prestižních či dokonce stavovských, musíme mít jeden jediný cíl: vřelý a do krajnosti obětavý vztah k zdravému člověku, ježž chceme chránit před nemocí, vyzbrojeni nejlepšími a nejodbornějšími znalostmi; a vřelý a do krajnosti obětavý vztah k člověku nemocnému, jemuž chceme spolu s lékaři a ostatními pracovníky zdraví vrátit.

To je, domnívám se, pravý postoj a úkol psychologů v socialistickém zdravotnictví.