

O lidských poruchách

Za omezeného by byl dnes označen každý, kdo by se vysmíval tělesně postiženému člověku, ale za normální se ještě považuje dívat se s depektem na duševně nemocného. Péče socialistického zdravotnictví by neměla spočívat jenom v tom, že pacient dostane zdarma kupu léků a invalidní důchod. Je třeba ho pozvednout, podat mu pomocnou ruku, aby se znovu cítil člověkem. »Já jsem to štěstí měla...« napsala bývalá pacientka Denního socioterapeutického sanatoria v Praze.

Po sedmnácti letech bezvýsledného léčení a plného invalidního důchodu nastoupila po tříměsíčním léčení do zaměstnání.

Před šesti lety, začátkem března 1982, MUDr. PhDr. Kamil Kalina, CSc., psycholog Michael Vančura a sociální pracovníce Ivana Hořicová poprvé odemkli dveře svého nového pracoviště — Denního socioterapeutického sanatoria (DSS) při fakultní poliklinice FN 2 na pražském Karlově. Časem se přidali další: psycholog Milan Kinkor, zdravotní sestra Marie Špačková a rehabilitační pracovníce Barbora Matějová. Šestičlenný terapeutický tým, který spojuje překonávání tradičních psychiatrických postupů, odvahu pustit se po cestách zatím u nás nevyšlapaných, úsilí o vysokou odbornou úroveň i vztah k trpícím lidem. Zabývají se léčením těžkých psychických poruch, zejména psychóz. Rozpracovali a zavedli moderní metody psychoterapie, socioterapie, rodinné terapie a péči o krizové stavy. Získali odbornou prestiž doma, uznání v zahraničí i cennou důvěru pacientů. Podnítili psychiatrická pracoviště v ČSSR k zavádění komplexních léčebně-rehabilitačních programů pro psychotické pacienty. Sami, jak se sluší na průkopníky, pracují ve stísněných podmínkách; sanatorium není dům v zahradě, ale pět místností v druhém patře nevládního domu, kde chronické nedostatky prostředí narušují terapeutickou atmosféru, kterou se snaží vytvořit.

Na stěně pracovní vedoucího lékaře dr. Kaliny, kde se scházíme k rozhovoru s celým kolektivem, visí sbírka starých klíčů a zámek, symbol hledání »klíče« k lidským problémům.

V čem jsou vaše metody léčení psychických poruch nové, jak jsou nákladné a účinné?

K. Kalina: Nedivíme se na duševní nemoc jen jako na poruchu mozkové biochemie, ale také jako na poruchu vztahu člověka ke světu, k druhým lidem i k sobě samému. Nevzdáváme se léků, ale klademe hlavní důraz na psychoterapii, rodinnou terapii a socioterapii, které působí právě na rovině vztahů a sebepojetí. Nejsou to vlastně metody nové, ale u nás stále ještě neobvyklé zejména u kategorie pacientů, kterou se zabýváme. Druhá zvláštnost je forma denního sanatoria, které se nepodobá ani tradičnímu nemocničnímu oddělení, ani obvyklé ambulanci. Pacienti přicházejí ráno a odcházejí po poledni. To je výhodné z mnoha důvodů. Pokud se pacienti intenzivně zabýváme několik hodin denně, může pobyt v denním sanatoriu nahradit hospitalizaci a náklady jsou poloviční. Účinnost léčby je o 60–70 procent vyšší než při tradičním psychiatrickém léčení.

M. Kinkor: Duševní nemoci jsou v ČR na třetím místě v přiznávání invalidních důchodů, mají čelní místo v délce a počtu pracovních neschopností. Tradiční model léčení s dlouhodobými hospitalizacemi a množ-

stvím léků na to nepřináší dostatečnou odpověď a přitom je nákladný. Úspory jen na našem malém pracovišti jsou statistické. Někteří lidé se pozastavují nad tím, že používáme ekonomických argumentů, vždyť přece člověk má právo na léčení podle nejmodernějších poznatků. Ale v tomto případě hlediska odborná, ekonomická a lidská nejsou v rozporu.

M. Vančura: Mezi našimi pacienty je většina lidí na počátku produktivního věku, průměrný věk je 29 let. Položme si otázku, co je pro pacienta i pro společnost výhodnější, zda dlouhodobý, většinou opakovaný pobyt v psychiatrickém ústavu a s tím spojená ztráta sociálních vazeb, invalidní důchod — anebo návrat

dostatečnou pravomoc k tomu, aby jim zajistily přiměřenou práci. Pacienti narážejí na řadu předsudků, nemohou např. být členy Svazu invalidů, který by prosazoval jejich zájmy. Dobré zkušenosti máme s pečovatelskou službou a s chráněnými dílnami v Praze 10, ale ty jsou jediné v republice.

K. Kalina: Pouze invalidní důchod není pro pacienta řešení, protože v nečinnosti se jeho zdravotní stav zhoršuje. Chráněné dílny a chráněná pracovní místa s upravenými podmínkami a pod odborným vedením se osvědčily například v SSSR a také u nás je potřebné »dát jim zelenou«. Zpočátku si pacient na sebe nevydělá, místo musí být dotováno (asi 2000 korun ročně), společnost však na tom

B. Matějová: Zmíním se ještě o jednom přístupu, který pacientům prospívá. I když se zabýváme psychikou, nezapomínáme na tělo. Masáže, relaxace, dechová rehabilitace, léčebný tělocvik, sport a hry i speciální metody skupinové pohybové terapie pomáhají pacientovi zlepšit tělesnou kondici a dostat se do kontaktu s druhými lidmi. Sport a práce se také uplatňují při našich léčebných pobytech. Pro letošní rok chystáme ve spolupráci s Mladým světem a hnutím Brontosaurus eko-tábor na území Lesní správy Litvínov. Pojďme s pacienty pomáhat při rekultivaci Krušných hor.

M. Vančura: Nezachraňujeme lidi před nároky života, ale můžeme je přivést k tomu, aby se s nimi zdravěji



Snímek Jaroslav Kratochvíl

k normálnímu běhu života, řešení problémů tam, kde vznikly — v rodině, mezi vrstevníky, v nezáležitostní strategii. Druhý způsob je ovšem náročný na čas a odbornost. Psychoterapie a rodinná terapie znamenají mnoho hodin strávených s pacienty, s jejich rodinou a s metodami, které se člověk musí dlouho učit, tak jako se například chirurg učí operovat. Pak lze hovořit o výsledcích.

Jaké procento těch, kteří by vaši pomoc potřebovali, ji skutečně dostane?

K. Kalina: Dostupnost je 1:50. Podle údajů z vyspělých zemí by měla být 1:5. Teď už nejsme na Prahu sami, od roku 1987 působí pro obvod Praha 4 další pracoviště našeho typu, ale bylo by zapotřebí ještě nejméně dalších čtyř v jiných obvodech. My máme v plánu rozšíření, ale vytvářet jedno obrovské centrum pro velkoměsto se v zahraničí neosvědčilo. Menší pracoviště jsou daleko pružnější a efektivnější.

Pokud vím, nestaráte se o své pacienty jenom po dobu tří měsíců, kdy probíhá první, intenzivní stadium léčení. Docházejí k vám i na následnou terapii, pomáháte jim i se společenským zařazením. Vaše možnosti jsou ovšem omezené a je nutná spolupráce s dalšími orgány a institucemi. Jaké máte v tomto směru zkušenosti?

I. Hořicová: První snahou je umožnit pacientovi návrat do zaměstnání. Často je nutná osobní intervence u zaměstnavatele. Složitější situace nastává u pacientů s invalidním důchodem. U nás se částečně vyléčí, mohou a chtějí pracovat, a my víme, že práce je pro ně lékem. Nemohou ale dělat každou práci, nejsou schopni od počátku pracovat na plný úvazek, často potřebují rekvalifikaci. Takových možností je málo. Podniky se zaměstnávání našich pacientů vyhýbají a ani národní výbory nemají

neztrácí. Tím, že pacient vůbec pracuje, vytváří určité hodnoty, zlepšuje se jeho sebedůvěra, samostatnost, zdravotní stav i sociální dovednosti, snižuje se spotřeba zdravotnické péče, léků a nákladných hospitalizací. Toto hledisko bude nutné v nové ekonomické soustavě uplatňovat. Je výhodné vynaložit určité náklady na to, aby se zabránilo tzv. absolutní invaliditě.

Zmínili jste se o značném počtu mladých pacientů. Stoupá výskyt duševních nemocí v souvislosti se změnou způsobu života, kterou přináší rozvoj civilizace?

K. Kalina: U psychóz hrají roli vrozené dispozice a následně další stresové okolnosti společně způsobí, že člověk selhává. Například komplikovaný vstup do dospělosti zvyšuje pravděpodobnost onemocnění u zranitelných lidí, nemoc má horší průběh a začíná se zpět do života je obtížné. Tady je mnoho příležitostí pro odbornou pomoc.

M. Vančura: Zranitelná osobnost se vytváří v dětství, v prvních dvou třech letech života. U našich mladých pacientů často vidíme jejich nemoc jako součást a výsledek vleklé rodinné krize a partnerských problémů rodičů. Přitom jim nezdravě silně citové vazby brání v tom, aby se osamostatnili. Proto se zabýváme také rodinami našich pacientů a využíváme rodinnou terapii.

M. Kinkor: Uvedu příklad domyšleného preventivního přístupu, který se zaměřuje na rodinu pacienta. Spočívá v tom, že vytipované rizikové rodiny se učí rozpoznávat a lépe zvládat určité zátěžové situace a měnit svůj přístup k pacientovi: nekritizovat a neodmítat, ale také nadměrně neochraňovat. Výsledkem je podstatné snížení recidiv nemoci a zvýšení sociálních schopností pacienta.

vyrovnávali. Stejně tak neříkáme, že vyléčíte psychózu, ale pacienti se mohou naučit s ní žít tak kvalitně, jak jen je možné.

S jakými obtížemi se setkáváte v úloze průkopníků?

K. Kalina: Uvítali bychom zlepšení pracovních podmínek, které komplikují život pacientům i nám. Snažíme se o to ve spolupráci s vedením fakultní polikliniky i celé fakultní nemocnice 2, ale pro nové metody se hned nestavějí moderní kliniky. Rozhodující je, že můžeme pracovat tak, jak jsme si zvolili, že k nám chodí nejen pacienti, ale i mladí odborníci na stáže a konzultace a berou si od nás podněty. Proměna tradiční psychiatrie v moderní péči o duševní zdraví už začala a nedá se zastavit.

M. Kinkor: Představa veřejnosti o našem oboru byla donedávna na úrovni hororů nebo humoru. O skutečné problémy a možnosti se zajímá málokdo. Ale přišly filmy a knihy, jako např. Obyčejní lidé, Klid noci, Tančím tak rychle, jak dokážu, i jiné, ve kterých veřejnost nahlédla za zdi psychiatrických ústavů i do pracoven psychoterapeutů. A lidé se začali ptát, jak je to u nás? Co se děje v psychiatrických léčebnách? Kde se u nás dělá psychoterapie? Otázky mohou být i nepřijemné, ale zájem veřejnosti může oboru jen prospět.

M. Vančura: Každý druhý člověk se během života dostane do takového stavu duševní nerovnováhy, že potřebuje odbornou pomoc. Není proto lhostejné, jaká je její kvalita a dostupnost. Zpozdění právě v kvalitě a dostupnosti za srovnatelnými zeměmi je přes 10 let. Máme tedy co dohánět.

Připravila VLADIMÍRA BOHATOVÁ