

## ČEPICKÝ P.: AD MEDICÍNA ZALOŽENÁ NA DŮVĚŘE<sup>1</sup>

Hana Konečná, Danica Slouková, Tonko Mardešić: *Medicína založená na důvěře I. O nebohém pacientovi v postmoderní době*, Galén, Praha, 2012

---

<sup>1</sup> Dovolili jsme si zde publikovat další recenzi na tutéž knihu jako v minulém čísle (srovnej *Psychosom* 2/2012, str. 126–128). Navíc jde o text nezvykle rozsáhlý, k jehož plnému pochopení se zdá být potřebná znalost publikace, kterou autor kritizuje, stejně jako je kritický k celému psychosomatickému hnutí, přestože – a snad i právě proto, že je jedním z jeho neúnavných propagátorů na poli gynekologie, a hlavně jedním z mála velmi vzdělaných badatelů na tomto poli. Doufám, že autoři kritizované publikace nebudou tento náš počin považovat za útok na svou práci, protože tak to ze strany redakce *Psychosomu* není myšleno. Přes všechnu autorovu skepsi považuji tento text za něco jako generační vyznání, které by nemělo zapadnout. Za kritickým tónem totiž tuším autorovu lásku k oboru, která mu přes všechna zklamání vydržela dodnes. (pozn. red.).

### POZNÁMKA:

Podotýkám, že toto je recenze původního rukopisu. Nevím, zda a jak byl text před vydáním pozměněn (četl jsem to třikrát, upřímně doznávám, že počtvrté už to číst nebudu). Tolik na vysvětlenou, kdyby se zdálo, že některá moje připomínka neodpovídá publikovanému textu.

O recenzi mě požádal potenciální nakladatel. Budiž tedy hned na počátku řečeno:

Text doporučuji k publikaci a – pokud bude skutečně vydán – vážím si vydavatele za to, že věnuje své peníze na podporu tohoto projektu. Neboť nepochybně utrpí finanční ztrátu, rovnající se zhruba nákladům na vydání, práci nepočítaje.

Mít k textu závažné připomínky, požadovat na autorech, aby to či ono doplnili, upravili, zohlednili, upozorňovat je na to, že na tuto otázku převládá názor jiný apod. nelze. Tedy – lze, pochopitelně, a taky že to udělám. Autoři ovšem tyto připomínky odmítnou a udělají správně. Kdyby vyhověli, vznikla by jiná kniha.

Jde ovšem o text kontroverzní, rozporuplný, provokativní, emoce vzbuzující, a nejde o četbu snadnou.

Autoři si vytyčili olbřímí úkol. Víc, vysnili si olbřímí sen. „Úkol“ je definován, či spíše popsán v závěrečné kapitole – logičtěji by snad měla být kapitolou úvodní. Ale skutečný cíl, možná ne úplně vědomý, ne úplně přiznaný, je mnohem větší. Vytvořit novou medicínu, integrující poznatky biologie a psychologie do jediného modelu, zastřešeného poznatky filosofickými (nikoli filozofickými), dokonce vytvořit novou medicínu, překonávající medicínu současnou (jež v ní bude integrována). Je-li klasické biologické poznání a z něho odvozená biologická medicína tezí, je-li postmoderní galirudolf (termín básníka Zbyňka Havlíčka) antitezí, je nevysloveným cílem nebo snad snem autorů vytvořit syntézu.

„Referenční dílo“, ke kterému se autoři vztahují, je – Máj Karla Hynka Máchy (viz konec kapitoly X). Dílo provokativní, nepochopené, na základě nepochopení odsouzené, ovšem, jak dnes víme, dílo, přinejmenším v české kotlině, převratné

a přinášející podněty, které ovlivnily českou poezii, ba českou kulturu, po dalších nejméně 100 let – ostatně v souvislosti s dvoustým výročím opět oživený zájem o Máchu ukazuje, že má co říci i po 200 letech. A v neposlední řadě dílo romantické. Takový medicínsko-psychologický Máj touží autoři napsat. Že je neocenění dnešek, to vědí. Věří, že budoucnost ukáže, že jejich koncepce byla podnětná a ovlivnila dalších 100 let medicíny. Vlastně věří, že potomci ocení, že měli pravdu.

Ostatně to autoři přiznávají výslovně sami v předposlední větě celého textu, byť v negativu. Ale znáte to: To je netopýr. To není netopýr. Na záporce nezáleží, obojí je GF+TV (nebo GoFoTV, podle toho, který systém signování je vám sympatičtější). Ale už předtím v poslední kapitole je uvedeno, že cíl je normativní, dokonce je zde název nové medicíny: medicína narativní.

Vlastně ta poslední kapitola musí být poslední. Dává to práci správný rytmus (skutečně, ta práce má rytmickou dynamiku, nevím, zda úmyslně nebo náhodou, v každém případě působivou). Nejde však o vědeckou práci – navzdory záplavě odborných termínů, navzdory tomu, že se zde mluví o výzkumné strategii, výzkumné metodice. Nejde o výzkumnou práci, nejde ani o příručku nebo učebnici. Nejspíš bych práci nazval rozsáhlým esejem.

Jistým praktickým problémem pro nakladatele je, komu je kniha vlastně určena. Její být jen četba, natož reflexe vyžaduje profesionální znalosti medicíny, profesionální znalosti psychologie a profesionální znalosti filosofie. Sám jsem medicínu vystudoval a žívím se jí. Vystudoval jsem psychologii, ale nežívím se jí a nesleduji její další vývoj – alespoň mi zůstalo to, že mohu porozumět psychologickému

textu. Ale ve filosofii jsou moje znalosti znalostmi bývalého antikváře – musím vědět, kdo je to třeba Driesch a co napsal, abych věděl, za kolik mohu koupit a prodat jeho knížku, a v jakém regálu ho hledat, když se na něj zákazník ptá. V medicíně dokážu rozpoznat, kdy je autor příliš subjektivní a uchyluje se od současných trendů, a snad dokážu i pochopit, co tím sleduje. V psychologii si to snad mohu tipnout. Ve filosofii mohu, v nejlepším případě, zavrtět či pokývat hlavou. Nebo pokrčit rameny. Ještě jinak: S lékařem mohu diskutovat, s psychologem jsem schopen alespoň mluvit, filosofovi mohu pouze naslouchat.

Laik si tuto knížku může zakoupit s nadějí, že porozumí své nemoci a její léčbě. Jeho zmatek však četba nezmenší, dokonce naopak, jeho zmatek četba zvýší. Odborník buď o těchto otázkách přemýšlí, pak mu to může být podnětem a jiným pohledem. Pokud ovšem odborníky, kteří o těchto otázkách hlouběji přemýšlejí, znám, tak většinou jsou zabetonováni ve svých postojích a nechtějí je měnit, sám ostatně nejsem výjimkou. Pokud o tom odborník – kteréhokoli dotčeného oboru – nepřemýšlí, tak mu četba tohoto spisku případně zbytečná a dá přednost jiné odborné literatuře.

Druhým praktickým problémem je to, že kniha má tři autory tří různých specializací, které si liší vzděláním, myšlením, jazykem. Tito tři autoři se pokusili vytvořit jednoho trojjediného autora, mluvícího jednou řečí. Pokus zůstal neúspěchem. Je na první pohled patrné, který odstavec či kterou větu napsal lékař, kterou psycholog, kterou filosof. Snad by bylo jednodušší, kdyby prostě každá osoba napsala nezastřené kapitoly svou a pokus o syntézu byl ponechán na čtenáři. Ale rozumím, proč to autoři udělat nemohli. Byla by to

rezignace na syntézu, jíž chtějí dosáhnout.

Dalším problémem jsou historické exkurzy. I těm rozumím. Autoři chtějí své dílo zasadit do rámce historického vývoje lidského myšlení, chtějí, aby bylo ne-li vrcholem, tedy alespoň souhrnem dosavadního poznání. Aby logicky vyplynulo z minulosti a ukázalo cestu do budoucnosti. Jenže i zde narážejí na praktický problém vzájemného neporozumění, různosti vzdělání, různosti myšlení. Fakticky jsou historické exkurzy v mnoha případech pro zasvěceného zbytečné, pro laika nedostatečné. Vysvětlovat Descartesovu filosofii filosofovi je zbytečné. Vysvětlit ji na takto malém prostoru laikovi je nemožné. A to mluvím o vlastně jednoduchém Descartesovi, nemluvím třeba o fenomenologii. Pokud se pak týká historických exkurzů medicínských, je příliš patrné, že specialista na tuto oblast mezi autory chybí. Nezbyvá než improvizovat a opisovat. Historie je navíc roztržštěná – v kapitole o historii medicíny zcela chybí historie psychosomatického nazírání. Ta je pak jinde (od jiného autora?), a opět jinde je historie filosofických souvislostí (opět od jiného autora?).

Teoretický text a kazuistiky jsou vlastně dvě různé knížky. Kazuistiky jsou – nu, prostě panoptikum. Mají v sobě nepochybně velký potenciál, ten však zůstává nevyužit. Nejsou téměř komentovány – snad mají ilustrovat teoretický text, ale souvislost není vždy zřejmá, často je přímo sporná. Teoretik se ke kazuistikám nevyjadřuje, ale ani praktik je nijak nekomentuje. Čtenář-teoretika kazuistiky odvádějí od teoretického textu. Čtenář-praktik a čtenář-laik je čtou jako bakalářské příběhy a teoretický text přeskakují. Bohužel ani zde se syntéza nezdařila – a zde je to snad nejvíc škoda.

Mluvím o „kazuistikách“, ale vlastně nejde o kazuistiky v přesném slova smyslu. To by musel být nějaký objektivní korelát k předloženému vyprávění. Spíš než o kazuistiky jde o příběhy, někdy až v „bakalářském“ slova smyslu.

Jak text pokračuje, kazuistiky mizí, aniž by to nějak vadilo. Možná dokonce naopak, text se stává souvislejším. Možná ovšem obráceně, byl to vždy určitý oddech ve čtení, které je skutečně těžké, ve všech smyslech tohoto slova.

Zkusím nyní postupovat po jednotlivých kapitolách a po jednotlivých odstavcích. Vyslovuji se k nim, jak to vidím já. Jsem si zcela vědom, jak jsou mé názory, postoje, připomínky subjektivní. Jsem si zcela vědom, že zneužívám příležitosti k formulaci svých vlastních názorů a svých postojů, které bych bez této příležitosti nikdy nezformuloval – je podstatně snazší vymezovat se vůči jinému než sám tvořit. Ostatně mám v tomto přístupu řadu předchůdců, mezi nimi nejméně jednoho Velikého (totiž Fridricha Velikého a jeho spisek Antimachiavelli).

Nejenže nepožadují, aby k mým názorům autoři přihlédlí, dokonce si to nepřejí – kdyby tak učinili, vznikla by jiná knížka, a ta už by nebyla jejich. (Abych nebyl nesprávně pochopen: Nejde mi o autorská práva, já nic podobného nikdy nenapišu. Pokud by snad něco autoři pokládali za tak inspirující, že by to vzali za své a do svého textu, mají k tomu mé pozhánání. Nepřejí si pouze, aby jakkoli měnili svůj text jen proto, aby vyhověli recenzentovi.) K trojjedinému autorovi budu stejně bezohledný, jako je on ke čtenáři: Znalost medicíny, psychologie a filosofie na mé úrovni předpokládám jako samozřejmou.

## *POZNÁMKA PO DRUHÉM ČTENÍ:*

Takto jsem to napsal po prvním přečtení, s tím, že teď to přečtu ještě jednou a napíšu k tomu ty poznámky. Poznámky přerostly v jakýsi metatext. To by snad nevadilo, koneckonců to nikdo nemusí číst.

Ovšem na konci celé knížky jsem pochopil, že při prvním čtení jsem nepochopil. Nebo možná nedocenil. Až po tomto druhém přečtení jsem porozuměl, proč tam není to, co mi tam chybí, proč je tam to, co mi tam přebývá, jaká je role kazuistik a proč jsou umístěny tak, jak jsou. Moje připomínky, postupně přerůstající ve výtky a posléze v polemiku, musí autorovi připadat

hloupé, ne-li nepochopitelné nebo směšné. A rozhodně nepřijatelné. Kdyby to nebylo sousloví tak zprofanované za komunismu, napsal bych, že je to tím, že máme různý světový názor.

Napsal jsem tedy závěrečný dodatečný odstavec. Přemýšlel jsem, že bych ho zařadil na toto místo nebo že bych to celé přepsal. Ale nechám to, jak to leží, a závěrečný odstavec nechám na konci. Jak už jsem zmínil, předložený text má svůj rytmus, nechť tedy můj metatext zachová rytmus ekvivalentní.

## *JAK JSEM TO ČETL – NESOUVISLÉ POZNÁMKY*

### **Úvod**

Že by byla medicína krásný obor, kdyby nebylo pacientů a lékařů, to je starý medicínský aforismus. Zda tyto handicapy vznikly až v renesanci – nevím, snad spíše znovuvznikly. Ve středověku, s jeho supranaturalismem a supraracionalismem, asi nebyly, ale co racionalistický starověk; zde vznikala medicína, kterou bychom dnes nazývali vědeckou, paralelně s tím, jak vznikal způsob myšlení, který bychom dnes nazvali vědeckým.

Nezdá se mi, že by tvrzení, že se o tom, že na vzniku nemocí se mohou podílet emoce, začalo uvažovat především pod vlivem německé spekulativní filosofie (uvedeni jsou Schopenhauer a Nietzsche), bylo správné, přinejmenším je příliš zjednodušující. O vlivu emocí na vznik nemocí uvažoval už Galénos a jistě ani ten nebyl první, ostatně něco se dá najít už v Sókratovi. Nejspíš autoři myslí

„novou dobu“, po přerušení vývoje medicíny ve středověku, ale přiznávám, že s vlivem německé filosofie té doby jsem se zatím nikdy v literatuře nesetkal. Nejspíš proto, že čtu jinou literaturu. Ale zase – čtou-li lékaři jinou literaturu, tak vliv Schopenhauera či Nietzscheho na ně nebyl asi tak výrazný. Ostatně lékaři měli tehdy jiné starosti, hrubě materialistické povahy. Spíš jsem nabyt pocitu, že když už, tak větší vliv na medicínu měli naturfilosofové, jako je Herder. U něj úvahy o vlivu emocí nevidím. Nebo ještě spíš francouzští pozitivisté. Dokonce Goethe, který jistě měl pro emoce pochopení a uměl je popsat a uměl je dokonce vyvolat jako málokdo, je v medicíně ultramaterialistický – věnoval se, a to velmi úspěšně, srovnávací anatomii (vždyť poznatek, že lebka obratlovců vznikla splynutím obratlů, je právě Goethův). Zda a jak

ovlivnili Schopenhauer a Nietzsche filosofující lékaře, u nás třeba Mareše, nevím. (Mám Mareše v knihovně, budu si to muset přečíst, název je nakonec dosti provokativní: Pravda nad skutečnost!, s vykřičníkem.) Za začátek vážného zájmu lékařů o vztahy emoce – nemoc se většinou pokládá kazuistika Anny O. Nevím, že by její autoři studovali německou idealistickou spekulativní filosofii, Freud byl přece neurolog, a kdyby se neproslavil psychoanalýzou, tak by se proslavil svým objevem lokálního anestetického účinku kokainu, a klasická psychoanalýza je ultradeterministická (což je jí také vyčítáno). Ostatně medicína doby Schopenhauera a Nietzscheho, pokud nemám nepořádek v časových faktorech (což možná mám), je ovládána jinými představami, konkrétně Virchowem – každá nemoc má svou příčinu, a to příčinu zcela materiální.

Tvrzení, že „medicína, vědomá si své jednostrannosti v pohledu na člověka, je připravená ji čestně řešit a otevírá své brány tzv. humanitním vědám“, je spíše přáním autora než realitou. Sám mám jisté problémy už s tím, že si toho je vědoma – myslím, že „medicína“ si toho vědoma není (snad si toho jsou vědomi někteří lékaři, je jich ovšem menšina). Ale rozhodně si nemyslím, že medicína je připravená to řešit a že otevírá své brány humanitním vědám. I když je pravda, že humanitní vědy jsou na to připraveny ještě méně než medicína.

Problém medicíny a humanitních věd (řekněme „psychologie v širokém slova smyslu“) je v tom, že odborníci si nerozumějí, mluví různými jazyky. Nerozumějí si tak dokonale, že často ani nepoznají, že si nerozumějí. Jejich myšlení se pohybuje ne po různoběžkách (to by se alespoň někde protnulo), ani po rovnoběžkách (to by mělo alespoň společnou rovinu), ale po mimoběžkách.

Psycholog na somatickém oddělení selhává téměř bez výjimky. Neví, co má lékaři nabídnout a jak to nabídnout. Lékař pak neví, co má na psychologovi požadovat. Bude ještě velmi dlouho trvat, než si oba porozumějí tak, aby mohli řešit problémy medicíny společně, alespoň tak, jako společně řeší problém porodnického krvácení porodník s anesteziologem.

Pokud se „humanitními vědami“ myslí víc než jenom „psychologie v širokém slova smyslu“, což je zde, jak vidím, takto zřejmě míněno, pak je medicína prostě jednou oblastí života, kterou humanitní vědy tak či onak, nepřímou a se značným časovým zpožděním, prostě ovlivňují, jako ovlivňují každou jinou oblast. Dodám, že – v současné době – není toto ovlivnění vždy šťastné. V této souvislosti: Trochu mě zarazilo, že filosof pokládá filosofii za humanitní „disciplínu“. Filosofii jsem až dosud chápal jako jakousi zastřešující vědu pro studium „obecného“. Tedy něco, co stojí „nad disciplínami“. Nu, jak jsem předeslal, ve filosofii nejsem než laik a v současné filosofii dokonce nepoučený laik; ale přece jen, taková degradace na „jednu z disciplín“ – něco zastřešujícího mi bude chybět.

Tvrzení, že „kde důkazy nestačí (...) musí (v medicíně) nastoupit důvěryhodný vztah mezi pacientem a lékařem“, mi připadá – nejspíš asi nepochopitelné. Tedy tam, kde „důkazy stačí“, není důvěryhodný vztah zapotřebí? Rozumím dobře? Když tedy neumím něco léčit (nemám důkazy), tak mám alespoň poskytnout důvěryhodný vztah (jakési psychologické placebo)? A když to umím léčit (mám důkazy), tak prostě léčím a důvěryhodný vztah nepotřebuji? Tak to nejspíš myšleno nebylo a jde o nějakou formulační neobratnost. Psychologická osoba trojjediného autora tento chybný výkon jistě ocení. Možná tím autor chtěl

řící: Protože nikdy důkazy nestačí, musí vždy nastoupit důvěryhodný vztah. Z dalšího textu by se to tak zdálo, o to je

## Kapitola 1.

Historie medicíny v kostce má jedinou vadu, totiž tu, že tak to není. Až do roku 2000 to docela sedí, ale pro rok 2000 už ne. Bylo to převzato z homeopatické internetové stránky a je to homeopatický výklad. Současná medicína se rozhodně nevrací k tomu „sněž tenhle kořen“, ani když to budeme chápat jako novou otočku dialektické spirály.

**1.1.** Je to skutečně tak? Nevím, z které publikace to bylo opsáno, tak ani nemohu odhadnout, do jaké míry je to syntéza vědeckých poznatků a do jaké míry jen domněnky. Omlouvám se autorům: Poněkud mi to připomíná vědecké publikace Engelsovy. Ale bez ironie: Za model prehistorické společnosti se všeobecně pokládají !Kungové. Jejich život je docela dobře zmapován. Jak je to tedy u !Kungů?

**1.2.** Píše se, že čínské lékařství ve starověku náboženskému vlivu podléhalo nejméně. Nu – buddhismus

## Kapitola 3

„Vsunutá kapitola“ přerušující historický vývoj lékařství, v nejzajímavějším okamžiku – protože ve vývoji vědy, a tedy i našeho lékařství je renesance zlomem. Proč?

**3.1.** Syndrom couvade, zde popsán v prvním odstavci, není žádná kuriozita ani dnes a ani v naší společnosti, byť s méně dramatickými obrazy. Nevím, zda by se příslušný „kontextuznalý odborník“ (není uveden jménem) přiklonil k stejnému vysvětlení příznaků. A na okraj: Nevím, kolik laiků by

ten chybný výkon neobratné formulace zajímavější.

neznám ani zbla. Ale přece jen: Je-li léčba snahou o navrácení ztracené harmonie pomocí (např.) meditací, není to vliv buddhismu? Stejně jako odpovědnost za zdraví vůči sobě i vůči společnosti? A ostatně (neznám ideové základy čínské medicíny) není celý jing a jang odraz náboženských názorů?

Není tvrzení, že „počátek příčiny všech jevů jsou (v řecké filosofii 6.–5. století př. Kr.) vysvětlovány následujícím způsobem (...)“ příliš zjednodušující? Skutečně je to jediný nebo alespoň převládající výklad? Měl jsem o řecké filosofii představu, že je mnohem diferencovanější, než se zde předkládá. Není to účelový výběr – na nej povrchnější úrovni uvažování třeba proto, aby z toho ten Hippokratés nějak vyplynul? Hippokratés je autor známé přísahy, ale nevím, zda vyvozovat z toho „orientaci na etickou stránku lékařství“ není příliš vyumělkované, podobné přísahy napsali i jiní.

napadlo to, co je zde laikům podsouváno. Myslím, že by jich bylo málo. Spíš by to napadlo skupinu „pseudoodborníků amatérů“, ale těch je pořád jenom menšina.

Na závěr Moničiny kazuistiky je napsáno, že Monika neznala „kontext“. Myslím, že to, co neznala, byl termín, nikoli kontext tohoto termínu. Nevěděla, že „áčko“ je absence v práci. Kdyby měla tuto slovníkovou znalost, nenechala by se zavést, při nejmenším by se pídila, v jakém smyslu bylo toto slovo použito.

Aby to byla ilustrace neznalosti kontextu, musela by se kazuistika upravit, třeba tak, že Monika by se z nějakého důvodu domnívala, že její partner je vzorný pracovník, nemůže tedy mít „áčko“ ve smyslu absence.

Druhá kazuistika je přílehlavější, ale ani tady si nejsem jist, zda jde výhradně o „kontext“. Jde o úmyslnou „ironii na druhou“, pravda se řekne tak, aby byla pochopena jako ironie či žert. Je to rafinované úmyslné zavedení posluchače. Těžko říci, že je to dobrý příklad na „neznalost kontextu“, jde o úmyslné zavedení (dokonce mě napadá, že takové úmyslné zavedení vyžaduje, aby ten druhý znal kontext dobře, jinak by taková „ironie na druhou“ nebyla možná, resp. nebyla by pochopena tak, jak má být).

Ostatně kazuistikou průšvihů z neznalosti kontextu mohu vypomoci. Je to v jedné z prvních kapitol Osudů dobrého vojáka Švejka. Ten se po atentátu na arcivévodu Ferdinanda ocitne na policejním komisařství spolu s jinými zatčenými. Jeden z nich byl zadržen poté, co na otázku, co říká té vraždě v Sarajevu, odpověděl (nečetl noviny, a tedy nevěděl, že arcivévod byl zavražděn), že když je někdo tak hloupý, že se nechá zabít, dobře mu tak (volně parafrázuji). Tamtéž je též kazuistika předstírané neznalosti kontextu. To když hostinský Palivec na otázku, co říká tomu, co se stalo v Sarajevu, odpovídá, že ve vinárně Sarajevo se perou pořád, to víte, Nusle.

**3.2.** Když už jsou zde sofisté a Aristotelés, domnívám se, že by si zmínku zasloužil i Sókratés. Jednak pro svůj význam pro vývoj lidského myšlení, jednak i proto, že z některých stran je uváděn jako „první psychosomatik“.

Jazyk je pochopitelně diskontinuální a velikost „mezer v mřížce“ je taková, jakou potřebuje život společenství, které jazyk používá. Tak severní jazyky diferencují mnoho různých druhů sněhu, zatímco pro nás je to prostě sníh. Ostatně už lyžařský jazyk rozlišuje několik různých sněhů, zatímco pro mne, nelyžaře, je to pořád jenom sníh. Když se objeví potřeba větší diferenciace, objeví se nový termín. Třeba hormon prolaktin. Když se objevilo, že existuje „něco, co vypadá jako dvě molekuly prolaktinu spleené k sobě“, jazyk vyvinul rychle nový termín (big prolaktin). Když Krejčí překládal Kantovu Kritiku čistého rozmyslu, tak si – nemaje ekvivalentní termín, který by rozlišil rozmysl od rozumu – slovo rozmysl vymyslel. Když Cattel provedl faktorovou analýzu osobnosti, zjistil, že jeho faktorům neodpovídají vlastnosti, tak jak je zná normální jazyk. Nové názvy pro nové vlastnosti tedy prostě vytvořil. A od té doby každý, kdo potřebuje osobnost diferencovat přesněji, než je běžný popis, a chce k tomu použít Cattellovu analýzu, může o pacientovi říci třeba, že má nízkou praxermii, a každý, kdo mu bude chtít rozumět, mu rozumět bude – nebo si to najde v manuálu.

Je pozoruhodné, jak různé jazyky mají různé mezery, které se z nějakého záhadného důvodu nevyplnily. Tak čeština nerozlišuje anglické labor a delivery – pro češtinu je obojí prostě porod. Problémy, které s tím vznikají při policejním vyšetřování a soudním jednání, jsou obrovské a ne vždy se je podaří překonat.

Do této kapitoly by patřil zcela konkrétní a přízemní lékařsko-pacientský problém, který zde není zmíněn, totiž když pacient a lékař používají tentýž termín v různém významu. Příkladem budiž „menstruace“. Pro lékaře je menstruace krvácení, které nastává při odlučování

sekrečního endometria v důsledku poklesu hladiny progesteronu při zániku žlutého tělíska. Pro ženu je menstruace každé krvácení z pohlavního ústrojí. Následky mohou být tragické: „Kdy jste měla poslední měsíčky?“ „Před týdnem.“ Až poté, co žena umírá na nerozpoznané mimoděložní těhotenství, se ukáže, že žena minula prostě krvácení, které při mimoděložním těhotenství může nastat, zatímco lékař minil „menstruaci v přesném slova smyslu“, která mimoděložní těhotenství vylučuje.

Naproti tomu si nemyslím, že „něco mezi“ musíme vysvětlovat mnohem složitěji. Kdo umí např. emoce diferencovat, najde i správné synonymum či správný popis. Neumí-li to popsat, většinou je to proto, že to neumí diferencovat (viz alexithymie). Když to neumí diferencovat nikdo, žádný nový termín nevznikne, není proč. Jsou pacienti, kteří nejen neumějí popsat, kde je bolí, ale dokonce to neumějí ukázat. Problém není v tom, že neumějí říci „vpravo dole“, ale že neumějí rozpoznat, že je to vpravo dole.

Problémy s přenášením poznatků z jedné vědní disciplíny do druhé zde zmíněny jsou, byť abstraktně. Ale to je právě ten hlavní a zásadní problém selhávání komunikace mezi našimi

## kapitoly 4 -6

S renesancí je problém. Vývoj je překotný, poznatků je příliš mnoho. Těžko lze na omezeném prostoru uvést všechno. Celý text však působí, jakoby šlo o víceméně náhodně vybrané věty vytržené z nějaké monografie dějin lékařství. Řada tvrzení je sporných a problematických. Prostě – chybí kontext (viz předchozí kapitoly).

oběma obory, vědou o duši a vědou o těle, ani dva odborníci s dobrou vůlí si nerozumějí. Mluví různými jazyky. A jako cizí jazyk se lze dobře naučit jen pobytem v zemi, kde se jím mluví, tak i tento jiný jazyk se lze naučit jen pobytem v jiném oboru, kde se jím mluví. V praxi je to ovšem pro drtivou většinu lékařů i psychologů nemožné, o filosofech nemluvě.

Na druhé straně si nemyslím, že „popis spojitě skutečnosti nespojitými prostředky“ je problémem při zařazování pacientů pod jednotlivé diagnostické kategorie. Snad v psychiatrii, snad u psychogenních příznaků bez somatického ekvivalentu, u somatických nemocí je spektrum onemocnění nespojitě. Ostatně se domnívám, že i v psychiatrii a u psychogenních potíží je to jen nedostatek našich znalostí, který činí dojem spojitosti. Má-li člověk vysokou teplotu a v krvi virus chřipky, tedy má chřipku. Má-li vysokou teplotu a v krvi virus průšnic, tedy má průšnice. Je kontinuum v příznaku, ale není kontinuum v diagnóze. Můžeme se bavit o faktorech, které způsobují, proč jeden stůně týden, druhý dva týdny, třetí umře, čtvrtý neonemocní, i když má virus. Zde spojitost jistě je, ale to zase není zařazování do diagnostických kategorií.

Namátkou: Nemyslím, že lze v jedné větě uvést světový názor starověkých Helénů a středověkých křesťanů. Rozdíly jsou příliš velké. Naturalismus a racionalismus na straně oné, supranaturalismus a supraracionalismus na straně této. Nemyslím, že lze v jedné větě uvést Aristicha a Koperníka. Zevně jsou snad jejich představy podobné. Ovšem „teorie“ (přesněji: smyšlenka) Aristichova a vědecká teorie



Koperníkova jsou přece filosoficky něco zcela jiného, vycházejí ze zcela jiného poznání – a proto taky zcela jinak ovlivňují nebo dokonce ohrožují stávající oficiální světonázor.

Jsem přesvědčen, že rozvoj přírodních věd v renesanci ovlivnil vývoj lékařství neporovnatelně víc než kritický přístup k překladům Galéna. A nemyslím si, že kdyby byl Galén přeložen správně, že by to patrným způsobem ovlivnilo výsledky středověké medicíny.

Nevím, zda právě Fracastorova spekulace, ničím nepodložená, bylo to, co oslabilo víru, že nemoc je boží trest. Víra prostě byla oslabena, rozvojem vědy, rozvojem materialismu, už předtím důsledným domyšlením nominalismu, s vyústěním v Roscelinův triteismus, čímž vlastně končí scholastika, a tím i středověk, a to všechno by se stalo i bez Fracastora.

Nevím, zda skutečně odmítnutí Hippokrata začalo Harveyem. Ostatně mi důležitější než Harveyův matematický důkaz připadá Harveyův experimentální důkaz.

Nemyslím si, že by se na Descarta v dnešní době pohlíželo jako na viníka dnešních problémů v medicíně. Na druhé straně si nemyslím, že svůj systém myslel jen jako „model“.

La Mettrie žádá, aby fyziologie byla přebudována na materialistickém základě. Znamená to, že dosud nebyla budována na materialistickém základě? – o něco výše je Harveyova fyziologie krevního oběhu popsána zcela materialisticky.

Je patrně něco jiného mechanická interpretace a materialistická interpretace.

Skutečně měl Schelling takový význam pro rozvoj fyziologie?

Jakou roli vlastně sehrál vitalismus ve vývoji medicíny?

Konečně závěrečný odstavec („převládaly stále ještě metody středověké heroické terapie“) je v přímém rozporu s názvem kapitoly (a kromě toho mi není jasné, v čem byla středověká terapie „heroická“).

A snad ještě k závěrečnému odstavci. Nedomnívám se, že by v oblasti přírodních věd byly snahy po vytváření spekulativních soustav, je to ostatně v rozporu s voláním po materialistických výkladech. Spekulativní soustavy vytvářela spekulativní naturfilosofie, která se s poznatky rozvíjejících se přírodních věd dostávala, jak čas pokračoval, do stále větších rozporů, až posléze zanikla. Pro následující století to hezky zpracoval Rádl v knížce nejspíš už zapomenuté (taky ji mám v knihovně, to jen abych se pochlubil, co všechno mám v knihovně), o sto let dříve to zřejmě bylo podobné, jen pozice naturfilosofů byla silnější, mladá přírodní věda byla slabší.

A přece ještě jedna poznámka. Experiment je prostě základní nástroj vědeckého poznání. Napíše-li autor, že naráží na „nepřekročitelné hranice“, říká tím, že vědecké poznání není možné. Nemyslím, že to byl pocit např. encyklopedistů. A že by v 18. století hrály tak zásadní roli etické důvody? Spíš ještě metodologie vědy nedospěla tak daleko. Vědecký pokrok, ať chceme nebo nechceme, jde postupnými kroky.

**5.1.** Pokračujeme v přehledu historie medicíny letem světem, s daty náhodně vybranými a ne vždy reprezentativními a někdy spornými (pod slovem chemoterapie si běžný čtenář představí protinádorovou chemoterapii, ale ta byla

objevena mnohem později než 1930, tuším začátkem 50. let se objevil nitrogen mustard, vyvinutý z yperitu). Centrální postavení a centrální význam Virchowa se v tom trochu ztrácí. A ztrácí se v tom to, jak Virchow tímto svým postojem ovlivnil další vývoj medicíny.

V závěru se píše, že si tato medicína vysloužila přívlastek bio-. Nevím. S termínem biomedicína jsem se setkal poprvé v Evropské deklaraci o lidských právech a biomedicině. A tam to má význam jiný.

Právě z pohledu tématu celé knížky je ovšem tento odstavec sporný z jiných důvodů. Právě v tomto století se rozvíjela nejen „biomedicína“, ale vznikla a svého vrcholu dosáhla „psychomedicína“. To je doba psychosomatické medicíny vycházející z psychoanalýzy, to je doba kortikoviscerální teorie vycházející z Pavlova, to je doba Selyeho, to je doba psychosomatických extrémů. To je doba vzniku a rozvoje psychoterapie a psychofarmakoterapie. Pojmout vývoj medicíny právě ve 20. století pouze jako vývoj medicíny biologické, to je hrubé a nepřijatelné zkreslení, zvláště v práci, která si klade za cíl komplexní přístup. Právě v této době psychosomatický přístup vznikl, právě zde se nejvíce rozvíjel, právě zde vytvořil nejucelenější systémy, právě zde se dopustil největších výstřelků, právě zde se objevily směry, které hypertroficky zdůrazňovaly vliv psychosociálních faktorů na zdraví a nemoc proti faktorům somatickým (Mitscherlichova antropologická medicína, třeba), právě zde se začala věnovat pozornost chování nemocného, sekundárnímu zisku apod. A nešlo jen o teorie, tyto přístupy měly výrazný dopad na terapeutickou praxi a některé z nich (např. porodnická psychoprofylaxe, na Západě známá jako Lamazova metoda) byly všeobecně akceptovány a celosvětově rozšířeny. Na konci století

pak přichází pokus o novou syntézu, biopsychosociální koncepce Lipowského.

**5.2.** Kazuistika dětského diabetu je uvedena větou: „Tam, kde medicína zatím neví, proti čemu bojuje, umí aspoň tu hrobníkovu lopatu oddálit o desetiletí, a pacientovi umožnit plnohodnotný život s velmi malými omezeními.“ Nechme stranou, zda inzulinoterapie je „velmi malé omezení“ (mnozí diabetici by s tím nesouhlasili). Ten případ nesedí z jiného důvodu. Zde medicína velmi dobře ví, proti čemu bojuje. Snažím se v paměti vypátrat nějaký případ, který by se dal na úvodní větu nasadit. Nic mě nenapadá. Nezbyvá mi než závěr, že tam, kde medicína neví, proti čemu bojuje, přinejmenším ve většině případů neumí ani oddálit hrobníkovu lopatu, ani umožnit plnohodnotný život. Leckdy to neumí ani tam, kde ví, proti čemu bojuje. Vlastně mě teď jeden případ napadl a je zvláštní, že nenapadl autora: idiopatická sterilita. Medicína neví, proti čemu bojuje, ale pomocí IVF to „něco“ dokáže obejít a pacientovi i tak pomoci.

Úvaha na s. 27 není správná, subtilně je v ní zmaten medicínský výzkum a medicínská praxe. „Požadavek spolehlivosti a objektivity znamená snahu o vyhnutí se všemu nejistému a subjektivnímu. Pokud je tedy nemoc definovaná či prokazatelná nálezem vykazujícím odchylku od (fyzikálně nebo chemicky určené) normy, pak bývá člověk, u něhož se takzvaně nic nenašlo, ve velmi špatné situaci.“

Požadavek spolehlivosti a objektivity je požadavek medicínského výzkumu – a správný, bez něj by výzkum nebyl možný, výzkum hledá spolehlivé a objektivní zákonitosti. Medicínská praxe si je velmi dobře vědoma subjektivity a nespolehlivosti jakéhokoli příznaku, jakéhokoli fyzikálního či chemického výsledku, jakékoli interpretace.

Pokud se u pacienta „nic nenajde“, tak to může být nedostatečnost lékařské vědy – proč ne, takové situace jsou, lékařská věda se vyvíjí postupně, v minulosti to bylo jistě častější. Nebo to může být nedostatečnost lékaře. Uvedená kazuistika je zářný příklad tohoto případu. Zde není pravda, že se „nic nenašlo“. Našlo se, ovšem pozdě. Můžeme si klást otázku, proč se to našlo pozdě, ale zde je podstatné, že „se našlo“.

Hledat „to“ je problematika diferenciální diagnostiky. Jsou-li potíže nesrozumitelné, nenacházíme-li pro ně somatickou (fyzikálně či chemicky) definovanou diagnózu, je jistě na místě uvažovat i o diagnózách psychosociálních, či, chcete-li, psychosomatických nebo biopsychosociálních (ortodoxní psychosomatik by řekl, že o nich máme uvažovat už v první linii diferenciální diagnostiky). A zde se vracím k problému komunikace mezi somatiky a psychology. Psychogenní potíže jistě existují, ale i tato onemocnění je třeba popsat tak, aby byla možná pozitivní diagnostika, nikoli diagnostika per exclusionem. Zde per exclusionem byl učiněn závěr, že jde o problém psychogenní. Naštěstí byla pacientka poslána psychiatrovi a ne psychologovi a psychiatr si uvědomil, že takto pacientka s psychogenní stomatodynii nevypadá a vrátil všechno zpátky. V gynekologii máme psychogenní pánevní bolesti. Jsem přesvědčen, že je nutno se snažit definovat a nacházet pozitivní diagnostická kritéria. Tak třeba přítomnost leer šoku v Rorschachově testu je odchylka od normy, která je vzácná, ale u pacientek s psychogenní pelipatií je častá. Můžeme pátrat o sekundárním zisku a můžeme pátrat, zda nenasedl na somatickou pánevní bolest (tzv. psychosomatická rezidua po gynekologickém zánětu) atd. Jenomže lékaři nevědí, že to je to, co mají od

psychologů požadovat – a psychologové naprosto nedohlédají význam takové cílené psychodiagnostiky. Snad mají pocit, že je to degraduje na práci biochemického laboranta. Pocit je to možná i oprávněný, ale ve stejné pozici je třeba rentgenolog – bez práce dobrého biochemického laboranta a dobrého rentgenologa se medicína neobejde.

Není vůbec pravda, že „pocity nemocných, jako například bolest, strach, neklid, pocit chladu nebo tepla, ztrácí v přírodovědně orientované medicíně, zaměřené na hledání spolehlivých objektivních důkazů, svůj význam“. První věta v první hodině interní propedeutiky, kterou medicí slyší, je „dobrá anamnéza je půl diagnózy“. Pocity nemocných jsou přece to, co nemocného přivádí k lékaři (jedinou výjimkou, a ještě spornou, je preventivní prohlídka). Pacient vždy přichází s nějakým pocitem, nepřichází s laboratorním nálezem nebo s rentgenovým snímkem (už důvodem k provedení laboratorního vyšetření nebo rentgenového snímku byl nějaký pacientův pocit). Byla kdysi doba (autor kapitoly o dějinách lékařství by ji uměl zařadit lépe než já), kdy se léčil „pocit“. Někdy se tak – z nouze – postupuje i dnes (nejen z nouze, speciálně lékaři sami sebe takto často léčí). Ale medicína dávno ví, že léčit „pocit“ je řešení nouzové, které, má-li vůbec úspěch, tak jen dočasný. Má-li být medicína úspěšná, musí nalézt příčinu tohoto pocitu, to jest stanovit diagnózu. Příčina se hledá tím snáze, čím lépe dokáže pacient pocit popsat. Je-li schopen říci pouze „cítím se blbě“, hledá se příčina blbě. Je-li schopen říci „bolí mě v podbříšku vpravo, trvá to tři hodiny, bolest je stálá a postupně se zhoršuje“ nebo, z jiné oblasti, „pocituji úzkost, a to vždycky den před tím, než k nám má přijet na návštěvu tchyně, jindy ji

nepocítuji, pociťuji úzkost, nikoli depresi“, stanoví se diagnóza daleko snáze. Hledá-li lékař příčinu (tedy stanovuje-li diagnózu), musí v první řadě vyloučit záležitosti, které bezprostředně ohrožují život. Pak musí vyloučit záležitosti, které ohrožují život, ale nejsou akutní (třeba nádor). Až pak pátrá po ostatních příčinách. Jinak by postupoval nesprávně, vystavil by se vysokému riziku trestního stíhání pro ublížení na zdraví z nedbalosti, a ostatně si myslím, že by postupoval nejen v rozporu s vědou, ale i v rozporu s etikou. Když pak vyloučí nemoci (co pacient popisuje, je příznak, nikoli nemoc), které ohrožují život, může a má pátrat dál, rozšiřovat spektrum vyšetřovacích metod, včetně metod psychodiagnostických. Zde ovšem bohužel většinou zapláče, protože psycholog neví, co se od něj chce, a informace, které od něj lékař zpětně dostane („lehké neurotické tendence“), jsou k ničemu.

Fakticky je problém v tom, že pacienti poskytují informace o svých pocitech neúplně a zkresleně. Přejde pacientka s výtokem a řekne: „Ta léčba, co jste mi dal, mi vůbec nepomohla.“ Když se lékař vyptá, tak zjistí, že předtím byl výtok hustý, bílý, svědivý, po léčbě na dva týdny přestal, pak se objevil výtok řídký, žlutý, nesvědivý, zato páchnoucí. Problém na straně lékaře je v tom, že se nevyptá. Viz výše uvedený příklad s menstruací. Kdyby se lékař vyptal, jak ta „menstruace“ přesně vypadala, nejspíš by poznal, že nešlo o skutečnou menstruaci, ale o jiné krvácení z pohlavního ústrojí, a pacientka by nezemřela.

To všechno je pravda, to všechno je problém, který ústí v nespokojenost a frustraci na obou stranách. Ale není to problém „lékařství“, je to problém (konkrétního) „lékaře“. Je to problém

faktorů osobnostních, ekonomických, časových, je to problém způsobu studia medicíny, postgraduálního vzdělávání. Je to problém podstatný, ale není to problém současné medicíny jako oboru, ani „bio-medicíny“, chcete-li.

(Poznámka a margo: České zdravotnictví má výsledky skvělé – tedy myslím zdravotnictví na pokladnu. Z mého oboru: Perinatální úmrtnost se prý považuje za nejlepší ukazatel úrovně zdravotnictví, je-li vzat jediný ukazatel. ČR patří svými výsledky mezi absolutní světovou špičku. Perinatální úmrtnost negativně koreluje s výší hrubého národního produktu. ČR je jedinou výraznou výjimkou. Lze říci, že české zdravotnictví žije nad poměry, ale výsledky tomu odpovídají. Nepoměr mezi kvalitou a financemi ovšem vnáší do systému obrovské pnutí – všichni jsou nasráni. Stačí, aby zemřelo dvakrát tolik novorozenců, pořád to ještě bude výsledek přijatelný – a bude po problémech s financováním zdravotnictví a s chováním zdravotníků vůči pacientům. Nebo taky ne. Lékaři budou nasraní tentokrát proto, že nemohou dělat tak kvalitní medicínu, na jakou si zvykli.)

**6.2.** V celém textu úplně vypadla třetí velká psychosomatická koncepce – kortikoviscerální medicína. To je nepřijatelné.

Nemůžeme kortikoviscerální medicínu pominout prostě proto, že se nám nelíbí ideologie, která se na ni (v podstatě náhodně) napojila a fakticky ji znásilnila, nebo proto, že začátkem 50. let byla, navíc ve své extrémní a zvládnutá podobě, násilně vnucována české medicíně. Kortikoviscerální medicína byla ve své době akceptována i Západem. Když byl v polovině 50. let první světový kongres gynekologicko-porodnické psychosomatiky, v několikasetstránkovém sborníku je

jedna (!) práce, která má jiná teoretická východiska. Když si vezmeme do ruky americké gynekologické časopisy z té doby, je tam kortikoviscerální medicíny víc než psychosomatiky vycházející z psychoanalýzy. Kortikoviscerální medicínu nelze opomenout, i kdyby už byla zapomenuta. Což ovšem není. Vloni, tuším, vyšel v Psychosomu překlad gynekologické kapitoly z jakési současné západní učebnice psychosomatiky. To je nervismus v té nejtvrděší a nejvulgárnější podobě, za to by se nemusela stydět ani třeba taková Garmaševa. Ostatně před kortikoviscerální medicínou neutečeme – když už nic jiného, tak podmiňování hraje roli jistě u alespoň některých psychogenních somatických problémů.

Z kapitoly o psychoanalýze vypadl hlavní přínos psychoanalýzy, který akceptují i její odpůrci. I když všechny psychoanalytické modely osobnosti, psychoanalýzu jako terapii atd. odmítneme, pořád zbývá, že psychoanalýza objevila, že existují nevědomé psychické děje, které ovlivňují myšlení, chování, nemoc. Odborníkovi je to jasné, ale laik to neví nebo si to neuvědomuje.

Spontánní potrat těhotné jako nepřiznaný odpor k těhotenství je velmi nešťastný příklad, toto zřejmě neexistuje. Když už, tak lepší příklad je emesis gravidarum, tam to je možná pravda, i když spíš asi jde nikoli o „nepřiznaný odpor“, ale o nepřiznaný „ambivalentní postoj“ – k psychosomatickému příznaku je zapotřebí konflikt, je-li jednoznačný odpor, příznak spíš nevznikne (u těhotenské hyperemezy mohou tento výklad oprávněně autoritu Chertokovu). A nikoli „nepřiznaný“, ale „nevědomý“.

Míní-li se teorií specifických osobnostních profilů např. osobnostní typ A a B a riziko infarktu myokardu,

tedy by si to zasloužilo podrobnější výklad – ve vývoji psychosomatické medicíny to je významná kapitola.

V pojetí Selyeho je stres „farmakologie špíny“. Popsaná tři stadia platí pro chronický stres, ale on existuje i stres akutní (a jednorázový) a stres periodicky opakovaný.

Mám pocit, že sem by se hodilo, že organismus reaguje na ohrožení (což je nepochybně stres) buď útokem, nebo útekem, nebo – nemůže-li ani útočit, ani utíkat – syndromem beznaděje-bezmoci. Sem by se patrně taky hodila zmínka o fyziologických změnách při stresové reakci, které u moderního člověka, jenž nemůže volit žádnou z uvedených reakcí, jdou „do prázdna“ a mohou způsobit zprvu přechodné, později fixované patologické (i organické) změny.

**6.3** Alexitymii lze jako „koncept“ označit těžko, zvláště v konfrontaci s koncepty v předchozí kapitole. Koncept je třeba antropologická medicína nebo bio-psycho-sociální koncepce Lipowského (a dál už to nevím, i Lipowski je vlastně moderní jenom při velkorysém pojetí). Alexitymie je specialita. Nepamatuji si, z čeho vycházeli Nemiah a Sifneos, ale pamatuji si, že už v počátcích alexitymie se vědělo (a snad to věděli oba výše uvedení), že nejvýraznější alexitymie je u jedinců s agenezí corpus callosum. Je to už 30 let, co jsem alexitymii zmínil v jedné publikaci (mám dokonce dojem, že v ČR jako první), ale nemohu se ubránit dojmu, že z dynamických teorií autoři nevyšli. Kromě toho autoři to popsali jako neschopnost rozpoznávat a sdělovat emoce – nikoli ovlivňovat emoce (viz ostatně překlad řeckého termínu). Asi se to pojetí za těch 30 let změnilo a rozšířilo. Ale jistě není pravda, že jediným signálem psychické rozlady je bolest, signálem psychické rozlady je

somatický příznak, jímž může, ale nemusí být bolest. Vezměte si kazuistiku Münchhausenova syndromu, což není nic jiného, než extrémní alexitimie. Spektrum příznaků je mnohem pestřejší než jenom bolest. A to nechávám stranou syndrom Münchhausen by proxy, kde není u postiženého nejen žádná bolest, ale dokonce ani žádný somatický symptom.

Ani syndrom beznaděje-bezmoci není koncepce. To přece patří do stresu. To je třetí možná reakce na ohrožení, když není možný ani útok, ani útěk. Osoba nemá pocity zde vyjmenované, ona je v takové situaci. Je v situaci ohrožení a nemůže ji řešit ani útokem, ani útekem. Ostatní pocity jsou sekundární následek.

Teorie životních událostí – ta přece zase patří do stresu, je to tu ostatně napsáno. To není „koncepce“, ale jen dílčí konkretizace stresové teorie psychosomatických problémů. Jinak gynekolog nemůže minout, že jsou zde zmateny interrupce a spontánní potrat – jejich psychologické následky se dramaticky liší, nelze to dát do jedné věty.

Teorie rodiny je zase koncepce dílčí. Snad by stálo za to, na úvod kapitoly o moderních „konceptech“ předeslat, že nemají ambici stát se komplexní, všezahrnující teorií, že jsou zaměřeny na dílčí modely, nesnaží se postihnout celé spektrum psychosomatických a psychogenních problémů.

„Psychoneuroimunologie (někdy se doplňuje i vsuvka endokrino)“ je velmi odbyta. Jde vlastně o dvě věci, psychoneuroendokrinologii a psychoneuroimunologii – z nichž ona je daleko rozvinutější než tato. Vůbec to není „nejmodernější podoba teorie stresu“. Je to věc, která vlastně nezapadá do klasického psychosomatického

uvažování, ale je to věc zcela zásadní, bez které se skutečná psychosomatika budoucnosti neobejde. Jde o to, že psychický či psychosociální vliv nemůže somatický příznak, či dokonce organickou změnu způsobit „jen tak“ (to bychom se vrátili k Descartovi, ten má taky problém s propojením duše a těla – proto potřebuje boha). Musí existovat nějaký převodní systém. A ten může být buď endokrinní, nebo imunitní, nebo vegetativní. Psychoneuroendokrinologie a psychoneuroimunologie přímo studují tyto převodní mechanismy. Je to věda v počátcích, ale jestli něco psychosomatiku (v užším slova smyslu, nemyslím tím „chovat se slušně k nemocným“) posune, je to právě toto. Tak třeba existuje separační amenorea. Zdá se, že má specifický hormonální obraz (vyšší hladina FSH, nikoli však LH). Nevíme ani, jakým způsobem k tomu dojde na úrovni hypotalamo-hypofýzo-ovariální osy, natož abychom věděli, jak se do toho zapojují hypotalamické neurotransmitery. Zato víme, že v mnoha případech tzv. hypotalamické (tj. velmi často psychogenní) amenorey hraje roli endorfinerní systém – naloxon stav upraví. Víme, že prekurzorem beta-endorfinu je proopiomelanokortin vznikající z preproopiomelanokortinu. Proopiomelanokortin je ovšem i prekurzorem MSH a ACTH. Kromě toho stres zvyšuje produkci kortikoliberinu. A teď: jaký stres za jaké situace zvyšuje tvorbu proopiomelanokortinu, jaký stres za jaké situace způsobuje jeho štěpení tak či onak, jaký stres za jaké situace zvyšuje tvorbu kortikoliberinu. Až budeme vědět i to, tak pochopíme, proč stres způsobuje psychogenní amenoreu. A proč je to jednou tzv. hypotalamická amenorea, která má sníženou hladinu prolaktinu, a jindy je to naopak hyperprolaktinemická amenorea. A snad pochopíme, proč někdo stresovou

amenoreu má, jiný nemá. Při těžkém akutním emočním traumatu v proliferační fázi cyklu může nastat amenorea, která je paraendokrinní – endometrium nereaguje na ovariální steroidy. Proč? Jaký to má mechanismus? Netušíme. U žen odsouzených k trestu smrti nastává amenorea, ale bezprostředně před popravou metrorrhagie z atrofického endometria (to vyzkoumal jeden německý lékař ve 30. letech minulého století). Jaký to má psycho-neuroendokrinní mechanismus? Pokud nepochopíme mechanismy, tak jsme odkázáni na pouhé spekulace, v lepším případě korelace. V této souvislosti znovu zmiňuji psychogenní hyperprolaktinemii. U cca poloviny hyperprolaktinemických žen je přítomna zvláštní rodinná konstelace v dětství – chybějící otec (buď fakticky, nebo psychologicky, např. alkoholik). Hyperprolaktinemie pak je spuštěna nějakou životní událostí ve smyslu ztráty, ať už reálné nebo symbolické. Analytici to vysvětlují regresí do orální fáze vývoje, která poslední proběhla v dysfunkční rodině normálně. Budiž. Ale jaký je ten převodní mechanismus? Psychogenní hyperprolaktinemie je fascinující – jasně definovaný klinický obraz, jasně definovaný hormonální obraz, jasně definovaný psychologický obraz.

**6.5.** „Výzkumy v této oblasti (...) pokud jsou vůbec proveditelné.“ Nuže – není-li výzkum proveditelný, tak je to alternativní medicína, a to sem nepatří.

Je zde definice onemocnění jako „odchylky od normy v dimenzích tělesného stavu a prožívání, duševního stavu a prožívání a mezilidského chování“. Ale to není definice „onemocnění“, je-li to od někoho opsáno, tak je to opsáno špatně. Odchylka nemusí být nemoc. Sám mám

odchylku zvanou benigní familiární hyperbilirubinemie – a nepokládám ji za nemoc, i když se to tak dokonce jmenuje (Gilbertova nemoc). Odchylka může být také v kladném smyslu – třeba inteligenci nad normu (nad dvě sigma nebo nad 95. percentil) těžko budeme pokládat za „nemoc“. Nemoc je nepřítomnost zdraví, zdraví pak definuje WHO jako stav tělesné, psychické a sociální pohody. Je to velmi široká definice, na můj vkus příliš široká, ale pořád užší než „odchylka od normy“. Škoda, že když už se to zaběhlo, je diskuse o problematice „normy“ odsunuta na neurčito.

Že psychosomatický výzkum není možný, je výmluva. Psychosomatický výzkum je velmi dobře možný. Je samozřejmě obtížný, je pracný atd. – ale který kvalitní výzkum (mluvím o skutečném výzkumu, ne o pracích, jejichž smyslem je publikace) není obtížný a pracný. Sám jsem se několik let psychosomatickým výzkumem zabýval, troufám si říci, že vím, o čem mluvím. Psychosomatický výzkum je dobře možný. Ale je to arci spousta práce, „špinavé práce“, řekl bych, a s nejistým výsledkem. Psychosomatici jsou lidé velkých idejí, velkých koncepcí, velkého rozletu – a naprosto neochotní k této „špinavé práci“ – raději vymýšlejí koncepce, spekulace, terapie atd. A když už se najde někdo, kdo má pro psychosomatické problémy pochopení a je k výzkumné práci ochoten, tak rychle zjistí, že v čistě somatických tématech dosáhne na grant a publikaci v impaktovaném časopise snáze, rychleji a spolehlivěji. Psychosomatický výzkum víceméně není – protože nejsou psychosomatictí výzkumníci.

Jasně definovat proměnné, definovat vágní a rozmazané pojmy atd. musela i fyzika. A když byla na té úrovni a v tom stadiu vývoje, v jakém je psychosomatika

dnes, měla to stejně těžké. Pokusem o definici pojmů můžeme začít – tato práce k tomu bohužel nepřispívá, spíš to dál rozmazává a zatemňuje.

Jistěže každá nemoc mění psychický stav i sociální prostředí jedince, ale s tím se musí výzkumník vypořádat vhodně postaveným projektem. Jde to, ne že ne. Přijmeme-li, že to nejde, tak jsme v neopozitivismu. Nelze poznat buňku, protože chceme-li ji zkoumat, musíme ji zabít, říká, tuším, Niels Bohr. Vlastně hůř. Nejde-li to, jsme vůbec mimo vědecké poznání, jsme u intuice, tradice, tzv. zkušenosti, víry, zjevení atd. A to není a nemůže být medicína, tedy chce-li zůstat medicínou, přinejmenším v dnešním slova smyslu.

Další odstavec je nesmyslný. Výzkum se přece nedělá tak, že hledám babičky, které štve doktor Blažej, a srovnávám je s babičkami, které doktor Blažej neštve (chybí ještě skupina babiček, které nevědí, kdo je to doktor Blažej). Výzkum se dělá, proboha, jinak. Musím mít hypotézu – kterou vytvořím třeba tak, že se snažím vysvětlit rozpory v dosavadních znalostech, nebo tak, že mi „zkušenost“ říká, že by něco mohlo být nějak atd. Pak musím, na tuto hypotézu (podtrhuji) vytvořit projekt, který tuto hypotézu má ověřit. Výběr souboru, kontrola intervenujících proměnných, definice závislých a nezávislých proměnných apod. je rutinní součástí každého projektu. Pak dostanu nějaký výsledek a statisticky testuji nulovou hypotézu. Dostanu pravděpodobnost, s jakou vztah, který jsem chtěl prokázat, reálně platí (ve skutečnosti dostanu pravděpodobnost, s jakou vztah reálně neplatí, ale to je jenom druhá strana téhož). Protože vždy dostanu jen pravděpodobnost, nezbyvá, než abych to sám na jiném projektu (nebo někdo jiný na jiné populaci a mém projektu) ověřil znovu. Zase dostanu

pravděpodobnost. Vyjde-li to stejně a je-li v obou případech pravděpodobnost vysoká, tak mohu říci, že jsem hypotézu potvrdil. Pokud je to oblast, jež se dá aplikovat na babičku, kterou štve Blažej, tak to mohu zkusit aplikovat. Ale nemohu vyjít od babičky a lovit v kalných vodách. Tak se výzkum skutečně dělat nedá.

Další kazuistika je nepřipadná. Jediné, co ukazuje, je praktický problém s diagnózou čistě somatických nemocí u pacientů s psychogenními příznaky. To je skutečně problém, taky jsem si kdysi naběhl (s mimoděložním těhotenstvím u ženy s pelipatií a poruchami cyklu). Ale to není „generalizace na jiná životní období“, je to prostě problém dvou nemocí, které mají stejný příznak, jedna je chronická (a život neohrožuje), druhá je akutní (a život ohrožuje), a následné chyby v diferenciální diagnostice, která je v tomto případě mimořádně obtížná.

Má-li autor pravdu, že „je bezpodmínečně nutné trvat na tom, že v psychosomatice se pohybujeme na úrovni neověřených (a dost možná i neověřitelných) hypotéz a spekulací a důsledně se podle toho chovat“, pak – prosím – jděme od toho a já nevím, proč to autor napsal a proč já se s tím čtu a proč to píšu. Pak psychosomatika nepatří do (vědecké) medicíny, pak je to něco na úrovni zařikávání nebo homeopatie, a nemáme se o čem bavit. Pak se tedy shodněme, že zdravotník se má chovat slušně k pacientům, a psychosomatiku nechme být. Podotýkám, že lékař se podle stále platného zákona nesmí pohybovat v neověřených hypotézách a spekulacích, nýbrž musí postupovat výhradně podle „současných dostupných poznatků lékařské vědy“ (par. 11, zák. č. 20/1966 Sb., v platném znění).



Ale já s tím nesouhlasím. Já jsem přesvědčen, že psychosomatika musí své hypotézy a spekulace ověřovat a je možné je ověřovat. Jinak nepatří do medicíny, není to nic než plkání a škoda s ní ztrácet čas. Což by mě mrzelo, protože sám jsem s ní ztratil mnoho let.

Je pochopitelně pravda, že vědecký výzkum v medicíně postupuje krok za krokem. Že v lékařské praxi musíme řešit situace, kde (dosud) nemáme dostatečné vědecké poznatky, kde třeba nemáme žádné vědecké poznatky, že i zde se musíme snažit nějak pacientovi pomoci – to je nevzácný problém i v medicíně zcela somatické. Ale to musí být vnímáno jako stav dočasný a nežádoucí – ne jako stav základní a nezměnitelný. S tím bychom se nedostali nikam.

**6.6.** Je jen částečná pravda, že „diagnostika i terapie v psychosomatice se děje prostřednictvím jazyka“. Existuje řada nonverbálních psychodiagnostických testů, právě v psychosomatice velmi cenných. Tak Rorschach tedy nějaká slova vyžaduje, budiž. Lüscher slova nevyžaduje, podobně třeba Baumtest nebo kresba začarované rodiny (viděl jsem nikdy nepublikovaný soubor kreseb začarované rodiny u žen po porodu – prostě nádhera). Existuje řada nonverbálních psychoterapeutických postupů. Počínaje cennými relaxačními technikami, přes muzikoterapii, arteterapii, pantomimické psychodrama a co já vím, co ještě. Autor je fascinován filosofickými problémy jazyka, je to téma nepochybně důležité, zajímavé atd., ale měl by si být vědom, že jsou i jiné věci, třeba laboratorní biochemické vyšetření, třeba rentgen, třeba barvový test. A to jsem ještě nechal stranou, že v mnoha psychoterapeutických technikách hraje roli i nonverbální komunikace a koneckonců každý rozhovor lékaře s pacientem, už třeba odebírání

anamnézy, má kromě složky verbální i složku nonverbální. Pacientku, která má problémy s výraznou psychogenní složkou, leckdy poznám už od dveří, skoro ani nemusí promluvit. Ale vlastně jsem se nechal strhnout autorem. Vždyť přece diagnostika a terapie v psychosomatice musí být taky psychosomatická, tedy např. i biochemická, rentgenologická atd., což jde zcela mimo jazyk, leda bychom ho chápali v tom nejširším myslitelném slova smyslu (každý znak je jazyk, laboratorní výsledek „Hb 120“ je tedy taky jazyk). A – jak to tak po sobě čtu – stále jsem zůstal stržen. Vždyť je přece nesmysl, že terapie se děje jenom prostřednictvím jazyka. Máme přece přinejmenším farmakoterapii, a ta má v terapii psychosomatických nemocí významné místo, počínaje prostě analgetiky, přes antidepresiva, trankvilizéry, ale třeba i hormony (psychogenní anovulaci vyléčím rozhodně lépe a snáze antiestrogeny než psychoterapií) atd. Je-li v pozadí psychogenního příznaku larvovaná endogenní deprese, tak to dokonce ani nemohu léčit psychoterapií (tedy prostřednictvím jazyka), ale musím zvolit antidepresiva. A na farmakoterapii to pochopitelně omezeno není. Na jiném místě mám vlastní kazuistiku, kde jsem psychosomatické onemocnění vyléčil hysterektomií.

Moderní medicíně se zde podsouvá to, co není, nebo při nejmenším co není tak absolutně pojato, jak se to zde předkládá. Dialog se do medicíny nevrací a už vůbec ne zadními vrátky – jak výše napsáno, anamnéza je základ diagnózy, terapie vyplývá z diagnózy. Medicína se nikdy jazyku a komunikaci nevyhýbala (v lepším případě vědoma si limitací), ani se nemohla vyhnout. Jenomže musíme rozlišovat. Má-li pacient infarkt, je třeba mu zachránit život, a to hned (nehledě k tomu, že

schopnost pacienta komunikovat je snižená, leckdy na nulu). Rodičky se mě někdy ptají, zda mají rodit v malé porodnici, kde je to domácí a všichni si s nimi povídají, nebo ve velkovýrobně na děti na některé velké klinice. Říkám jim: „V malé porodnici je to nepochybně příjemnější, ovšem když se nic nestane. Když stane průšvih, a v porodnictví nikdy nevíte, kdy se stane, tak tam vám nepomohou. Na velké klinice jste řadové číslo, ano, souhlasím. Ale když se něco stane, tak zachrání život vašemu dítěti, tam zachrání život vám. Já bych volil velkou kliniku.“

Jedna osoba autora se věnuje léčbě neplodnosti. Před již mnoha lety jsem se znamenitě pohádal se svým přítelem a snad nejnámějším a asi i nejvýznamnějším českým psychosomatikem dr. Chválou. Šlo právě o sterilitu. Já: „Když přijde žena s anovulační sterilitou, která je dokonce i velmi pravděpodobně psychogenní, je nesmysl posílat ji na dvouletou psychoterapii s nejistým výsledkem, když jí mohu dát klomifen, po kterém otěhotní mnohem spolehlivěji, mnohem rychleji, mnohem levněji. Já dokonce ani nemám žádné právo babrat se jí v psychice, když to ona nechce. Ona nechce, abych řešil její problémy, ona chce otěhotnět.“ On: „Ony jsou nezralé osobnosti, ony po klomifenu sice otěhotní, ale tím ty problémy nezmizí, tím se dokonce stupňují, pak se to projeví v těhotenství, po porodu, v partnerském vztahu. Já jí nejdřív poskytnu psychoterapii.“ Po více letech jsme se znovu setkali a dostali se ke stejné otázce. On: „Měl jsi pravdu, já bych tomu nevěřil, ale ony často v tom těhotenství dozrají.“ A to jenom hloupá neplodnost (gynekologická osoba autora promine), kde vlastně o nic moc nejde. To není nádor nebo infarkt.

K dalšímu odstavci. Jo, jistě. Ale přece: Psychoterapie je terapie. Je to jedna z forem terapie, jako je farmakoterapie, aktinoterapie, operační terapie, rehabilitační terapie atd. ad libitum. Předně na ni musí být kladeny stejné požadavky jako na každou jinou terapii, každá konkrétní metoda musí mít své indikace, své podmínky, své kontraindikace – což tedy bohužel skutečně v praxi tak není, v praxi si většinou každý psychoterapeut dělá, co zrovna umí, v horším případě co si zrovna vymyslel. Výsledky každé terapie musí být ověřovány stejně, jako jsou ověřovány výsledky jiné terapie. A není tak zcela pravda, že psychické problémy, neřku-li psychogenní somatické problémy (nebo – abych to nedělal, autoři si to nepřejí, mají pravdu, ale používám to pro zjednodušení – tedy protentokrát: somatické problémy s významnou psychogenní složkou) se nutně musí léčit psychoterapií, mohou se úspěšně léčit zcela somatickou terapií – a naopak, jsou somatické nemoci, čistě somatické, kde psychoterapie má význam zásadní (napadá mě Bechtěrevova nemoc, ale revmatologii nerozumím vůbec, to jen, že jsem právě teď řešil jednu takovou pacientku, ale co třeba behaviorální terapie urgentní inkontinence).

Dovolíte-li mou kazuistiku, krátkou. Byla pacientka, která „strašně silně krvácela při menstruaci“. Přišla v noci do nemocnice, udělali jí kyretáž. Za měsíc znovu, znovu kyretáž. Za další měsíc ji už jenom hospitalizovali. Za další měsíc ji hospitalizovat odmítli, proseděla celou na chodbě před ambulancí. Poslali ji do psychosomatické laboratoře. Starali jsme se o ni společně s Marií Pečenou – tedy terapeuticky Marie, protože ta menstruace byla úplně normální (i tak by se to dalo řešit hormonálně, ale ona hormony odmítla). Telefon: „Strašně

krvácím.“ Já: „Tak přijďte.“ Ona: „Nemohu přijet, protože tak strašně krvácím, že nemohu přijet.“ Já: „Jestli krvácíte tak strašně, tak prostě musíte přijet.“ Přijela. Posadil jsem ji do čekárny s novou vložkou – po hodině kontrola, nekrvácela skoro vůbec. Psychogenní mechanismus Marie neodkryla (já taky ne, ale já jsem jenom gynekolog), psychoterapie byla neúspěšná. Hormonální blokádu cyklu odmítla, bojí se prášků. Tak jsem jí navrhl hysterektomii – na úplně normální a zdravou dělohu. Dalo mi jistou práci přesvědčit prof. Presla, aby to odindikoval. Po hysterektomii – jiný člověk. Šťastná, spokojená, ještě asi dvakrát nás navštívila, aby nám řekla, jak se cítí skvěle, pak nám ještě poslala s nějakým problémem dceru. Takže jsem čistě psychogenní problém vyřešil tím nejrazantnějším somatickým postupem – totiž operací.

Vracím se na počátek – lékař přece musí zvážit, zda operace, nebo farmaka, nebo záření, nebo psychoterapie. Ale k zvážení musí mít podklady. Radioterapeut mu je dá, psychoterapeut mu je většinou nedá. Jako by byl něco lepšího – tak se ostatně psychoterapeuti cítí, čím jsou dynamičtější, tím víc se tak cítí, nejlepší jsou analytici (přitom třeba výcvik chirurga trvá déle než výcvik analytika). Ale psychoterapie musí vždy znovu u každého pacienta vstupovat do soutěže s jinými terapiemi – alespoň třeba s psychofarmakoterapií.

Píše se, že „psychosociální problémy se často dají řešit jen velmi těžko a je zde i riziko, že se řešení obrátí proti tomu, kdo se to snaží řešit, tedy že situace bude ještě horší.“ Ano, skvělé. Teď jen ještě podle toho postupovat. Psychosociální problémy řešit tam, kde je to třeba, a ne tam, kde to není nutné, kde o to nikdo nestojí (to bychom tu sterilitu nemohli léčit skoro vůbec, tam jsou

psychosociální problémy vždycky – viz můj výše citovaný dialog s Chválou). Když už se řeší, tak každá metoda terapie, i každá metoda psychoterapie (třeba systematická desenzitizace nebo třeba skupinová dynamicky orientovaná psychoterapie), musí mít indikace, podmínky, kontraindikace, a musí to dělat někdo, kdo to umí – jako operovat může jen ten, kdo to umí, a jenom to, co umí.

Že jsou potíže s předáváním „psychosomatického vědění“, souhlasím zcela, naprosto, s vykřičníkem. Ale to není pro problémy s formalizací psychosomatického vědění. To je jednak problém jazyka (lékař a psycholog se nedomluví a ani nechápou, že se nedomlouvají), jednak problém toho, že „psychosomatici“ tvoří sektu, zapouzdřenou v sobě a ve svých přesvědčeních, u nás určitě, ale mám dojem, že i ve světě. Konečně v tom, že psychosomatického „vědění“ je málo, mnoho z toho, co je snaha předávat, není vědění, ale v lepším případě nepodložené spekulace, v horším prostě víra.

Odesílání pacientů „bez organického nálezu“ psychologovi nebo psychiatrovi je na jedné straně nesmysl, na druhé straně nutné. Vysvětlím. Potřebuje-li lékař specializované vyšetření, musí pacienta poslat specialistovi – nelze umět celou medicínu (zde by navíc bylo nutno umět celou medicínu + celou, při nejmenším klinickou, psychologii). Tak pošle pacienta do biochemické laboratoře, pošle ho odborníkovi jiného lékařského oboru, má-li podezření na psychiatrické onemocnění (třeba larvovanou depresi), pošle ho psychiatrovi, potřebuje-li psychodiagnostiku – kam ho má poslat jinam než klinickému psychologovi. Problém je jinde, psal jsem to už výše: Somatický lékař se psychologa neumí zeptat,

psycholog neví, co má hledat (popř. to ani neumí). Somatičtí lékaři jsou v psychologii jistě velmi slabí. Je-li to vůbec možné, jsou psychologové ještě slabší v somatické medicíně. Snahy o „pozitivní psychodiagnostiku“ psychogenních potíží bez organického nálezu jsou vzácné. V literatuře se dá dohledat ledacos, ale nikdo to nehledá, vlastně nikdo neví co hledat. Nechci se opakovat, už jsem to psal výše. Totéž se týká terapie – potřebuje-li lékař aktinoterapii, pošle pacienta aktinoterapeutovi, potřebuje-li psychoterapii, pošle ho psychoterapeutovi. Jenomže ani jeden neví, jaké metody psychoterapie jsou u této nemoci u tohoto pacienta vhodné nebo alespoň použitelné. Psychoterapeut obvykle jednak velmi nerad dělá psychodiagnostiku, jednak většina psychoterapeutů má v lásce dynamické metody – jenomže právě ty u psychosomatických pacientů obvykle selhávají, ostatně nebyly vyvinuty pro psychosomatické pacienty (nepokládáme-li konverzní příznak za psychosomatickou nemoc), ale pro neurotiky. Lepší jsou relaxační techniky, hypnóza, kognitivně behaviorální psychoterapie. Kromě toho nelze pacienta odeslat a zapomenout na něj. Somatický lékař musí paralelně léčit somaticky a oba – tedy psychoterapeut a somatoterapeut, musí být schopni domluvy a komunikace. Vzpomínám, jak

## kapitoly 7 a 8

Výzkum v oblasti životního stylu má kromě „jedné obrovské výhody“ taky dvě obrovské nevýhody. První je ta, že prakticky nelze nebo lze jen velmi obtížně ověřit, kdy respondent mluví pravdu a kdy lže. Druhá, zásadní, je ta, že prakticky nelze provést kvalitní prospektivní studii s kontrolou všech intervenujících proměnných – a retrospektivní studie nejen nic

na jakési psychologicko-psychiatrické konferenci o poruchách příjmu potravy, kam mě pozvala Hana Papežová, na mě křičely psycholožky, když jsem řekl, že tyto ženy potřebují estrogenní substituci, už jenom proto, aby se u nich nerozvinula osteoporóza – „ony začnou krvácet a my nepotřebujeme, aby krvácely, dokud k tomu nedozrají, nám to pak komplikuje psychoterapii“.

Lépe ovšem je, když tam, kde je už z anamnézy podezření, že jde o psychosomatickou příčinu, je psycholog rovnou od začátku zahrnut do vyšetřovacího algoritmu. To pacient akceptuje daleko spíš, než když je rok vyšetřován, a pak se mu řekne, že se nic nenašlo, aby tedy šel k psychologovi. Mimochodem, učiní-li se to tak, je to docela dobrá diferenciatně diagnostická pomůcka: Pokud k němu jde, obvykle nejde o psychosomatickou příčinu. Funguje to dosti spolehlivě, je to popsáno v literatuře a sám jsem to vyzkoušel.

**6.7. „Hádání duše s tělem“** – to je nějak populární formulace, Viktorie Hradská tak nazvala své umělecko-lékařské salony, Koukolík tak nazval knížku. V originálu se ovšem duše s tělem hádala o to, kdo může za to, že se nositel duše a těla dostane do pekla. Z básně jsem nabyl dojmu, že do pekla dostaly nositele duše i tělo ruku v ruce a ve velmi dobré spolupráci.

neprokazují, ale mohou dokonce zavést. (Disponuji sbírkou retrospektivních studií, že práce s počítačem zvyšuje riziko potratu, disponuji sbírkou retrospektivních studií, že psychický stres v těhotenství způsobuje u plodu Downovu nemoc – metodologický problém zde je jasný, metodologický problém onde je velice nenápadný a rafinovaný; obojí je samozřejmě

nesmysl. Mám dokonce „metaanalýzu“ – tenkrát se tomu tak ještě neříkalo – vědeckých prací o zhlédnutí v těhotenství. Nevyšlo to v žádném obskurním plátku, nýbrž ve velmi renomovaném časopisu, totiž v American Journal of Medicine.) Vlastně je tu ještě třetí problém, totiž ten, že faktory životního stylu nejsou nezávislé proměnné, jsou velmi hluboce provázány. Tak existují studie, že ženy užívající antikoncepční pilulky mají zvýšené riziko melanoblastomu – je to pravda, ale příčina není v antikoncepčních pilulkách, nýbrž v tom, že tyto ženy se více opalují než ženy bez pilulek (to není spekulace, to je prokázáno, přišlo se na to tak, že si někdo všiml, že to vychází jenom na jižní polokouli a propojilo se mu to s ozonovou dírou – vlastně šťastná náhoda).

Jak je to s epidemiologickými studiemi složité a jak ani Bradfordova kritéria nic neřeší, ukazuje známá historie hypotézy, že karcinom děložního čípku způsobuje herpes virus hominis typu 2 – všechna kritéria zde splněna byla. Přesto HSV-2 rakovinu děložního čípku nezpůsobuje, způsobuje ji úplně jiný virus.

Nemyslím, že zájem odborníků o životní styl navrací do medicíny komunikaci. Jednak komunikace z medicíny nikdy nezmizela – o tom už jsem psal nahoře vícekrát. Jednak nevím, zda vysvětlit, jaká operace se bude dělat a proč, je jednodušší nebo složitější než vysvětlit dietu. A k tomu příkladu s diabetem II. typu. Já to nevím, ale autor to jistě ví: Jakou roli v tom hraje hyperandrogenní syndrom? Nebylo by efektivnější než plošně nabádat k redukci hmotnosti plošně pátrat po hyperandrogenním syndromu? A – já to zase nevím, ale autor to jistě ví. Jakou roli hraje nebo nehraje nabádání k redukci hmotnosti v epidemii poruch příjmu potravy?

S těmi doporučeními je problém, autor má pravdu. (A abych jednou pochválil kazuistiku. Ta zde sedí.) Vzpomínám na jakýsi text, kde autor psal, že četl, že dobrá mysl půl zdraví a čistota půl zdraví atd. – a došel k závěru, že když všechno dodrží, tak bude dvaapůlkrát zdravější než je vůbec možné. Problém je v tom, že tyto výzkumy přinášejí v lepším případě pouze korelace. A to korelace sice statisticky významné, ale slabé – protože zjištěné na velikých souborech, a čím větší soubor, tím menší rozdíl se stane statisticky významným (při nekonečně velkém souboru stačí k nekonečně vysoké statistické významnosti nekonečně malý rozdíl). A navíc jsou faktory provázané – a provázanosti v retrospektivní studii jsou nekontrolovatelné.

K těm potravinovým doplňkům mě napadá, že je to trochu něco jiného. Něco jiného je NEkouřit (NEpít kafe, NEužívat drogy, NEpřejídat se atd.) a něco jiného je užívat něco zvláštního, co není součástí normálního života, protože je to „zdravé“ (třeba extrakt z jinanu dvouočího). Jaká je vlastně motivace těch polykačů potravinových doplňků? Chtějí kompenzovat chyby, nebo chtějí být zdravější než zdraví?

Rozlišení kvality je nemožné i pro odborníka. Jak chcete rozlišovat „kvalitu“? Jakýkoli účinek jakéhokoli potravinového doplňku nebyl nikdy seriózně zkoumán. Pokud je tam vůbec nějaký „racionální“ základ, tak je to na základě dedukce z dedukce z dedukce nebo analogie analogie analogie. Nebo je to prostě „zkušenost předků“. (Na první přednášce z farmakologie nám profesor Wenke četl ze staré „farmakologické“ knížky, každé doporučení tam končilo: „Gest skausseno“. Říkal, že lékař se nikdy nesmí řídit podle „jest zkoušeno“, vždycky má vědět, jak to působí a proč.)

K té kazuistice: Nevím, jestli se sportování započaté v penzi dá nazvat „zdravým životním stylem“.

Závěr autorů je rouhavý, ale na druhou stranu méně, než si myslí. Studií o vlivu alkoholu na přežití je řada, už před lety jsem měl v ruce jejich metaanalýzu. Abstinence je významný rizikový faktor životního stylu. Jedna kuželka Bernarda ovšem nic moc nezlepší. Uvádí se, že pro muže střední hmotnosti je optimální dávka (nejdelší přežití) asi dva drinky denně (u ženy asi 1,5 drinku). Tedy když Bernard, tak alespoň dvě kuželky denně.

Kdyby chtěli být autoři rouhaví, nabídnu něco rouhavějšího. Kouření zvyšuje riziko karcinomu plic, ano. Ovšem rakovina plic je poměrně vzácný nádor. Kouření snižuje riziko rakoviny prsu, děložního těla, vaječníku. Ženy by tedy, chtějí-li se chránit před nádorem, měly kouřit. Kouření zvyšuje riziko cévních příhod. Ano. Ovšem kouření snižuje riziko obezity (jak behaviorálními, tak čistě biochemickými mechanismy). Nevím, zda studie, které sledovaly vliv kouření na cévní příhody, s tímto počítají (obezita se obvykle bere jako nezávislý rizikový faktor, ovšem fakticky to nezávislý faktor není). Kouření snižuje riziko Alzheimerovy nemoci. Všimněte si, jak v USA, kde je jistě velmi tvrdý a velmi úspěšný boj proti kouření, bouchla epidemie obezity a jejích kardiovaskulárních komplikací a současně epidemie Alzheimerovy nemoci. Ovšem zkoumat příznivé zdravotní účinky kouření? To je téma tabuizované, na to nikdo grant nedostane.

A když už se tam píše o stresu a zdravém životním stylu, nějak mi tam chybí, jak chronický psychosociální stres ovlivňuje životní styl – a přes tuto převodovou páku pak zdraví. A nejen stres, ale třeba i deprese atd. Jsou studie, které prokazují,

že depresivní těhotné mají horší výsledky těhotenství. Ale zřejmě to není přímý účinek deprese, ale právě dopad deprese na životní styl (třeba užívání drog, kvalita stravy atd.).

**8.1.** Medicína založená na důkazech – mně ten termín byl odjakživa nesympatický. Já jsem se, snad pod vlivem metodologie, z které jsem byl nucen složit zkoušku na FF, vždycky domníval, že medicína prostě automaticky vychází z vědeckého poznání. Pravda, v praxi je to kontaminováno – neznalostmi, tzv. zkušeností, magickým myšlením, tradicí atd. Ale to je kontaminace. Jistě, zdaleka ne vše, co se v odborných časopisech vydává za vědeckou studii, splňuje kritéria vědeckého poznání, a drtivá většina lékařů nemá o metodologii ponětí a vůbec nedokáže rozpoznat, v čem je ta studie špatná. Tak proběhla českým gynekologickým tiskem před lety „studie“ prokazující, že užívání vitaminových přípravků v těhotenství způsobuje větší hmotnost plodu. Metodologicky to byla taková katastrofa, že mě to vyprovokovalo k dvoustránkové replice. Už to přežívá asi patnáct let, i když se na všech přednáškách o velkých plodech říká, že to není pravda. Ale to není česká specialita. Jedna ze dvou studií (ani ta druhá nestála za moc), které zlikvidovaly užívání hormonální substituce u žen po přechodu, si zakládala na tom, že soubor tvoří 1 000 000 (ano, milion) žen. Ale projekt byl metodologicky tak nesmyslný, že celá studie je dobrá leda jako toaletní papír. To jí nezabránilo, aby se neocitla v Lancetu, odtud v hromadných sdělovacích prostředcích – a už to bylo.

Kromě toho, jak si autor jistě uvědomuje, medicína založená na důkazech není založená na důkazech (co je kazuistika za vědecký důkaz, ostatně kohortové studie jsou taky sporný důkaz,

a u randomizovaných studií záleží na projektu, dá se znamenitě zmršit, navíc ne vždy je randomizace možná a taky to zdaleka není jediný metodologicky přípustný způsob rozdělení na experimentální a kontrolní skupinu, někdy je dokonce výslovně nevhodný). Kromě toho medicína založená na „důkazech“ je medicína založená na pravděpodobnosti, ne na důkazech.

Nicméně silně uznávám, že pro „metodologicky naivní“ lékařskou populaci tato koncepce přinesla velmi mnoho užitečného a rozhodně je to krok dopředu.

**8.4.** Poslední odstavec v sobě skrývá velmi významné – a tabuizované – tvrzení, které i já sdílím. Zde je však velmi zastřeno. Celá medicína založená na „důkazech“ není vlastně nic jiného než medicína založená na „názoru experta“. Proč tomu tak je, to by bylo na celý článek, ne-li knížku, ale tu by dokázal autor napsat sám.

**8.5.** Přiznám se, že postmodernismus je mi krajně nesympatický, nijak se tím netajím. Je to filosofie krize myšlení nebo možná krize společnosti; optimisticky věřím, že krize bude překonána, ať už jakkoli. Stane-li se medicína postmoderní, je to konec medicíny. V umění je postmodernismus provokace – jenomže jak provokovat po dada? V medicíně není na provokace místo, medicína má pomáhat nemocným. Proust píše (v *Guermantech*) něco v tom smyslu, že necháme-li se léčit od nejlepších lékařů,

## kapitola 9

**9.1.** Setkání lékaře a pacienta již není postaveno na poučování, ale na vyjednávání, je citován Jiří Šimek. No, nevím. Nějak čím jsme oba starší, tím mám s Šimkem větší problém, kdysi jsme si rozuměli lépe. Setkání lékaře a

budeme léčení postupy, které za několik let budou uznány špatnými. Přesto je lépe léčit se u dobrých lékařů, protože z té záplavy omylů časem vyplynulo i několik pravd. Od doby Proustovy těch pravd snad přece jen několik přibylo.

**8.6.** Celá filosoficko-lingvistická diskuse o tom, jak správně překládat anglické evidence, není než hra. Je to úplně jedno. Medicína je plná názvů, které vznikly lingvisticky nesmyslně a měly by být jiné, ostatně myslím, že nejen medicína (rozeberte takto třeba slovo psychoanalýza, v gynekologii máme běžné slovo bartholinitis, což vlastně znamená zánět pana Bartholina atd.) Přesah do praxe nejen není zásadní, jak se zde píše, není žádný. Aby to mohlo mít vůbec nějaký přesah do praxe, musel by lékař něco vědět o metodologii. Neví o ní nic. „Medicína založená na důkazech“ je zaklínadlo: takto to má být správně. Je to možná smutné, že je to zaklínadlo, ale i když je to jen malý krok pro lékařství, je to velký krok pro lékaře. Protože to přece jen odbourává alespoň část metodologicky nesmyslných prací a alespoň nějak to hierarchizuje spolehlivost našeho medicínského poznání. Alespoň nějak to lékaři umožňuje se v té záplavě hrnoucích se informací velmi nestejně úrovně vyznat. Jak jsem napsal, nemám ten termín „medicína založená na důkazech“ rád – ale zaplať pánbůh za něj. Kdy je doklad důkazem, to je otázka navýsost filosofická, možná metodologická, normální medicíny se netýká vůbec. A nikdy se týkat nebude, to je problém pro pár specialistů.

pacienta je přece pochopitelně poučování. Expert poučuje laika. Tedy neříkáme ‚poučuje‘, říkáme ‚informuje‘ – ale co je to jiného? A jaké ‚vyjednávání‘? Pacient má plné právo na to, aby se rozhodl – poté, co je poučen (pardon,

informován) dělat si, co chce. To vyplývá jednoznačně z Evropské úmluvy o biomedicíně a lidských právech. Nemyslím, že je lékař povinen s ním „vyjednávat“, alespoň ne ve většině případů. „Měl byste užívat dvě tablety denně.“ „Prášky nechci, užívat je nebudu.“ „No, buďte rozumný, tak alespoň jeden prášek.“ Kromě toho je „vyjednávání“ velmi riskantní právně. (Ponětí o právních problémech má Šimek malé, vyplývá to z jeho příspěvků v Psychosomu.) „Všechna ta vyšetření a hlavně smrt milého člověka byly zcela zbytečné!!“ končí jedna z kazuistik. Nu, každé vyšetření, a vlastně každá lidská činnost, má nějaký poměr přínosu k riziku. Ta věta se dá aplikovat na každou smrtelnou dopravní nehodu: „Celá ta cesta, a hlavně smrt milého člověka, byla zcela zbytečná.“ Medicína to pečlivě zvažuje, měla by to zvažovat nejen medicína, ale i medicus – myslím, že většinou to taky zvažuje. Chceme-li nulové riziko, musíme akceptovat nulový přínos. V tomto pojetí je nejmenším rizikem k lékaři vůbec nejít.

Dovolte odbočku.

V kruzích, tu větších, tu menších, s různými přeryvy, se řeší otázka komunikace lékař – pacient z různých stran, tu veskrze teoretických, ba spekulativních, tu ryze praktických. Nemohu se zbavit dojmu, že je to diskuse poněkud odtržená od života.

Dovolte několik nesouvislých poznámek. Nesouvislých, jak mě právě napadají, a nepochybně neúplných.

Zdaleka ne všichni pacienti chtějí komunikaci. Je řada pacientů, kteří komunikaci nechtějí. „Nic mi nevykládejte a udělejte to, jak myslíte nejlépe“ – to není vzácná formulace.

Dokonce je na to vytvořena speciální diagnostická škála vycházející z MMPI (senzitéři – represori).

Komunikace je právně formalizována. Pacient musí být poučen – a je definováno, o čem (včetně komplikací, alternativních metod atd.). Kdysi lékař s pacientem hovořil neformálně – tedy ne každý, souhlasím. Dnes musí hovořit zcela formálně, ale hlavně to musí mít podepsáno. Musí být schopen prokázat, o čem hovořil. Nejlépe tedy nehovořit a požádat o přečtení. (A nezapomenout: Na konci čteného musí být věta „Poučení jsem rozuměl a měl jsem možnost položit doplňující otázky.“) Výsledkem jsou sofistikované mnohostránkové informované souhlasy. Před časem si v jedné panelové diskusi stěžoval JUDr. Motejl, jak byl na nějaké banální operaci a dostal několikastránkový informovaný souhlas, který nebyl schopen dočíst. „Nu jistě,“ řekl jsem mu, „informovaný souhlas také není proto, aby pacienta o něčem informoval, informovaný souhlas má smysl zcela jiný – chránit lékaře před trestním stíháním.“ Z celého pléna to pochopili tak dva či tři (jistý jsem si jenom jedním, bývalým ministrem zdravotnictví Davidem).

Pacient je partner – tak vypadá představa idealistů, kteří o praktickém životě nevědí nic. Dnes – v porodnictví je to velmi výrazné, ale proniká to do dalších oborů – není pacient partner. Je to potenciální strana při jednání před soudem. A tak je třeba s ním jednat. Ve své znalecké praxi mám více případů, kdy se lékař pokusil o méně formální komunikaci. To, co řekl, se pak, vytržené ze souvislosti a zařazené do souvislosti jiné, objevilo jako součást soudního spisu. To si pak každý dvakrát rozmyslí co říci.

Důsledek je jasný: Prioritní není, co je pro pacienta nejlepší, prioritní je, při



jakém postupu je pro lékaře nejmenší právní riziko. Vracím se k tomu Šimkovi: Lékař nesmí vyjednávat, to u soudu nikdy neobhájí. Lékař musí jednoznačně, a nejlépe písemně, navrhnout léčebný postup, popřípadě si ho nechat – rovněž písemně (zde je to dokonce nařízeno právní normou) – odmítnout.

Komunikace lékaře a pacienta je limitována čistě ekonomicky. Všechny ostatní profese, které komunikují, mají komunikaci zaplacenou. Jak psychoterapeuti, tak právníci, třeba bankovní poradci atd. (o politikách nemluví). Lékař ne. Lékař má zaplacený „výkon“. Komunikaci dělá zdarma. Nu, vem to čert, proč neudělat něco pro lidstvo! Jenomže ono to není „zdarma“, ona je tady fakticky záporná cena, fakticky to musí zaplatit lékař ze svého – protože i v tomto ekonomicky neproduktivním čase mu svítí světlo, běží nájem, plat sestry atd., a to nechávám stranou, že se nemůže věnovat jiným výkonům u jiných pacientů. Nelze spravedlivě požadovat komunikaci, pokud tato komunikace nebude zaplacená – a v našem státním socialistickém zdravotnictví kým jiným než státem, resp. pojišťovnou. Tou to ovšem zaplacené nikdy nebude, co si budeme nalhávat. A je ostatně otázka, zda je správné, aby to bylo zaplacené, když ty peníze se dají použít třeba na nákup nových cytostatik. A že by o to většina pacientů stála natolik, že by to zaplatila sama? Systém je nastaven tak, že pacientovi pojišťovna hradí standardizovanou formální komunikaci.

V komunikaci lékař a pacienta je nutno zohlednit nemoc. Jistě, u reaktivní deprese má komunikace význam zásadní, je to terapie, přinejmenším jedna z možných. Ale to je extrémní příklad. Zkusím to rozklasifikovat, jen tak pracovně, třeba: 1. Pacienti, kde je

komunikace nemožná (např. jsou v bezvědomí). 2. Pacienti, kde je komunikace možná, ale prostě na ni není čas (např. akutní hypoxie plodu za porodu nebo akutní krvácení ohrožující život). 3. Pacienti, kde jednoznačně převažuje význam somatické léčby a komunikace musí být vedena v první řadě k přijetí této léčby (např. většina onkologie). 4. Pacienti s akutními problémy, kde je komunikace víceméně zbytečná (např. zlomená ruka). 5. Pacienti s chronickými, ale život neohrožujícími problémy (třeba recidivující vulvovaginální mykózy nebo třeba kloubní revmatismus) – zde je komunikace důležitá, ale v mnohých případech přerůstá v psychoterapii, a té není laik (tedy zde: lékař) schopen. 6. Pacienti s potížemi s výraznou psychosomatickou složkou nebo čistě psychogenními (třeba pelipatie). Zde je nutná psychoterapie profesionálem. To je šest zcela různých problematik (a to jistě nejsem úplný), z nichž každá by se měla pojednat zvlášť. Nelze mluvit jen tak o „komunikaci“.

Přibývá pacientů, kteří komunikaci nechtějí prostě proto, že primárně jsou přesvědčeni, že oni to vědí (eventuálně mohou vědět) lépe. Nevěřili byste, kolik dotazů v antikoncepční poradně začíná tím, že „můj gynekolog mi doporučil“ a končí „a jak to tedy je“. Chápete – nevěří svému gynekologovi, věří internetové odpovědně. Setkal jsem se s pacientkou, která výslovně nechtěla vysvětlit, co je to L-SIL, chtěla jenom vědět, jak se to píše, „já si to najdu na internetu“.

**9.2.** Jsem přesvědčen, že ve druhém odstavci je chyba, sám ji pokládám za chybu hrubou. Je to ta věta, kde se píše, že „(v rámci alternativní medicíny) se vždy skrývá množství různých procedur, z nichž některé mají racionální jádro, jsou vyzkoušené a používané běžně i v rámci konvenční medicíny, zatímco

jiné nemají s tradicí a zkušenostmi nic společného, jsou záležitostí výmyslu jediného člověka“. Prosím, ne. To rozmazává hranici mezi vědeckou a alternativní medicínou, a to nelze.

Vědecká (oficiální, konvenční, jak chcete) medicína vychází z vědeckého poznání. Alternativní medicíny (je jich mnoho) vycházejí z jiného poznání než z poznání vědeckého. To je rozdíl mezi medicínou oficiální (vědeckou) a alternativní (ne-vědeckou). V zásadě jsem schopen akceptovat různé druhy poznání, tak třeba ve smyslu Jamese, ve smyslu Bergsona, ve smyslu svatého Tomáše atd. Ale tato „jiná poznání“ nemají s vědeckou medicínou nic společného. Alternativní medicína vychází z alternativního (tj. ne-vědeckého) poznání: tradice, tzv. zkušenosti (pochopitelně zkušenost nemá s vědeckým poznáním nic společného, každodenní zkušenost nám ukazuje, že Slunce obíhá kolem Země), parapsychologie, víry, intuice, všelijakých naturfilosofických koncepcí atd. To je ten rozdíl mezi medicínou vědeckou a medicínou alternativní.

Rozdíl není v používané „procedure“ (používám výraz autora, sám bych spíš řekl „metodě“). Účinnost postupů alternativní medicíny (třeba vkládání rukou) lze jistě vědecky zkoumat – je to jenom otázka času a peněz. Sám jsem kdysi vytvořil, vlastně na žádost ministerstva zdravotnictví, projekt na ověření rehabilitační léčby ženské neplodnosti (nerealizoval se pro odpor paní Mojžíšové), vědecké (ne)ověření hypnoantikoncepce jsem dokonce realizoval a publikoval. Pokud je pak vědeckým projektem ověřena pravdivost nějaké alternativní procedury (ve smyslu pravdivosti vědeckého poznání), tak se stává součástí medicíny vědecké (třeba digitalis, v určitém rozsahu třeba hypnóza, v určitém nevelkém rozsahu

snad akupunktura). Naopak alternativní medicína může využívat procedur vyvinutých medicínou vědeckou. Viz výše uvedený příklad sousedky, která mi říká: „Když tě bolí hlava, vezmi si Brufen, mně to taky pomohlo.“ – Což není nic jiného než alternativní medicína vycházející z tzv. zkušenosti.

Je jistě pravda, že v oficiální (vědecké) medicíně je spousta kontaminací – zkušeností, magickým myšlením, tradicí atd. Ale to jsou kontaminace, s kterými se vědecká medicína pokouší bojovat, tzv. „medicína založená na důkazech“ je toho důkazem.

Co v kazuistice spustilo psychopatologii probandky, to můžeme jen tipovat. V každém případě jde o psychopatologii – porodník, který se kdysi věnoval psychosomatickým vztahům v tomto oboru, ví, že pořídit si takto náhradní dítě je vždycky průser. Ale co. Jsou horší kazuistiky. Psal jsem nedávno úmrtní list magistře farmacie, která při zcela operabilním karcinomu čípku operaci odmítla a pod vedením léčitele se léčila bylinkami. Chodila ke mně kdysi jedna sterilní dáma, tak kolem 35 let, s myomem. Doporučil jsem jí tenkrát myomektomii, ale nepřišla a zmizela. Přišla až za dva roky s tím, že chodila k léčiteli a že myom už nemá. Měla – a znamenitě za ty dva roky vyrostl. Neotěhotněla už nikdy. Na druhé straně nic proti alternativním postupům, když nebrání řádné léčbě. Vzpomínám na rentgenoložku, jejíž dcera onemocněla leukemií. Chodila s ní k léčiteli, ale současně ji nechala řádně podle vědecké medicíny léčit. Dcera se uzdravila.

Alternativní medicína jistě v době, které se dožijeme, nezmizí, naopak její význam stoupne. To souvisí se současným postmoderním zmatením. Hromadné sdělovací prostředky – a nejen ony – prostě vnímají alternativní medicínu

jako jednu možnost, vědeckou medicínu jako druhou možnost. Vsjo rovno. Čtenáři (diváku), vyber si. Alternativní medicína je pro pacienta skutečně většinou příjemnější.

**9.3.** Ve třetím odstavci je psáno: „Není pravda, že moderní medicína se zbavila pacientových emocí, hodnot, že ji nezajímá dopad nemoci na pacientův život atd. Ona to jen dělá jiným, svým vlastním způsobem. Aby zajistila co nejvyšší odbornou úroveň, co nejvyšší objektivitu a jistotu v používání odborných poznatků, přesunula tuto stránku na příslušné odborníky; povolává psychology, sociální pracovníky, psychoterapeuty atd. A aby byla jistota, že se opravdu žádná složka pacienta nezanedbala (bio, psycho, socio, spirituo), vedou se o tom písemné záznamy; lékař pak na rozhovor s pacientem téměř nemá čas. Ale dá se dobrá vůle opravdu implicitně předpokládat, aniž proběhne normální lidský rozhovor, aniž se ti hlavní aktéři – lékař s pacientem – alespoň trochu poznají? Cítit se „jak na běžícím páse“, setkávat se „s příliš mnoha hlavami“, je jeden z významných stesků dnešních pacientů.“

Tiše přehlédnu, že shledávám jistý rozpor s tím, co se psalo dosud.

Jinak – souhlasím. Zcela. Ovšem. Je to tak – a bude hůř. Ale, pěkně prosím, sem medicínu nedostali lékaři, ani věda, sem medicínu dostali pacienti. Už jsem to zmínil výše, tak ještě jednou, je to důležité. Pacient opravdu není partner. Pacient je potenciální protistrana v soudní síni. Pacient má (na rozdíl od lékaře) formalizovaná práva, která je lékař povinen dodržet. Na práva pacientů je dokonce mezinárodní smlouva, která má platnost i nad českými zákony (Evropská úmluva o biomedicíně a lidských právech).

Paragraf o ochraně osobnosti je bezbřehý. Nevěřili byste, co všechno se dá podle tohoto paragrafu žalovat – taky bych nevěřil, kdybych na to nepsal posudky. Tak dítě, zastoupené matkou, prakticky zdravé dítě po úspěšné operaci malé vrozené srdeční vady, žaluje zdravotníky, že nebylo potraceno. (To není vtip, soud už běží asi 10 let, jde o asi 10 milionů Kč – nebo patnáct? Už nevím.) Jiné dítě, dvojče, opět zastoupené matkou, žaluje, že když jeho dvojče zemřelo po porodu, tak utrpělo újmu podle paragrafu na ochranu osobnosti, protože se svým dvojčetem nemůže vyrůstat, když o jeho existenci ví už od nitroděložního života. Na to píšu posudek právě teď, tak mohu napsat přesně, že porod byl v lednu 1999 – soud běží dosud. Ale nejde jenom o takové bizarnosti, jde o to, že v porodnictví je žalován každý neúspěch, a to současně v trestněprávním procesu, současně v občanskoprávním procesu. Ještě k tomu paragrafu o ochraně osobnosti. Tady není nutné prokazovat příčinnou souvislost – právě minulý týden mi to vysvětlil jeden advokát, bývalý dvouatestovaný internista, který se specializuje na žaloby pacientů. Stačí tvrdit, že ten či onen postup „mohl snížit“ (!) naději pacienta. Proti tomu není obrany. A i když porodník vyhraje (ať už je žalován podle jakéhokoli paragrafu jakéhokoli zákona), je to několik let nervů, stresů, spousta času trávených nad spisem a u soudu, spousta peněz placených advokátům, znalcům. Spor běžně trvá několik let. Klidně i deset let, i víc. Ostatně porodník vyhrát nemusí, ani když nic neprovedl, rozsudek je naprosto nepředvídatelný (máme právo na proces, ale ne na spravedlnost). A to jsem nechal stranou takové drobnosti, jako je dehonestace ze strany hromadných sdělovacích prostředků a internetu – před pár dny jsem dostal zoufalý mail od jednoho

kolegy, kterého si podávají na internetu příbuzní jakési pacientky, co má dělat. Nemůže dělat nic. I ze své ne tak velké praxe vím o třech případech úmrtí lékařů v souvislosti s žalobou (jedno suicidium, jeden ictus, jeden infarkt).

Pravda, porodnictví je extrém, ale ostatní obory ho začínají pomalu, nicméně tempem zrychlujícím se, následovat. Konečně i ta kauza zmíněného gynekologa není porodnická, ale gynekologická.

V takové situaci lékaři nezbyvá než postupovat čistě formálně. Vše musí pečlivě písemně dokumentovat – zdravotnická dokumentace je důkaz, musí být čitelná, úplná, podepsaná atd. Musí posílat ke specialistovi – nebyl-li přivolán konziliář, vede to přímo k odsouzení. Nemůže se s pacientem bavit neformálně – jakýkoli neformální rozhovor může být u soudu zneužit.

Porodník by – berte to jen jako příklad – rád diskutoval s ženou, zda je porod císařským řezem pro ni a pro dítě lepší řešení než porod vaginální, a došel k nějaké dohodě. Jenomže to nemůže. Protože při jakémkoli neúspěchu bude žena tvrdit, že ona požadovala to druhé, a soud jí rád uvěří. A lékař už tím, že připustil diskusi, připustil, že mohl volit obě možnosti. Porušil tedy její práva formalizovaná ve výše zmíněné Úmluvě. Lékař musí navrhnout a zdůvodnit to nebo ono – a když už to navrhne, tak na tom trvat. Rozhodnutí ženy si pak musí nechat podepsat. Co je nad to, to je potenciální cesta do kriminálu (abych nepřeháněl, obvykle se dává podmínka, což ovšem velmi komplikuje další

## kapitoly 10, 11 a 12

Nevím, zda EBM (evidence based medicine) je „obor“, nevím, zda se pokouší hledat „jistoty“ a nevím, zda se

profesní činnost, mnozí soudci iniciativně rovnou přidají zákaz výkonu činnosti, což je profesní a sociální likvidace – ale máme i 18 měsíců nepodmíněně za profesní chybu).

Kromě toho, lékař skutečně na komunikaci „nemá čas“ – i o tom bylo psáno výše. Lékař je jediný „komunikační pracovník“, na kterém se chce, aby komunikoval na vlastní náklady, nedostane za to ani korunu.

Komunikace se stává zásadně důležitou, až když se stane průser. Pak je nutno komunikovat, a to zcela účelově – udělali jsme, co se dalo, viníkem je Bůh nebo osud. Někdy se to povede, někdy ne. Když ne, je viníkem lékař. V té kazuistice se to lékařům podařilo, budiž jim čest a chvála, mělo by se to publikovat v gynekologické literatuře, aby všichni viděli, že to jde. Totéž je ta kazuistika z Anglie. On ovšem na komunikaci není někdy ani čas. Stalo se, že manžel povolal bezprostředně po porodu policii přímo na porodní sál. Policie nelenila a činila (chápu, být policista, taky bych činil).

Že vám to zní cynicky a vyhořele? Máte pravdu, jsem vyhořelý cynik. Jsem ale taky soudní znalec. Tak, jak to píšu, to prostě je, ať před tím oči budeme zavírat nebo ne. A pokud to v diskusi o komunikaci mezi pacientem a lékařem pomíneme (nebo dokonce popřeme), tak ta diskuse není nic než akademické plkání, zcela odtržené od problémů reálného života.

setkává s neúspěchem. Myslím si, že to je nepochopení EBM. EBM strukturalizuje bordel (dovolíte-li ten

výraz) v publikacích v odborných časopisech, kde se vedle sebe najdou práce metodologicky výborné a práce metodologicky nesmyslné – a v tom se žádný normální lékař nevyzná. Kromě toho se EBM pokouší, možná neuvědoměle, vyřešit problém spočívající v tom, že jedno ze základních pravidel vědeckého výzkumu říká, že získaný poznatek nelze aplikovat na jinou populaci, než na jaké byl získán (vzato do důsledků bychom pro české pacienty neměli skoro žádné vědecké poznatky). Konečně velká většina studií v medicíně má ten či onen metodologický nedostatek, udělat metodologicky čistou studii je velmi obtížné – EBM se snaží srovnáváním studií vytvořit něco, „čemu se dá v dnešní době tak nejspíš věřit“.

Kromě toho – vědecká medicína, jakož i věda vůbec, nehledá „jistotu ve filosofickém slova smyslu“. Vědecké poznání je vždy jen pravděpodobnostní. Vždy je to jen model. Pokud modelem dokážeme vysvětlit všechna známá pozorování, tak model uznáváme jako „pravdivý“. Ale pořád je v pozadí, že se může objevit nové pozorování, které tímto modelem vysvětlit nelze – a nepodaří-li se zpochybnit pozorování, nezbyvá než vytvořit nový model. Učebnicový příklad: Newton byl pravdivý, než se ve fyzice objevila pozorování, která s ním nebyla slučitelná. Musel přijít Einstein, který vysvětluje i tato pozorování. Nikdo netvrdí, že po Einsteinovi už nemůže být nic.

Odstavec po kazuistice – nu, já s ním, jako bývalý praktický výzkumník, souhlasit nemohu. Já přece nesbírám ani netvořím data. Já tvořím projekt. Projekt, který má přinést odpověď na konkrétní otázku, kterou si kladu. Ano, ten tvořím, a to je nepochybně ovlivněno tím, co si myslím, že vyjde, co mě zajímá,

co pokládám za důležité, jistě tam jsou motivy vědomé i motivy nevědomé. Ale jakmile ten projekt spustím, tak „sběr dat“ musí být na mně nezávislý, je-li to nutné, tak za pomoci zaslepení. Já přece nemohu jen tak „sbírat data“ a lovit v kalných vodách. A to z důvodů mnohem přizemnějších, než je „vědomý nebo nevědomý podíl na tom, co považujeme za data“. Já přece testuji pravděpodobnost nulové hypotézy. A abych mohl nulovou hypotézu testovat, tak ji musím především mít. Když jenom lovím v kalných vodách, nikam nedojdu. Protože i když mezi zkoumanými daty žádný vztah není, tak hodnota pravděpodobnosti nulové hypotézy má gaussovské rozložení. Takže každý 10. „datový vztah“ (třeba korelace) mi musí vyjít na 5% hladině významnosti (polovina jedním směrem, druhá polovina druhým směrem), každý 50. datový vztah mi musí vyjít na 1% hladině významnosti. A já nikdy nemohu vědět, zda je to náhoda, nebo skutečný vztah.

Nechci domýšlet následky, kdyby platilo, že „současná medicína, její organizační, vzdělávací, legislativní a bůhví jaký ještě rámec je tvrdě zasazen do velmi jemného přediva postmoderní filosofie, někdy nazývané filosofie podezření. Ale ubezpečuji autora, že do přediva jakékoli filosofie není medicína zasazena zbla. Naštěstí ani do postmoderní filosofie. Spíš právě naopak. Přece celá ta Cochranova databáze, celá ta medicína založená na důkazech, všechny to doporučené postupy atd., to všechno jde přímo proti postmodernismu.

Nevím, zda se může medicína zeptat matematiků. Vím, že to udělala psychologie. Mně je sice Lewinova teorie osobnosti (skutečně Lewinova? Nějak si už nejsem jist, jestli se mi do toho nepřipletl Tolstoj, prostě teorie osobnosti jako fyzikálního pole s vektory a skaláry) sympatická, ale nemám pocit,

že by psychologii nějak výrazněji ovlivnila, neřku-li změnila.

A poslední věta. Milý trojjediný autore. Medicína už dávno není založena na důvěře. Ale za to lékaři fakt nemohou, za to skutečně mohou pacienti se svými formalizovanými právy a soudními spory. Nelžeme sami sobě, že je to jinak, ostatně bude hůř. Ale navzdory tomu pořád zůstává medicínou, a docela často navzdory všemu nějakému tomu pacientovi pomůže.

**12.1.** Mám poezii rád, ale snad nikdy jsem poezii (a ani prózu, ale když já už čtu skoro jenom poezii) nezkoumal měřítky pravda/nepřavda. Ani politickou poezii ne. (Nemluvím pravdu, zkoumám ji z hlediska „umělecké pravdivosti“, ale to je jistě něco jiného, než zde myslí autor.)

Následuje odstavec, začínající slovy „Naše práce má k intuitivnímu básnictví daleko“ – jako už jednou, odvolám se na negativní odpovědi v Rorschachově testu. Signují se stejně jako odpovědi kladné. Já nejsem expert přes metodologii, ale něco jsem si o ní přečetl (jednou jsem ji dokonce přednášel, pozval mě tehdy dr. Balcar, ale to už je dávno). Metodologii jsem se učil právě na metodologii psychologie. To, co se píše zde, není nic jiného než postmoderní myšlení. Orientujeme se na měkčí metody prostě proto, že je to snazší. „Hypotéza se ocitá až na konci humanitněvědního bádání“, píše se zde.

### *ZÁVĚREČNÁ POZNÁMKA*

Dovolte nakonec osobní poznámku starce, který je možná už vyhořelý, možná jenom usmířený. Trojjedinému autorovi – ale vždyť on to vlastně není trojjediný autor, ona je to jedna autorka, Hana, ostatní jsou pouhé ancillae –

Milí přátelé, už rozumím tomu, proč se o pár kapitol dřív tak zdůrazňoval význam subjektu ve výběru faktů. Ale, věřte mi, takto se skutečně nikam nedostaneme. To je to, na co umírá psychosomatika – máme mnoho teorií, a žádná z nich není než subjektivní výmysl.

V dalším odstavci se rezignuje na klasifikaci, a tím na ztrátu rozmanitosti výchozího materiálu. Celý předložený spis je o problému s porozuměním. Nu, když rezignujeme na klasifikaci, na definici, na zobecnění – tak to máme pochopitelně problémy s porozuměním. Kdesi se v textu odkazovalo na fyziku. Kdyby přistupovala fyzika k svému předmětu tak, že nechce ztratit rozmanitost svého výchozího materiálu, tak dnes nejsme ani na úrovni třeba takového Aristotela.

**11.2.** Všechny příběhy mají bohužel tu vadu, že jim zcela chybí objektivní korelát. Vlastně jsou subjektivní hned několikanásobně – nevypráví je proband, vypráví je někdo, kdo u toho v lepším případě byl, v horším to jenom slyšel (připouští se dokonce, aby si to vymyslel). Jakákoli reakce na tento příběh, neřku-li jakákoli interpretace, nemůže být než zcela subjektivní – z toho také moje častá nepochopení, proč je ten či onen příběh zařazen právě tam či jinam. Lze si s tím hrát, ale není to než hra. Jako „výzkum“ se to označit nedá, pokud se toto slovo používá v obvyklém slova smyslu.

chybí pokora. Znovu upozorňuji na tu záměnu subjektu a objektu v názvu 12. Kapitoly („Jak JSME kalili ocel“ versus „Jak SE kalila ocel“). Hana nepotřebuje kalit sebe, chce kalit ostatní. Není vědecká pracovnice, ani postmoderní

vědecká pracovnice (i když to by bylo vlastně *contradictio in adiecto*). Hana je věrozvěst. Víru má, hledá jen argumenty k její podpoře. Teprve teď chápu, proč mi tam chybí to či ono, proč mi připadá, že to či ono je hypertrofické, proč to či ono je zkreslené. Nemůže tam přece být nic, co by s jejími názory nesouhlasilo nebo je dokonce ohrožovalo. Musí být zdůrazněno, případně přizpůsobeno, vše, co se dá použít v jejich prospěch či na jejich podporu. Musí být vynecháno, případně popřeno, vše, co by mluvilo proti. Zvěstovat se Hana teprve učí. Má ještě potřebu složitě vysvětlovat a vše zabalovat do odborně znějících termínů, které neuvádí ani Velký akademický slovník cizích slov. Ještě si myslí, že to usnadní, aby jiní její víru přijali – nebo to možná zatím neumí říci prostě. Brzy přijde na to, že je zapotřebí naopak

zjednodušovat, pak se apoštolové najdou snáze a ve větším počtu, a naučí se to. Věrozvěst pokoru před složitostí jsoucna, před nejistotou lidského poznání, nepotřebuje, překážela by mu v jeho víře. Ale vědecký pracovník se bez ní neobejde. Hana ale nechce, možná jenom zatím, vypadat jako věrozvěst, možná si tak zatím ani nepřipadá. Ještě to chce mít, nějak, jakkoli, „vědecky“ podloženo. Ještě chce „důkazy“, ber kde ber. Konečně chápu, proč se tady věnuje tolik pozornosti Descartovi a proč tu není Kant. Hana se musí rozhodnout, zda je vědecký pracovník nebo věrozvěst. Úspěch může mít, ať se rozhodne jakkoli. Ale naplnit obojí nebo kolísat mezi obojím nelze. Osobně si myslím, že Hana dá přednost věrozvěstovi. Osobně si taky myslím, že medicína to přežije. No – myslím, spíš asi doufám.

V Praze, 6. září 2011

Pavel Čepický

Do redakce přišlo 25. 7. 2012

Recenze 28. 7. 2012

K tisku přijato po úpravě 15. 8. 2012

## **POZNÁMKA RECENZENTA:**

Pavel Čepický (MUDr., PhDr., CSc., nejen pro mne osobně také DrSc., autor téměř 400 publikací, z nich 4 monografií) poslal tuto svou více než půl roku starou recenzi, napsanou původně pro nakladatele, do redakce *Psychosomu* v červenci 2012, krátce poté, co si s určitým zpožděním přečetl pochvalnou recenzi té samé knihy od Vladislava Chvály (MUDr.). V původním znění byla recenze dlouhá, ale autor z důvodů, kterým snad umím rozumět, se svým textem již zabývat nechce. Recenze Pavla Čepického ale obsahuje konzistentní

názory a postoje zkušeného lékaře a vědce, které by nás nejen mohly, ale i měly zajímat. Text mne zaujal natolik, že jsem jej přečetl a seškrtnal z původních 35 stran na nynějších 26. Neškrtnal jsem podle toho, co se mi líbí a co ne, s čím souhlasím a s čím ne, ale tak, aby ty hlavní myšlenky, které považuji za zásadní (i když třeba nesouhlasím), zůstaly v koherentní podobě zachovány. To, že text v této podobě vychází, znamená, že Pavel Čepický provedené škrtky schválil.

Na závěr si přece jen dovolím do svého přítele, kterého si hodně vážím, trochu rýpnout. V závěrečné poznámce autorce vytýká nedostatek pokory. Té nikdo z nás tváří tvář problémům, které řešíme, nemáme dost. Příběh s nejvýznamnějším českým psychosomatikem Dr. Chválou končí takto: On: „Měl jsi pravdu, já bych tomu nevěřil, ale ony často v tom těhotenství dozrají.“ Když už jsme u té pokory, chybí mi zde ještě poslední věta: Já: „To jsem rád, že jsi na to přišel, ale já jsem mezitím zjistil, že některé ženy ani v těhotenství nedozrají.“

Jak Pavel Čepický sám v textu píše, máme mezi sebou problém, týká se komunikace lékaře a pacienta. Milý Pavle, dost mne mrzí, že můj pohled odjinud, ale také lékaře, který strávil dvacet let života u lůžka nemocných, vidíš jako „poučení z akademické pracovny, zcela izolované od reality.“ (*PSYCHOSOM*, 2010;8(2) Studoval jsem

medicínu, tak mne neurazí tvrzení, že ponětí o právních problémech mám malé. Možná se budeš divit, i přes mé malé právní ponětí s Tebou souhlasím, že současná právní situace v ČR lékařům život dost komplikuje. Pomyšlení na soudní spor s pacientem i ve mně provokuje úzkosti a zlost. Ale: Uznávám, že v současné době se mne to již osobně netýká, přece jen si myslím, že profese lékaře byla vždycky spojena s rizikem. Ještě před necelým stoletím lékaři umírali na infekce, kterými se infikovali od svých nemocných. Dnes riskují soudní spor se svým nemocným. Není to přece jen jakási pro nás pozitivní změna? Sám jsi napsal: „Chceme-li nulové riziko, musíme akceptovat nulový přínos.“

V Českých Budějovicích, 25. července 2012.

Jiří Šimek

## ODPOVĚĎ AUTORA:

Milý Jirko,

zkrátil jsi to seriózně. Sám bych nejspíš postupoval trochu jinak (škoda, že vypadli třeba Kungové, Thomayer, Lepešinská) – i jsem to zkusil, ale brzy jsem pochopil, že se k tomu skutečně už nechci vracet. Takže díky. Jsem rád, že to vyjde – psychosomatickou dráhu jsem zakončil vydáním monografie *Psychosomatická onemocnění v gynekologii a porodnictví (Moderní gynekologie a porodnictví, 8, 1999, č. 3)*, toto je docela stylový epilóg.

Snad jen poznámku k závěru: Nevím, zda je to pozitivní změna. Diskutovat by

se o tom dalo z hlediska psychologického, sociologického, ekonomického a co já vím jakého. Byla by to diskuse dlouhá a planá. Zůstanu u toho nejpřízemnějšího: Před infekcí byla snazší ochrana. Před 100 lety byl rok 1912, to už lékaři před infekcí od pacientů uměli chránit docela dobře. A ještě jedna přiměřeně cynická a pobuřující poznámka: Co je to ten „přínos“?

V Praze, 3. srpna 2012

Pavel Čepický