

Dorota Kubacka-Jasiecka

## Rozważania i głosy w dyskusji Psycholog wobec choroby somatycznej – rok 2009

Redakcja: Dorota Kubacka-Jasiecka

*Pamięci prof. dr hab. Marii Einhorn-Susułowskiej  
w 10-lecie śmierci*

**Psycholog wobec choroby somatycznej – 30 lat później** – to temat dyskusji panelowej, która odbyła się w Krakowie 23 października 2009 roku. Decyzją Zarządu i Prezesa Towarzystwa Edukacji Psychosomatycznej Prof. dr hab. J. Łazowskiego dyskusja została zorganizowana w ramach Sympozjum Somatoterapii i Edukacji Psychosomatycznej Prof. dr hab. med. J. Łazowskiego w ramach kolejnego, siedemnastego z cyklu spotkań zainicjowanego przez Doc. dr hab. Marzannę Magdoń, odbywających się tradycyjnie w Krakowie. W dyskusji moderowanej przez dr hab. Dorotę Kubacką-Jasiecką, prof. UJ wzięli udział zaproszeni do dyskusji profesjonalści – psychologowie i lekarze; po wypowiedziach zaproszonych dyskutantów przewidziano możliwość zabrania głosu ze strony szerszego grona uczestników konferencji.

21 i 22 czerwca 1974 roku w Modlnicy pod Krakowem odbyło się sym-

pozjum poświęcone diagnostycznemu i terapeutycznemu postępowaniu psychologa wobec pacjenta chorego somatycznie, zorganizowane przez Zakład Psychologii Klinicznej IP UJ, kierowany przez Prof. dr hab. Marię Einhorn-Susułowską, której dedykujemy tę Dyskusję i rozważania w 10-tą rocznicę Jej śmierci. Pomysł zorganizowania po 35 latach dyskusji, nawiązującej do tematyki Sympozjum w Modlnicy narodził się podczas rozmów z psychologami pracującymi z chorymi somatycznie, borykającymi się z trudnymi realiami aktualnej sytuacji w polskiej służbie zdrowia.

Poniżej przedstawiamy wprowadzający artykuł D. Kubackiej-Jasieckiej oraz wypowiedzi uczestników dyskusji.

Redakcja kwartalnika „Sztuka Leczenia”

Kraków, 10 kwietnia 2011 r.

## Dyskusja panelowa

**Wprowadzenie** – dr hab. Dorota Kubacka-Jasiecka, prof. UJ (Kierownik Zakładu Interwencji Kryzysowej i Psychoterapii IPS UJ) Psycholog wobec choroby somatycznej – refleksje z perspektywy 35 lat doświadczeń i badań

### Głosy w dyskusji:

Prof. dr hab. Maria Kielar-Turska (Kierownik Zakładu Psychologii Rozwojowej IP UJ)

Prof. dr hab. med. Jan Łazowski (em. Ordynator Oddziału Rehabilitacji Szpitala Wojskowego we Wrocławiu, prezes TEP Kraków)

Prof. dr hab. Alicja Nasiłowska-Barud (Kierownik Zakładu Psychologii Klinicznej UM w Lublinie)

Prof. dr hab. Leszek Szewczyk (Klinika Endokrynologii i Neurologii Dziecięcej i Zespół Psychologii Dzieci i Młodzieży KUL)

Dr hab. med. Krystyna Dropowa (Collegium Medicum UJ)

Dr hab. med. Bożena Grochmal-Bach (Kierownik Zakładu Psychologii Rozwoju i Rehabilitacji IPS UJ)

Dr hab. Marek Motyka (Kierownik Zakładu Psychologii Zdrowia CM UJ)

Dr hab. Tadeusz Marian Ostrowski (Kierownik Zakładu Psychologii Rozwoju i Zdrowia IPS UJ)

Dr hab. Helena Wrona-Polańska, prof. UP (Kierownik Katedry Psychologii Zdrowia UP)

Dr Barbara Bętkowska-Korpała (psycholog, Zakład Psychologii Lekarskiej CM UJ, poprzednio Klinika Kardiologii CM UJ)

Dr Ewa D. Biątek (psycholog, Instytut Psychokinezy, Centrum Wspierania Zrównoważonego Rozwoju Człowieka, Warszawa)

Dr Piotr Słowik (psycholog, Zakład Interwencji

Kryzysowej i Psychoterapii IPS UJ)

Mgr Jadwiga Berezowska-Pogoń (psycholog, Oddział Kardiologii z Intensywną Terapią SMS im. G. Narutowicza w Krakowie)

Mgr Maria Butcher (Kierownik Zespołu Psychologów Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego, Kraków)

Mgr Jolanta Siwińska (psycholog Oddziału Klinicznego Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii KSS im. Jana Pawła II, Kraków)

Dorota Kubacka-Jasiecka

### **Wprowadzenie do dyskusji panelowej „Psycholog wobec choroby somatycznej – refleksje z perspektywy 35 lat doświadczeń i badań”**

Temat dyskusji panelowej, która odbyła się w październiku 2009 r. w Krakowie nawiązuje do problematyki Symposium zorganizowanego w Modlnicy pod Krakowem 35 lat temu przez Profesor dr hab. Marię Einhorn-Susułowska. Symposium poświęconego pionierskiej w owym czasie, szczególnie w warunkach polskich problematyce roli psychologów na oddziałach chorych somatycznie<sup>1)</sup>. Minęło

---

<sup>1)</sup> Materiały Symposium z czerwca 1974 r., opublikowano w zeszycie tematycznym „Prac Psychologiczno-Pedagogicznych” w 1976 r., pod red. M. Susułowskiej; była to ostatnia z cyklu czterech konferencji poświęconych problemom diagnozy psychologicznej w klinice psychiatrycznej (1969), organicznym uszkodzeniom mózgu (1967) i miejscu psychologa w więziennictwie. Uczestnikami Symposiumów oprócz psychologów klinicznych pracujących w uczelniach wyższych i praktyków psychologii byli przedstawiciele nauk medycznych, zaproszeni do współpracy nad ukształtowaniem modelu pracy psychologa w lecznictwie.

ponad 10 lat od śmierci M. Susułowskiej – wybitnego psychologa, „pierwszej damy polskiej psychologii klinicznej”, jak nazywano wówczas Panią Profesor – mojego wieloletniego przełożonego i nauczyciela. Zasluga Pani Profesor w tym obszarze nie można przecenić – zainicjowała w Krakowie zajęcia na uczelni przygotowujące do pracy z chorymi, wejście psychologów na oddziały chorych somatycznie oraz energicznie działała na rzecz tworzenia etatów dla psychologów w szpitalach internistycznych, w oddziałach chirurgicznych, kardiologicznych, w Instytucie Onkologii. Z pamięcią o działalności Prof. M. Susułowskiej Zakład Psychologii Zdrowia i Interwencji Kryzysowej IPS UJ wraz z Zarządem Towarzystwa Edukacji Psychosomatycznej oraz Redakcją kwartalnika „Sztuka Leczenia” podjął po latach problematykę modelu pracy psychologa oraz aktualnej sytuacji psychologów na oddziałach chorych somatycznie. Nawiązanie do pionierskich, nowatorskich rozważań sprzed 35 lat oraz porównanie z obecnymi realiami pracy psychologa na oddziałach somatycznych wymaga uwzględnienia specyficznej sytuacji psychologii tamtego czasu.

Lata 70-te ubiegłego wieku to niepełna 20 lat od otwarcia studiów psychologicznych na uczelniach, dzięki przemianom zainicjowanym przez październik 1956. Pierwsze roczniki absolwentów, zgodnie z przedwojenną tradycją, znajdują zatrudnienie w lecznictwie psychiatrycznym i poradnictwie psychologicznym dla dzieci, a dopiero od niedawna torują sobie drogę w lecznictwie chorych somatycznie. Psychologowie zaczynają powszechnie wyrażać przeświadczenie, że pomoc psycholo-

giczna jest potrzebna nie tylko chorym psychicznie, że psychologowie mogą i powinni udzielać pomocy również chorym somatycznie. Równocześnie, przy braku szerszego dostępu do publikacji zagranicznych, brakuje wzorów, metod i dróg pracy z chorymi z dysfunkcjami cielesnymi, natomiast najczęściej o nienaruszonej sferze psychicznej.

Jako organizatorka Sympozjum, M. Susułowska postawiła przed jego uczestnikami cel wypracowania modelu pracy psychologicznej na oddziałach chorych somatycznie – internistycznych, chirurgicznych, onkologicznych – nowym, jakże trudnym obszarze zatrudnienia psychologów. Uczestnicy sympozjum – wybitni lekarze – profesorowie medycyny i psychologii, badacze oraz młodzi praktycy<sup>2)</sup> psychologii zatrudnieni na oddziałach krakowskich szpitali leczących somatycznie chorych w przedstawionych referatach oraz wypowiedziach w dyskusji zmierzali do określenia roli psychologa wobec choroby somatycznej i chorych. Scharakteryzowania jej specyfiki, sformułowania zadań oczekujących na realizację w placówkach lecznictwa pozapsychiatrycznego.

Ze względu na niewielką dostępność publikacji przedstawiającej materiały Sympozjum z 1974 r. pozwolę sobie pokrótce przypomnieć rozważania i dorobek sympozjum. Pacjent chory somatycznie, w przekonaniu M. Susułowskiej, wymaga pomocy psychologicznej, ponieważ choroba bez względu na jej etiologię zawsze oddziałuje na psychikę pacjenta. Za najważniejsze

<sup>2)</sup> W owym czasie dzięki osobistemu wysiłkowi i staraniom Prof. M. Susułowskiej Kraków szczylił się największą liczbą zatrudnionych w lecznictwie somatycznym psychologów w całej Polsce.

zagadnienia, jakie może napotkać, i które musi uwzględniać psycholog w kontakcie z pacjentem somatycznym organizatorka Sympozjum uznała w przedstawionym przez siebie referacie następujące kwestie:

- percepcję choroby, sposób jej przeżywania przez chorego oraz czynniki adaptacji do pobytu w szpitalu
- zagadnienie sposobu informowania o rozpoznaniu, prognozie, oczekujących pacjenta procedurach leczniczych
- występowanie i zapobieganie zjawisku patogenezy
- konieczność uwzględniania indywidualności i osobowości chorych, jak też faktu unieruchomienia pacjenta w łóżku szpitalnym w podejmowanych działaniach psychoterapeutycznych
- konieczności i umiejętności dobrej współpracy psychologa z personelem leczącym.

W jakim stopniu dwudniowe obrady Sympozjum spełniły oczekiwania organizatorki? Referaty teoretyczne, doniesienia z badań, jak i głosy w dyskusji objęły bardzo szeroki zakres problemów, zdecydowanie wykraczając poza zarysowane na wstępie zagadnienia. Uogólniając, można powiedzieć, że przedmiotem rozważań uczestników były dwie zasadnicze kwestie: określenie specyfiki zawodu psychologa na oddziałach somatycznych oraz wypracowanie modelu funkcjonowania i współpracy psychologa z personelem lekarskim na rzecz pacjentów. Rozważania referatów, jak i wypowiedzi w dyskusji podnosiły ponadto rozmaite zadania psychologa wobec cho-

rych somatycznie oraz problemy wyłaniające się w trakcie ich realizacji. Spróbujmy, celem ich syntetycznego przedstawienia uporządkować je wokół trzech klasycznych zadań działalności psychologa: profilaktyki, diagnozy i terapii.

Mówiąc o profilaktyce, uczestnicy sympozjum koncentrowali się zasadniczo na profilaktyce drugiego rzędu, prowadzonej wobec pacjentów oddziałów somatycznych, osób już chorych, celem zapobiegania znaczącemu pogarszaniu się ich równowagi psychicznej i samopoczucia. Często można mówić o „zacieraniu się” granic między działaniami prewencyjnymi a psychoterapeutycznymi. Charakter profilaktyczny mają wszelkie działania psychologiczne na rzecz właściwego przekazywania informacji o rozpoznaniu choroby, jej charakterze oraz proponowanym leczeniu. Odpowiedzią na ogólne pytanie, czy mówić i co powiedzieć pacjentowi o jego tragicznym losie jest dozowanie informacji odpowiednio do postępu choroby i osobowości pacjenta. T. Turuk-Nowak zwraca uwagę na to, aby inicjatywa dostarczania rzetelnej informacji wychodziła od chorego; nie można jednak z rozpoznania choroby nowotworowej czynić tajemnicy i „tabu”. Zdaniem Susułowskiej zawsze należy mówić prawdę, ale nie całą: „człowiek, który musi umrzeć, umrze łatwiej, jeśli zostawi mu się maleńką isierkę nadziei, że może jednak nie umrze”. „Nie mów nigdy ofierze nieuleczalnego raka całej prawdy – powiedz mu, że może umrzeć, nawet, że prawdopodobnie umrze, ale nie mów mu, że umrze” – pisze Susułowska, powołując się na zmarłego dziennikarza amerykańskiego S. Alsopa (s. 16/17).

Profilaktyczną rolę odgrywają oddziaływania edukacyjno-poznawcze kształtujące adekwatną percepcję i koncepcję choroby, przeciwdziałające jatrogenizującym postawom i postępowaniu personelu leczącego, przede wszystkim przygotowujące psychicznie pacjentów do zabiegów i operacji. Przygotowanie może odwoływać się do emocji – odreagowania napięć i relaksacji lub też systemu poznawczego, ewentualnie polegać na podejściu łączonym. Znacząca, korzystna rola dostarczania informacji dotyczących szeroko rozumianej sytuacji operacyjnej została potwierdzona w empirycznych badaniach Heszen-Klemens.

L. Mellibruda zwracał uwagę na konieczność przeciwdziałania przez psychologów zatrudnionych na oddziałach somatycznych niekorzystnej stresującej i jatrogenizującej atmosferze sali chorych i szpitala. Akcentował konieczność podjęcia prewencji pierwszego rzędu w odniesieniu do choroby wieńcowej, której etiologia została wystarczająco poznana.

**Diagnoza psychologiczna** pacjentów somatycznych nie stanowi tu celu, ale narzędzie działalności psychologa. Pozostaje „wtopiona” w jego działalność kliniczną. „Specyfika ... diagnozy wydaje się wynikać z wiedzy dotyczącej roli, jaką w mechanizmie postępowania jednostki odgrywa choroba somatyczna. ... Złożony zespół czynników związanych z wystąpieniem choroby u człowieka dorosłego – działających na drodze psychologicznej będzie stanowił o odmiennym aspekcie „przedmiotu” diagnostyczno-terapeutycznych czynności psychologa” – piszą Z. Pleszewski i H. Sęk (s. 40). „Celem postępowania diagnostyczne-

go w pierwszym rzędzie powinna być ocena stanu psychicznego pacjenta” – pisze J. Motykowa (s. 147). I dalej: „Podejmując postępowanie diagnostyczne w stosunku do chorego somatycznie musimy sformułować odpowiedź na pytanie nie tylko co chcemy wiedzieć, ale i w jakim celu” (s. 146). Przy tym, zdaniem cytowanej referentki diagnostyka życia psychicznego może przybierać różne formy – oceny (np. cech osobowości, reakcji, poziomu przystosowania do choroby), mierzenia czy po prostu wysiłku zrozumienia chorego. Zawsze bez względu na formę diagnoza psychologiczna stanowi tylko narzędzie oddziaływania i przesłankę wysiłku psychoterapeutycznego: „...diagnoza psychologiczna ma sens, jeśli służy takiej pracy psychologicznej z pacjentem, która umożliwi mu (pacjentowi – przyp. D. K.-J.) dostosowanie się do nowych okoliczności życiowych, związanych z faktem przebycia choroby, czy przeprowadzoną operacją” – uważa A. Frączek (s. 105).

Ważnym zadaniem staje się przede wszystkim zbadanie wpływu przewlekłej choroby na samopoczucie, procesy psychiczne pacjenta oraz jego osobowość. Przy czym ustalenie prawidłowości wpływu przewlekłej choroby somatycznej na osobowość jednostki jest szczególnie trudne, ze względu na brak jednego, przyjętego modelu funkcjonowania osobowości, przede wszystkim jednak ze względu na oddziaływanie bardzo wielu różnorodnych, zmiennych indywidualnie czynników natury biologicznej, psychologicznej i środowiskowej (Z. Pleszewski i H. Sęk oraz S. Marynowski). Cytowani autorzy podkreślają znaczenie całego zespołu czynników związanych z przebiegiem choroby

i hospitalizacją (np. klimat szpitala, reakcje rodziny itp.). Niebagatelne znaczenie ma przy tym uwzględnianie osobowości przedchorobowej pacjenta (również problematyka podatności emocjonalno-poznawczej na stres choroby). Określenie osobowości chorych somatycznie może nie być zadaniem prostym. J. Czubińska-Owczarz na podstawie własnych badań empirycznych chorych z nadciśnieniem tętniczym wnioskuje, że choroba powoduje dynamiczne zmiany w strukturze osobowości przebiegające równoległe do rozwoju choroby; na poszczególnych jej etapach zmienia się natężenie poszczególnych cech, niektóre zanikają całkowicie, inne się wyłaniają.

Na pierwszy plan wysuwa się jednakże konieczność oceny przeżywanego przez pacjentów lęku i niepokoju (również bólu) jako pierwotnej, podstawowej reakcji na zagrożenie życia i zdrowia, a szczególnie rozbieżności między wielkością reakcji wegetatywnych, a ich świadomością oraz możliwością werbalizacji. W kontekście choroby somatycznej szczególne znaczenie ma znajomość stosowanych przez chorych zachowań i mechanizmów obronnych (zwłaszcza zaprzeczania tłumienia, wypierania itp.). Odgrywają one ważną rolę w etiologicznych koncepcjach schorzeń psychosomatycznych, zawsze utrudniają adaptację do choroby i obniżają efektywność leczenia. Określenie poziomu przeżywanego przez chorego lęku i niepokoju ma znaczenie dla ustalenia optymalnego dla jego funkcjonowania średniego poziomu lęku (Heszen-Klemens). Bezrefleksyjne jego obniżanie, poniżej tego poziomu, może powodować, że nie stanie się on narzędziem pozytywnej

prozdrowotnej motywacji walki o zdrowie. Niepokój o zdrowie przeciwdziała też niekorzystnym dla zdrowia zachowaniom i nawykom (K. Wrześniewski). K. Obuchowski uważa, że ważne jest, aby nauczyć pacjentów „bania się” – człowiek bowiem powinien dawać sobie radę z chorobą oraz groźbą śmierci, uczyć się stawić jej czoła.

Istotny problem stanowi dobór narzędzi diagnozy i pomiaru interesujących psychologa zmiennych u chorych somatycznie. Psychologowie praktycy – J. Motykowa i T. Turuk-Nowak – podkreślają brak krótkich, mniej obciążających chorego metod badania, jak również technik uwzględniających odrębność i specyfikę diagnozy w chorobach somatycznych. Znaczenie może mieć indywidualnie stosowany eksperyment kliniczny, jak i techniki pomiaru mające oprócz diagnostycznej również rolę psychoterapeutyczną. Prof. M. Kulczycki przypomniał uniwersalne, niekwestionowane znaczenie bezpośredniego kontaktu i rozmowy z pacjentem, przy czym „Psycholog musi być doskonale przygotowany do prowadzenia rozmów psychologicznych, które można też z biegiem czasu sformalizować” (s. 191).

**Postępowanie terapeutyczne** wobec chorych to najważniejsze zadanie psychologów zatrudnionych na oddziałach somatycznych. O ile istnieje powszechna zgoda, że punktem wyjścia oddziaływania psychoterapeutycznego jest stan psychiczny pacjenta, cele, a tym bardziej strategie i środki oddziaływania w ujęciu poszczególnych badaczy i psychologów praktyków są różnie formułowane. Szeroko ujmuje ten problem J. Motykowa, rozróżniając w psychoterapii pacjentów somatycznych cele doraźne

oraz normatywne – zapewniające optymalne funkcjonowanie osobowości chorego. Cele doraźne stanowią oddziaływania na samopoczucie i funkcjonowanie chorego uwzględniające rodzaj występującej choroby, jej etap i czas trwania, przede wszystkim stan psychiczny chorego. Na podstawie własnych doświadczeń pracy z pacjentami z niewydolnością krążenia wyróżniła ona trzy grupy zadań terapeutycznych:

- uwolnienie chorego od niepożądanych obciążeń psychicznych (stresu)
- zabezpieczenie chorego przed negatywnymi, trwałymi zmianami w strukturze osobowości – podtrzymanie aktywności pacjenta, jego poczucia bezpieczeństwa i możliwości samorealizacji
- zabezpieczenie optymalnego rozwoju możliwości chorego i funkcjonowania w środowisku pozaszpitalnym w ramach ograniczeń spowodowanych chorobą.

Dla S. Marynowicza celem psychoterapii jest mobilizacja do walki o własne zdrowie i życie. Cel ten może być realizowany przez spotkania indywidualne i grupowe z pacjentami oraz członkami rodziny chorych, mające charakter zarówno edukacyjny, jak i psychoterapeutyczny. Zdaniem Marynowicza rozmaite klasyczne formy psychoterapii wypracowane na użytek chorych psychicznie nie zawsze przynoszą satysfakcjonujące rezultaty. Problem ten podnosi też H. Sęk: „...istotne dla skuteczności pracy psychoterapeutycznej jest dostosowanie form oddziaływania do specyfiki zaburzeń i potrzeb chorego” (s.     ).

Zgodnie z Z. Pleszewskim, również A. Frączkiem, podstawą do oddziaływań psychoterapeutycznych jest wiedza psycho-

logiczna – zrozumienie „jakie mechanizmy psychofizjologiczne „upośredniają” związek objawów somatycznych i psychicznych, referenci zalecali podejście holistyczne i interdyscyplinarne. W zaburzeniach o charakterze psychosomatycznych, będących wynikiem stale utrzymującego się, silnego, negatywnego, nierozładowanego napięcia emocjonalnego istotną rolę, zdaniem J. Czubińskiej-Owczarz odgrywa poznanie:

- zewnętrznych okoliczności życia chorych
- niezgodności między wytworzonymi strukturami i mechanizmami regulacji psychicznej a wymaganiami aktualnej sytuacji życiowej
- niezgodności elementów struktury osobowości chorych (konflikty).

Pierwszoplanową rolę zyskuje tworzenie możliwości odreagowania przeżywanego napięcia, jego przystosowawczego kontrolowania przez chorego, a także oddziaływania potęgujące odporność chorych; aktywizowanie, mobilizowanie sił fizycznych i psychicznych pacjentów do walki z chorobą.

Ważnym zadaniem psychologa staje się przystosowanie pacjenta do pobytu w szpitalu, neutralizowanie lęku przed zabiegami i operacjami, psychiczna adaptacja do ewentualnego kalectwa, będącego następstwem leczenia chirurgicznego oraz pomoc w przygotowaniu pacjentów na problemy, jakie tworzy możliwość przeszczepu narządów. Pomoc psychologiczna uwzględniająca poziom równowagi psychicznej pacjenta, jego sposób reagowania na chorobę i jej objawy, subiektywne oczekiwania może okazać się niezastąpiona w sytuacji wyboru trudnych decyzji dotyczących proponowanych budzących lęk lub też kontrowersyjnych procedur

leczenia.

Odrębny, bardzo istotny cel oddziaływań psychologa stanowi praca nad ukształtowaniem właściwej postawy wobec własnej choroby: „... jednym z naczelných zadań psychologa zajmującego się chorymi somatycznie winno być postępowanie zmierzające do wytworzenia u nich właściwej postawy wobec choroby ... sprzyjającej leczeniu i rehabilitacji”; uważa K. Wrześniewski s. 131), uznający pozytywną zmianę postawy wobec choroby za istotny wskaźnik efektywności oddziaływania psychologicznego. Z kolei T. Turuk-Nowak mówi o postawie akceptacji choroby: „Jednym z podstawowych problemów pacjentów Instytutu (Onkologii – przyp. D. K.-J.) jest akceptacja choroby nowotworowej i częściowa zmiana obrazu samego siebie, która musi nastąpić wcześniej czy później, gdyż w przeciwnym razie następuje silna dezorganizacja zachowania, a powstające mechanizmy obronne utrudniają przystosowanie do rzeczywistości (s. 176).

Z. Nęcki przywołuje pojęcie roli społecznej chorego, jaką winien odgrywać pacjent uwzględniając jej formalne i nieformalne normy. Aprobata samej roli i sposobu jej pełnienia pozwala na przystosowanie do hospitalizacji, jednakże niski status społeczny roli chorego prowadzi w dłuższej perspektywie do degradacji społecznej.

Przygotowanie pacjenta i jego rodziny do dalszego, pozaszpitalnego życia z chorobą stanowi niezwykły element oddziaływania psychologicznego. Pewne cechy osobowości przedchorobowej są dla procesu adaptacji do choroby korzystne, inne, utrudniające adaptację winny zostać przepracowane i ulec zmianie – uważa Z. Pleszewski.

Zgodnie z K. Obuchowskim przygotowanie chorego do trudu dalszego, zmienionego przez chorobę, życia wymaga od psychologa posiadania jakiejś własnej koncepcji świata i wynikających z niej tzw. zadań dalekich. Psychologowie będą wówczas zdolni pomagać chorym w poszukiwaniu odpowiedzi o sens życia ludzkiego, własnego, indywidualnego miejsca i sensu życia: „Psycholog nie jest w stanie usunąć defektu, nie jest zdolny zapobiec konsekwencjom zabiegów chirurgicznych, ewentualnego inwalidztwa lub przyspieszenia biegu zegara śmierci. Musi nauczyć człowieka walki w nowych warunkach bytu i perspektywy życia, ukazać mu jego trudny sens” (s. 199).

Psycholog, który sam nie rozwiązał tych problemów, nie jest przygotowany do rzetelnego podjęcia żywotnej dla chorych problematyki.

### **Problem modelu funkcjonowania i współpracy z personelem leczącym.**

Uczestnicy obrad w dążeniu do wypracowania ogólnego modelu pracy psychologa na oddziałach chorych somatycznie podkreślali występowanie zasadniczych różnic w porównaniu z zadaniami pełnionymi tradycyjnie w psychiatrycznej służbie zdrowia. Współpraca psychologa z personelem leczącym stanowi zadanie pozornie łatwiejsze niż w psychiatrii, ponieważ występuje naturalny rozdział przedmiotu zainteresowań – choroba (lekarz), osoba pacjenta i sposób przeżywania przez niego swojej choroby (psycholog), choć i tu znaczenie ma wypracowanie należytej psychologom pozycji i prestiżu, warunkujących efektywność pomocy psychologicznej. Profesor chirurgii T. Popiela



widzi psychologa „w klinice jako partnera lekarza” (s. 53). „Partnerstwo to rozumiem jako jedną z nieodzownych dróg medycyny współczesnej” (s. 54). I dalej: „Chciałbym widzieć psychologa nie tylko w tradycyjnym ujęciu, spełniającego niejako rolę księdza laickiego w stosunku do chorych, ale jako partnera w pracy diagnostycznej, terapeutycznej, a co najistotniejsze chyba współcześnie w pracy poznawczej”. Uczestnicy Sympozjum uznali, że obszar zainteresowań psychologów w klinice chorego somatycznie jest znacznie szerszy. P. Weselucha – lekarz internista uznaje, że opieka psychologiczna winna koncentrować się nie tylko na kontakcie z człowiekiem chorym, ale także personele służby zdrowia, środowisku pacjenta i klimacie szpitala.

Zdaniem Profesora Kazimierza Obuchowskiego samo wejście na teren lecznictwa somatycznego, w porównaniu z tradycyjnym zatrudnieniem w obszarze psychiatrii stawia przed psychologiem na pierwszym planie w miejsce objawów i patologii sprawy specyficznie ludzkie – wartości, problemy tożsamości i sensu życia zanegowane przez chorobę. Psychologowie powinni wychodzić poza patologię, prezentować nurt humanistyczny, nie stroniąc od aksjologii. Na uwagę zasługuje aktywność psychologów samodzielnie poszukujących zagadnień do rozwiązania, a nie jedynie realizujących zalecenia lekarzy. „...psycholog przestał być pięknoduchem, wziął się za rzeczywiście ciężkie sprawy chorobowe. Psycholog, który pracuje z człowiekiem nieuleczalnie chorym lub z bardzo dużymi zmianami organicznymi i musi nawiązać z nim kontakt syntoniczny, podlega dużemu obciążeniu psychicznemu”,

zauważa K. Obuchowski (s. 196).

Reasumując, w trakcie obrad i dyskusji zarysowały się dwa ogólne modele pracy psychologa z chorymi somatycznie:

- model, który nazwałabym *uzupełniającym*, wypełniający niejako lukę w podejściu lekarskim do chorego – przedmiotowym, parcjalnym, skoncentrowanym na chorym organizmie pacjenta. Podejście psychologiczne koncentrujące się na osobie chorego, podmiotowe, humanizujące, holistyczne podejmuje problemy psychologii i interesuje się życiowymi sprawami chorego. Psycholog funkcjonuje jakby na uboczu zasadniczego nurtu leczenia, wypełniając lukę relacji podmiotowo-osobistej z pacjentem;
- *model integracyjny* – akcentujący relację partnerską między pacjentem a personelem leczącym i psychologiem. Psycholog staje się członkiem leczącego zespołu współpracującego z lekarzem, personelem pielęgniarskim i wspierającym ich działalność na wszystkich etapach leczenia, tak diagnostycznych, jak terapeutycznych. Model pionierski lansowany przez chirurga – Prof. T. Popielę, po części realizowany ówczesnie w Klinice Chirurgii AM w Krakowie; model akceptowany i pożądanym przez większość uczestników Sympozjum nie wszystkim wydawał się łatwy i możliwy do powszechnego wdrożenia w każdej praktyce leczniczej.

Na koniec poruszono kwestię przygotowania zawodowego psychologów do pracy na oddziałach somatycznych, ale również lekarzy do współpracy z psychologami i podejmowania psychologicznych i emocjonalnych problemów pacjentów (A. Frączek,

I. Heszen-Klemens, T. Turuk-Nowak). Zdaniem Frączka przygotowanie personelu leczącego, aby mógł on w pełni wykorzystać wiedzę psychologiczną w kontakcie z pacjentami należy również do ważnych zadań psychologów oddziałów somatycznych.

Jaki jest sens i znaczenie powrotu do tej problematyki po ponad 30 latach? Aktualnie obserwujemy znaczący rozwój współczesnej psychologii – lawinowy wprost przyrost obserwacji i wyników badań empirycznych nad chorymi somatycznie o rozmaitych rozpoznaniach, a za tym i koncepcji teoretycznych dotyczących psychologicznych mechanizmów i aspektów chorób somatycznych. W tym czasie powstała i nieustannie się rozwija nowa dziedzina psychologii stosowanej – psychologia zdrowia, budująca pozytywne koncepcje zdrowia integrująca podejście patogenetyczne i salutogenetyczne oraz modele uwzględniające wzajemne oddziaływania sfery biologicznej, psychicznej i społecznej oraz duchowej (Sęk, Heszen 2007).

Psychologowie coraz częściej pełnią rolę psychoterapeutów, zdobywają profesjonalne licencje i certyfikaty. Można obserwować upowszechnianie i stabilizowanie się społecznej pozycji psychologów podejmujących nowe, coraz to inne role i zadania. Uwagi wymagają również ogromne zmiany, jakie zaszły w tym czasie w obszarze medycyny, spowodowane w znacznej mierze rozwojem nowych technologii i procedur leczenia, a także postępu farmakologii. Jednakże przyspieszony postęp w leczeniu niesie równocześnie „Rozwój inwazyjnych metod diagnostycznych i terapeutycznych, wymagających zastosowania skomplikowanej aparatu-

ry, rozwój zastosowania komputerów w opiece zdrowotnej, postępująca biurokratyzacja i specjalizacja kształtują współczesne oblicze medycyny określane jako jej technicyzacja, czy wręcz dehumanizacja” – piszą Sęk i Heszen (2007, s. 23). „Pomieszczenia najeżone aparaturą medyczną, której przeznaczenia pacjent nie zna i której działania nie rozumie budzą lek i chęć ucieczki. Niektóre współczesne metody leczenia wywołują u pacjentów poczucie zagrożenia, czy inne nieprzyjemne przeżycia ... Wymienione ... okoliczności i procedury wymagają ze strony pacjenta dostosowania w dziedzinie psychospołecznej” ( ). Postępująca dehumanizacja medycyny przejawia się brakiem czasu i okazji do bezpośredniego kontaktu z lekarzem. Narastająca biurokratyzacja utrudnia dostęp do lekarza, konieczność współfinansowania coraz droższych procedur leczniczych powodują, że korzystanie z pomocy medycznej staje się dodatkowym stresem nakładającym się na stres choroby. Powstają problemy i dylematy etyczne związane z wdrażaniem nowatorskich procedur transplantacji narządów, sztucznego zapłodnienia, wykorzystania komórek macierzystych, czy embrionalnych.

Równolegle obserwuje się przemiany społeczne – coraz wyższy poziom wykształcenia ogólnego, wiedzy i kultury medycznej osób chorych oraz komercjalizacja medycyny powodują powszechne oczekiwania i dążenia pacjentów do podmiotowego uczestnictwa w systemie leczenia, samodzielnego i aktywnego rozwiązywania własnych i rodzinnych problemów zdrowotnych.

Czy przemiany te wpływają i w jaki sposób na pracę psychologa na oddziałach

somatycznych? Czy modyfikacja postaw wobec chorych i personelu leczącego znajdują odzwierciedlenie w strategiach i procedurach psychoterapeutycznych? Czy aktualnie, w porównaniu z czasem pierwszych kroków stawianych przez psychologów w leczeniu chorych somatycznie współpraca ze służbami medycznymi w dostarczaniu pomocy chorym przynosi psychologom więcej satysfakcji, a pacjentom więcej korzyści? Czy dorobek sympozjum zorganizowanego przez Prof. M. Susułowską przyniósł spodziewane rezultaty? Czy ziściły się nadzieje sprzed 35 lat? Odzywają się głosy, że aktualna ogólna sytuacja w służbie zdrowia odbija się niekorzystnie na sytuacji psychologów, brakuje klimatu służącego rozkwitowi pomocy psychologicznej chorym somatycznie.

Organizując nasze spotkanie zwróciliśmy się do uczestników dyskusji z prośbą o wypowiedzi na temat powiązanych ze sobą zagadnień, które wydawały się podstawowe dla aktualnej sytuacji psychologów w leczeniu chorych somatycznie. Pierwsze z nich dotyczyło wpływu nowych nurtów rozwoju psychologii i medycyny na leczenie chorych somatycznie, drugie zagadnienie podejmuje problematykę aktualnych oczekiwań lekarzy i psychologów wiążących się z zatrudnieniem psychologów na oddziałach chorych somatycznie, współczesnych możliwości niesienia psychologicznej pomocy chorym, a także wzajemnej współpracy psychologów i personelu leczącego.

Mieliśmy nadzieję, że głosy i opinie dyskutantów spotkania panelowego oraz zaproszonych do wypowiedzi osób mogą przyczynić się do ukazania napotykanych aktualnie przez psychologów trudności w pracy

na oddziałach somatycznych, a także dróg optymalizacji pomocy psychologicznej wobec pacjentów chorych somatycznie.

### **Dyskusja panelowa**

**Moderator: dr hab. Dorota Kubacka-Jasiecka, prof. UJ (Kierownik Zakładu Interwencji Kryzysowej i Psychoterapii IPS UJ)**

**Dr hab. Dorota Kubacka-Jasiecka, prof. UJ.** Dyskusję tę poświęcamy pamięci Pani Prof. Marii Einhorn-Susułowskiej, której dziesiąta rocznica śmierci minęła w zeszłym roku - z powodów organizacyjnych nie udało się zorganizować dyskusji w grudniu ubiegłego roku, także spotykamy się w jedenastą rocznicę Jej śmierci. Jak Państwo wiecie była wybitnym psychologiem klinicznym, nazywano ją damą polskiej psychologii klinicznej. Była osobą, o czym wspominała już dziś w swoim referacie prof. Wrona-Polańska, która zainicjowała wejście psychologów na oddziały chorych somatycznie. Można śmiało powiedzieć, że jej działalność jako psychologa była w Krakowie pionierska, a jej zasługi w tym zakresie są nie do przecenienia. Nie tylko była przekonana o konieczności pomocy psychologicznej na rzecz chorych somatycznie, ale też aktywnie działała na rzecz tworzenia miejsc pracy dla psychologów w szpitalach internistycznych, w Instytucie Onkologii, w szpitalach na oddziałach chirurgicznych.

Tytuł naszej dyskusji nawiązuje do zorganizowanego przez Panią Prof. Susułowską w latach siedemdziesiątych (dokładnie w 1974 roku) Sympozjum poświęconego diagnostycznemu i terapeutycz-

nemu postępowaniu z chorym somatycznie. Na tym sympozjum zebrało się szacowne grono profesorów medycyny, w większości ordynatorów oraz psychologów praktyków, badaczy zatrudnionych na oddziałach i próbowali oni uporać się ze stworzeniem teoretycznego modelu pracy psychologa na oddziałach. Rok 1974 to zaledwie niecałe dwadzieścia lat podjęcia przez psychologów zadań praktycznych wobec chorych somatycznie. Rodziły się pytania jak ma wyglądać funkcjonowanie psychologów na oddziałach chorych somatycznie?

Pierwsza sprawa, jaka została tam postawiona i dziś także można się nad tym zastanawiać, to dwa modele pracy psychologa z chorym somatycznie: w pierwszym modelu psycholog pełni rolę osoby wypełniającej lukę, jaka powstaje w postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznym lekarskim - może być empatyczny, traktować pacjenta podmiotowo, interesować się jego życiem psychicznym, podczas gdy przeciętny lekarz, np. chirurg na chirurgii nie interesuje się tym zagadnieniem.

Drugi model to model integracyjny, w którym psycholog jest pełnoprawnym członkiem zespołu, powinien towarzyszyć lekarzowi na każdym etapie: diagnostycznym i terapeutycznym i wspierać go swoimi poczynaniami.

Drugim punktem czy problemem poruszonym na Sympozjum, nad którym i dziś możemy się zastanowić jest uzgodnienie podstawowych problemów na jakie napotyka psycholog w pracy na oddziałach chorych somatycznie.

Trzeci problem wiąże się z informowaniem o chorobie i proponowanym lecze-

niu. Pojawiały się kontrowersje czy informowanie o diagnozie i proponowanych procedurach chirurgicznych należy do lekarza, czy psychologa?

Istotne pozostają wskazania oraz praca z rodziną chorego oraz trudności dostosowania chorych do dalszego życia.

Chcielibyśmy prosić Państwa o wypowiedzi oraz ustosunkowanie się do dwu sformułowanych przez organizatorów zagadnień, a także wyżej zarysowanych problemów, które 35 lat temu wydawały się bardzo ważne.

Pytanie pierwsze brzmiało: **Czy nowe nurty w psychologii i medycynie sprzyjają leczeniu chorych somatycznie?**, drugie zaś: **Oczekiwania lekarzy a oczekiwania psychologów czyli między pragnieniami a rzeczywistością w leczeniu chorych somatycznie.**

Może zaczniemy od pierwszego pytania, czy nowe nurty, czyli te, które rozwinęły się przez te 35 lat sprzyjają poprawie pozycji psychologa na oddziale. Czy można powiedzieć, że nastąpił rozwój w tej dziedzinie, czy niekoniecznie? Pojawiają się przecież głosy, że technicyzacja medycyny z naszego punktu widzenia niekoniecznie oznacza poprawę sytuacji i jakieś ubogacenie.

Drugie pytanie jest do tego zbliżone: Jak mają się te oczekiwania sprzed 35 lat, które w pewien sposób znalazły swój wyraz z tym, że Państwo jesteście zatrudnieni na oddziałach somatycznych i liczba psychologów zatrudnionych na oddziałach somatycznych wzrasta, do współczesnych oczekiwań lekarzy i psychologów oraz do oczekiwań pacjentów i jakie są możliwości dalszego rozwoju w tym zakresie?

Kto z Państwa ma ochotę zacząć? Oprócz zaproszonych dyskutantów wszystkich obecnych zapraszamy również do zabrania głosu, ważne, żebyśmy porozmawiali na ten temat...

**Dr hab. Tadeusz M. Ostrowski (Kierownik Zakładu Psychologii Rozwoju i Zdrowia IPS UJ).** Pani Profesor, Szanowni Państwo! Nowych nurtów teoretycznych, które pozwalają lepiej zrozumieć chorego i sytuację choroby jest wiele. Na pierwszym miejscu należy wymienić psychologię zdrowia. Należy jednak wspomnieć także o psychologii pozytywnej, psychologii poznawczej i psychologii egzystencjalnej. Chciałbym tu wymienić kilka podstawowych kategorii, które obecnie są rozwijane w literaturze, a mogą służyć w badaniach chorego somatycznie. W zakresie psychologii pozytywnej należy do nich pojęcie szczęścia. Martin Seligman, klasyk, a w zasadzie twórca psychologii pozytywnej, definiuje szczęście poprzez pozytywne emocje, poczucie sensu życia i zaangażowanie. Ten ostatni komponent to bardzo często spotykane dziś w badaniach i w teorii pojęcie *flow*, które tłumaczymy jako uskrzydlenie. W odniesieniu do pacjentów chorych somatycznie może dotyczyć stanów uniesienia ducha ponad cierpienie czy prozę choroby. Prowadzone w nurcie psychologii pozytywnej badania Carol D. Ryff i Burtona H. Singera dotyczą tego, co określaliśmy tu wcześniej jako *ageing*, czyli starzenia się, zmian zachodzących z wiekiem. Ryff stwierdza między innymi, że osoby starsze lepiej adaptują się do swojej roli wtedy, kiedy charakteryzuje ich samoakceptacja, pozytywne relacje z innymi ludźmi, autonomia, kontrola nad środowiskiem, cel życia zapewniający

sens i osobisty rozwój. Wydaje mi się, że to można także odnieść do chorych somatycznie.

Psychologia poznawcza również rozwija pojęcia, które mają kontekst kliniczny. Należy przytoczyć badania Susan Nolen-Hoeksema i Krzysztofa Davisa prowadzone w hospicjum i dotyczące osób, którym zmarli bliscy. Znowu mamy tutaj dwie kategorie, które moim zdaniem w pracy z chorym somatycznie i w badaniach mogą być użyteczne. Z angielska *sense making* czyli rozumienie straty i *benefit finding* czyli odnajdywanie wartości w wydarzeniach. Mechanizm *sense making* dotyczy poznawczego przetwarzania doświadczenia śmierci osoby bliskiej, poprzez próbę umieszczenia go w logice życia. W odniesieniu do choroby somatycznej mechanizmem analogicznym byłoby szukanie odpowiedzi na pytanie: „Jak ja doświadczam choroby? Czy to jest katastrofa, anomalia, czy to jest coś zupełnie nie-naturalnego, czy też umiem ją wprowadzić w porządek życia?” *Benefit finding* z kolei to mechanizm analogiczny do tego, co Frankl nazywa doświadczaniem wartości postawy, to znaczy szukanie wartości w trudnej sytuacji, przyjęcie postawy ponad cierpienie.

Trzecią dziedziną, o której chcę wspomnieć, jest psychologia egzystencjalna. Tu kategorią wiodącą jest poczucie sensu życia jako posiadanie długofalowego celu życia, realizowanie wartości, samokontroli, kontroli otoczenia i samoakceptacji.

Jestem przekonany, że psychologia teoretyczna jest w tej chwili kopalnią nowych kategorii, które stanowią inspirację do tego, żeby je zoperacjonalizować, uczynić przydatnymi do badania za pomocą określonych

dobrych narzędzi i za pomocą tych właśnie narzędzi weryfikować hipotezy, dotyczące również chorych somatycznie. Badania z zastosowaniem wymienionych pojęć mogą nie tylko wzbogacić warsztat psychologa praktyka, ale również dostarczyć argumentów na rzecz potwierdzenia efektywności pracy psychologa na oddziale.

**Dr hab. Marek Motyka (Kierownik Zakładu Psychologii Zdrowia CM UJ).** Kiedy obserwuję różnice w kondycji psychologa w oddziałach chorób somatycznych, między okresem kiedy jako młody psycholog z ciemną czupryną, ponad 30 lat temu rozpocząłem pracę, a czasem obecnym, to odnoszę wrażenie, że poczucie kompetencji i sprawności psychologów znacznie wzrosło. Mamy więcej do powiedzenia, lepiej rozumiemy mechanizmy zależności psychosomatycznych i somatopsychicznych. Wiele wniosła do naszego podejścia psychologia pozytywna, wraz z podejściem salutogenetycznym. Chodzi tu zwłaszcza o przejście z koncentracji na patologii do poszukiwania mocnych stron, do tego co w pacjencie mocne, do jego zasobów, sposobów ich rozwijania, także w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych. Chciałbym szczególnie podkreślić ten wzrost poczucia kompetencji i wzrost wiedzy w zakresie psychologii zdrowia, a także psychoterapii i tego jej aspektu, który usiłuję rozwijać i rozpowszechniać, który dawniej nazywałem psychoterapią elementarną, a teraz określam pojęciem komunikacji terapeutycznej. To jest coś, czego możemy uczyć lekarzy, gdyż ważne jest aby nie wyręczali się psychologami, których zresztą w oddziałach szpitalnych brakuje, lecz by sami przejmowali psychologiczną funkcję

stanowiącą integralny element leczenia.

Oddziaływanie psychologiczne w kontakcie z pacjentem to jest bardzo ważny temat, na którym obecnie coraz bardziej się koncentrujemy i mamy coraz więcej do powiedzenia. To są na pewno pozytywy. Natomiast o negatywach wolałbym nie mówić.

**Prof. dr hab. Leszek Szewczyk (Klinika Endokrynologii i Neurologii Dziecięcej i Zespół Psychologii Klinicznej Dzieci i Młodzieży, KUL).** Proszę Państwa, ja może tak powiem na wstępie, że współpraca między Leszkiem Szewczykiem – psychologiem, a Leszkiem Szewczykiem – lekarzem układa się dobrze. Chcę nawiązać do słów Pani prof. Jasiołkiej i powiedzieć, że w 1969 roku, kiedy kończyłem psychologię, mój ówczesny szef, prof. Antoni Gębała, który przyszedł do nas zresztą z Krakowa, najpierw się zdenerwował, że nic nie wiedział, że ja studiuje pracując równocześnie u niego w Klinice, a później ruszyła cała droga dotycząca współpracy pediatrów z psychologami. Powstał zespół psychologów w Instytucie Pediatrii. Musiałem przygotowywać roczne szkolenia dla pediatrów z zakresu psychologii i psychopatologii, także musieli się pediatrzy szkolić z psychologii do egzaminu specjalizacyjnego z pediatrii. Równocześnie udało nam się załatwić we władzach miejskich i wojewódzkich powstanie etatów dla psychologów przy poradniach wojewódzkich dziecięcych. To były dawne czasy i od tego już ruszyło. Przybywało psychologów w klinikach specjalistycznych, bo i nas to już była normalna sprawa, że psychologowie są i że wchodzi w skład zespołu i współuczestniczą w prowadzeniu pacjentów. Potem były czasy prosperity, kiedy przybywało psycho-

logów w klinikach. Przykro mi powiedzieć, że w tej chwili nastąpiły czasy odwrotu, dlatego że w procedurach NFZ gdzieś ginie rola psychologa. I np. nasza dyrekcja w bieżącym roku ograniczyła etaty psychologów z całych do pół etatu w ramach oszczędności tłumacząc właśnie, że w procedurach NFZ nie wymaga się obecności psychologa. Taka jest obecnie sytuacja. Natomiast chcę powiedzieć, że ja nie wyobrażam w tej chwili sobie braku psychologa w klinice, w której jest oddział neurologii dziecięcej wymagający działań neuropsychologicznych czy oddział endokrynologiczny gdzie są cukrzyce. Trzeba pracować z tymi dziećmi, bo szok, jaki przeżywają na samym wejściu do szpitala wymaga obecności psychologa. Kwestia diagnostyki możliwości zasobów koniecznych, żeby uporać się z chorobą. Na każdym etapie więc obecność psychologa jest potrzebna do zrozumienia sytuacji tego dziecka. Z tym że mówię, że klimat akurat u nas jest taki, że poza tymi administracyjnymi posunięciami, psycholog jest na wizytach, współuczestniczy na co dzień w pracy kliniki. To myślę tyle na wstępie.

**Dr hab. Dorota Jasiecka, prof. UJ:** Czyli można powiedzieć, że jest to praca w modelu integracyjnym...

W.S. Tak, tak.

**Mgr Jolanta Siwińska (psycholog Oddziału Klinicznego Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii KSS im. Jana Pawła II, Kraków).** Chciałam podzielić się refleksjami wynikającymi z ponad 20 letniej pracy w Zespole Psychologów Klinicznych. W Oddziale zatrudniony jest pięcioosobowy zespół psychologów – nie jesteśmy konsultantami, lecz członkami zespołu terapeutycz-

nego. Pracujemy w systemie dwuzmianowym, w godzinach popołudniowych „dyżurny psycholog”, poza opieką nad swoimi pacjentami, podejmuje konieczne interwencje. Ścisłe współpracujemy z lekarzami, pielęgniarkami i rehabilitantami. Bierzymy udział w odprawach i wizytach lekarskich, dzięki czemu mamy bieżący wgląd w problemy medyczne pacjenta i wydarzenia kliniczne. Przez swoje codzienne oddziaływania pokazujemy warsztat pracy psychologa i sposoby, w jakie można go wykorzystać w opiece nad chorym. Mamy swój własny model opieki nad pacjentem kardiochirurgicznym. Obejmujemy opieką psychologiczną każdego pacjenta Kliniki. Każda Sala Chorych ma swojego psychologa. Przed operacją omawiamy najważniejsze zagadnienia związane z zabiegiem i rehabilitacją pooperacyjną. Głównym celem jest obniżenie poziomu lęku, przedoperacyjnego. Mobilizujemy chorego do współpracy, kształtujemy realny obraz sytuacji. Przed wypisem, w ramach psychoprofilaktyki informujemy pacjenta o zachowaniach i działaniach sprzyjających utrzymaniu dobrego stanu zdrowia. Równoległe przez cały czas oceniamy stan psychiczny pacjenta i podejmujemy różnego rodzaju interwencje zmierzające do uzyskania nie tylko współpracy chorego, ale także utrzymania jego dobrostanu psychofizycznego i adaptacji do nowej sytuacji zdrowotnej. Szczególnym zadaniem jest praca z pacjentami poddawanyymi transplantacji serca. Psycholog bierze udział w procesie kwalifikacji do leczenia, potem pomaga choremu w przystosowaniu się do całkiem nowego trybu życia, w akceptacji koniecznych, wynikających z metody leczenia ograniczeń.

Badania satysfakcji pacjenta, prowadzone, co rok w szpitalu, pokazują, że zadowolenie z opieki psychologicznej osiąga 99%. Wydaje się, że świadczy to o skuteczności wypracowanego modelu pracy.

Jeśli chodzi o pytanie czy postęp medycyny zmienia w jakiś sposób sytuację psychologa w oddziale, to wydaje się, że na pewno zmusza psychologów do poszerzenia swojego warsztatu pracy. Po pierwsze konieczne jest posiadanie podstawowej wiedzy z dziedziny medycyny, w której się pracuje. Pozwala to na partnerskie relacje z lekarzem, zrozumienie medycznych określeń i odróżnienie symptomów zaburzeń psychicznych od dolegliwości wynikających z choroby i metod leczenia. W kontakcie z pacjentem, który jest często przerażony i zestresowany i nie rozumie, co lekarz do niego mówi, pozwala psychologowi skutecznie udzielić informacji, a sposób dostosowany do jego stanu emocjonalnego i możliwości intelektualnych. Druga rzecz, to bardzo szeroka wiedza z psychologii klinicznej, zarówno z psychosomatyki, ale również z neuropsychologii i psychologii klinicznej. W praktyce klinicznej spotykamy pacjentów z szeroką gamą zaburzeń neurologicznych i psychicznych, którzy wymagają szczególnej opieki i zaplanowania postępowania wobec nich całego zespołu leczącego.

Po 35 latach, w mojej opinii, oczekiwania lekarza wobec psychologa są większe, ale również psycholog powinien starannie się dokształcać. Można to realizować przez niezwykle cenną specjalizację, którą pracując w służbie zdrowia, musimy uzyskać, ale także biorąc udział w konferencjach, sympozjach i badaniach klinicznych

wykonywanych w szpitalu. Nasz zespół jest wpisany w działalność szpitala w różnych aspektach, zarówno w codziennej działalności leczniczej i badawczej, ale także w szeroko rozumianej promocji zdrowia, bo trzeba pamiętać, że to jest nowy obszar działania psychologa.

**Mgr Jadwiga Berezowska-Pogoń (psycholog, Oddział Kardiologii z Intensywną Terapią SMS im. G. Narutowicza w Krakowie).** Myślę, że możemy zostać na tej samej ulicy – i w kwestii terytorialnej, ponieważ pracuję w szpitalu im. Gabriela Narutowicza, który znajduje się w pobliżu Szpitala Jana Pawła II, jak i w zakresie specyficznych oddziaływań psychologicznych, ponieważ jestem zatrudniona w Oddziale Kardiologii z Intensywną Terapią. Pomimo tych podobieństw, muszę się jednak borykać z nieco innymi problemami. Sięgając myślą wstecz, wszyscy z przekonaniem stwierdzamy, że wiele się przez te 35 lat zmieniło. Ja mogłabym nawet powiedzieć - czterdzieści parę - bo już tyle lat bywam w szpitalach. Najpierw jako dziecko, odwiedzając moich często i ciężko chorujących, rodziców. Nie spotykałam wtedy w szpitalu psychologa, a odwiedziny osób bliskich mogły mieć miejsce tylko dwa, trzy razy w tygodniu, jedynie przez dwie godziny. W tej kwestii nastąpiła ogromna zmiana i to także jest, między innymi, zasługa psychologów. Pracuję w somatycznej służbie zdrowia od roku 1983 i powiedziałabym, że ostatnio następuje akceleracja zmian w negatywnym kierunku, wynikającym z uwarunkowań formalnych. Przez długi czas było bardzo pozytywnie: łatwość tworzenia etatów dla psychologów, jeśli tylko potrafili wystarczająco przekonać do swojej



pracy kierowników swoich placówek (tak zostałam zatrudniona w Oddziale Alergologii Szpitala Klinicznego przez nieodżałowanego, nieżyjącego już, profesora Eugeniusza Nikodemowicza), możliwość intensywnego kontaktu z pacjentem, funkcjonowania w ramach zespołu leczącego, intensywnego samokształcenia (w owym czasie bezpłatnego lub finansowanego przez placówkę zatrudniającą psychologa) i kształcenia innych pracowników służby zdrowia. Później natomiast pojawiły się kasy chorych, które jeszcze nie nadważyły poważnie naszego udziału w leczeniu, ale już wprowadzenie zasad funkcjonowania kontraktowego i punktowego w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, bardzo niekorzystnie ten stan rzeczy zmieniło. Jeśli można, to bardzo krótko powiem, jakie zmiany nastąpiły w funkcjonowaniu oddziału, w którym pracuję. Zanim jednak to uczynię – chciałam się podzielić krótką refleksją. Swego czasu, zapoznając się z różnymi doniesieniami internetowymi na portalach medycznych, natknęłam się na ankietę, wypełnianą przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej na temat projektów usprawniania działania poradni. Wielu internautów, praktykujących lekarzy, proponowało wprowadzenie do poczekalni w poradniach o profilu somatycznym psychologa, ponieważ około 47% (to wyniki badań) wizyt jest, według nich, spowodowanych problemami emocjonalnymi, izolacją, samotnością – stąd postulat, by rozładować ten problem jeszcze przed gabinetem lekarza. Z podobnych powodów trafiają często pacjenci do szpitali – zły stan psychiczny jest niezwykle często czynnikiem ryzyka rozwoju wielu chorób somatycznych. Wracając do zmian, które doty-

czą warunków pracy, wynikających z bardzo ściśle określonych i sztywno realizowanych kontraktów z NFZ, ze zniesienia rejonizacji szpitali, z ograniczeń czasowych i bardzo często jakościowych, wreszcie z atomizacji podejścia do pacjenta w kontekście specjalizacji oddziału, w którym następuje hospitalizacja, trzeba dostrzec konsekwencje także w postaci zmian w długości hospitalizacji – aby kontrakt wypracować, niejednokrotnie trzeba maksymalnie skrócić czas pobytu pacjentów w oddziale, zwiększając ich ilość. Pociąga to za sobą ograniczenia w zatrudnianiu, ponieważ ciągle jest za mało pieniędzy, a zadłużony szpital szuka oszczędności. W dużym, miejskim szpitalu wielospecjalistycznym, w którym pracuję, zatrudnionych jest czterech psychologów, ale tylko mój etat pozostał w całości – pozostałe trzy zostały zmniejszone o połowę. Następną zmianą – wieku osób hospitalizowanych – związana jest z postępem oddziaływań medycznych, który pozwala znacznie dłużej funkcjonować chorym na przewlekłe choroby cywilizacyjne. Hospitalizujemy więc więcej osób nawet powyżej stu lat, z wieloma schorzeniami dodatkowymi, którymi nie możemy się zająć w ramach oddziału o określonej specjalizacji. To wymaga umiejętności motywowania pacjentów do walki o swoje zdrowie, poszukiwania gotowych ścieżek, jakimi mogliby się poruszać w meandrach służby zdrowia po wyjściu ze szpitala, bardzo często wymaga też interwencji w system rodzinny, bagatelizujący problemy chorego lub odmawiający opieki. Ale jest też zmiana w drugim kierunku – tzn. coraz młodszy pacjenci, którzy cierpią z powodu ogromnego stresu. Jest to niezwykle ciekawy te-

mat, nie mieszczący się w ramach krótkiej wypowiedzi, ale wymagający zainteresowania ze względu na konieczność umiejętności zastosowania różnorodnych technik krótkoterminowych, znajomości specyfiki pracy takich pacjentów, czy wreszcie znajomości np. prawa, dotyczącego ubezpieczeń zdrowotnych, czy na życie. Świat młodych, pnących się po drabinie kariery, rządzi się specyficznymi prawami. Obserwujemy także zmiany w podejściu do pacjentów kardiologicznych, wynikające z całego mnóstwa badań, postępu wiedzy, nowych podejść, w których się trzeba orientować, wykorzystania wiedzy na temat PTSD, nowego spojrzenia na wzorce zachowania, roli wymiaru duchowego, psychoneuroendokrynoimmunologii itd. Ma wreszcie miejsce wyraźna zmiana w podejściu do profilaktyki, która mnie niesłuchanie cieszy. Pojawiają się w związku z tym pewne nowe konieczności i zadania. W związku z ograniczeniami czasowymi – konieczność zwiększenia tempa pracy, a co za tym idzie problem specyficznej „selekcji wstępnej” pacjentów: komu pomóc muszę, komu powinnam, kogo należy gdzieś skierować (i dokąd), a kogo mogę po prostu ominąć w tej pomocy. Jest to bardzo trudne zadanie i wymaga, moim zdaniem, ogromnego doświadczenia. Konieczność wyszukiwania nowych sposobów oddziaływania takich jak np. tablica terapeutyczna, centralna muzykoterapia, różne oddziaływania grupowe, które zawsze były wskazane, ale teraz są konieczne, choćby psychoedukacja czy psychokorekta w ramach całej sali, metody krótkoterminowe, interwencja kryzysowa. Konieczność zwiększenia oddziaływań skierowanych do służby zdrowia, podlegającej ogromnej pre-

sji i maksymalnie obciążonej. To może być odreagowywanie nagromadzonych stresów związanych z pracą, z życiem prywatnym, psychoedukacja, działania pomostowe. Te zmiany powodują niebezpieczeństwo przesunięcia się z roli członka teamu do roli konsultanta: „...szybko się dowiedz co i jak i gdzie tego człowieka wysłać”. Stawia też psychologa w roli specjalisty-omnibusa, nie ulegającego zmęczeniu i wypaleniu zawodowemu. Cały czas wypowiadam się tu na temat kwestii ekonomicznych – używając więc określeń z tej dziedziny – w naszej sytuacji mamy sytuację odwrotną, niż w prawach wolnego rynku, mianowicie tutaj podaż wpływa na popyt. Bardzo wiele zależy od wiedzy, kompetencji, elastyczności, umiejętności negocjacyjnych i mediacyjnych, wreszcie osobowości psychologa, od umiejętności zaferowania współpracy innym członkom teamu i przekonania ich do korzyści z tej współpracy płynących. To jest bardzo ważne w tej dziedzinie i wymaga specyficznego szkolenia. Tymczasem aktualne szkolnictwo wyższe z dziedziny psychologii proponuje coraz mniejszy kontakt z praktyką, a wciąż komplikujące się prace nad aktualizacją ustawy o zawodzie psychologa także nie ułatwiają sytuacji. Problemem wydaje się także niewielki kontakt teoretyków z praktykami i odwrotnie. Dlatego dla mnie udział w takich spotkaniach, jak dzisiejsze, warsztatach, sympozjach, zjazdach jest niezwykle ważny. Oprócz ciągłych możliwości kształcenia daję także okazję do wymiany poglądów, nawiązywania nowych znajomości i podtrzymywania już zawiązanych.

**Maria Butscher (Kierownik Zespołu Psychologów Uniwersyteckiego Szpitala**

**Dziecięcego, Kraków).** Pracuję w zespole psychologów w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie od 37 lat, więc mam możliwość zaobserwowania zmian, jakie nastąpiły w tym okresie. Próbując podsumować to, co się stało przez te minione 37 lat mogę pozwolić sobie na pozytywne wnioski i refleksje. Kiedy ja rozpoczynałam pracę było nas trzy panie psycholog, a obecnie zespół psychologów liczy 11 osób. Siedem osób tworzy zespół Poradni Psychologii Rozwojowej i Klinicznej. Dwie osoby zatrudnione są w Klinikach: Neurologii oraz Neurochirurgii; osoby te są na etatach tych klinik i rozliczają się wewnątrznie, poza Poradnią. I jeszcze mamy 2 panie psycholog – logopedów w Poradni Logopedycznej USD. W sumie 11 osób pracuje czynnie na etatach psychologów w Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie.

Teraz chciałabym odpowiedzieć krótko w nawiązaniu do zadania, jakie postawiła nam Pani Prof. Jasiecka: czy nowe nurty w psychologii i w medycynie sprzyjają leczeniu chorych somatycznie oraz oczekiwaniu lekarzy. Mogę powiedzieć tak: jeśli chodzi o dzieci, to być może jest to jakaś specyficzna sytuacja, ale postęp w zakresie diagnozy i leczenia chorób w dziedzinie pediatrii zdecydowanie sprzyja podkreśleniu czynnika psychologicznego. Pediatrzy są świadomi znaczenia, jakie mają warunki funkcjonowania psychologicznego dziecka w powstawaniu, przebiegu i psychopatologii niektórych schorzeń. Również rola i znaczenie tego czynnika są doceniane w procesie terapii, gdzie jest wiadome, że bez zaspokojenia potrzeb dziecka proces leczenia może się nie powieść. Leczenie dzieci przewlekłe

chorych somatycznie to proces długotrwały, zawierający wiele elementów jatrogennych dla pacjenta, które mogą w efekcie zniekształcać cały proces terapii. Zarówno w procesie diagnozy jak i terapii - rola czynników psychologicznych, przynajmniej w sytuacji naszego szpitala jest doskonale znana, doceniana. Aby sprostać zadaniu niesienia pomocy chorym dzieciom w sposób najbardziej odpowiedni do nowoczesnych metod pracy – nasz zespół nieustannie stara się o podnoszenie kwalifikacji. Faktem jest, że spośród 11 psychologów, którzy są zatrudnieni w USD wszyscy szkolą się. Obie panie logopedki: jedna ma skończone studia logopedyczne, ma 37 lat pracy i świetnie sobie radzi w tym temacie, natomiast druga, jako jedna z pierwszych w Polsce zrobiła drugi stopień specjalizacji i ma tytuł specjalisty neurologopedy. Spośród siedmiu psychologów zatrudnionych w poradni – obecnie cztery osoby są w trakcie robienia II stopnia specjalizacji (jednak już taki stopień posiada). Tak więc zespół kształci się i nie jest to tylko i wyłącznie wola zespołu, lecz dzieje się to przy współpracy ze strony placówki. Tego wsparcia mogłoby nie być, gdyby nie doceniano odpowiednio znaczenia i celowości udziału psychologa w procesie diagnozy i leczenia małych pacjentów.

**Mgr Jadwiga Berezowska-Pogoń (psycholog, Oddział Kardiologii z Intensywną Terapią SMS im. G. Narutowicza w Krakowie).** Chciałam dodać jedno zdanie - otóż moja negatywna relacja nastawiona była na ukazanie trudności, z jakimi stykam się w pracy na terenie szpitala nieklinicznego, o niższym stopniu referencyjności, placówki, która z założenia jest inaczej trak-

towana przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Jak wiemy, takich jednostek jest w naszym województwie czy w kraju znacznie więcej, niż ośrodków klinicznych. I niestety – w większości z nich wcale nie ma psychologów. Jednak chciałam tu powiedzieć o pewnym bardzo pozytywnym aspekcie. W oddziale, w którym pracuję, zatrudnionych jest 20 rezydentów, młodych lekarzy, z którymi współpraca jest rewelacyjna. Myślę, że są świetnie kształceni i przygotowani, także od strony psychologicznej. Starsi lekarze są natomiast przyzwyczajeni do pracy w teamie z psychologiem, tak działali od roku 1970, kiedy to powstała w Oddziale Kardiologii jedna z pierwszych pracowni psychologicznych na terenie szpitala somatycznego. W najlepszym okresie pracowało i specjalizowało się tutaj 7 psychologów. Choć czuję się czasem jak pogrobowiec, w pełni czerpię z tej tradycji.

**Prof. dr hab. Leszek Szewczyk (Klinika Endokrynologii i Neurologii Dziecięcej i Zespół Psychologii Dzieci i Młodzieży KUL).** Ja tylko pogratuluję, bo u nas do ubiegłego roku, kiedy szpital nie miał długów też tak było. Mieliśmy dziesięciu psychologów. Ale w lipcu tego roku ich wymiar zatrudnienia został zredukowany do połowy etatu. Oby was to nie spotkało.

**Dr hab. med. Krystyna Dropowa (Collegium Medicum UJ).** Moja przedmówczyni powiedziała o partnerstwie, o roli psychologa. Ja chciałam powiedzieć o drugiej stronie medalu – o współpracy psychologa z pediatrą w tzw. lecznictwie otwartym. To jest inna planeta. Co innego jest instytucja dotowana centralnie, działająca na prawach uniwersyteckich i mająca szerokie pole do

podejmowania decyzji kadrowych, personalnych. Natomiast nie kryję, że w zasadzie wolałabym żeby ten wieczór był ciepłym wieczorem wspomnień o prof. Susułowskiej, mojej nauczycielce, pod kierunkiem której napisałam prawie czterdzieści lat temu pracę „Wydolność umysłowa w nadczynności tarczycy”. Prof. Maria Susułowska – jak to we wstępie podkreśliła prof. Jasiocka – torowała nowe kierunki psychologii klinicznej, aktywnie wchodząc w obszary medycyny, gdzie do jej czasów psycholog rzadko zabierał głos. To wymagało odwagi, zaangażowania, ale też niebywałej energii. A prof. Susułowska miała niskie ciśnienie i często mawiała: „niskociśnieniowcy żyją dłużej, ale cóż to za życie”. Takie przewyżnianie własnej słabości szalenie mi imponowało i było wzorem do naśladowania. Inna migawka ze wspomnień o niej:

Zawsze była wielką estetką a mieszkając na Alejach na IV piętrze vis a vis Jubilatą miała piękny widok na zakole Wisły z Wawelem w tle. W wykuszu jej salonu stał wielki chiński wazon z gałęzią kwitnącej wiśni tworząc drugi plan. Lubiała tam chwilę postać – taką ją pamiętam.

Niestety trzeba tutaj wrócić do rzeczywistości i powiedzieć, że naturalnie pediatra w tzw. terenie może wykonywać w ramach, jak ją prof. Motyka nazywa, psychoterapii elementarnej, część tych zadań, które w bardziej luksusowej sytuacji może dzielić partnersko z psychologiem. Ja przyniosłam tutaj w kontekście tego postawionego nam pytania (Oczekiwania lekarzy a oczekiwania psychologów czyli między pragnieniami a rzeczywistością w leczeniu chorych psychosomatycznie) ostatni numer „Galicyskiej

Gazety Medycznej”, który dopiero przyszedł do mnie do domu. I tak, na 7000 pediatrów w Polsce 1/3 jest w wieku emerytalnym, a kolejna 1/3 bardzo szybko zbliża się do tego wieku. To jest jedna prawda. Druga jest taka, że pediatra nie może samodzielnie kontraktować świadczeń. Wprawdzie każda praktyka stara się zapewnić sobie współpracę pediatry, ale w rzeczywistości pediatra staje się wyrobnikiem w praktyce lekarza rodzinnego, który może podpisać kontrakt z NFZ. Niektórzy tutaj mają małe dzieci, ja mam małe wnuki. I to się odbija – z jednej poradni do drugiej, z jednej praktyki do drugiej praktyki. Lekarze, specjaliści medycyny rodzinnej, w których kształceniu brałam też udział jako psychosomatyk, nie czują się na siłach żeby leczyć, a tym bardziej żeby psychoterapię elementarną stosować. Także to nie dotyczy tylko pediatrii, bo w tej samej „Galicyskiej Gazecie Medycznej” czytamy, że brakuje dwóch tysięcy lekarzy psychiatrów i tyle samo łóżek psychiatrycznych, brakuje też oddziałów terapii środowiskowej i ośrodków pomocy dziennej. Tymczasem w liczbie zaburzeń „dogoniliśmy” kraje wysoko rozwinięte: opieki wymaga około 11% ludności, a uzyskuje ją około 4% ludności. Także ja myślę, że postawione nam pytanie ja przeformułowałabym w ten sposób: czy rzeczywistość sprzyja leczeniu chorych zarówno przez lekarzy jak i przez psychologów. Żeby ta wypowiedź nie brzmiała tak minorowo, to przyniosłam tu drugą książkę Pana Prof. Juliana Aleksandrowicza, którego wszyscy nie tylko znamy, ale też szanujemy i kochamy i przeczytałam jego sentencję myślę bardzo *a propos* tego, o czym dziś mówimy: „Czemu powinien spróbować spro-

stać współczesny lekarz? Odpowiedź jest krótka: Współczesna medycyna powinna przekroczyć samą siebie rozwijając tę myśl: powinna przewyciężyć redukcjonistyczne, neopozytywistyczne ograniczenia, przyjrzeć się krytycznie samej sobie, wyzwolić od licznych zależności, tzn. zdobyć samoświadomość”.

**Prof. dr hab. med. Jan Łazowski (em. Ordynator Oddziału Rehabilitacji Szpitala Wojskowego we Wrocławiu, prezes TEP Kraków).** Chciałbym odnieść się do pytań postawionych dyskutantom. Pierwsze z nich brzmiało: „Czy nowe nurty w psychologii i medycynie sprzyjają leczeniu chorych somatycznie?”. Nowe nurty w medycynie na pewno sprzyjają leczeniu chorych somatycznie, co do tego nie ma wątpliwości. Czy nowe nurty w psychologii sprzyjają leczeniu chorych somatycznie? Myślę, że dobrze służą zapobieganiu chorobom, to sprawa ważna, skutek jest jasno dowiedziony. Jest sprawdzany i popierany przez Światową Organizację Zdrowia. Psychologia zdrowia, promocja zdrowia i salutogeneza są niezwykle cenne. Tu psycholog ma wielkie pole do działania i więcej wartości wnosi do ogólnego poziomu zdrowia niż pomagając choremu somatycznie, gdzie największe wartości polegają na usuwaniu cierpienia a wpływ na poziom zdrowotności jest niewielki. Tak odpowiedziałbym na pierwsze pytanie. Pierwsi psychologowie, z jakimi się spotykałem, około czterdzieści lat temu, to byli ludzie na wysokim poziomie, profesorowie i doktorzy. To były kontakty naukowe. Kiedy dostałem psychologów do mojego oddziału, byłem raczej rozczarowany. Ale to było 30 lat temu. Obecnie mam sporo kontaktu z psycholo-

gami, niestety nie w szpitalu, raczej w różnego typu szkoleniach, m. in. balintowskich i widzę, że poziom klinicznej wiedzy psychologów rośnie. Gratuluję psychologii, to budzi optymizm. Można spodziewać się, że będzie jeszcze lepiej. Technicyzacja medycyny wzrasta. Można się zastanawiać, czy lekarz pracujący przy tyłu maszynach, czytający o chorobie ze wskaźników i papierów, zalewany wiedzą medyczną, czy jest w stanie myśleć o psychologicznej stronie pacjenta, uczyć się o niej i stosować w praktyce? Sądzę ostrożnie, że im bardziej medycyna się technicyzuje, tym bardziej psycholog jest pacjentowi potrzebny. Był potrzebny już przed technicyzacją, ale teraz zapotrzebowanie na niego rośnie. Młodzi lekarze to dostrzegają. Opowiadano mi, jak dzięki ich wysiłkom udało się zachować etat dla psychologa lub w innym przypadku utrzymać go w zespole przy łóżku chorego, gdy ordynator usiłował odesłać go do pracy papierkowej. Poza tym wydaje mi się, że psycholog ma bardzo dużo do zrobienia w pracy ambulatoryjnej z chorymi somatycznie, być może więcej niż w szpitalu. Chciałbym skomentować drugie pytanie: „Oczekiwania lekarzy a oczekiwania psychologów czyli pomiędzy marzeniami a rzeczywistością w leczeniu chorych somatycznie”. Najprościej mówiąc, lekarz chciałby mieć w pracy psychologa pomagającego w leczeniu, w przyspieszaniu zdrowienia, w zmniejszeniu cierpienia pacjentów, zmniejszenia kłopotów z pacjentami trudnymi. Gdy to widzi, docenia psychologa. Po wysłuchaniu kilku wypowiedzi psychologów klinicznych wydaje mi się, że to się właśnie dzieje. Możemy sobie tylko życzyć, żeby było więcej oddziałów i teamów psy-

chologiczno-lekarskich tak skutecznie pracujących. Słysząc skargi, że psychologowie są zwalniani ze szpitali, ktoś mówił o zmniejszeniu etatu. Zastanawiałem się nad tymi skargami. Na oddziale miałem dwóch lekarzy i psychologa. Gdyby mi powiedziano, że nie ma pieniędzy i muszę kogoś zwolnić, to kogo bym zwolnił? Nie odpowiadam na to pytanie. Sądzę, że sprawa jest subiektywna i wiąże się z innym pytaniem: „Kiedy ordynator nie zdecyduje się zwolnić psychologa?”. Wtedy, gdy będzie miał jasne dane, że on mu pomaga leczyć. Lekarze mają za mało takich konkretnych danych. Dziś słyszeliśmy w referatach jak ogromną pomocą może być psychoterapia i inne działania psychologów. Takie właśnie opracowania, które dotrą do świadomości lekarzy i ordynatorów i gdy zobaczą czarno na białym, że psycholog pomaga leczyć, że pomaga mu wypracować kontrakt z NFZ, wtedy będą walczyć o utrzymanie psychologa na oddziale. To się dzieje coraz częściej. Na zakończenie chciałbym powiedzieć, że patrząc na psychologię od strony medycznej nie widzę jej taką, jaką chciałbym widzieć. Behawioryzm, kognitywizm, i inne nurty naukowe, o których dziś tutaj słyszeliśmy, w praktyce, w szpitalu mogą się nie sprawdzić. Widzę człowieka i pacjenta trochę inaczej, bardziej biologicznie i chciałbym, aby psychologia była właśnie nieco bardziej biologiczna, ewolucyjna, czy może etologiczna, jak wspominałem w swoim wystąpieniu. Moim zdaniem, a opieram je na doświadczeniu lekarskim, dostrzeganie potrzeb poprzez rozumienie emocji, jest początkiem drogi do efektywności związanej z psychosomatycznie rozumianą biologią. Umiejętność tą daje trening balintowski.

Jedną z najważniejszych potrzeb jest potrzeba więzi a sytuacje jej kaleczenia mają ogromny wpływ na zdrowie psychiczne i somatyczne. Coraz lepiej poznajemy następne potrzeby, których do niedawna tylko domyślaliśmy się, na przykład potrzebę zdobywania i utrzymywania pozycji społecznej. Uwikłania przy jej realizacji wiodące do stresu, można czasem pomóc rozwiązać dość łatwo, gdy rozumie się podstawowe przyczyny. Przy tym potrzebę widzę jako wrodzony mechanizm biologiczny, na którym zbudowane są struktur nabyte. Patrząc na te problemy z perspektywy gabinetu lekarskiego, gdzie nie rzadko można uzyskać poprawę zdrowia somatycznego przez działania psychologiczne, uzyskując jednocześnie efekty zrównoważenia psychologicznego. Moim zdaniem psycholog, patrzący na człowieka od strony jego dobrze rozpoznanych potrzeb i emocji będzie skuteczniejszy w pomocy i pacjentowi i medycynie. Duże nadzieje wiąże z rozwijającą się psychologią i medycyną ewolucyjną, korzystających z doświadczeń etologii, dyscypliny biologicznej. Takie zaangażowanie psychologii klinicznej chciałbym widzieć w przyszłości.

**Dr hab. Helena Wrona-Polańska, prof. UP (Kierownik Katedry Psychologii Zdrowia UP).** Pierwsze kroki jako psycholog kliniczny stawiałam, i bardzo sobie to cenię, w Klinice Hematologii Akademii Medycznej w Krakowie. Obecnie Katedra i Klinika Hematologii im. Juliana Aleksandrowicza CMUJ, w której przez wiele lat pracowałam pod okiem Juliana Aleksandrowicza, wybitnego lekarza-humanisty, inicjatora pierwszych w Polsce badań nad zdrowiem, twórcy interdyscyplinarnego dialogu z cho-

rym, w którym psycholog odgrywał znaczącą rolę. Tam nie tylko zdobywałam pierwsze szlify w zakresie psychologii, ale też uczyłam się prawdziwej medycyny, prawdziwej wiedzy o człowieku i integracji tej wiedzy o człowieku w zespole, w teamie leczącym. Zastanawiając się nad tematem wykładu przygotowałam go właśnie w taki sposób, aby mógł stanowić pewną podbudowę dla tego panelu. Jako uczennica Szkoły Krakowskiej czuję się zobowiązana, aby przypomnieć dwa znaczące nazwiska, ikony polskiej psychologii i medycyny somatycznej, które w znacznej mierze przyczyniły się do upowszechnienia się psychologii w medycynie. Myślę tu o pierwszej damie polskiej psychologii, pani prof. Marii Susułowskiej. Mamy ją wszyscy we wdzięcznej pamięci, naszą Mistrzynię. Gdziekolwiek powiedzieliśmy, że jesteśmy od Pani Profesor Susułowskiej, to od razu otwierano przed nami drzwi. Pamiętam, że po IV roku pojechałam do Instytutu Psychiatrii i Neurologii, do profesora Stanisława Ledera i przedstawiłam się, a on powiedział, że jak się słyszy takie nazwisko, to też wiemy, czego możemy się po studentach spodziewać. I drugie nazwisko, to już wspomniany mój Mistrz, Profesor Julian Aleksandrowicz, u którego zaczynałam asystenturę. Dziś wspominamy te 35 lat od owego słynnego Sympozjum w Modlnicy, ale przecież koncepcja współpracy medycyny z psychologią sięga znacznie wcześniej, początku lat sześćdziesiątych ubiegłego stulecia. Kolebką współpracy psychologa z lekarzem była właśnie III Klinika Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej w Krakowie kierowana przez Profesora Juliana Aleksandrowicza. Przypomnę na-

zwiska pracujących tam psychologów: Anna Orłowska, pierwszy psycholog w Klinice, potem Pani Alina Skotnicka, następnie przeformułowano stu pięćdziesięciolóżkową klinikę na małą, czterdziestolóżkową Klinikę Hematologii AM, która była postrzegana i oceniana przez pacjentów jako klasztor, jedna wielka depresja, a potem jako „umieralnia” czy „grobowiec”. Progresa w nazewnictwie kliniki stosowanym przez pacjentów wynikała stąd, że Klinika różniła się w sposób zasadniczy od Instytutu Onkologii tym, że w IO pacjenci byli przyjmowani do diagnostyki, zaś leczenie realizowano w szpitalach rejonowych. Choroby hematologiczne mają to do siebie, że chory jest hospitalizowany od początku do końca leczenia (oczywiście jeśli jest możliwość to wychodzi do domu, ale w okresie zaostrzenia choroby wraca i przebywa w klinice do końca życia). Jako że była to mała klinika, przyjmowano tylko chorych z ostrą białaczką, a w latach osiemdziesiątych przeżywalność z białaczką ostrą wynosiła średnio od 4 miesięcy do roku (Bielawski i in. 1983). W moim przekonaniu w Klinice Hematologii, w której przez wiele lat pracowałam i tworzyłam model pracy psychologa z chorymi somatycznie i ich rodziną, miały miejsce początki współpracy psychologa z zespołem leczącym zainicjowane przez Profesora Juliana Aleksandrowicza. W tej Klinice stosowano też po raz pierwszy kompleksową terapię chorych na białaczkę z wykorzystaniem psychoterapii, muzykoterapii, arteterapii, biblioterapii i terapii zajęciowej. Chciałabym poruszyć jeszcze tak wiele wątków, ale muszę powiedzieć, że jeśli chodzi o rolę psychologa, to jest ona z jednej strony wyznaczona przez kierownika kliniki i team

leczący, z drugiej strony zależy od wizji samego psychologa, jaką rolę chce pełnić. Musi mieć ogromną indywidualność, żeby (ponieważ jest jeden w tym teamie) w sposób przekonywujący mógł zaprezentować swoje umiejętności i warsztat pracy w kontekście pomocy pacjentowi i realizować to w praktyce klinicznej. Oczywiście rola psychologa zmieniała się w zależności od tego jak zmieniało się podejście teoretyczne do choroby: psychosomatyczne, somatopsychiczne i komplementarne. Dziś jest orientacja na zdrowie. To w kontekście pierwszego pytania o teorie. Proponowałabym przeformułowanie pierwszego pytania, nie pytałabym czy teorie psychosomatyczne sprzyjają leczeniu chorych somatycznie, po prostu rozwój medycyny i nauk pokrewnych idzie tak do przodu, że dziś mamy w medycynie nastawienie na zdrowie. Jeśli mamy nastawienie na zdrowie to nie sposób zostać tylko w podejściu psychosomatycznym. Nawet jeśli ktoś interesuje się podejściem psychosomatycznym, to musi uwzględniać także nastawienie somatopsychiczne, a ogólnie – orientację na zdrowie. Teoria stresu, niezależnie od podejścia oraz teoria salutogenezy, łącząca stres z modelem zachowania zasobów są kluczowymi teoriami dla psychologa. Aby pomóc pacjentowi trzeba przede wszystkim dobrze rozpoznać problem, a potem nauczyć go skutecznego sposobu radzenia sobie ze stresem poprzez wzmacnianie zasobów. Tutaj chciałabym się odnieść do bardzo modnych w psychologii teorii pozytywnych. Jako klinicysta muszę podkreślić, że jakkolwiek prowadzi się wiele badań na temat jakości życia, to one niewiele wnoszą do praktyki klinicznej. Nie



mówię tutaj sceptycznie, one są bardzo dobre, chociażby teoria Taylor, którą wszyscy byli ogromnie zafascynowani w latach dwięćdziesiątych, a która się nie sprawdziła. Badania przeprowadzone pod kierunkiem Pani Prof. Heszenowej, a także moje badania wskazują na to, że ona się nie sprawdza, nie ma uniwersalnego charakteru, tak jak przewidywała Taylor. Praktyka kliniczna i prowadzone badania w tym obszarze wskazują, że pozytywne emocje wynikają dopiero z uporania się z lękiem. Przypomnę nasze badania przeprowadzone z Panią Prof. Jasiecką i wynikające z niego nowe podejście do mechanizmów obronnych. Dla mnie teoria Taylor jest pewnym tego przeformulowaniem. Doskonałym przejściem od lęku do pozytywnych emocji jest strategia pozytywnego przewartościowania i to nie tylko teoria, ale empiryczna weryfikacja, w moich badaniach, a także w badaniach Folkman i Mostowitz z 2006 roku to potwierdza. Dlatego z dużą ostrożnością należy podchodzić do zastosowania psychologii pozytywnej w pracy klinicznej z chorym. Ważne jest integracyjne podejście do zdrowia i choroby, na co zwróciłam uwagę w swoim wykładzie. Nie ma innego adekwatnego podejścia do chorego, jak tylko z punktu widzenia zdrowia. Dlaczego? Dlatego, że jeśli weźmiemy pod uwagę przeszczepy, to najważniejsze jest wzmacnianie zasobów, w sytuacji gdy wszystkie zasoby zostały utracone, a pacjent musi przeżyć. Musi tu być psycholog i powinien odgrywać główną rolę w przeprowadzeniu pacjenta przez wąski tunel nadziei do odzyskania zdrowia. Bo tylko do nadziei możemy przejść pomagając choremu uporać się z lękiem.

Druga sprawa to oczekiwania lekarzy i psychologów, i w tym zakresie należy dążyć do pewnej równowagi, konsensusu, przy czym psycholog pełni różne role. Jeśli jest to duży oddziaływanie, to pełni wyłącznie rolę konsultanta, wtedy są jakieś niedostatki pełnienia jego funkcji. Moim zdaniem psycholog bardzo dużo wnosi, zarówno w zakresie diagnozy, jak i terapii, ale musi mieć czas i możliwości, żeby pacjentowi pomóc. Z drugiej strony, nie można zważyć tego na wadze aptecznej: usługi medyczne są łatwiejsze do określenia, a nasze mniej widoczne w krótkim, bardziej widoczne w dłuższym okresie czasu. Chciałam tu jeszcze podjąć jeden wątek, ustosunkowując się do Sympozjum w Modlnicy: ważne jest także oddziaływanie na środowisko. W przypadku chorób nowotworowych, w których ważne jest kształtowanie świadomości społecznej Prof. Aleksandrowicz przed laty mówił, że w niedalekiej przyszłości ludzkość zostanie zapewne uwolniona od tragicznych dzieł w skutkach mitów, w tym od mitu o nieuleczalności rozmaitych chorób, zwłaszcza nowotworowych. Spętały one ludzi leczonych i leczących przeświadczeniem o bezcelowości podejmowania wysiłków, których cel jest z góry skazany na niepowodzenie. Bardzo ważnym zadaniem psychologa jest kształtowanie świadomości jednostkowej i społecznej w zakresie zdrowia i to znalazło wyraz w napisie znajdującym się przy wejściu do Kliniki Hematologii: „Klinika nie tylko leczy, ale także uczy żyć, aby zachować zdrowie”. Dziś mamy 2009 rok, są badania Cobi z połowy ubiegłego stulecia, gdzie rak był równoznaczny ze śmiercią. Dziś niewiele się w tym zakresie zmieniło, społeczny obraz choroby

nadal budzi ogromny lęk w społeczeństwie. Dlatego musimy dbać o kształtowanie świadomości prozdrowotnej w tym zakresie i dążyć do promowania zdrowia.

**Prof. dr hab. Alicja Nasiłowska-Barud (Kierownik Zakładu Psychologii Klinicznej UM w Lublinie).** Swoją pracę rozpoczynałam na stanowisku asystenta, wówczas Akademii Medycznej w Lublinie, w Klinice Kardiologii, gdzie nadal pracuję. Tak się składa, że reprezentuję licznie zgromadzoną tutaj grupę osób pracujących w oddziałach i klinikach kardiologii. Proszę Państwa, jeśli chodzi o zmiany w leczeniu - co zmieniło się na przestrzeni ostatnich lat w leczeniu chorych somatycznie. Ponieważ tak dużo zostało już powiedziane, ja może będę próbowała podsumować te wszystkie bardzo cenne wypowiedzi, które już padły. Zmieniło się bardzo dużo. Z pomocą medycynie, i to z ogromną pomocą, przyszły nauki techniczne. Skonstruowano wspaniałą aparaturę, dzięki której diagnostyka jest szybka. Obecnie zupełnie inne jest podejście lekarza do człowieka chorego, zupełnie inne metody postępowania diagnostycznego. Zmieniły się także metody leczenia. Mam na myśli przede wszystkim leczenie chorób układu krążenia, choroby niedokrwiennej serca, wad serca. Wprowadzono inwazyjne metody leczenia, które bardzo skracają pobyt pacjenta w klinice, przynoszą bardzo szybką pomoc. Wiele osób udaje się uratować przed zawałem serca. Po prostu są to nowe, inwazyjne metody leczenia. Myślę, że zgodzą się ze mną Państwo pracujący w klinikach kardiologii. Lekarze potrafią pomóc choremu i nie dopuścić do rozwinięcia się zawału serca, do powstania martwicy. Dzięki poznanej

metodzie, którą jest angioplastyka, lekarz wprowadza cewnik do zwężonego naczynia i poszerza je lub zakłada stent. O tym będę chciała powiedzieć coś więcej jutro, w swoim wystąpieniu. W związku z postępem medycyny w odniesieniu do kliniki kardiologii, myślę, że Prof. Leszek Szewczyk poprze mnie także, że ogromne postępy dokonały się także w diagnostyce endokrynologicznej, zarówno w odniesieniu do osób dorosłych jak i dzieci. Mamy większe możliwości dokonywania oznaczeń poszczególnych hormonów. Znacznie dokładniej możemy diagnozować wpływ poszczególnych hormonów na układy i narządy. Jeszcze kilkanaście lat wstecz nie było preparatów hormonalnych, które chorzy obecnie otrzymują. W związku z tymi zmianami w diagnostyce, w leczeniu, po prostu w ratowaniu zdrowia i życia ludzkiego musi zmieniać się również przygotowanie psychologów i podejście psychologiczne, psychoterapeutyczne do człowieka chorego. Nie wyobrażam sobie w tej chwili psychologa pracującego czynnie w klinice, obojętne czy będzie to klinika nefrologii, endokrynologii, czy klinika kardiologii, żeby nie miał on podstawowej wiedzy z tej dziedziny. Psycholog po prostu musi być świetnie wykształcony w tej dziedzinie, musi orientować się w metodach diagnostycznych, musi orientować się w procesie leczenia, ponieważ pacjenci w kontakcie z nami po prostu zadają pytania wprost „Proszę Pani, co dalej mnie czeka? Jakie metody leczenia będą w stosunku do mnie zastosowane?”. Jednocześnie to daje nam większe możliwości kontaktu z lekarzem. My mamy być partnerem dla lekarza, a więc jeśli lekarz będzie mówił w sposób fachowy, jakie będzie postę-

powanie wobec danego pacjenta, to ja muszę się orientować. Nie wyobrażam sobie, że mogę pacjentowi pomóc bez posiadania wiedzy o jego chorobie i metodach stosowanej terapii. Proszę Państwa, w codziennej pracy klinicznej, kiedy mamy przed sobą człowieka chorego, dotkniętego ciężką chorobą nowotworową, czy też chorobą układu krążenia, tak naprawdę to ja nie wiem czy psycholog myśli w jakiej teorii psychologicznej (behawioralnej, egzystencjalnej, poznawczej itp.) w danej chwili działa. Po prostu: ja mam przed sobą człowieka chorego, którego muszę zrozumieć, któremu muszę pomóc, którego muszę poprowadzić w taki sposób, aby poczuł się bezpiecznie, aby obniżył się poziom przeżywanego przez niego lęku, i poczucia zagrożenia. Muszę postępować tak, by nie doszło do rozwinięcia się objawów depresji. Jeśli dojdzie do wystąpienia objawów depresji, wówczas niestety, trzeba będzie pacjenta wyprowadzać z depresji, z obniżonego nastroju. Zmuszeni będziemy stosować wobec niego zupełnie inne techniki psychoterapeutyczne. Ponieważ moi przedmówcy odnosili się do mistrzów, u których się kształcili, ja jestem wdzięczna losowi, że tak się stało, że jestem uczennicą i wychowanką Pani Prof. Zenomeny Płużek. To była moja pierwsza mistrzyni, która nauczyła mnie bardzo dużo i zawsze chylę czoła przed wiedzą i talentem mojej Pani Profesor. Mam też drugiego mistrza, żyjącego do dziś Pana Prof. Mariana Markiewicza, kardiologa, któremu zawdzięczam bardzo dużo. W momencie, kiedy jako młoda dziewczyna wkroczyłam do kliniki Pan Profesor traktował mnie jak równego partnera. Niewiele wtedy wiedziałam z dziedziny kardiologii, ale powiedziałam,

że chcę się uczyć. Pan Profesor wziął mnie wtedy pod rękę i zaprowadził do sali chorych na poranną wizytę. Powiedział do mnie: „Idziemy się uczyć”. Po kolei przekazywał mi informacje o różnych chorobach układu krążenia i zaproponował, że mogę chodzić na Jego wykłady z kardiologii. Tym sposobem mogłam uczyć się kardiologii. Tak przesłam ten etap edukacji i zawsze byłam traktowana na równi z lekarzami. Nawiązując do tych wypowiedzi odnośnie udziału psychologa w procesie leczenia pojętym całościowo muszę powiedzieć, że bardzo dobrze pracowało mi się w zespole z lekarzami, którzy mieli duże doświadczenie, którzy widzieli całego człowieka, a nie tylko chory narząd, a więc człowieka chorego somatycznie, ale też człowieka, który myśli, który czuje i wie gdzie się znalazł, po co przyszedł i jakiej pomocy oczekuje, a więc chodzi mi o człowieka z całą jego sferą psychiczną. Natomiast znacznie trudniej pracuje mi się, i chyba moim koleżankom także, obecnie, ponieważ mamy bardzo dużo rezydentów i bardzo dużo doktorantów w klinice i oni reprezentują zupełnie inne podejście. Rzadko zdarzają się lekarze młodzi, zresztą wykształceni z psychologii przeze mnie i przez zespół asystentów Zakładu Psychologii Klinicznej naszego Uniwersytetu, którzy byliby naprawdę zainteresowani pomocą psychologiczną. Bardziej są nastawieni na wybiórcze traktowanie człowieka z jego chorym narządem. Nie widzą człowieka całościowo, z jego potrzebami psychicznymi, z jego problemami, z jego całą sferą emocjonalną, duchową itd. Zawsze w swoim podejściu psychoterapeutycznym, w swoim kontakcie z pacjentami, starałam się podchodzić tak, żeby pacjen-

towi nie zrobić krzywdy, żeby nie pójść zbyt daleko, bo zawsze nasuwa się refleksja: możemy pomóc, ale nie możemy wejść za daleko i przez swoją interwencję psychologiczną dokonać czegoś złego w sferze funkcjonowania psychicznego człowieka chorego. Jeśli chodzi o kształcenie psychologów, to myślę, że powinno ono w większym stopniu uwzględniać choroby somatyczne. Przez wiele lat odnoszono czy nawet utożsamiano psychologa z klinikami psychiatrycznymi. Całe szczęście, że w latach siedemdziesiątych te bariery zostały przełamane, że psycholodzy trafili do klinik somatycznych. Myślę, że mamy bardzo dużo jeszcze do zrobienia. Wraz z postępowaniem medycyny i z postępowaniem diagnostyki medycznej mamy znacznie większe możliwości. Mam nadzieję, że będzie zmieniało się kształcenie, i podejście psychologów klinicznych do chorego somatycznie.

**Dr Barbara Bętkowska-Korpała (psycholog, Zakład Psychologii Lekarskiej CM UJ, poprzednio Klinika Kardiologii CM UJ).** Spróbuję odnieść się do sformułowanych przez Panią Profesor pytań, z perspektywy ostatnich dwóch dekad. Jakie tendencje obserwuję? Jestem przekonana, że postęp w medycynie jest rzeczą fantastyczną. Ma to ogromne znaczenie dla ratowania zdrowia i życia, ale również można zastanowić się nad trudnościami, jakie stawia przed medycyną postęp, technicyzacja. Każda nowa metoda diagnostyczna, terapeutyczna budzi nadzieje na większą skuteczność działań medycznych, szczególnie w zakresie medycyny inwazyjnej. Na niedawnym spotkaniu z lekarzami-kardiologami rozmawialiśmy, że wraz z technicyzacją medycyny, pośpie-

chem tracona jest więź z pacjentem. Mówili (z pewnym żalem), że coś bardzo ważnego w ich zawodzie im umyka. Jako psycholog przez wiele lat pracujący w zespole leczącym w oddziale somatycznym wiem, że dobry, terapeutyczny kontakt z pacjentem jest ważnym obszarem satysfakcji w zawodzie lekarza, ale też bywa trudny nie tylko ze względu na pewne możliwe ograniczenia ze strony lekarza ale też związane z kontekstem doświadczeń pacjenta i jego oczekiwań. Lekarz chcąc sprostać tym oczekiwaniom pacjentów, czy też nie akceptując własnych ograniczeń koncentruje się na tym co przynosi technicyzacja w medycynie. Być może zaniedbuje terapeutyczny kontakt z pacjentem, wspierający pacjenta w aktywnym radzeniu sobie z chorowaniem, kontakt motywujący do zmian nawyków życiowych na bardziej prozdrowotne. A ta forma pomocy pacjentowi jest nie tylko czasochłonna, ale i wymaga osobistego zaangażowania oraz wiedzy psychologicznej i umiejętności interpersonalnych.

To jest moja krótka refleksja odnośnie pierwszego pytania, która bezpośrednio wiąże się z drugim zagadnieniem. Zastanawiając się w jaki sposób psychologowie mogą przyczynić się do rozwoju współpracy z lekarzami, której cel jest ten sam i związany z pomocą osobie chorej, odniosę się w mojej wypowiedzi z perspektywy dydaktyka, który uczy psychologii lekarskiej studentów medycyny i lekarzy. Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom lekarzy ważne jest aby psychologia była przedmiotem ciekawym, który rozbudza ciekawość drugiego człowieka i pokazuje korzyści z wiedzy psychologicznej jakie może odnieść lekarz w pracy z pacjentem.

Istotna jest koncentracja na praktycznych aspektach wykorzystania tej wiedzy zarówno na poziomie rozumienia reakcji pacjenta, jak i w kontekście interwencji. Kilka lat temu na Wydziale Lekarskim Collegium Medium UJ został zmodyfikowany program nauczania, w kierunku form bardziej aktywnych. W treści zaczęliśmy uczyć studentów rzeczy bardzo konkretnych i praktycznych. Na przykład mówiąc o psychologii rozwojowej nie oczekujemy znajomości teorii, ale rozmawiamy o zachowaniach dziecka w różnych okresach życia i o tym na co zwracać uwagę, jak obserwować dziecko i jak wchodzić w kontakt z dzieckiem, jakie ono ma potrzeby, jak się z nim komunikować. Mówiąc o czynnikach psychologicznych w etiopatogenezie i rozwoju chorób somatycznych mamy świadomość, że badań w zakresie psychosomatyki jest ogromnie dużo, ale wybieramy tylko tę wiedzę, dzięki której można pokazać jakie to ma znaczenie dla zachowania pacjenta, i współpracy z nim. Analizując rolę lekarza w motywowaniu pacjenta do zmian w stylu życia wskazujemy na umiejętności budowania dobrej relacji i interpersonalnej i ćwiczymy podstawowe umiejętności porozumiewania się.

Kształcenie w aktywnym słuchaniu drugiego człowieka, odzwierciedlaniu emocji, poglądów pacjenta wymaga zobaczenia w nim partnera w rozwiązywaniu jakiegoś problemu zdrowotnego. Studenci ćwiczą korzystając z metod psychodramy, budują scenki na podstawie swojej wiedzy z seminarium i w ten sposób zaczynają się uczyć komunikować. Moje doświadczenie jest takie, że część studentów jest tym zafascynowanych, zresztą to widać po ocenach, jakie dosta-

jemy ucząc ich. Te oceny pokazują, że jest to dla nich wartościowe. Natomiast część studentów nie widzi jeszcze takiej potrzeby, bo nie pracuje z chorym. Lekarze, którzy mają przekonanie o swojej wiedzy i umiejętnościach medycznej, a więc doświadczają też ograniczeń chętnie deklarują gotowość do korzystania z psychologii w swojej pracy. Mam doświadczenie w prowadzeniu kursów poświęconych relacji lekarz-pacjent i wynika z niego, że zgłaszają się przede wszystkim specjaliści, kierownicy oddziałów. Szczególnie oni dostrzegają potrzebę rozwijania psychologicznych umiejętności. Ich motywacją była chęć uruchomienia tych zasobów, które pomagają w radzeniu sobie w procesie leczenia pacjentów. Myślę, że w rola psychologa w odniesieniu do oczekiwań lekarza jest próbą rozumienia ich perspektywy w leczeniu i zaproponowania im rozwijania psychologicznej wiedzy o funkcjonowaniu pacjenta/jego rodziny oraz treningu umiejętności psychologicznych, z których będą mogli korzystać zgodnie z postawą etyczną lekarza. To jest grupa narażona na wypalenie zawodowe i zwyczajnie, lekarze też potrzebują czasami życzliwej rozmowy z psychologiem, żeby zrozumieć chorego i siebie w tym procesie.

**Prof. dr hab. Alicja Nasiłowska-Barud (Kierownik Zakładu Psychologii Klinicznej UM w Lublinie).** Pani Doktor poruszyła bardzo ważny problem kształcenia studentów na Wydziale Lekarskim. To jest problem, z którym borykałam się do tego roku przez wiele lat. Zaczniemy od tego, że w Uniwersytecie Medycznym w Lublinie na Wydziale Lekarskim psychologia kliniczna, czy lekarska, bo nazwa zmieniała się w za-

leżności od podejścia oraz wytycznych pochodzących z Ministerstwa, jest na II roku studiów. Wtedy, kiedy studenci są po anatomii, biologii, historii medycyny i po chemii, a więc właściwie mają rozszerzenie materiału ze szkoły średniej. Zaczynają II rok studiów, gdzie jest ogromny materiał z biochemii, histologii, fizjologii, biofizyki i statystyki, a oprócz tego mają psychologię kliniczną. Kiedy zaczynałam pracę ze studentami II roku było 30 godzin dydaktycznych na grupę, 10 godz. wykładów, 20 godz. seminarium. Seminarium było tak naprawdę drugim wykładem, gdyż grupy studenckie były duże, aż 30-osobowe, i przez cały czas osoba prowadząca zmuszona była mówić, a nie dyskutować ze studentami. Zresztą przez 10 godzin wykładów niewiele można ich nauczyć, tak więc ratowałam się seminariami, na których starałam się przekazać jak najwięcej wiadomości. Trzy lata temu została jeszcze zredukowana liczba godzin do 25 na grupę. Co zostaje studentowi medycyny z psychologii lekarskiej, kiedy uczy się jej na II roku? Na koniec drugiego roku studiów na Wydziale Lekarskim, studenci mają do zdania ogromny egzamin z fizjologii, biochemii i histologii. W związku z tym idąc na wykłady z psychologii przynoszą ze sobą notatki albo książki do biochemii i rozkładają je pod ławką, żeby prowadzący nie widział. Student jest obecny ciałem, ale umysłowo jest przy biochemii, fizjologii czy histologii. Nie mogłam przeforsować tego, żeby zajęcia z psychologii były przeniesione na starsze lata studiów, a więc na czas, kiedy student Wydziału Lekarskiego ma zajęcia kliniczne, kiedy widzi człowieka chorego, widzi jego reakcje i zmiany stanu emocjonalnego. Widzi zmiany w osobo-

wości chorego, bo przecież wśród chorych leczonych z powodu chorób somatycznych są pacjenci z nerwicami, są pacjenci z zaburzeniami osobowości, są chorzy psychicznie itd. Nie tylko klasyczne choroby somatyczne i nic więcej. Student, który na IV lub V roku idzie do Kliniki nic już z psychologii nie pamięta. Natomiast zainteresowanie psychologią kliniczną jest bardzo duże. Obecna tutaj Pani Mariola Żuk potwierdzi, że w ubiegłym roku wolno nam było przyjąć na zajęcia fakultatywne 3 grupy po 20 osób, czyli 60 osób z Wydziału Lekarskiego, a zgłosiło się do nas się około 130 osób. Niestety nie mogłam przyjąć wszystkich, bo przepisy na to nie pozwalały.

**Mgr Jadwiga Berezowska-Pogoń (psycholog, Oddział Kardiologii z Intensywną Terapią SMS im. G. Narutowicza w Krakowie).** Przyszło mi do głowy coś takiego, że przez te lata, kiedy coś się działo w psychologii związanej z somatyką, to dołączyliśmy do zespołu leczącego jeszcze jedną osobę, a mianowicie chorego. I to jest wielka sprawa. Chory w tej chwili ma dużo większe szanse być nie tylko przedmiotem leczenia, ale także jego podmiotem. I to jest myślę nasza, psychologów, robota, wykonana i w kierunku pacjentów, i w kierunku lekarzy.

**Dr hab. Dorota Kubacka-Jasiecka, prof. UJ (Kierownik Zakładu Interwencji Kryzysowej i Psychoterapii IPS UJ).** Dziękuję Państwu wszystkim, to było szalenie interesujące, to, co Państwo powiedzieli. Otrzymaliśmy pewnego rodzaju przegląd stanowisk i opinii, zarówno lekarzy, jak i psychologów.

**Głos z Sali:** Ciekawe jest dopiero to, czego nie powiedzieliśmy...

**Dr hab. Dorota Kubacka-Jasiecka, prof. UJ (Kierownik Zakładu Interwencji Kryzysowej i Psychoterapii IPS UJ).** Chciałam się zwrócić do Państwa z sali, czy Państwo macie jakieś uwagi, pytania czy też chcielibyście Państwo podzielić się swoimi doświadczeniami.

**Prof. dr hab. Maria Kielar-Turska (Kierownik Zakładu Psychologii Rozwojowej IP UJ).** To, czego się tutaj dowiedziałam było dla mnie bardzo ciekawe, bardzo dziękuję za tę ostatnią informację, bo na nią czekałam. Myślę, że Pani Profesor Susułowska, której wykładów też słuchałam, otworzyła taką perspektywę na kontakt między lekarzem a psychologiem. Ale właśnie Państwo cały czas o tym mówią, jak zmienia się ten kontakt, jak lekarz jest coraz bardziej wyposażony w ogromną specjalistyczną wiedzę, jak psycholog jest wyposażony w całą gamę rozmaitych pojęć, która pozwoli mu i zwrócić uwagę na problemy i badać pacjenta z różnych punktów widzenia. Ale słuchałam i słuchałam i czekałam na to, aż wreszcie ktoś powie o tym, że w tej relacji pomiędzy lekarzem a psychologiem jest jeszcze pacjent. Ja sama wielokrotnie byłam pacjentem, i miałam wrażenie, że byłam osobą ważną – zresztą gdyby nie pacjent, to po co byłby i lekarz i psycholog? Także sprawą ogromnie ważną moim zdaniem jest to, że nie tylko zmienił się lekarz, nie tylko zmieniła się medycyna, nie tylko zmienił się psycholog, ale zmienił się pacjent. Człowiek jest bytem, który należy ujmować diachronicznie, to co się zmienia w naszej rzeczywistości nie pozostaje bez wpływu na to, jaki jest człowiek. Człowiek współczesny jest innym pacjentem niż ten sprzed dwudziestu

czy trzydziestu lat. Państwo zwrócili uwagę na coś niezwykle ważnego – że leczenie pacjenta to jest nie tylko „naprawienie” go somatyczne, ale też przebudowywanie jego mentalności. Wydaje mi się, że to jest znacznie ważniejsze i trudniejsze. Przez analogię powiem, że kiedyś, ileś lat temu, gdy zmieniał się system Pan Prof. Grzegorzczuk, filozof, pisał o tym, jak łatwo będzie przeprowadzić różne zmiany gospodarcze, ekonomiczne i rzeczywiście tak się stało. I jak ogromnie trudno będzie zmienić mentalność, mentalność człowieka, który będzie miał żyć w nowych warunkach. Wydaje mi się więc, że to, co jest ogromnie ważne i dla psychologa i dla lekarza to jest uwzględnienie tego, że ten pacjent którego mamy dziś jest inny, i to, co ten team może zrobić to właśnie oddziaływać na mentalność pacjenta.

**Dr Ewa Białek (Instytut Psychosyntezy, Warszawa):** Nie miałam okazji uczestniczyć w początkach działań tu na tym terenie, ani poznać pionierów, jak wspomniana tutaj Profesor Susułowska. Niemniej dla mnie wielkim autorytetem był Profesor Julian Aleksandrowicz jako hematolog i humanista, (sama będąc wtedy immunologiem i diagnostą klinicznym, pracując naukowo w AM i CMKP), a jego książka „U progu medycyny jutra” stała się dla mnie początkiem nowego myślenia na temat zdrowia i choroby.

Moje pierwsze kroki tutaj datują się nieco później, bo w 1998 roku. Dziękuję Doc. M. Magdoń i Profesorowi H. Gaertnerowi za wspieranie nowych trendów w medycynie i psychologii na Sympozjach Somatoterapii i Edukacji Psychosomatycznej. Dzięki nim 10 lat temu przywiozłam tu psychosyntezę po raz pierwszy na Sympozjum, a 17 lat

temu zetknęłam się z nią przypadkiem na zajęciach dla menadżerów.

Mówicie Państwo o potrzebie nowych metod, poszerzaniu warsztatu pracy, a z drugiej strony o coraz bardziej ugruntowującym się w psychologii podejściu salu- togenetycznym, wzmacnianiu zasobów pa- cjenta, a więc rozwijaniu psychologii zdrowia czy promocji zdrowia, podejścia integracyj- nego, a tym samym interdyscyplinarnego. Podkreślono potrzebę zapobiegania stresowi w samej służbie zdrowia i możliwościom uporania się z lękiem po obydwu stronach – i to zarówno personelu medycznego, jak i pacjenta, podobnie jak częstość występo- wania chorób diagnozowanych jako PTSD. Podkreślono konieczność rozwijania komu- nikacji terapeutycznej.

Mówimy więc wszyscy jednym głosem - i psycholodzy i lekarze, jak i wszyscy ci, zajmujący się promocją zdrowia z szer- szej perspektywy, o integralnym podejściu do zdrowia, o psychologicznych narzędziach niezbędnych lekarzowi do zrozumienia pa- cjenta i jego choroby, jak też zrozumienia siebie i wzajemnej komunikacji.

Wszystko to ma w sobie właśnie psychosynteza, nie tylko trzy w jednym (psy- chologię pozytywną, poznawczą czy egzy- stencjalną), ale wielość w jednym. Korzenie psychosyntezy tkwią w psychoanalizie, którą twórca psychosyntezy R. Assagioli wprowadzał do Włoch. Omalże 100 lat temu Assagioli pokazał profesorom we Włoszech inny wymiar psychologii niż psychoanaliza.

Tak jak Profesor J. Aleksandrowicz był wizjonerem („U progu medycyny jutra”), tak R. Assagioli był wizjonerem - prekurso- rem „psychologii jutra”.

Psychosynteza pozwala pacjentowi spotkać fizyczne, emocjonalne, mentalne i duchowe potrzeby, zbudować bardziej au- tentyczną tożsamość, doświadczyć głębsze- go poznania siebie, dając tym samym szer- szą perspektywę i lepsze proporcje, włącza- jąc wszystkie wymiary człowieka. Pozwala na głębszą, transpersonalną wizję jako pacjenta i głębszego kontekstu jego życia, jak i sensu choroby, włącza dwuogniskowe widzenie (cienie i potencjały, indywidualne życie i kontekst życia jako całości). Jest to serce procesu terapeutycznego, autentycz- ne, bez uzależniania przewodnictwo, ukie- runkowanie na umacnianie w sobie pacjenta (jego mocy, a nie mocy terapeuty). Nie leczy tylko symptomów, lecz całą osobę, relacje, rodzinę, społeczność, również traumy naro- dowe. Assagioli stworzył „naukę o Ja” (nie tylko teorię) - osobowym, ale i duchowym, które można znaleźć samemu przez do- świadczenie.

Psychosynteza jest wielowymiaro- wa, zarówno nadaje się dla medycyny jak i psychologii, zgodnie ze swą fundamentalną zasadą „gdy coś przychodzi na czas – jest to edukacja; gdy za późno – to terapia”. Jej głównym walorem jest to, że wplata się bez problemu w naukowy nurt psychologii kla- sycznej, gdyż swe korzenie czerpie z psy- choanalizy i z niej wychodzi. Dzięki temu staje się „pomostem” między tym, co już ist- nieje w nauce i tym, co dopiero wyłania się na horyzoncie (psychologia transpersonal- na). Tworzy tym samym zarówno przyczy- nek do medycyny zintegrowanej, jak i inte- gralnej psychologii oraz do energetycznego modelu człowieka (prezentowanego tu na Sympozjum przez Prof. Pilkiewicza (podob-



nie jak na Sympozjum Polskiej i Światowej Akademii Medycyny), jako wstęp do psychoenergetyki.

Psycho-synteza przede wszystkim wychodzi od zdrowia i z tym wspaniale wplata się w nowoczesne podejście salutogenetyczne. Nie jest jednak tylko usprawnianiem siebie (np. sfery emocjonalnej, czy większej koncentracji, większej energii, np. rozluźnienia), lecz pozwala ujawnić całościowość (podejście holistyczne) i nowy, szerszy wymiar ludzkiej psyche, włączając wymiar transpersonalny (duchowy). Nie wystarczy też uczenie teorii psychologii transpersonalnej, gdyż brakować będzie elementu scalającego, właśnie pomostu, połączenia wszystkiego razem, syntezy, która jest istotna do integracji tego, co już istnieje, z tym co przychodzi nowego.

W psychice według R. Assagiolo proces podświadomy wymaga czasu, żywego zasymilowania doświadczeń. Przypomina to „fizyczną ciężę”, a jest „psychiczną ciężę”. Obydwe zachodzą w głębokości, są spontaniczne i autonomiczne, potrzebują ciemności do zaistnienia i obydwie kończą się „cudem narodzin”.

Tak jak w medycynie jest opisany poziom homeostazy, tego rodzaju opisu homeostazy trzeba na poziomie psychologicznym. Coraz częściej mamy obecnie do czynienia z zaburzonymi procesami równowagi organizmu na poziomie psychoduchowym u dzieci i młodzieży, przy braku dogłębnych badań i opisów homeostazy w psychologii. Mało które dziecko nie jest bowiem traumatycznie ranione w czasie porodu lub nawet przed nim, a coraz mniej dzieci ma „szczęśliwe dzieciństwo” (szereg

moich artykułów na ten temat w zakresie pedagogiki, m.in. Dydaktyka Literatury, na konferencjach o nowym modelu edukacji czy na temat krzywdzenia dziecka oraz w książce „Zrównoważony rozwój dziecka w świetle nowych wyzwań”- IMPULS, Kraków, 2009). Właśnie w trakcie dyskusji padły postulaty głębszego rozumienia dziecięcych chorób i roli w nich czynników psychogennych. Jest to wyjątkowo ważne podejście, niezbędne nie tylko w terapii, ale w profilaktyce i promocji zdrowia, w kształtowaniu świadomości zdrowotnej na każdym etapie edukacji, włączając kształcenie rodziców.

Wszystkie te aspekty: zarówno podejście od zdrowia (wspierające zdrowie), profilaktyczne i terapeutyczne, elementy zawarte w wymienionych przez Doc. Ostrowskiego gałęziach psychologii – zawarte są w psycho-syntezie, w jej integracyjnym podejściu do zdrowia we wszystkich jego wymiarach, czego nie mają wymienione wyżej dziedziny. Ma także podejście do społecznego wymiaru chorób, a nawet metody pracy z traumami narodowymi.

W trakcie dyskusji zwracano uwagę na ogrom pracy, jaka spada nie tylko na lekarzy, ile też psychologów na oddziałach szpitalnych.

Przedem wszystkim, moim zdaniem należy działać równolegle na wielu płaszczyznach, aby odciążyć system leczenia zamkniętego, wychodząc od kształtowania świadomości prozdrowotnej na każdym etapie kształcenia, a nawet rozpoczynając już w domu – tworząc szkoły dla rodziców, o co apelował nieżyjący już Profesor. E. Rużyłło (książka „Myśli o wychowaniu człowieka”).

Profesor J. Aleksandrowicz, wybitny

humanista uważał, że należy porzucić mity o nieuleczalności chorób, uczyć jak żyć i jak zachować zdrowie.

Psychosynteza daje – za postulowaną przez Profesora J. Aleksandrowicza tezę - „nadzieję na życie”, umacniając nie tylko w mocy pacjenta w sobie, ile pomagając mu odkryć sens jego choroby, a tym samym także sens jego życia na głębokim, psychoduchowym poziomie.

Pozwala zrozumieć siebie – lekarza, psychologa, także pacjenta. To jest jej zasadniczy aspekt – *edukacja siebie samego*, tak jak „lekarz staje się Lekarzem, gdy sam staje się lekarstwem” - za Paracelsusem.

Psychosynteza uwalnia lęk i pozwala wyrażać emocjonalne zdrowie i autentyczność, poprawia jakość życia, stabilizuje osobowość. Pozwala na integrację doświadczeń w kontrolowany sposób, ukazuje nadwyżkę sensu, przekraczając ból i cierpienie czy egzystencjalne kryzysy, uwalnia twórczy potencjał osoby. Tym samym wpisuje się w trzy nurty wspomnianych tu kierunków w psychologii.

Zamiast szukać wielu podejść i teorii przekuć na praktykę, w jednym systemie psychosyntezy znaleźć można wszystko, a nawet więcej, za H. Romanowską-Łakomy „nadwyżkę sensu” – zarówno teorię, jak i dobrze udokumentowaną praktykę, a do tego włączającą duchowy wymiar człowieka, nieobecny dotychczas w żadnym z systemów. I do tego wywodzi się ona z systemu obowiązującego od przeszło wieku w nauce, traktując człowieka całościowo, a nie wyrywkowo.

Psychosynteza nie tyle jest teoretyczna, ile właśnie praktyczna, a jej metody

od lat są używane nie tylko w edukacji, a tym bardziej w terapii w różnych krajach i respektowane przez system opieki zdrowotnej (np. Wielka Brytania: psychosynteza jest nauczana np. w University of East London w terapii).

**Dr hab. Helena Wrona-Polańska, prof. UP (Kierownik Katedry Psychologii Zdrowia UP).** Dziękuję Prof. Kielar-Turskiej za podkreślenie tej podmiotowości w leczeniu. Myślę, że jeśli mówimy tu o dwóch ikonach: Pani Prof. Susułowskiej i Panu Prof. Aleksandrowiczu, nie wymieniając innych, to oni nas uczyli, oni tak podchodzili do człowieka i my nawet nie musimy tego podkreślać. Ja w swoim wykładzie dziś podkreślałam, że najważniejszą rolą jest aktywizowanie pacjenta, aby w interakcji lekarz-pacjent ciężar przeniósł się z diagnostyki na współpracę i aktywizację. Jeśli kiedyś zaznaczała się bezradność medycyny i lekarza wobec chorób nieuleczalnych to psycholog odgrywał najważniejszą rolę, bo w takich sytuacjach można się tylko odwołać do podmiotowości pacjenta i tak postępowaliśmy w Klinice. Bardzo ważne jest wzmacnianie zasobów, żeby prowadzić do nadziei. W ubiegłym roku organizując Światowy Kongres Naukowy Juliana Aleksandrowicza w stulecie jego urodzin i dwudziestą rocznicę śmierci wydałam taką książkę „Julian Aleksandrowicz jako dawca nadziei”.

**Dr Piotr Słowik (psycholog, Zakład Interwencji Kryzysowej i Psychoterapii IPS UJ).** Jak słuchałem Państwa wypowiedzi to nasunęła mi się refleksja, że wiele zależy też od ośrodka. Ośrodek krakowski, tak jak tu słyszałem, jest niemal wzorcowy. Jest o nim wiele dobrych opinii. Natomiast z wy-

powiedzi Prof. Szewczyka na temat współpracy z administracją czy Prof. Nasitowskiej-Barud na temat uczenia psychologii można wnosić, że są pewne problemy. Inaczej, na przykład wnioskując z wypowiedzi Pani dr Bętkowskiej, wygląda sprawa w Krakowie. Pomyślałem sobie, że może w Krakowie czy Lublinie nie jest dobrze, ale pewnie są ośrodki w Polsce, gdzie jest jeszcze gorzej, gdzie w pewnych powiatowych szpitalach w ogóle nie ma psychologów i mnie się wydaje, że potrzeba by takiej integracji środowiska psychologicznego, aby promować to, co sobie właśnie powiedzieliśmy. Aby pokazywać znaczenie psychologa w pracy z pacjentem chorym somatycznie.

**Dr hab. Dorota Kubacka-Jasiecka, prof. UJ (Kierownik Zakładu Interwencji Kryzysowej i Psychoterapii IPS UJ).** Proszę Państwa, czas nie pozwala mi już na podsumowanie tej wielowątkowej dyskusji, pozwolę sobie tylko na jeden komentarz. Kiedy wczoraj przejrzałam zapis tamtego sympozjum i dziś słuchałam Państwa – to są dwa różne światy. To, co się stało nawet trudno porównywać. Przesunęła się problematyka, zmienił się nam ustrój - z tego też wynikają ważne różnice, choćby związane z finansowaniem służby zdrowia. Pojawiają się też nowe trudności. Chciałabym wszystkim Państwu podziękować za udział w tej dyskusji, która mogłaby być dłuższa, ale być może będzie kontynuowana.

**Dr hab. med. Bożena Grochmal-Bach (Kierownik Zakładu Psychologii Rozwoju i Rehabilitacji IPS UJ).** W moim odczuciu każda choroba somatyczna ma aspekt psychiczny, obojętne, czy choroba wpływa na stan osobowości w sensie jego uwarunko-

wań organicznych, czy też są to nerwicowe zaburzenia depresyjne lub lękowe. Objawy psychiczne i somatyczne u każdego pacjenta powodują, iż zarówno lekarz, jak i pozostali terapeuci (rehabilitanci, pedagogowie, pielęgniarki) mają problemy w porozumiewaniu się z chorym. Natomiast psychologowie - w oparciu o psychologię zdrowia, psychologię pozytywną egzystencjalną czy poznawczą - starają się prześledzić emocje pacjenta, strukturę jego osobowości i sposób jego funkcjonowania. Stąd też kwestia ukierunkowanego szkolenia nie tylko psychologów klinicznych, ale też i innych pracowników służby zdrowia staje się bardzo istotna, albowiem każdy z tych pracowników powinien - w praktyce znaleźć odpowiedni sposób porozumiewania się z chorym.

W modelu kliniczno-opiekuńczym lekarze i psychologowie patrzą na chorego jako na człowieka niepełnosprawnego, słabego, niezaradnego, niesamodzielnego, a więc potrzebującego pomocy i opieki. W modelu środowiskowo-profilaktycznym pacjent spostrzegany jest jako istota samodzielna, umiejąca sobie radzić nie tylko z problemami życia, ale i choroby, co w efekcie prowadzi do edukacji zdrowotnej i profilaktyki.

Prof. D. Jasiecka wspominała, że na Sympozjum zorganizowanym w 1974 r. dyskutowano nad dwoma modelami pracy psychologa z chorymi. Były to model uzupełniający i model integracyjny. W modelu uzupełniającym psycholog zajmuje się stanem emocjonalnym pacjenta nie włączając się w problemy lekarskie. Natomiast w drugim modelu pracy psycholog jest członkiem zespołu, współpracuje z lekarzem na etapie diagnozy i terapii. Zgodnie z moją obserwacją jest to najwłaściwsza forma współpracy.

Niezmiernie ważne jest, aby w obecnych czasach mógł być i działać psycholog na wszystkich oddziałach szpitalnych.

Wiadomo o tym, że bodźce stresowe, reakcje depresji, lęku zmieniają odporność np. na infekcje. Ponadto adaptacja chorego do warunków środowiska (poza granice homeostazy) dotyczy całego zespołu mechanizmów biochemiczno-immunologicznych (głównie enzymatycznych), które w efekcie dają obniżenie bariery odpornościowej! Wszelkie czynniki chorobotwórcze (biologiczne, fizyczne, chemiczne czy psycho-społeczne) mając ułatwiony dostęp do organizmu, sieją w nim spustoszenie i doprowadzają do przedwczesnych zgonów. Taki przebieg choroby powstały w następstwie zazębiających się czynników ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego sugerują, że obliczone koszty terapii cerebropatii i zaburzeń somatycznych są znacznie wyższe niż kosztów działań profilaktycznych. Oznacza to, że najskuteczniejsza profilaktyka polega na utrzymywaniu naturalnej obronności organizmu oraz na utrzymywaniu środowiska w takim stanie, aby nie oddziaływało chorobotwórczo na jednostki.

Medycyna współczesna powinna być jednakowo zainteresowana utrzymywaniem człowieka w zdrowiu, jak i leczeniem go już w chorobie. Nieracjonalna gospodarka środowiskowa (wyczerpywanie zasobów przyrody bez względu na przyszłe konsekwencje), niewłaściwe stosunki pomiędzy ludźmi sprawiają, że każdy człowiek musi się bronić, chronić żyjących przed niepotrzebnymi cierpieniami (tzw. „profilaktyka szkód”).

Jak wiadomo medycyna i psychologia uważają się za dyscypliny racjonalne, ale nie w pełni nimi są. Również nie są do końca sztuką. Ale mimo to i lekarz i psycholog, razem współdziałający powinni stworzyć

model „człowieka jutra”, człowieka doskonalszego niż obecny, bez chorób psychicznych i somatycznych. Powinni uczyć jak żyć, by zachować zdrowie, by się rozwijać, by żyć twórczo i szczęśliwie.

Powszechnie wiadomo, że rozproszenie wiedzy, umiejętności i doświadczenia na coraz to węższe specjalności lekarskie i psychologiczne oddziela wiedzę i prawdę o każdym człowieku. Obliczono, że nakłady na leczenie pacjenta, który ma dolegliwości rozmaitych narządów, zakwalifikowanego do leczenia u różnego typu specjalistów oraz zaburzenia stanu psychicznego wkomponowane w złożone zespoły psychologiczno-socjologiczne przewyższają koszty zapobiegania jego zaburzeniom. Stąd postulat do lekarzy i psychologów, aby każdy człowiek (kierując się normami moralnymi i kanonami etyki) mógł żyć w dobrym stanie psychosomatycznym, w sposób mądry i racjonalny.

Humanizacja medycyny, koncepcja psychologiczno-medycznego, holistycznego leczenia powinna również tak działać, aby w sytuacji nie w pełni jeszcze rozwiniętej choroby nie dopuścić do nasilenia ryzyka i ujawnienia patologii. Wymienione powyżej zagadnienia powinny być uwzględniane w trakcie przygotowania zawodowego, w ramach planów studiów. Pozwoli to nie tylko na zaznajomienie się z tą problematyką, ale również uwrażliwi przyszłych lekarzy i psychologów na efektywność działań profilaktycznych. Kształtowanie postaw humanistycznych i całościowego widzenia pacjenta pozwoli zmienić dotychczasową praktykę i będzie ręką pożytywnego stosunku do chorego człowieka<sup>3)</sup>.

---

<sup>3)</sup> Głos przesłany na prośbę kwartalnika „Sztuka Leczenia”.

## Dorota Kubacka-Jasiecka

### Podsumowanie dyskusji

Krótkie podsumowanie wypowiedzi i głosów wielowątkowej, interesującej dyskusji, a zarazem jej odniesienie do tej, która odbyła się w Modlnicy przed 35 laty okazało się zadaniem nieprostym. Pomimo narastającej wiedzy psychologicznej, upowszechnienia się zawodu psychologa i zwiększeniu zatrudnienia psychologów w służbie zdrowia warunki, w których funkcjonują dziś psychologowie na oddziałach somatycznych w niektórych placówkach uległy znaczącemu pogorszeniu. Przemiany ustrojowe wraz z nową organizacją służby zdrowia pociągnęły wiele niekorzystnych konsekwencji dla funkcjonowania psychologów w placówkach służby zdrowia. Trudności finansowe państwa i szpitali odbijają się w ostatnim czasie na ograniczeniu etatów dla psychologów, a w rezultacie zwiększeniu liczby pacjentów przypadających na jednego psychologa oraz skrócenie czasu, jaki może on pacjentom poświęcić; psychologowie zatem są zmuszeni dokonywać wstępnej selekcji chorych, wymagających bezwzględnie pomocy psychologa. Inne problemy, na które napotykają psychologowie zatrudnieni na oddziałach somatycznych wiążą się z wiekiem przyjmowanych pacjentów – w ostatnim czasie narasta liczba pacjentów coraz starszych (w efekcie postępów medycyny), a także coraz młodszych (wpływ warunków współczesnego życia, sposobu odżywiania, stresu) niosących odmienne (choć równie złożone) problemy psychologiczne. Szczególne trudności wiążą się z koniecznością orientacji

psychologów w wynikach coraz bardziej skomplikowanych wynikach badań laboratoryjnych oraz nowych, zaawansowanych procedurach diagnostycznych i terapeutycznych.

Popularności psychologów i znaczeniu ich roli w procesie leczenia chorych somatycznie stanęły na drodze procedury refundacji kosztów leczenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia niedostatecznie uwzględniające rolę psychologa. Szczególne trudności dotyczą małych ośrodków oraz lecznictwa otwartego – nie sprzyjają one prozdrowotnej działalności i leczeniu zarówno przez lekarzy, jak i psychologów. Występuje również uciążliwy brak lekarzy specjalistów: pediatrów, psychiatrów, ośrodków terapii środowiskowej i placówek dziennego pobytu.

Niespotykanemu dotąd fantastycznemu rozwojowi procedur medycznych opartych na postępie i farmakologii wprowadzających inwazyjne metody leczenia towarzyszy unikanie osobistego kontaktu i uprzedmiotowienie chorych. „...im bardziej medycyna się technicyzuje, co jest dla pacjenta fatalne, tym bardziej psycholog jest potrzebny ... teraz zapotrzebowanie na niego rośnie” zauważa prof. J. Łazowski.

W dyskusji podniesiono konieczność psychologicznego szkolenia lekarzy – zwiększenia liczby obowiązujących dotychczas na studiach medycznych godzin oraz form szkolenia. Postulowano konieczność opracowania nowych, praktycznych programów obejmujących naukę nawiązywania kontaktu z pacjentem, również trudnym, nieuleczalnie chorym i umierającym. Kontakt otwierającego na myślenie o chorobie w kategoriach nadziei i zdrowia. Prof. M. Motyka

uważa za konieczne, aby uczyć lekarzy komunikacji terapeutycznej „żeby nie wyręczali się psychologiem, ale żeby przejmowali te psychologiczne funkcje, które są integralnym elementem leczenia”. Dr B. Bętkowska-Korpała zwraca uwagę na konieczność psychologicznego wspierania nie tylko pacjentów, ale i lekarzy: „To jest grupa bardzo wypalona zawodowo i oni także zwyczajnie potrzebują czasami takiej rozmowy z psychologiem, aby zrozumieć chorego i siebie w tym procesie”.

Nastąpił niewątpliwie rozwój teorii psychologicznych dających oparcie działalności psychologów w obszarze psychosomatyki i somatopsychiki. Przyniosły one świadomość znaczenia czynników psychologicznych w etiologii, przebiegu i efektywności leczenia niektórych chorych. Ważnych rozstrzygnięć dostarczają przede wszystkim psychologia poznawcza, psychologia zdrowia wraz z podejściem integracyjnym, holistycznym i salutogenetycznym. Wprowadzają one nowe pojęcia i znaczenia, ukazują prozdrowotne mechanizmy i zależności. Kluczową rolę odgrywa pojęcie stresu psychologicznego, zasobów indywidualnych i środowiskowych określających poziom odporności na stres oraz zasoby kompetencji i strategii zmagania się wraz z mechanizmami obronnymi. Akcentuje się zdolność utrzymania niezależności, zachowania autonomii i kontroli w sytuacji choroby, jak i umiejętności sięgania po wsparcie emocjonalno-społeczne. Podnosi się rolę pozytywnych emocji, poczucia szczęścia, sensu życia i nadziei. Znaczenie ma poziom dojrzałości chorych i zdolność dostrzeżenia wartości w chorobie i cierpieniu.

Dyskutanci podkreślali fakt coraz lepszego teoretycznego przygotowania psychologów do pracy z chorymi somatycznie. „...psychologia teoretyczna jest w tej chwili kopalnią nowych kategorii, które tylko czekają na to, żeby je operacjonalizować, uczynić przydatnymi do badania ... również chorych somatycznie ... pozwolą one wykazać sensowność pobytu psychologa na oddziale” ujmuje aktualną sytuację dr hab. T.M. Ostrowski. Psychologowie zatrudnieni w służbie zdrowia winni nieustannie uzupełniać swoją wiedzę i przygotowanie zawodowe w zakresie szeroko rozumianej psychologii klinicznej, nie tylko chorego somatycznie, podnoszenia swoich kompetencji świadczenia pomocy psychologicznej i prowadzenia psychoterapii.

Podkreślano konieczność poszerzania również wiedzy tzw. kontekstowej – medycznej, ukierunkowanego szkolenia psychologów w obszarze związanym z chorobami pacjentów danej placówki zatrudniającej psychologa. Umożliwia to nawiązanie merytorycznego dialogu z lekarzem, pozwala na udzielenie pomocy choremu poprzez dostosowanie przekazywanych mu informacji do poziomu jego wiedzy i możliwości intelektualnych. Prof. J. Łazowski oczekuje, aby w kontekście pomocy pacjentom somatycznym psychologia stała się nauką „bardziej biologiczną, ewolucyjną, czy może etologiczną ... taką psychologię chciałbym widzieć w przyszłości”.

Można sądzić, że psychologia uporała się już z problemem stawiania diagnozy poszczególnym pacjentom, kwestią doboru narzędzi diagnostycznych i ich adekwatności w badaniu osób chorych somatycznie.

Prawdopodobnie zmniejszyło się znaczenie uzyskiwania ilościowych, obiektywnych wyników pomiaru w praktyce psychologicznej na oddziałach somatycznych.

Podstawowym problemem działalności psychologów wobec pacjentów somatycznych pozostaje przede wszystkim obniżanie poziomu niepokoju i lęku oraz podtrzymanie nadziei, zapewnienie pacjentom poczucia bezpieczeństwa i przeciwdziałanie rozwojowi poważnych stanów depresyjnych. Służą temu umiejętności nawiązania empatycznego kontaktu z chorymi, dawania wsparcia emocjonalnego, pomoc w aktywizowaniu zasobów, prowadzenia psychoterapii podtrzymującej i elementarnej; „oddziaływanie psychologiczne w kontakcie z pacjentem to są takie ważne rzeczy, na których teraz się bardziej koncentrujemy i czujemy się w nich mocniej” zauważa Prof. M. Motyka. Wskazuje się na konieczność poszukiwania nowych, efektywnych strategii krótkoterminowego oddziaływania, również w kilkusobowych grupach pacjentów, organizowania i konsultowania grup samopomocy. Ważną kwestią jest uznanie znaczenia aktywności pacjenta, jego świadomego partnerstwa w procesie leczenia zarówno medycznego jak i psychologicznego. Istotne znaczenie mają możliwości działań profilaktyczno-prewencyjnych, zapobiegających rozwojowi czy nawrotowi choroby; psychologowie winni wspierać kształtowanie prozdrowotnej świadomości chorych, jak również oddziaływanie na rodzinę i najbliższe środowisko pacjenta. Prof. H. Wrona-Polańska ujęła to następująco: „klinika nie tylko leczy, ale także uczy jak żyć, aby zachować zdrowie”.

J. Berezowska-Pogoń dostrzega

nowe zadanie dla psychologów w przychodniach i na oddziałach internistycznych, w których znacząca liczba chorych to osoby z problemami emocjonalnymi. Psychologowie mogliby w wielu przypadkach efektywnie zastąpić lekarza.

Zwiększenie liczby psychologów zatrudnianych w ciągu ostatnich 30 lat w placówkach służby zdrowia świadczy, że lekarze w znaczącej liczbie są świadomi znaczenia czynnika psychologicznego w powstawaniu niektórych schorzeń, doceniają rolę psychologa w diagnozie i terapii (wyróżniona rola psychologii na oddziałach psychiatrycznych); psychologowie mogą również z powodzeniem uczestniczyć w badaniach naukowych prowadzonych w placówkach medycznych.

Utrwalił się przynajmniej w wiodących placówkach lecznictwa model pracy psychologa jako członka zespołu leczącego; „... u nas to już była normalna sprawa, że psychologowie są i wchodzi w skład zespołu i współuczestniczą w prowadzeniu pacjentów” stwierdza Prof. L. Szewczyk.

Prof. H. Wrona-Polańska mówiła o ważnej roli wizji, oczekiwań i ambicji każdego z psychologów wypracowania własnej pozycji i prestiżu. Psycholog „Musi mieć ogromną indywidualność, żeby (ponieważ jest jeden w tym zespole) był w stanie tak zaprezentować swoje umiejętności i swój warsztat pracy w kontekście pomocy pacjentom”. Niestety ostatnie redukcje zatrudnienia psychologów w służbie zdrowia grożą zastępowaniem modelu psycholog-współpracownik zespołu modelem konsultanta.

Jak można zauważyć, okres ponad

30 lat praktyki psychologów na oddziałach somatycznych przyniosł znaczące zmiany: wzrosła wielokrotnie liczba zatrudnionych psychologów w lecznictwie somatycznie chorych, doceniono ich wysiłek i wkład w pomoc osobom chorym, utrwalił się model uczestnictwa psychologów w zespole leczącym. Zmiany dotyczą zejścia na plan dalszy zagadnienia informowania pacjentów i wartości i rodziny o groźnej diagnozie i zastanawiania się do kogo należy przykry obowiązek. Przede wszystkim można obserwować znaczące przesunięcie uwagi samych psychologów i zmniejszenie znaczenia procesu diagnozowania psychologicznego chorych oraz narzędzi pomiaru na rzecz akcentowania roli pomocy psychologicznej, różnorodnych form terapii oraz prewencji. Kwestię prewencji i profilaktyki zdrowia najmocniej podkreśla Prof. B. Grochmal-Bach, wraz z aspektem nakładów finansowych „Medycyna współczesna powinna być jednakowo zainteresowana utrzymaniem człowieka w zdrowiu, jak i leczeniem go już w chorobie. (...) nakłady na leczenie przewyższają koszty zapobiegania zaburzeniom”. Drogą do tego celu jest humanizacja medycyny wraz z holistycznym psychologiczno-medycznym podejściem do chorego.

Zmiany w treści oddziaływań świadczą o odrzuceniu modelu patogenetycznego na rzecz salutogenetycznego oraz rozwijania oddziaływań nawiązujących do tezy i badań psychologii pozytywnej. Za istotną przemianę uznałabym przesunięcie uwagi i aktywności z własnych trudności i problemów psychologów (pomijam tu skargi na niekorzystne zmiany wynikające z problemów finansowych) na pacjenta, którego osoba,

a nie tylko aktualna choroba, staje w centrum zainteresowania pomagających: „Człowiek współczesny jest innym pacjentem niż ten sprzed dwudziestu, czy trzydziestu lat...” zauważa Prof. M. Kielar-Turska – „leczenie pacjenta to jest nie tylko „naprawienie” go somatycznie, ale też przebudowywanie jego mentalności. Wydaje mi się, że to jest znacznie ważniejsze i trudniejsze”. To ważna wypowiedź podkreślająca współuczestnictwo psychologów w przemianie samoświadomości i koncepcji własnej osoby i choroby pacjentów; wypowiedź określa również znaczącą relację między składowymi osoby chorego – cierpiącym ciałem, udręczoną psychiką i siłą ducha. „Chory w tej chwili ma duże szanse być nie tylko przedmiotem leczenia, ale także jego podmiotem” – wyraża podobną myśl J. Berezowska-Pogoń.