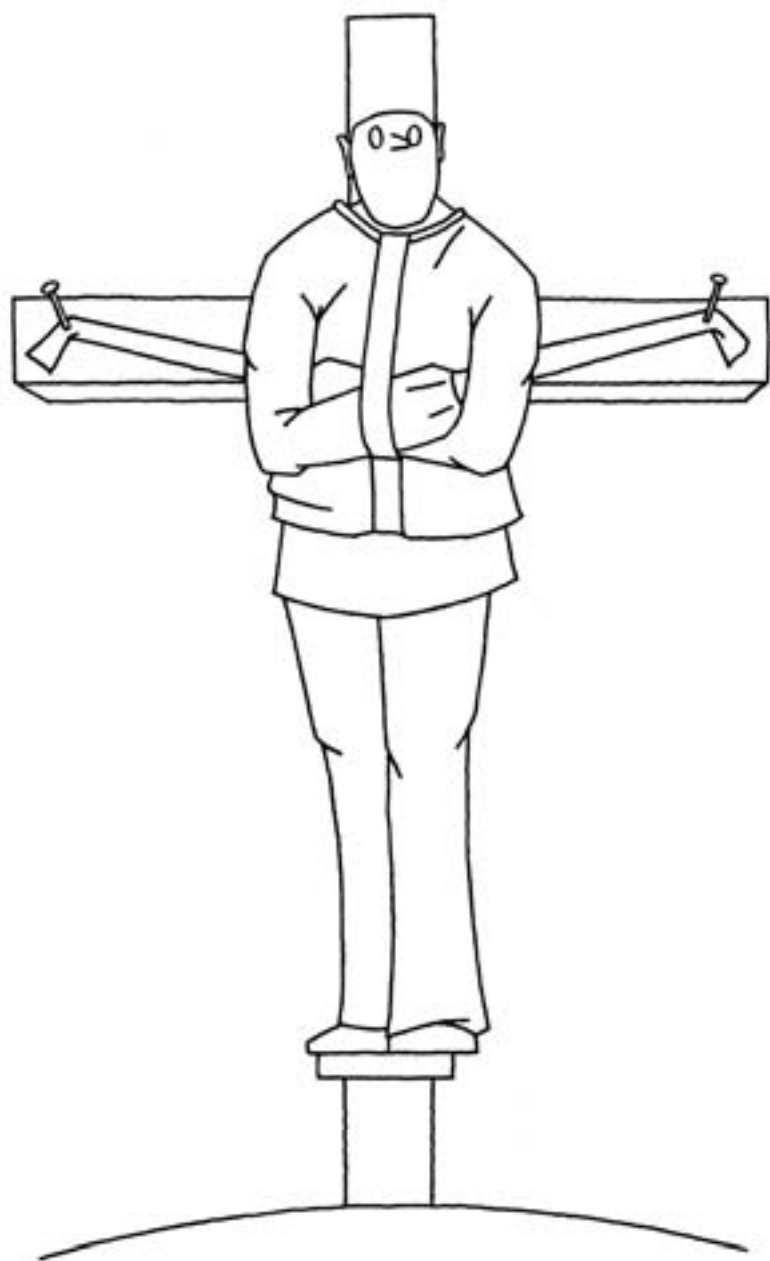


A close-up portrait of an elderly man with white hair and deep wrinkles, resting his head on his hand. He is wearing a blue shirt. The background is blurred.

Vyšehrad ROZHOVORY

Renata Červenková /  
**Radkin Honzák**  
**VŠICHNI ŽIJEM'**  
**V BLÁZINCI**

Současnost očima psychiatra



Renata Červenková /  
Radkin Honzák  
**VŠICHNI ŽIJEM'  
V BLÁZINCI**

Současnost očima psychiatra

Vyšehrad

Kniha vychází  
v roce 80. výročí založení  
nakladatelství Vyšehrad  
|1934–2014|

## Renata Červenková / Radkin Honzák **VŠICHNI ŽIJEM' V BLÁZINCI**

Ilustrace Miroslav Barták

Obálku s použitím fotografie Jana Majera

a grafickou úpravu navrhl Vladimír Verner

Odpovědná redaktorka Radka Fialová

Elektronické formáty připravil KOSMAS, [www.kosmas.cz](http://www.kosmas.cz)

E-knihu vydalo nakladatelství Vyšehrad, spol. s r. o.,

roku 2014 jako svou 1287. publikaci

Vydání v elektronickém formátu první

(podle prvního vydání v tištěné podobě)

Doporučená cena E-knihy 160 Kč

Nakladatelství Vyšehrad, spol. s r. o.,

Praha 3, Víta Nejedlého 15

e-mail: [info@ivysehrad.cz](mailto:info@ivysehrad.cz)

[www.ivysehrad.cz](http://www.ivysehrad.cz)

Copyright © Renata Červenková, Radkin Honzák, 2014

Illustrations © Miroslav Barták, 2014

ISBN 978-80-7429-491-4 (pdf)

*Tištěnou knihu si můžete zakoupit na [www.ivysehrad.cz](http://www.ivysehrad.cz)*

Pusťte dovnitř zabláceného psa!

Jacques Prévert

Znám ho bůhví od kdy. A zaujal mě hned: na rozdíl od většiny těch, které jsem ve své novinářské kariéře zpovídala, totiž každou chvíli alibisticky neříkal „ale to tam, paní redaktorko, nepište“.

Černá káva, kterou vaří, by kardiaka dozajista porazila. Je stejně silná jako jeho přesvědčení, že medicína není vznešené poslání, ale řemeslo, a má se – jako každé jiné – dělat poctivě.

„Tak o čem ta naše knížka vlastně bude?“ nastolila jsem zásadní problém v jeho kouřem konzervované pracovně v bohnické psychiatrické léčebně, když půvabná třešeň za obřím oknem právě přicházela o listy.

O dnešním světě očima psychiatra, co se dožil pětasedmdesáti let a půl století už naslouchá cizím lidským strastem, takže o životě ví své – shodli jsme se nakonec.

Dopovídáno bylo, když se mlčenlivý svědek našich debat obsypal květy.

Cestou od první stránky k poslední nás provázely desítky krabíků chlebíků, švestkové koláče a někdy i meruňkové – ty pan doktor zvláště rád. Mě navíc mrazivý pocit z až hmatatelné nedostatečnosti vlastního vzdělání a rozhledu v jakékoli oblasti, na kterou jsme při našich rozhovorech narazili. Stačil první, a rozdělení rolí bylo jasné: já nevím (téměř) nic, on ví (skoro) všechno.

Jaké to asi je, mít v hlavě uloženo a roztříděno to, pro co si většina z nás musí chodit na internet nebo do knihovny? Jména, data, názvy, události... vše řečené spatra jsem následně ověřovala. Zbytečně. Všechno vždycky sedělo.

Dokonalé vědomí souvislostí – ve světě povrchních pravd a rychlých soudů jev k neuvěření.

„Ale vždyť to víte taky, jen si to nevybavujete,“ chlácholil mě ten hřmotný vtipný chlapík, co má navrch v paměti uložené stovky básní, jednu krásnější než druhou, a během vteřiny dokáže vylovit tu pravou, aby poezií doložil pravdu z rodu vědeckých.

Přesto si ani on nevybavuje, kde a kdy jsme se vlastně kdysi potkali. Aspoň v jednom jsme na tom stejně.

*Renata Červenková*

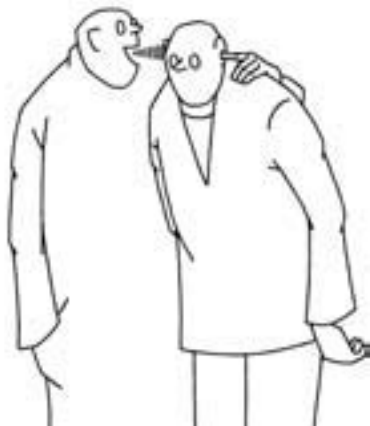




# **Pacientské lži, doktorské pravdy, a naopak**

Nikdy neříkejte „sakra“,  
dokud je pacient při vědomí.

Stettnerův zákon pro chirurgy



*„Pacient uposlechně sotva polovinu z toho, co mu radí lékař, utají to však, a lékař se tváří, že mu věří, že se podle jeho rad řídí,“ konstatoval v rozhovoru pro časopis Reflex jeden z nestorů české psychiatrie Oldřich Vinař. Souhlasíte s ním?*

Ono je to drobet složitější. Představte si obdélník – to je informace, kterou podává lékař. Teď si představte druhý, stejně velký – to je informace, kterou si odnáší pacient. Položte ho na ten první tak, aby se oba překrývaly jen částečně. Tam, kde splývají, byla informace převzata, tam, kde přechází „pacient-ský“ obdélník, byla tvůrčím způsobem doplněna a tam, kde vykukuje „doktorský“, zůstala, jak se říká, v luftě.

Každý pacient zkrátka část informace nezachytí a část si přidá. Opakované výzkumy prokázaly, že průměrně inteligentní člověk v nijak závažné zdravotní situaci, odcházející od komunikativně průměrného doktora, si nepamatuje třetinu řečeného. Je to pro něj totiž natolik náročná situace, že je pod stresem. Pak záleží na okolnostech, kolik ze zachycené informace promění ve skutky.

Začátek vzájemného nedorozumění je však někde jinde: v tom, že jeden mluví o voze a druhý o koze. Pacient už přichází se svým názorem na věc a doktor má taky svůj – a ještě k tomu svá omezení. Kdybyste měla pro nemocného zařídit všechno, co kolikrát požaduje, stálo by to spoustu peněz,

které ale nemáte k dispozici. Pacient vždycky bude jednat podle svých not, je to přece jeho nemoc, jeho subjektivní zkušenost se změněným zdravotním stavem, který vám navíc nikdy nepřevypráví tak, abyste se do něj stoprocentně vcítila. Navzdory sebevětší empatii nikdy nebudu v jeho botách, a i kdybych nakrásně byl, cítil bych se v nich rozpolceně, protože bych měl zároveň i to druhé vidění. Dobrý doktor se tedy musí snažit, aby ta dvě vidění nemoci nějak propojil, a to lze výhradně komunikací. Proto je tak důležitá.

*V čem lékař tváří v tvář pacientovi nejčastěji selhává?*

Začne z autority tlačit na pilu, což pacient vnímá jako aroganci vůči sobě a začne se vzpouzet. To zase doktor vnímá jako aroganci vůči sobě, začne pouštět hrůzu – a už to jede.

Taky máme tendenci utnout pacienta zhruba po 19 až 25 sekundách. Když už se totiž rozpovídá, mívá meandrovitý způsob řeči, a protože je to jeho nemoc, žádný medicínský konstrukt, vplétá do líčení svůj život, což nám překáží. Velká chyba, jelikož ani ten nejukecanější nemocný nevydrží vést monolog déle než dvě, dvě a půl minuty, jak se zjistilo. Co ale neřekne hned na začátku, to z něj už během první návštěvy většinou nevypadne. Doktorovi tak zůstanou utajena mnohá podstatná fakta. Ke sdělení těch pro něj bolavých se pacient dostane až tak při třetím setkání – ona se totiž mezitím vynoří i jemu samotnému. Je v podstatě jako počmáraný pergamen, z kterého je třeba trpělivě odloupávat jednotlivé vrstvy a luštit je.

*Proč vůbec pacienti tolik lžou a zapírají? Titulek proslavené knihy amerického psychiatra Irvina Yalom a Lži na pohovce napovídá, že to není česká specialita.*

Když přednáším medikům, říkám jim: představte si, že přijdete k sympatickému doktorovi, kterému můžete věřit jako člověku i jako odborníkovi. A teď poctivě: povíte mu na sebe úplně všechno? Ani náhodou! Tak s tímtež počítejte u svých budoucích pacientů.

Všichni se přece nějak stylizujeme, to je přirozené. Spoustu věcí nalháváme i sami sobě, chceme být viděni v lepším světle. U doktora lidi buď simulují či drobátko přitlačí, nebo disimulují, tedy své potíže zlehčují, to když chtějí být „zdravější“, tedy méně ohrožení a méně omezovaní. Také si ovšem leccos nepamatují, strkají nepodstatné věci před podstatné, hledají souvislosti tam, kde nejsou, a to i tehdy, jsou-li to zdravotníci, protože něco jiného je nemoc v učebnici a nemoc, která postihla mě.

*Jak poznáte, jestli si člověk sedící proti vám vymýšlí, nebo mluví pravdu? Jak z téhle v podstatě neférové hry v ordinaci můžete vyvodit férovou diagnózu, potažmo léčbu? Jak se doberete k podstatě?*

K podstatě, tedy k pravdě, se můžu začít dobírat teprve po vybudování dobrého vzájemného vztahu, ve kterém se nemocný cítí bezpečně. Musí mi uvěřit, že budu brát jeho svět bez kritických připomínek.

Komunikace přitom neběží tak, že já něco řeknu a vám se to hned spojí. Povím vám, co byste měla akceptovat, ovšem vám chvíli potrvá, než to proženete celým svým myšlenkovým světem. Musíte si přelouskat, jestli to ode mě vezmete, nebo ne, a tomu období říkám šestinedělí. Mimochodem, když si vezmete mýty či bibli, cokoli, kde měl někdo o něčem podstatném přemýšlet, dostal na to čtyřicet dní, odešel někam do ústraní, obvykle do pouště, a tam si to sesumíroval. Proto se na lidi nemá pospíchat.

Jako doktor navíc musím hlídat nejen to, co mi pacient říká, ale i to, co neříká, to je hrozně důležité. Jakmile je všechno strašně pozitivní a všichni jsou hodní, akorát nemoc je zlá, je jasné, že to je poleva. A teď jde o to, jak do toho šťouchnout. Pod povrchem se totiž může skrývat strašně bolavý terén. Ví se třeba, že třetina pacientek s funkčními problémy v podbřišku byla v dětství sexuálně zneužita nebo se toho bála. Zavadit o tohle téma je ale pro doktora, který nemá psychoterapeutický výcvik – a ten nemá většina – o strach. Bojí se, že otevře Pandořinu skříňku, a co pak. A jelikož dnes už zná řeckou

mytologii málokdo, obvykle netuší, že když tehdy Pandořinu skříňku ve zmatku zavřeli, zbyla v ní ještě jedna hodnota – naděje. K té je možné se upnout. I průměrně schopný komunikátor by měl umět položit aspoň jednoduchou otázku: „Nemáte pocit, že vás někdo někdy sexuálně zneužíval?“ „Měla jste z toho někdy strach?“

*A když to zkažíte?*

Tak k vám ten pacient nejspíš už nepřijde. Do špatné hospody se přece taky nevracíte. Leda z nouze, že nikoho jiného po ruce zrovna nemá, a pak stojí výsledek taky za houbu.

*Tušíte, co z návštěvy zapomene pacient nejčastěji?*

Obávám se, že především to, co dělat vůbec nechce, protože by mu to kazilo život. My doktoři jsme totiž nosiči nemilých, nepohodlných, nepříjemných zpráv. Podívejte se, kdyby do tohoto kvartýru přišel architekt a kázal mi, že mám přemalovat všechny zdi úplně jinak, vyhodím ho. A my kecáme pacientům do života mnohem drsnějším způsobem! Vždyť to je násilí. Proto musí být nemocný na to, že mi bude chtít uvěřit a udělat změnu, naladěný. Poctivě vzato, pokud neudělá kýžené změny kvůli sobě, protože mu z hloubi duše záleží na tom, aby se uzdravil, a podstupuje je trpitelsky kvůli manželce nebo dětem, nemůže mu to odhodlání dlouho vydržet. Stačí, aby ho potomci nebo žena dřív či později něčím naštváli, a hned má důvod se na to vykašlat. Člověk musí zkrátka vzít sám sebe jako významnou osobu, která si zaslouží změnu se slušným výsledkem. Jenže, jak už konstatoval Olda Vinař, většina nemocných to švindluje jako školáci.

*Žnamená to, že náš pud sebezáchovy není zas až tak silný, když ani ten, kdo je zdravotně na lopatkách, není ochoten kvůli nápravě zatnout zuby?*

Určující je, jak kdo nemoc vnímá. Fakt, že jsme nemocní a tím pádem oslabení, spoustu z nás naštvě nebo zklame,

to nemáme rádi. Buď to vezmeme tak, že léčba je východiskem za cenu jistého trápení, nebo že je to spravedlivý trest za spáchaná padoušství, a to se pak do nemoci naopak ponoříme a zůstaneme v ní.

Existuje ještě tristní mezistupeň, kdy sice nechceme být nemocní, ale taky ne zdraví. Ač to zní to divně, mnoho pacientů netouží po plném uzdravení, chce se jen léčit a nechat opečovávat. Nevede je k tomu vždycky vypočítavost, někdy spíš zoufalství. Skvěle to vystihl polský spisovatel Kuczok v románu *Smrad*: „Zbožňoval jsem být nemocný, a to nikoli ze zcela prostých důvodů, kvůli kterým si nemoc oblíbili líní žáci, ani kvůli privilegii stonat v maminčině posteli... ale kvůli tichu. Kvůli příměří, které zavládlo mezi matkou a starým K., které bylo vynuceno mou nemocí...”

Ona totiž nemoc s sebou kromě trápení nese určité výhody, nejen materiální, jako jsou invalidní důchody, lázně, průkazky ZTP, ale především psychologické a sociální výhody typu „jak můžeš jít pryč, když víš, že mi je tak zle...?!“ Ostatně, na tenhle fakt narazíme u více témat v téhle knížce. Psychosociální berle jsou hůř postřehnutelné, ovšem život zjednoduší víc – a současně ho zkomplikují, protože okolí to začne brát po čase spíš jako vydírání než jako pomoc a vzniká napětí.

### *Například...*

Například jsem měl mezi pacienty trpícími panickou atakou dámu, která vycházela z bytu dvakrát do roka, jednou k doktorovi, podruhé na posudkovou komisi. Toho roku ho opustila třikrát – přišla ještě ke mně. Provázel ji manžel, u kterého mi bylo hned jasné, že je manuálně stejné nemehlo jako já. Dáma bědovala, že se doma cítí jako v kriminále, že by to tam chtěla mít aspoň hezké, a tak donutila muže, aby kvůli nové vaně přestavěl celou koupelnu. Udělal to třikrát, pokaždé špatně. „Milostivá paní, jak svůj stav vidíte, je to slabost, nebo síla?“ optal jsem se jí. „Velká slabost, pane doktore,“ zaúpěla. „Tak jak jste pak tohle nemehlo přinutila, aby vám třikrát přestavělo koupelnu?!“ podivil jsem se.

A tady vidíte onen podivuhodný sekundární zisk: muž už sice začíná mít pocit, že nátlak na něj přechází ve vydírání, ale svědomí mu nedovolí, aby jasně vyjádřil svůj odpor a poslal manželku i s jejími nápady na patřičná místa. Atmosféra mezi nimi houstne, a pokud nepřijde někdo třetí, kdo stanoví pravidla, protože sami to většinou nedokážou, mohou se dostat do velkého maléru.

*Chovají se lidé víceméně stejně v každé ambulanci, bez ohledu na lékařský obor?*

Předpokládám, mluvit však můžu jen za sebe, jelikož k pacientům s funkčními obtížemi se dostávám pouze zprostředkovaně. Pokud pro ně kolegové navzdory různým vyšetřením nenajdou vysvětlení, pošlou je ke mně, na psychiatrii. Tihle medicínští odysseové předtím procestují řadu zdravotnických zařízení, a to dílem kvůli diagnostickým nejistotám doktorů, dílem kvůli jejich alibismu, dílem z pacientova nátlaku. Ten je ovšem pevně přesvědčen, že má nemocné tělo, a tak základní problém je dohodnout se s ním, že za potíže mohou mizerné řídicí systémy neboli duše. V tu chvíli má totiž pocit, že tím jeho chorobu znevažují. To se pak vztah navazuje dost obtížně.

*Jak může laik tlačit na odborníka?*

Může, protože v medicíně nemáte nikdy jistotu, stanovení diagnózy je něco mezi vědou a uměním. Jednak nám pravidlo Occamovy břitvy zjednodušuje uvažování tím, že myslíme především na typické případy, jednak nám tím uvažování omezuje. Na druhé straně ani sebevětší arzenál pomocných objektivních vyšetření nemusí nic objasnit, protože i zde existují falešně pozitivní a falešně negativní výsledky. Dělal jsem přes dvacet let s EEG, a tak vím, že deset až patnáct procent zcela zdravých lidí má nějakým způsobem pošahaný záznam, a naopak někteří nemocní ho mají učebnicově fyziologický.

Na doktora, který si není úplně jist, začne pacient tlačit, a proto mu spíš vyhoví. Jedna moje pacientka, zdravotní ses-

tříčka, si nastudovala, že by mohla mít temporální epilepsii, a jakkoli je dnes už se svou panickou poruchou za vodou, pořád se ptá, jestli by přece jen nešlo udělat magnetickou rezonanci. Kdykoli mě takhle přiškrtní, začnu přemýšlet, jestli ji na ni přece jen nemám poslat, protože minulé pacientce, která napřed také měla jen úzkosti, tam nakonec objevili malé aneurysma na mozkových cévách.

*Jaká je tedy nejlepší cesta k tomu, aby se lékař s pacientem jak na diagnóze, tak na léčbě rozumně domluvil?*

Ideálem je psychoterapeutická praxe. Třeba v takové transakční analýze uděláme s pacientem na samém začátku nepsanou terapeutickou smlouvu. Vymezuje, co chce ve svém životě změnit. Přijde tedy s jakousi „objednávkou“: nějak trpí, chce se utrpení zbavit, a to může dokázat jedině tehdy, když některé věci změní, aby dál už ve všedním životě nenarážel. Dejme tomu, že chce zhubnout. Vy mu sdělíte, že musí počítat s tím, že to je doživotní řehole, ale že to může vzít buď jako těžké břemeno, nebo jako životní styl, který mu vyhovuje, protože to dělá sám pro sebe a zbaví ho určitých problémů. Jenže než mu sepne, že ten kvazi zákaz půlky stávajícího jídelníčku je pro něj pozitivní moment, to nějaký čas trvá.

*Hotová selanka, pane doktore. Kde se skrývá ALE?*

Ale... každá změna s sebou nese domino efekt dalších změn. Máte-li si najednou najít čas na cvičení, musíte něco jiného oželet, jenže my jsme konzervativní a máme rádi setrvačnost, a tak po chvíli znovu zapadneme do zajetých kolejí. I to musíme probrat na začátku terapeutické smlouvy. A nastává další potíž: ani oni, ani jejich okolí nebývá přestavbám nakloněno, bere je jako tyranii.

V šedesátých letech se vynořila hypotéza, že takzvaný A-typ chování či osobnosti je významný rizikový faktor pro vznik infarktu. Všude se to ověřovalo, u nás také, a tak k nám na pavilon z koronární jednotky překládali muže po prvním



infarktu, protože kromě tohoto zkoumání, kterým jsem byl pověřen, se jim také měla nastavit správná strava. Zajímavé bylo, že kvůli správným stravovacím návykům daleko víc než oni remcaly jejich manželky. Jedna se mi vepsala do srdce hořekováním „takhle kdybysem mu vařila, tak by se babička v hrobě vobrátila“. Všichni holt měníme zvyklosti neradi.

*Pro mě zavání tento rozpor absurditou. Na jedné straně lékaři pacienti tím, co po nich žádají, obtěžují, na straně druhé u nás lidi, potenciální marodi, tradičně volí lékaře do čela žebříčku profesí s největší autoritou. Do ordinací chodí za záchranou, a pak v nich kličkují. Vy se v tom vyznáte?*

Ano. Lidi od nás očekávají v podstatě magii, jejímž symbolem je pilulka. Dodnes totiž vnímají medicínu jako svého druhu šamanství. Dej mi piluli a neotravuj.

Nepřipomíná vám to svaté přijímání? Vyzpovídala jste se, slíbila, že nebudete hřešit, odflákla jste třicet otčenášů a až do prvního hřešení jste byla čistá. A lidi dodnes nepočítají s tím, že si přijdou do ordinace pro očistu – a dozvedí se, že do ní budou muset něco investovat sami a že to bude víc než třicet jednorázových otčenášů. Proto nejsou psychosomatici oblíbení: požadují totiž, aby se na práci na uzdravování podíleli samotní pacienti.

*Párkrát jsem od vás slyšela i četla onen Renčínův vtip: „Dobře jsem neslyšel, mladý muži, kam že si mám strčit své cenné rady?“ Mně ale poněkud tuhne úsměv na rtech, když si představím, že bych měla profesi, kde bych lidem radila podle svého nejlepšího vědomí a svědomí, a viděla marnost svého počínání.*

Naštěstí všichni pacienti takoví nejsou. Dobrý doktor se musí aspoň snažit být nad věcí a pocit vlastní moudrosti poměřovat se seriózními statistikami vypovídajícími o tom, že pouze patnáct procent veškerých lékařských zákroků je účinných tak, že přinášejí prokazatelně víc užitku než škody. A měl by se utěšovat oním latinským *contra vim mortis non*

*est remedium in hortis* aneb „proti síle smrti nepomůže žádná bylina ze zahrádky“.

Na druhé straně, pokud je doktor až moc zapálený a naivně si myslí, že smrtku občurá, je to taky neprofesionální.

*Nevěřím, že každý lékař dokáže neustále zůstat nad věcí.*

Samozřejmě, že se nemůžete odpoutat od toho, že jste člověk. U nás třeba před lety zmíral na nádor jeden kolega, strašně hodný člověk, a jiný, onkolog, přišel s nápadem aplikovat mu nové cytostatikum, něco mezi cyankáli a dynamitem, co by zahubilo nádor, ale s ním i všechno ostatní. Probírali jsme to tenkrát po vizitě, většina z nás říkala, to snad ne – a z něj, zkušeného onkologa, vytryskla zoufalá věta: „Přece tu nebudeme jen tak stát a koukat na to, jak umírá!“ To lidské se nakonec smíchá s profesionálním, ať chcete nebo ne. Pacienty musíte mít prostě ráda, jinak byste se z toho zbláznila.

*V čem si těmi hrátkami v ambulancích a nemocnicích nejvíce škodíme? Co bychom asi nedělali, kdybychom tušili...?*

Nejhorší podle mě je, když nemocný zatajuje podstatné věci a když se tváří, že dělá něco, co nedělá. Doktor totiž v dobré vůli pokračuje a hledá – jenomže pacient si jede po své vlastní cestě, a tak se oba totálně minou. Už jen s užíváním léků je to tragédie. Zmíněný Olda Vinař má krásnou historku o pacientce, které říkal „vy jste tak dobrá, že už byste nemusela ani brát léky“, a ona na to „ale, pane doktor, pro můj klid mi je radši pište...“ Když po letech zemřela, dostavil se manžel s kufrem plným medikamentů, které po celou tu dobu pečlivě schraňovala. A takových mezi námi je! Víte, kolik léků se u nás vyhází ročně? Za miliardu, a to jsou jen ty evidované.

Jak tedy vidno, doktor má sice autoritu, vymahatelnost jeho doporučení ale co do neúspěšnosti předčí už jen vymahatelnost spravedlnosti.

*Kdybychom místo o komunikaci hovořili o obyčejném mluvení, možná by se sedmdesát procent patientských stížností a žalob netýkalo právě něj. Ždá se, že v komunikaci lékařů něco drhne. Co vlastně?*

Mezi hospitalizačními stížnostmi výrazně převažují ty na nezámě. Pacient chce prostě kontakt. Doktor ho ale po chvíli utne, takže se cítí přehlížen a ponížen, a tím pádem nespokojen a pak už se vše vrší. Ne vždy je ale takový pocit oprávněný. Měl jsem kolegu, který dokázal odběhnout od vizity do svého pokoje a honem tam hledat něco v učené knize, co se týkalo léčby pacienta na lůžku, jenže ten měl naopak dojem, že se mu vůbec nevěnuje, když ani nevydrží do konce vizity.

*Mám zkušenost, že pokud je lékař zdatný komunikátor, pacient ho považuje automaticky za zdatného odborníka, jímž ve skutečnosti být nemusí, zatímco špatný komunikátor působí na nás, laiky, jako mizerný doktor, ač může být mistr svého oboru.*

A celkem po právu, protože komunikace k tomuhle řemeslu patří stejně jako mýt si ruce a vědět, které léky nepasují dohromady. Jenže spousta doktorů to podceňuje – a jsme u Amy Cuddy, americké sociální psychologky, specialistky na neverbální chování, která prokázala, že vřelosti si nemocní cení daleko víc než celé profesionální kompetence. Což hlásám, kudy chodím.

*V teoretických principech kvalitní komunikace se vyzná málokdo, zato každý z nás pozná, jestli se mu s tím druhým, navzdory nepříznivým okolnostem, příjemně povídalo a pobýlo. Je tahle vnitřní spokojenost i měřítkem kvality lékařské komunikace?*

Samozřejmě, to je naprosto základní ukazatel. Podle kupeckého pravidla neřekne pacient o své spokojenosti nikomu, zato s nespokojeností se podělí s jedenácti dalšími. Pokud je ale spokojený, pak se k tomu doktorovi nejspíš vrátí s poci-

tem, že se mu dá věřit. A přitom ani netuší, že tam, kde se ti dva dobře domluví a věří si, vede k úspěšné léčbě prokazatelně menší počet pomocných vyšetření i vyšetření u jiných specialistů a léčba a doléčování jsou rychlejší a mají lepší výsledky.

*Neměla by se tedy komunikace vyučovat na všech lékařských fakultách?*

Ona se dokonce vyučuje, ale přednášek je málo. Měla by se vyučovat jak v pregraduálním studiu jako dovednost a také v postgraduálu, kdy už doktor ví, o co se jedná. Stejně jako etika a psychologie pacienta. Jenže je tu spousta výmluv na to, že medicí a lékaři nestačí vstřebávat exponenciálně rostoucí vědecké poznatky. Komunikační dovednosti se považují za něco druhořadého. Velká chyba.

*Mimochodem, pozorujete u mediků nějaký rozdíl oproti vaší generaci? Netrpí nějakou nedostatečnou výbavou z rodiny, školy, společnosti, která pak jejich komunikaci s pacienty poznamenává?*

Medici jsou podle mě stejná telata, jako jsme byli kdysi my, mají podobné ideály. Nejsou arogantní, nepřipadá mi ani, že by hůř komunikovali. Ve srovnání se studenty jiných oborů jsou ovšem strašní snobové a usilovně se snaží, aby si nezažili. Přednášel jsem na strojní fakultě, na architektuře, teď studentům sociálních věd a novinářům – a všichni jsou ochotnější se otevřít než medicí. Což mi připomíná onen vtip, jak říká jeden strojař druhému: „Ty vole, když vidím, jaký jsem inženýr, tak se bojím jít k doktorovi.“

*Ž čeho takový postoj vyplývá?*

Nevím, možná to je už osobností, která si dnes tohle nelehké řemeslo volí, možná se už vidí jako autorita, která by měla být neprůstřelná.

*A kdybyste srovnal pacienty řekněme s těmi předválečnými či poválečnými?*

Ti dnešní jsou odkojeni televizními seriály z lékařského prostředí, kde je všechno tak dokonalé, jak to v realitě nikdy být nemůže. Jsou díky internetu samostatnější i vzdělanější jak v dobrém, tak ve špatném smyslu. Jednu chvíli vás překvapí perfektní znalostí problému a vzápětí strašnou nehorázností. A mají požadavky konzumentského typu. Teď zrovna na jednom seriózním americkém medicínském portálu řeší, zda je doktor současnosti víc slouha, nebo expert. Jeden z příkladů, který tam uvádějí, jako by byl i od nás. Pokud na pediatrovi matka požaduje pro dítě antibiotika, nakonec jí je předepíše, byť ví, že jsou naprosto neindikovaná, protože jde o virózu. Stejně tak ale ví, že kdyby to neudělal, znectí ho matka na nějakém webu jako necitlivého doktora. Vzpomeňte si ostatně na *Nemocnici na kraji města*, kde Josef Bek přijde na chirurgii a chce, aby mu na lýtku odoperovali jen ten kousek křečové žíly, co ho bolí, a zbytek nechali, protože je zdravěj. Takové požadavky jsou ale propletené s medicínským problémem a potencionálním malérem.

Tuhle mi kolegové na Bulovce vyprávěli, jak ve čtyři ráno vzbudila pohotovostního gynekologa slečna, která mu oznámila, že jede na letiště a potřebuje předepsat antikoncepci. Se skřípením zubů ji nevyhodil, protože usoudil, že z takové nány kouká velkolepý malér. Dal jsem to vzápětí na svůj blog mezi práva pacientů, že takhle tedy asi ne, a jaké překvapení: nemalá část čtenářů reagovala ve smyslu „přece si zaplatila pohotovostní příspěvek devadesát káče a od čeho tam ten doktor je“. Lid má holt nárok na zdraví a na medicínu zdarma, a tak jsou jeho požadavky bezbřehé. Netuší bohužel, že medicína zadarmo není.

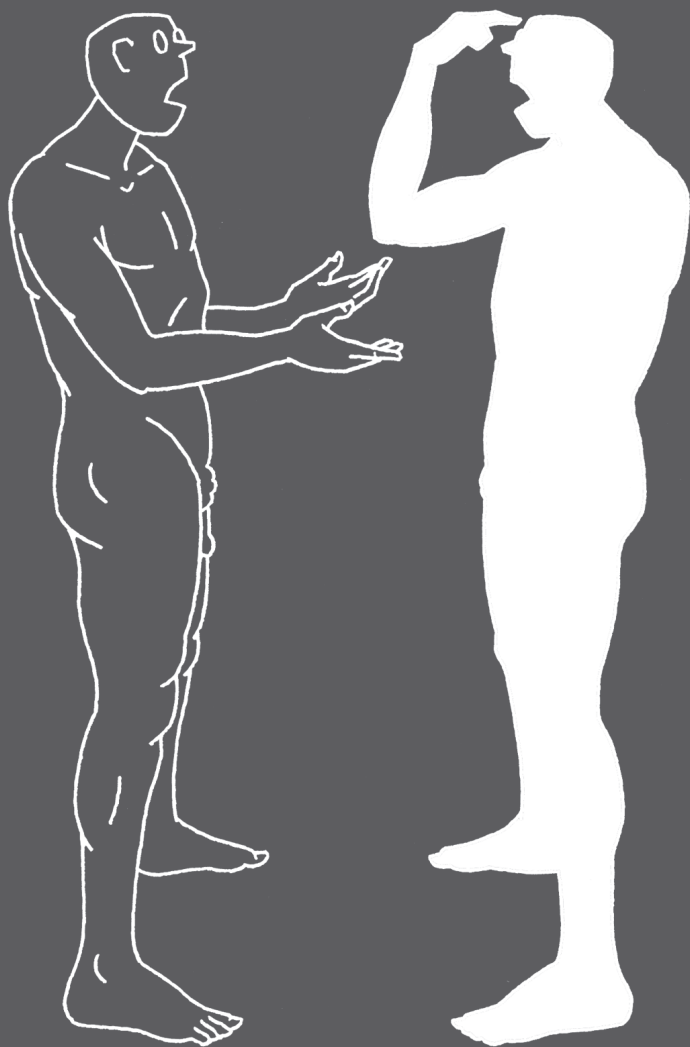
*Myslíte, že se my, lid, stejně chováme i v privátním zařízení, kde si na péči připlácíme, či dokonce ji celou platíme?*

Kdepak, tam se chováme racionálněji. Však ne nadarmo hostinský ve vsi u mého dědečka nedovoloval hrát karty o sir-

ky, protože to vždycky končilo rvačkou, zatímco jakmile se hrálo o peníze, byl klid.

*Co po padesáti letech praxe nejvíc štve na pacientech vás, pane doktore?*

Už nic. Trvalo mi dlouho, než jsem se naučil vnímat je a přijímat jako počasí. Mám pochopitelně rád slunečný den s modrou oblohou a vlhou noc, ale umím si říkat spolu s Františkem Nepilem „díky za každé nové ráno“, třebaš deštivé. Z duše mi tedy promluvil Anthony de Mello, psycholog, jezuita i vyznavač buddhismu, v povídce o člověku, kterému se na jeho milovaném trávníku rozbujely pampelišky a ať zkoušel, co zkoušel, nedokázal se jich zbavit. Napsal tedy dopis na ministerstvo zemědělství, co má dělat. Odpověď zněla: „Doporučujeme, abyste se naučil mít je rád.“



## **Když se duše hádá s tělem**

Jaké vzácné putování,  
když jdou spolu, divná věc,  
tělo mé, ten ošklivec,  
a má duše, krásná paní.  
Nehádají se, a přec  
každý svoji pravdu chrání  
a v tom vzácném putování  
spolu jdou až na konec.  
Když se hříchu neubrání  
tělo mé, ten ošklivec,  
tu má duše, divná věc,  
pláče pro něj bez ustání...

Raoul Ponchon





*Čím dál víc nemocných dnes putuje při vyšetřeních z ordinace do ordinace, polyká jednou ty, podruhé ony léky... a výsledek nula, tvrdí část lékařů a také pacienti, které tahle kalvárie už potrefila. Lékařská péče totiž napravuje havárie těla, každý obor svůj vymezený kousek, ale co člověka trápí v hlavě či srdci, o to se nezajímá, konstatují zastánci psychosomatického přístupu, který bere vážně jak tělo, sóma, tak i duši, psyché. I vy se k nim hlásíte.*

*Neleze mi ale do hlavy, pane doktore, kde se to vlastně v medicíně zadrhlo, když vy lékaři jste odjakživa tak vzdělaní?!*

To se musíme vrátit až ke Galileovi, kdy se všechny oblasti života toužily stát vědou. Vrchol tenkrát představovala newtonská fyzika, která měla příčinu, následek a možnost předvídání. Medicína byla v té době ještě vědou o lidech, ne vědou o nemocech... nebo takovou aspoň chtěla být. Lidi byli obdaření nesmrtelnou duší – tu ale církev, jakkoli pitvou vědě přepustila mrtvé tělo, pustit nehodlala. A vtom přichází René Descartes a medicíně doporučí, aby člověka pojednala jako rozumný stroj. Nemoc se tak stává poruchou jeho provozu a doktor odborníkem, co ji má opravit. A právě v téhle chvíli duše v platónském pojetí, tedy emoce a rozum, zůstane zcela stranou bádání celé vědecké medicíny.

Descartův model je v podstatě modelem současné *evidence based medicine*, medicíny založené na důkazech, která jde

po poruchách buněk, tkání, orgánů, protože na člověka hledí jako na ryze biologický mechanismus a nezaintegroává do něj kromě faktorů biologických i ty psychosociální, případně spirituální, tedy smysl.

V roce 1858 požehnal tomuto přístupu Rudolf Virchow svou definicí nemoci. Prohlásil totiž, že je to porucha orgánů, tkání a buněk, ze které vychází porucha jejich funkce a z té se rodí různé symptomy.

### *Kampak se ty emoce ztratily?*

Začaly se považovat za pouhé efemerní děje, a to navzdory faktu, že jsou to také děje tělesné a ještě k tomu řídící, které představují starší, rychlejší a účinnější řídící systém, než je řízení rozumem. Harvardský psycholog Joshua Greene má na to krásné přirovnání: emoční systém je jako fotoaparát s automatikou – díky ní uděláš, a hned, portrét, figuru, krajinu, ale nic víc. To rozumový systém je fotoaparát na ruční štelování – snímek je přesnější, hlubší, jenže pořídit ho trvá déle. Není přitom třeba dohadovat se o pořadí a důležitost, protože oba systémy jsou rovnocenné a doplňují se.

Když jsem před drahnými lety našel v nejnovější učebnici kardiologie o emocích, konkrétně o smrtelné úzkosti pacienta s anginou pectoris, pouhé dva řádky, našťvalo mě to. Taková angina pectoris je totiž takříkajíc diagnóza od dveří, protože pacient hrůzou leze po stropě. Jakmile vás vezme kardiální bolest, popadne vás děs, z kterého zpanikaříte jako nikdy předtím. Emoce zkrátka nejsou žádná „nadstavba“, ale jeden z příznaků. Navíc úzkost zaplaví organismus katecholaminy, tedy adrenalinem a jeho kamarády, což má dopad na ohrožený srdeční sval. V té monografii o nich ovšem není ani zmínka.

*Jeden z našich předních neurochirurgů se nedávno rozčiloval, že psychosomatické dá za pravdu, až prý někdo psychosomaticky vyléčí nádor na mozků.*

Moment, psychosomatický přístup není přece žádná duchářina, která by chtěla medicínu obracet naruby nebo hlásala,

že všechny choroby mají původ ve špatné psychice, jak mnoho odpůrců tvrdí! Emoce jsou v nás prostě zabudované jako povinné penzum. Je to stejné, jako kdyby chirurgové vyškrtli z medicíny bacily – ty taky do chirurgie nepatří, ale musíte s nimi počítat při hojení ran, jinak můžete operovat jako pánbu, a pacient přijde kvůli sepsi o nohu.

Pozitivisté ale požadavku, aby se při pohledu na zdraví a nemoci braly faktory psychologické a psychosociální v úvahu stejně jako ty biologické, nechtějí rozumět. Vy jim totiž do jednoduchého modelu zanášíte komplikace a děláte jim v tom, s prominutím, bordel.

*Takže soustředit se pouze na tělo je pro lékaře v praxi jednodušší.*

Není, protože pacienti se jim pak vracejí. Jednodušší to je pro model. Postavit model porouchaného stroje je jednodušší než postavit model člověka se všemi jeho pocity, vztahy, sociálními sítěmi, aspiracemi a spirituálními potřebami.

*A nemůže to být lékařům vlastně jedno, že se jim pacienti vracejí? Nebo pak mají pocit, že svou práci dělají mizerně?*

Každý soudný doktor má u pacienta s funkční poruchou, při níž se systém fyziologický prolíná s emočním, blbý pocit už na samém začátku. Ač pořád zkoumá podle zaručených guidelines, jak postupovat, nic neobjevuje, nad hlavou prokurátor, v sázce dobrá pověst, před ním naléhající pacient... A tak ho posílá na další a další vyšetření a nemocný chodí týdny, někdy měsíce po doktorech bez toho, že by mu některý od jeho potíží odpomohl.

*Není to spíš alibismus, aby byl takzvaně z obliga, kdyby...?*

Někdy možná, ale podle mě je to spíš jištění, že jsem na základě toho, co jsem mohl vidět, udělal všechno dobře. Jenže symptomy – a v tom spočívá zrada – mohou být četné, a objektivní nález malicherný, nebo naopak, objektivně těžce nemocný člověk nemusí mít žádné závažné příznaky.

Organismus má totiž neuvěřitelnou schopnost modulovat prožitek. Dodnes se třeba u pacientů se selháním ledvin, které čeká dialýza nebo transplantace, setkávám s jednou věcí: čtvrtina těch, kteří přijdou takzvaně „z ulice“, mají už v tu chvíli enormně vysokou hodnotu kreatininu, odpadní látky, kterou zdravé ledviny průběžně vylučují, a na jazyku smrt. To kdyby teď potrefilo nás dva, na místě to s námi švihne. Jim ovšem hodnoty nastoupaly postupně a k doktorovi se vydali až ve chvíli, kdy jim krev z nosu crčela už pořád a nevyšli dva schody. Kdo je tvrďák, necítí se být marod, nazve si ten stav jinak, zatímco jiný se na umření cítí už při poloviční hodnotě. Totéž se odehrává s hypertoniky. Kdo přijde do ordinace s velkým bohlavem, má vysoký tlak už nejmíň půl roku a hodnoty momentálně tak 180/110 mmHg. Do té doby tělo nějak ukecával a bolest zaháněl prášky. Víc nedělal proto, že souvislosti nezná. Když ale konečně přijde, je už rozhozený celý.

Nemoc prostě nelze uchopit jedním logickým způsobem, protože každý z nás ji vnímá jinak. Koneckonců, ještě před deseti lety se psychologové a psychiatři hádali, kolik emocí vlastně existuje.

### *Kolik?*

Americký psycholog Daniel Goleman, který dokáže psát o vědě tak krásně, že už dvakrát dostal Pullitzerovu cenu, jich nakonec vyhlásil za základních šest: radost, údiv, odpor, úzkost, smutek a vztek. Každá z nich je tělesný jev, který člověka postrkuje buď nahoru, nebo dolů, k někomu / něčemu nebo od něj, ke spolupráci či k soupeření. Budu-li chronicky nasířený v prostředí, kde emoce nemůžu ventilovat, zadělávám si na určitý fyziologický problém. A tento fakt onen prostý strojní model strašně komplikuje.

### *Taky časově natahuje, ne?*

A co teprve finančně! Za zbytečná vyšetření, léčby a operace, potažmo pracovní neschopnosti vyhazujeme dneska miliardy. Pravda ale taky je, že původní model se postupem času,

s dalším bádáním, komplikuje. Řeknu vám příklad. Jako zvědavý medik jsem se při přednášce z farmakologie optal paní asistentky, jak vlastně funguje aspirin. Odvětila, ať se nezajímám o blbosti a radši se naučím „spofák“, seznam léčiv. Já ale aspirinové teorie začal sbírat a žasnul jsem. Třeba poválečný internista Vančura tvrdil, že aspirin zlepšuje prokrvení, další, že něco úplně jiného, až po mé promoci objevili vědci prostaglandiny způsobující bolest a oznámili, že aspirin zamezuje jejich tvorbě. Časem došli pro změnu k tomu, že dokáže vyprokovat k činnosti NK buňky, přirozené zabijáky v bílé krevní řadě, které v těle odhalují a ničí cizí vetřelce. Pořád je řeč o stejném aspirinu, chápete? A jelikož v pozitivisticky viděném organismu je všechno už tak složité, co do toho míchat ještě nějaké emoce, které to jen dál zkomplikují.

*Myslíte, že lékaři působící v dobách, kdy ještě neměli k dispozici takovou baterii vyšetřovacích metod a technologií, byli při stanovení diagnózy řekněme odvážnější?*

Byli především bezmocní, jako ti dnešní. Můj tatínek, lékárník, říkával, že komu nepomůže aspirin, heřmánek nebo živočišné uhlí, je ztracený, a po válce přidal k té svaté trojici ještě penicilin.

Víte, z čeho vzniklo slovo doktor? Z latinského *doctus*, docent pak je od *docere* – „učit“. Lékař, z keltského *liah*, zase od šamana. Lektvar není ovšem od léku, ale od slova *electuarium* – doslova „zvolený, vyvolený, vytažený“. Etymologie doktora je tedy něco mezi šamanem a kantorem.

Podle mě teď medicína dělá dvě velké chyby. Zaprvé člověka vyčlenila z přírody a dívá se na něj jako na cosi elektuárního, za druhé vůbec nezkoumá, kudy probíhají samoúzdavné procesy. Pořád dokola mydlí chorobu. Tu pak zaháníme prášky, a pokud vyvolají jiné obtíže, dáme nemocnému pilulky proti práškům. Jenže když zvířata stůňou, díky svým instinktům žerou kytky obsahující nějakou léčivou látku, chodí se kurýrovat ke stromům, ne že ne, a nějak si upraví i svůj režim. To potvrzuje, že existuje také přirozená cesta, kudy z maléru zvaného onemocnění ven.