



● V belgické továrně v Hainaut-Sambre došlo 29. února 1975 k neštěstí. Řada pracovníků továrny při něm utrpěla těžké popáleniny. Byl mezi nimi také inženýr Martin Ramelot. Jeho bratr Cyril se jej marně snažil zachránit. Dal mu svou kůži, ale operace nebyly úspěšné a Martin Ramelot po 80 dnech zemřel. Dnes je Cyril Ramelot předsedou Společnosti pro sociální pomoc těžce popáleným.

● Jednou za dva roky vyhlašuje tato společnost konkurs na vědecké práce, týkající se problematiky léčby popálenin. O udělení Ceny Martina Ramelota rozhoduje mezinárodní porota, jejímž předsedou je Holanďan; zastoupení jsou v ní odborníci z celého světa. Cyril Ramelot je laickým členem této poroty.

● Letos získala jednomyslným rozhodnutím Cenu M. Ramelota pětidílná práce s názvem Psychosociální aspekty nemoci z popálení.

● Autoři: Doc. PhDr. Ivo Pondělíček, CSc. a MUDr. Radana Königová, CSc. z pražské Kliniky plastické chirurgie, oddělení popálenin.

SVĚTOVÉ OCENĚNÍ

Do Československa putuje Cena Martina Ramelota poprvé.

Docent Pondělíček, který na klinice působil šest let a primářka oddělení popálenin doktorka Königová, jsou prvními československými odborníky, kteří ji za svůj výzkum dostali.

V čem je originálnost koncepce léčby nemocí z popálení, která byla na klinice vyzkoušena a na světovém fóru tak vysoce oceněna? Na to se již zeptejme docenta Pondělíčka.

„Začali jsem zastávat nový názor a jiný pohled, že nemoc z popálení je somatopsychické onemocnění. To znamená — přeloženo do hovorového jazyka — onemocnění těla i lidské psychiky. Nejdřív se tvrdilo, že popálení je jen onemocnění kůže. Pak lékaři zjistili, že je to zároveň postižení různých orgánů. A nyní jsme se pokusili dokázat, že popálením utrpí člověk souběžně újmu fyzickou i psychickou. Přičemž psychické mechanismy jsou tím faktorem, který často rozhodne o úspěšném léčení zdánlivě beznadějných případů. A naopak. Stresovaný člověk může zemřít na poměrně malé popáleniny. To je v obrovské vazbě. Od samého počátku děsu, který způsobuje oheň, až po adaptaci a následky. Nikdo neprožívá tak traumatickou situaci, jako člověk s termickým úrazem. Proto ta důležitost psychické stránky.“

Jakých problémových okruhů se vaše studie dotýká?

„Pro odborný popáleninový tým jsme vypracovali nomenklaturu pojmů; jejich jednotný soubor. Bez něj se totiž psycholog či psychiatr s chirurgem domluví jen s obtížemi. Nomenklatura umožňuje určit stupně psychického postižení pacienta. Může znamenat jen emoční a citovou labilitu postiženého, ovšem stejně tak se může objevit úplná pacientova rezignace. Říkám jí nekrofilní orientace — touha zemřít. Nevzniká z bolesti, nýbrž z obav, jak člověka přijme okolí. Druhá část studie se týká tzv. syndromu zohavené tváře. V Kalifornii jsme před časem publikovali o tomto syndromu článek. Stal se bezprostředním podnětem k tomu, že jsme byli vyzváni, abychom se do konkursu o Cenu Martina Ramelota přihlásili. Vycházíme ze základního předpokladu, že zohavená tvář musí změnit osobnost člověka. Tvář a osobnost, to je vlastně jeden celek...“

Třetí okruh problémů se týká hojení jizev po popáleninách. Zjistili jsme, že je v přímé závislosti na pohodě, ve které se člověk přizpůsobuje úrazu. Všeobecně se soudilo, že to buď nemá význam, anebo že to má význam pro každého. My dokázali, že jsou predisponované osobnosti, které mohou využít svých psychických vlastností pro lepší hojení. Pokud ovšem budou mít kladné podněty. Jinak se tyto osobnosti — mají-li podněty stresující — zahojí špatně. Pak je ještě skupina lidí, u kterých nevádí vůbec nic. To, že jsme

udělali toto rozlišení, bylo důležité. Zhruba to odpovídá moderním onkologickým koncepcím, které říkají, že rakovina se může „rozjet“ na základě nějakého psychického podnětu. Tento typ osobnosti jsem pro naši studii modeloval. To pak patrně také bylo jedním z důvodů ocenění práce. Dnes se v psychologii a v medicíně postupuje právě tímto modelovacím způsobem.“

A poslední dvě kapitoly...

„Jedna se týkala fenoménu přežití u kriticky popálených. Máme už pět zachráněných lidí,



kteří dokonce pracují... Přičemž měli index nad 100! Indexem rozumíme procento popálení plus věk. Čím je člověk starší, tím hůř se hojí. Má-li pacient 70 % kůže spálené a je-li mu nad 30 let, nepřežije. Dvacetiletý by teoreticky přežít měl. My máme ale zachráněné pacienty s indexem 105, 115. I více. Měli jsme pacienta, který měl popáleno asi 80 % kůže. Domníval se však, že je to méně. Nerezignoval a dal si intenzivní soukromý cíl: Když se tu o mne tak dobře starají, musím se jim nějak odměnit! Ten člověk se uzdravil a pracuje. O vyléčení pacientů s indexem nad 100 zatím referovali na světovém fóru — pokud vím — jen Číňané...“

Poslední částí práce jsou závěry a určité výhledy do budoucna. Základní vzorek, tj. skupina lidí, kterou jsme sledovali, byl početný — 143 pacientů. Ale pro zobecněné nomenklaturní výsledky jsme jich vyšetřili několik set.“

V kterém okamžiku jste se vy, klinický psycholog, dostal k pacientovi s popáleninami?

„Ihned. I v akutním stádiu, kdy pacient často ještě nemluvil. Jakmile se probouzí ze šoku, je nutné navázat s ním kontakt. To ale není hlavní část práce. Ta začíná psychickou rehabilitací. Osobnost člověka je nutné vyšetřit, vybrat vhodné psychoterapeutické techniky, a zjistit, není-li třeba nasadit psychofarmakologickou léčbu. Potom je třeba konzultovat průběh léčby, reakci pacienta na ni apod. Tady klinický psycholog úzce spolupracuje s lékaři a sestrami. Velice důležitou součástí léčby je také praxe doprovodů.“

Můžete vysvětlit, v čem spočívá?

„Zjistili jsme, že pouhá přítomnost člověka, na kterého je pacient fixován, zachraňuje mnohdy víc, než sebelepší léčba, je-li prováděna u pacienta, který se cítí opuštěný a ztracený. Zavedli jsme proto doprovody, zejména u pacientů ležících na jednotce intenzivní péče, a nejen u dětí, nýbrž i dospělých. Osoby, které pacienty provázejí, jsou pro nás zároveň jakýmsi nástrojem léčby. Často zprvu nemluvíme ani tak s pacientem, jako s nimi. Doprovod může tvořit blízký příbuzný, ale i kamarád; výborné výsledky jsme měli v několika případech i u bratrů. Snad jako jediní na světě jsme začali praktikovat doprovody výběrově. Když měl být někdo přijat, musel prokázat, že je pro takový úkol vhodným člověkem. Nemohli jsem například přijmout matku, která má vůči dítěti pocit viny... Pro doprovody jsme zpracovali znovu určitou nomenklaturu. To je novinka, která se projednávala na vědeckých setkáních v holandském Gromingen a v belgickém Leuven, jež udílení Ceny Martina Ramelota předcházely. Kolik lidí jsme odmítli? U dětí jsme na jednotce intenzivní péče přijali až 70 % těch, kteří se nabízeli, u dospělých jen asi 30—40 %. Za odmítnutý doprovod jsme vždy hledali náhradu. Velmi se například osvědčili otcové. Mezi zdravotnickým personálem a otcí nikdy nebyly třenic... Vybrání vhodného doprovodu trvalo určitou dobu, ale vyplatilo se to. V souvislosti s doprovody jsme samozřejmě narazili i na problém ekonomický. K tomu chci něco říci. Pobyt doprovodu na klinice vyžaduje určité náklady. Ovšem uzdravil-li se pacient o polovinu času rychleji a je-li pak schopen znovu pracovat, společnosti se to mnohokrát vrátí.“

Práce na oddělení popálenin je určitě velmi náročná...

„Na pracovišti tohoto typu je na zdravotnický personál kladena extrémní zátěž. Jako psycholog jsem se proto musel mnohdy věnovat i kolegům lékařům a sestram — jejich problémům. Během šesti let, která jsem na klinice prožil, jsem viděl, že práce sester a lékařů by tam měla být více oceňována, lépe hodnocena. Například: Ačkoliv je na tomto pracovišti spousta infekce, není mu přiznán statut pracoviště rizikového... Lékaři odtud sice neodcházejí, ale fluktuace středního

zdravotnického personálu je vysoká. Ani prostory kliniky nejsou optimální. Mým snem například bylo zřízení aspoň jednoho psychoakomodačního pokoje, na kterém by pacienti trávili konec své hospitalizace a stýkali se mezi sebou a se mnou v rámci skupinové terapie. To byl sen, který se rozplynul...“

Čekali jste, že se vaše studie setká s oceněním tak významným?

„Věřili jsme si. Podle toho, co se MUDr. Königová dozvíдалa na kongresech a já



v literatuře, jsme věděli, že naše koncepce nemocí z popálení jakožto somatopsychického onemocnění je hodně vepředu. Pak jsme se dozvěděli, že konkurs obeslal také autoři z USA a Izraele, což jsou současné světové špičky oboru a tak trochu jsme na to přestali myslet. Pak mi jednou zavolala primářka Königová a řekla mi, že jsme vyhráli. Jaké jsem měl pocity? To už je osobní...“

Promítá se tento typ vaší práce na popáleninovém oddělení také nějak do vašeho soukromí? Jste například opatrnější?

„Já sám ne. To nemohu tvrdit. Mám ale třiletou dcerku, o kterou mám ve spojitosti s možnostmi termického úrazu až přepjaté obavy, které jsem například u svých starších, dnes už dospělých dětí neprožíval... Práce změnila i můj přístup k dětským pacientům. Dívám se na ně s mnohem větším pochopením, protože si v jejich situaci představuji Anetku. Je to možná sobecké, ale lidské. Chápu teď také, proč jsou ženy lepší dětské psychologičky, než muži.“

Dostává se vaše metodika i na jiná medicínská pracoviště?

„Snad se o ni zajímají onkologové. U kritických případů rakovin budou naši metodiku pravděpodobně aplikovat. Samozřejmě s určitými úpravami. Nejsem například přívržencem jedné z dosti se prosazujících amerických koncepcí, které doporučují říkat pacientům o perspektivě smrti. Tohle nikdy dělat nebudu a nikdy to nebudu ani nikomu doporučovat. Nezdá se mi to slučitelné se základním psychoterapeutickým přístupem. Myslím si, že pořád bude platit věta o milosrdné lži... Možná jsem konzervativní, ale předělávat se nebudu.“

Ptala se Zdena Turčičová
Foto: Jaroslav Bartoň