

A close-up portrait of a middle-aged man with a grey beard and glasses, wearing a blue and white striped shirt. The background is a blurred green and grey.

# O DUŠI A SEXU

Rozhovor  
s Marií Těthalovou

# Martin Holý



portál



# O DUŠI A SEXU

**Rozhovor**

**s Marií Těthalovou**

Martin  
Hollý



portál

© Martin Hollý, Marie Těthalová, 2016

Cover Photo © Pavla Le Roch, 2016

© Portál, s. r. o., Praha 2016

ISBN 978-80-262-1054-2

*Ne všechny naše pacienty můžeme vyléčit,  
všem ale můžeme pomoci.*

MUDr. Karol Hollý, Hronovce



# Místo předmluvy

*Když jste se na mě obrátila s tím, jestli neuděláme rozhovor na téma psychiatrie a péče o duševně nemocné, potěšilo mě, že se tohle téma dostává do veřejného prostoru. Jaké jsou motivace k tomu udělat rozhovor s tímhle tématem?*

Jedním důvodem je, že téma duševních poruch je zajímavé, atraktivní, i mě osobně hodně zajímá. Také se chystá, i když v době, kdy kniha vyjde, už spíše probíhá reforma psychiatrické péče, což je o důvod víc, proč se bavit o psychiatrii a duševním zdraví. Mohli bychom přispět k většímu povědomí veřejnosti o tom, jaká psychiatrie byla, je a bude. Rozhovor je podle mého ideální nástroj, jak to udělat, protože může být živý, nemusí to být suché čtení.

*Mluvíte o přijatelné formě. Kdo by měl být čtenářem našeho rozhovoru?*  
V podstatě kdokoli, koho téma zajímá, třeba rodinný příslušník člověka s nějakou duševní poruchou, laik, který se chce dozvědět něco o duševním zdraví. Asi to nebude knížka pro lékaře, i když bych byla ráda, aby je neurazila. Bylo by fajn, kdyby si člověk, který má střední školu a o medicínu nezavádil jinak než jako pacient, v knížce našel něco, co ho bude zajímat. A potěšilo by mě, kdyby kniha byla užitečná studentům, třeba budoucím zdravotníkům nebo pedagogům.

*To je něco, na co si troufnu a na co může rozsah rozhovoru stačit. Pořád mám ale pocit, že tu jsou povolanější, kteří by se mohli k tématu vyjádřit. I když se na to cítím, zajímalo by mě, proč se obracíte na mě.*

Možná proto, že v tuhle chvíli řídíte největší psychiatrickou nemocnici v Čechách, ale nechtěla bych, aby to vyznělo, že „budeme kopat“ za „lobby psychiatrických léčeben“. Bohnická nemocnice se stará o široké spektrum klientů, a nejde jen o jejich počet, ale i o rozpětí psychických poruch, se kterými se tady setkáváte. A připadá mi, že jste jako svůj profesní cíl neměl ředitelskou pozici a že vás pacienti stále zajímají, zabýváte se jimi. Navíc jste vystřídal relativně dost „štací“, od obecné psychiatrie přes sexuologii a práci v krizovém centru po organizaci péče, což vnímám jako šanci, že si budeme moci povídat o různých stránkách psychiatrie, že nemáte jeden „píseček“, na který byste se soustředil.

*To zní skoro jako závazek. Tak se do toho pusťme...*



# Oslovuje mě způsob, jakým lidé žijí své životy

*Psychiatrii se věnujete řadu let. Co vás k ní přivedlo, proč právě tento obor?*  
Na to mám jednoduchou odpověď, přestože jsou lidé, kteří by to možná chtěli komplikovat. Medicína je v naší rodině tradice, psychiatrii jsem „zdedil“ po otci.

*Co myslíte těmi komplikacemi?*

Například jsem slyšel, že jsem si musel vůči tatínkovi něco dokázat. Takové rádoby psychoanalytické interpretace. Moje volba povolání rozhodně souvisí s tím, že otec je psychiatr, bydleli jsme za plotem malé slovenské léčebny, kamarádil jsem se s místními chronickými pacienty a hrával jsem s nimi fotbal. Nebyl jsem tedy nějak zatížen stigmatem spojeným s psychiatrií. Nebo jsem byl jeho součástí...

Během studia jsem se nebránil tomu, že bych se stal psychiatrem, ale lákala mě také interna, eventuálně nějaká drobná chirurgická disciplína, oční nebo ušní, nosní, krční lékařství. Uvažoval jsem i o tom, že bych byl praktickým, obvodním lékařem, který dělá komplexní medicínu, a chodil jsem na praxi do jedné obvodní ambulance. Věděl jsem, že bych mohl sklouznout do „prvního plánu“, kterým se nabízela být psychiatrie, a tak jsem hledal jiné obory. Ale když jsem se pak psychiatrii učil a stá-žoval na psychiatrickém oddělení, rozhodl jsem se, že půjdu touto cestou.

*Jaké to pro vás bylo, vyrůstat v rodině psychiatra?*

Táta působil ve venkovském prostředí a moc nerozlišoval mezi domovem a prací, což vedlo k tomu, že jsem se stával součástí příběhů jeho ambulantních pacientů. Když k němu jeli z větší dálky, někdy přišli k nám domů. Netrávil v práci nějaké enormní množství času, ale tím, že jsme bydleli za plotem, byli jsme součástí života léčebny. Zažíval jsem tam to, čeho se dnes snažíme dosáhnout pomocí reformy, tedy komunitní psychiatrii. Když se na tom venkově něco dělo, táta sedl do auta a vyjel, a někdy – ačkoli to pravděpodobně bylo proti všem pravidlům – jsme s bratrem, když už jsme byli starší, jeli s ním, protože byla potřeba určitá početní a někdy i fyzická „převaha“. Měl jsem tedy reálnou zkušenost s tím, jak komplikovaný život mají lidé s psychickou poruchou. Že se jim střídá období neštěstí jejich či jejich blízkých s obdobím, kdy je vše normální, nebo skoro normální. To mi tedy dávalo a dodnes dává určitou výhodu, za kterou otci jistě vděčím. Na druhou stranu je to důvodem, proč jsem odešel ze Slovenska, kde jsem byl pro všechny v oboru „mladý Hollý“. Otec je na Slovensku stále respektovaným psychiatrem, proto když přišla nabídka z Prahy pracovat na sexuologii, přijal jsem ji. Vnímал jsem to jako možnost, abych nešel přímo v otcových šlépějích. A nakonec to dopadlo tak, že jako otec, který dlouho působil jako ředitel jedné malé slovenské léčebny, jsem i já ředitelem psychiatrické nemocnice. A může to vypadat, jako bych ho chtěl „dostat“, protože řídím větší léčebnu.

*A vám opravdu nevadilo, že jste bydleli za plotem léčebny? Vzpomínám si, jak mi syn jednoho zaměstnance léčebny, který s rodinou bydlel ve služebním bytě bohnického areálu, před mnoha lety na otázku, kam chodí do školy, říkal: „Teto, chodím do školy Ústavní.“ A pak dodal:*

*„Ale toto, není to ústavní škola. Je to škola Ústavní, víš? V ulici Ústavní, to není v léčebně.“*

Příběh naší rodiny byl vcelku komplikovaný v tom, že otce kvůli jeho politickým a religiózním názorům vlastně do léčebny na jih Slovenska poslali do „vyhnanství“. Dostal na výběr dvě místa na Slovensku a jedno z nich si vybral. Nejdříve jsme žili v Dubnici nad Váhom, kde táta vybudoval oddělení. Po několika letech, kdy jako primář nebyl vypořádán s náboženskou otázkou, musel odejít. Jediné místo, kde mohl pokračovat, byly Hronovce, které leží u Štúrova. Tehdy to byla téměř úplně maďarská obec a my jsme tam byli skoro jediní ze středního Slovenska. Nikde jsem se tam nedomluvil, i Slováci tam mluví maďarsky. Takže slovenské doktorské dítě na vesnici, „přistěhovalec“, navíc mi bylo osm let, což už není věk, kdy by se děti přirozeně seznamovaly ve školce, a ještě ke všemu jsem do školy dojížděl jinam, což bylo samo o sobě dostatečná „nálepka“. Na tom už léčebna nemohla nic moc změnit.

Vrstevníkové kontakty, které jsem měl, byly s dětmi ostatních zaměstnanců léčebny. Žádné stigma jsme nepocíťovali, spíše jsme společně zkoumali členitý areál léčebny, který měl spoustu různých zákoutí. Bylo to takové naše velké hřiště. Přelézali jsme plot, abychom se dostali dovnitř.

*Jak velké Hronovce byly?*

V té době měly kolem dvou tisíc obyvatel a v léčebně tehdy bylo kolem 350 lůžek. Ústav tam byl od padesátých let.

*Než se člověk stane lékařem, musí se toho spoustu naučit, a studium rozhodně promoci nekončí, je to celoživotní proces. Naučil jste se něco i od lidí, se kterými pracujete? Co vám dala práce s vašimi klienty?*

Podle mého názoru je reflektovaná zkušenost z práce s klienty minimálně stejně důležitá jako školní, akademické vzdělání. Možnost něco

se od pacientů dozvědět vždy beru jako velkou příležitost. Ať už se do-  
zvím něco o nich, což je primární cíl rozhovoru, ale také nám dávají  
zprávu o stavu života. Měl jsem například klienta, který byl v ochran-  
ném léčení, ale žil na ulici. Přišlo mi, že takový vhled do života lidí  
bez domova nemohu získat jinak než přes pozorné naslouchání člověku,  
který tam žije. Sice má své zvláštnosti, ale jeho pohled na tuhle proble-  
matiku je zasvěcený a zkušený. Měnilo to moje postoje, můj pohled na  
širokou problematiku.

Během rozhovorů s klienty se dozvídám ještě něco o sobě. Vnitřní  
svět klienta nějak reflektujeme, nějak na něj nahlížíme a něco nám říká  
také o nás samých, o tom, jak se dokážeme vztáhnout k jejich utrpení,  
k jejich životnímu příběhu. Když je poslouchám, v hlavě mi běží para-  
lelní proces, asociace z mých příběhů.

*Dá se vůbec rozhovor s klientem odosobnit? Přijde mi, že to, co popisujete, je přirozené, že příběhy druhých lidí v nás probouzejí ty naše.*

Přirozené to je. Důležité je však dokázat vlastní příběhy oddělit od roz-  
hovoru s klientem a ten vést nepredsudečně. Na druhou stranu je možné  
rozhovor operacionalizovat, jít pouze podle diagnostických kritérií a pá-  
trat po symptomech, které se postupně zaškrťávají. To mi ale nikdy moc  
nešlo, asi jsem na to málo strukturovaný. Vždy se snažím příběh klienta  
vnímat v širším kontextu.

*Vzpomenete si na konkrétního klienta, který vám sdělil něco zajímavého, aniž by chtěl?*

Díky psychoterapeutickému vzdělání mám určitý vhled do svých problé-  
mů a mám částečně identifikované své stíny, mezi něž určitě patří ne  
úplně jednoduchý vztah s velmi dominantní matkou. To, nač se ptáte, se

mi stává s klienty, kteří mají problém ve vztahu k autoritě a k rodičům, a kteří jsou někde dál ve vyjednávání, jaký má vztah s rodiči být, nebo tu situaci prožívali ve větší blízkosti s rodičem. Někam mě to posune v náhledu na vztah, s nímž mohu něco dělat už jen já sám v sobě, protože máma je po smrti. V době, kdy žila, to bylo tak, že jsem jí někdy pod vlivem rozhovorů s klienty zavolal, že jsme si řekli něco víc než obvykle.

*Irvin Yalom psychoterapeutům říká, aby svým klientům dovolili něco pro ně znamenat. Ve svých příbězích o nich často mluví spíše jako o přátelích, hodně se do jejich osudů vkládá, mnoho pro něj znamenají, což je možná „luxus“, který si lékař ve státní nemocnici, kde to někdy vypadá jako „na běžícím pásu“, dovolit nemůže. I tak se ale většiny lékařů příběhy jejich klientů dotknou. Co pro vás znamenají vaši klienti?*

Myslím si, že není možné nechat se přehltnout. Na druhé straně já se ze své podstaty příliš nevymezují, mí klienti na mě mají mobilní telefonní číslo. Mohou mi psát a volat a vědí, že mám právo neodepsat a nezvednout telefon. Vědí, že nejsem krizová linka, ale je pro ně jistým bonusem, když jim telefon zvednu v sobotu. Nemá to žádná pevná pravidla, protože se nemohu zavázat ke čtyřicetihodinové pohotovosti, ale když vidím, že někdo volá podruhé nebo potřetí, většinou si udělám čas, abych se mu věnoval.

Nepochybně v době, kdy mi myšlenky jdou jen tak hlavou, řeším, jak se vede mým klientům. Mohu si to dovolit, protože jich v současné době nemám 500 nebo 1000, ale necelou stovku. Čili to lze obsáhnout, navíc ne každý z nich je ve stavu, který je třeba aktuálně řešit.

Klienti jsou zajisté součástí mého života, na druhou stranu ale není možné se nevymezit. Čas od času se některý klient dostane do situace, kdy hranice narušuje, a je na mně, jestli si své hranice narušit nechám nebo ne. V noci vás probudí telefon, ne ten, kdo volá. Telefon lze vypnout.

*Kdo vás ve vašem profesním životě ovlivnil?*

Jsou to tři osoby. Nepochybně táta, pak primář Jozef Hašto, u kterého jsem pracoval na Slovensku, a pak Slavoj Brichcín. Ti mě provedli prvními lety mé profesní dráhy, a čerpám z toho doteď.

*Dost často se setkávám s tím, že se lidé vůči svým rodičům spíše vymezují a moc je nevnímají jako svůj profesní vzor. Proto mě vlastně docela překvapilo, když jste za svůj profesní vzor označil i svého otce. V čem vnímáte jeho vliv na to, co děláte?*

Asi v tom, že otce jsem považoval a považuji za normálního chlapa, a přitom dělal psychiatra, čímž mi rozbíjel mýtus o tom, že každý psychiatr je trochu „cáklý“. Jeho působištěm byla zmíněná vesnická psychiatrie, a já jsem byl v kontaktu s celým provozem, pracovala tam i máma, a to v ekonomickém oddělení.

Nevím, jestli bych uměl vyjmenovat pět věcí, ve kterých mě ovlivnil. Prostě to byl život s psychiatrií, pak jeho racionalita a nezpochybňování existence duševních poruch jako nemocí. A pak trpělivost a vytrvalost ve snaze pacientům pomoci. Nemohu říci, že bych otcovy dlouhodobé pacienty podrobně znal, ale poznal jsem je, protože někdy za ním chodili mimo pracovní dobu a jindy jsem byl právě u něj v práci, když za ním přišli, a viděl jsem, že to je na dlouho. Říkal mi, že málo našich pacientů můžeme vyléčit, ale všem můžeme pomoci. Nikdy není hotovo, ale vždy to je smysluplná práce. Naučil jsem se od něj také něco, co někteří lékaři neradi slyší. Že někdy je nejlepší udělat výjimku, porušit pravidla, že pravidla jsou tady pro nás a ne my pro ně. Typickým pravidlem je: „Neberte si nikdy pacienta domů.“ Obecně se má za to, a nelze s tím než souhlasit, že je dodržování hranic nutné. Otec někdy to pravidlo porušoval. Myslím, že pokud se to neděje pod vlivem manipulace a nikomu to neubližuje, je to možné. Chce to odvalu a táta ji měl. Pravidla jsou pro nás, ne my pro pravidla.

*Jak jste se spolu o psychiatrii bavili?*

Táta doma neevangelizoval. Jsme tři bratři, ale psychiatrem jsem se stal jen já. Když už jsem studoval, a pokud se psychiatrie stala tématem našeho hovoru, byla tématem hlavním. Když se dnes vidíme, bavíme se o pacientech nebo o organizaci péče. Když jsme se dříve vídali častěji, druhým hlavním tématem byli koně.

*Proč koně? Měli jste nějaké?*

Ano, měli. Koně byli a jsou velkou otcovou zálibou, dalo by se říci, že jsou jeho druhým profesním zájmem, dokonce je někde v „koňácké síni slávy“. Mě a bratra od relativně nízkého věku vtáhl do koňáctví, do práce s koňmi, jejich výcviku a taky samozřejmě ježdění, i když nemám úplně jezdeckou postavu. Koně byli součástí mého raného i pozdního adolescentního života. A doteď se koňmi zabýváme, i když už spíše jen teoreticky, včetně přesahu do jejich léčebného využití. Využil jsem to i v tvorbě jednoho manažerského vzdělávacího programu, kde se pracuje se stádem koní. O koních by se dalo mluvit hodně dlouho...

*Vymezujete se nějak vůči „škole“ svého otce?*

Ano, třeba v přístupu k pacientům. Vnímám jsem, že vystupoval spíše v roli experta, lékaře, který zná odpovědi na otázky, nebo ví, jak se mají věci řešit, kdežto já více vyjednávám, diskutuji. Neshodneme se v tom, jak některé věci medikovat. Ale oba se vyvíjíme, nedávno mi říkal, jak od některých pravidel ustupuje, a já jsem dnes v některých věcech rigidnější než on.

*V čem si jste podobní?*

To by asi museli říci jiní, ale myslím, že více povahových rysů jsem zdědil po mámě. Podobní si jsme v rozdělování času mezi

soukromé a pracovní aktivity, kdy to není úplně fér vůči těm zájmům soukromým.

*V čem pro vás byl a je vzorem Jozef Hašto?*

Na psychiatrii v Trenčíně proběhl můj psychiatrický imprinting, psychiatrické vpečetění. U něj jsem uvěřil, jak mají věci fungovat, a doteď si to s sebou nesu. Byl jsem z domova zvyklý na to, že táta hodně četl a byl významně „nadupaný“ informacemi, ale u Jozefa tohle bylo ještě silnější. Neustále četl a překládal a nás mladé doktory zaměstnával tak, že jsme rukopisy jeho překladů prepisovali na psacím stroji, aby je mohl vydat. A když něco přepisujete, tak se to naučíte. Na jeho oddělení jsem zažil, jak má být propojen systém péče, že existují denní stacionáře a další možnosti.

U Hašta jsem nepracoval moc dlouho, dva roky, a z toho jsem byl rok na vojně, ale bylo to velmi intenzivní. K jeho sečtělosti se přidávalo to, že všechno, co říkal, měl vždy podloženo nějakou publikovanou informací. Byl a je psychoterapeutem tělem a duší, naprostou většinu své klinické práce opíral o psychodynamickou psychoterapii, dnes hodně mluví o attachmentu, o vytváření základní vztahové vazby. Jožo měl tendenci psychoterapeuticky léčit i pacienty, u nichž se psychoterapie nepovažuje za úplně efektivní prostředek, například lidi se schizofrenií. Viděl jsem, že to není úplně účinné, ale že to komplexní terapii vhodně doplňuje. Psychoterapií se tito lidé vyléčit nedají, ale mnohému díky ní mohou porozumět a může se jim žít lépe. Přestože jeho hlavní doménou v té době byla hlubinná psychoterapie, organizoval také terapeutický program založený na kognitivně behaviorální terapii, protože pro skupinu depresivních lidí je jasně efektivnější. Ale nechtěl jsem se od něj učit některá rozhodnutí ohledně personálu, která podle mě občas nebyla úplně ideální. Někteří lékaři během jednoho až tří let odcházeli někam jinam, protože ho „nevydýchali“. Vždy šlo o střet dvou osobností.



*Říkal jste, že vás hodně ovlivnil i váš první bohnický primář, doktor Slavoj Brichcín. V čem?*

Moje cesta sem do Bohnic se podobá cestě osudu, nebyla moc řízená. Slavoj Brichcín mě uvedl do sexuologie, do práce s devianty. Ocenil bych jeho velkou laskavost v práci s pachateli sexuálního násilí, o kterých si většina myslí, že si nezaslouží ani skleničku vody. To je asi „to nejvíc“, mimo odborné sexuologické věci. Také mě na něm fascinovala jeho vytrvalost, a tomu jsem se nenaučil. Oddělení sexuologie vedl přes dvacet let a nikdy neprojevil zaječí úmysly.

*Doktora Brichcína znám z kostela, a vždycky mě překvapovala jeho specializace a zároveň to, že to je hluboce věřící člověk.*

Tohle mě také zaujalo. Byly pro mě hodně zajímavé supervize, které jsem u něj měl a které se týkaly pacientů s funkčními poruchami. To, jak zacházel s pacienty, kteří byli svým partnerům třeba nevěrní, s „hříšnými dušemi“, které se v sexuologii často objevují. Dokázal to rozebrat, a přitom neuhýbal z toho katolického. Zažil jsem tam něco, o čem jsem se později dozvěděl, že je principem graduality. Musíme si naložit jenom tolik, kolik uneseme, a to, že to směřuje k Bohu, je důležitější, než jestli je to už u něho. Jsou menší a větší zla, a někdy není jiný výběr.

*Zmínil jste, co jste se nechtěl naučit od Jozefa Hašta. Viděl jste i u primáře Brichcína něco, co jste převzít nechtěl?*

Doktor Brichcín je velkorysý a hodný, ale já jsem u něj nevnímal vyváženou pozitivní a negativní zpětnou vazbu. Jenom mě chválil. Nepochybně jsem jako začínající sekundář dělal i chyby. Jelikož jsem nedostával „kartáč“, vnímal jsem pochvaly méně hodnotně. K vedení nestačí jen pozitivní zpětná vazba.

*Znám ortopeda, jehož „slabostí“, ale zároveň silnou stránkou jsou operace kolen. Prostě kdyby si mohl vybrat, bude operovat jen kolena, i když skvěle řeší i další ortopedické problémy. Máte i vy své oblíbené diagnózy? Co vás na vaší práci baví?*

Mám rád sexuologii, takže když se řeší sexuální motivace, je to pro mě zajímavé. Rád bych také víc pracoval s lidmi s psychózou, ale jelikož u nich se velmi komplikovaně stanovuje léčebný plán, kdežto já potřebuji mít jasně dané ambulantní termíny a nejsem k dispozici čtyři dny v týdnu, nejde, abych si je držel v péči. Zajímají mě také poruchy nálady, které myslím dokážu ošetřovat dobře a klientům můj přístup vyhovuje.

*Zmiňujete sexuologii, která je vaší specializací. K té jste se dostal až tady v Bohnicích, nebo jste se jí věnoval už na Slovensku?*

Ano, k sexuologii jsem se dostal tady, v Bohnicích. Poté, co jsem skončil školu, jsem rozesílal svůj životopis a motivační dopis na různá pracoviště. Ten se přes nějaké Brichcínovy kolegy dostal i k němu, protože do Prahy jsem nepsal. Pracoval jsem v nemocnici v Trenčíně a během vizity mě zavolala sestra, že mám na sesterně telefon. Volal právě primář Brichcín, jestli bych u něj nechtěl pracovat, že mu právě odchází jedna lékařka. Říkal jsem mu, že mi to zní zajímavě a že se budu snažit se u něj ukázat. Bral jsem si na konec týdne dovolenou a jel jsem k našim, kde jsem náhodou potkal kamaráda, který mi říkal, že druhý den jede do Prahy. Takže tři dny od telefonátu od doktora Brichcína jsme se sešli, ukázal mi oddělení, představil mě tehdejšímu řediteli Zdeňkovi Bašnému a domluvili jsme se.

*A v kterém roce jste tedy do Bohnic nastoupil?*

Bylo to v roce 1996. S batohem jsem přijel do Prahy, rodinu jsem na první měsíce nechal na Slovensku a bydlel jsem na nemocniční ubytovně.

*Jaké byly vaše začátky tady v Bohnicích?*

Začínal jsem na zdejší sexuologii, bylo to zajímavé období, nasával jsem zkušenosti těch, kdo zde pracovali. Na druhou stranu ta psychiatrická „fabrika“, do které jsem přišel, byla z pohledu zkušenosti z Trenčína, kde jsem pracoval před tím, šílená. Dovolím si říci, že psychiatrie se zde tenkrát dělala dehumanizovaně, lišila se od humanistického přístupu velmi osvědčeného trenčínského primáře Hašta, který praktikoval vlídnou psychiatrii, byl hodně inspirovaný německým modelem, měli jsme vlastní stacionář... Ne že by se tam nevyskytovaly psychotické neklidy a omezovací prostředky, součástí naší práce bylo i toto, ale Bohnice byly úplně něco jiného.

Na druhou stranu jsem ale rozuměl Zdeňkovi Bašnému v tom, že takovýto kolos, jakým je bohnická psychiatrie, se velmi těžko mění, protože si jede vlastní setrvačností. Až teď z pozice svého současného ředitelského působení vnímám, že i on to měnil, ale než se změna ukáže a zažije, a než se několik změn v synergii promítne do celého systému, trvá to dlouho. Bašný začal změny, v nichž mám šanci pokračovat a přidat k nim něco dalšího. A věřím, že dnes je to tu jiné, než když jsem nastoupil. Ale možná že když sem nastoupí mladý psychiatr, vnímá Bohnice podobně, jako jsem je tehdy vnímal já.

*Neměl jste v době, když jste sem nastoupil, chuť provést nějakou radikální změnu? Vidám tyhle tendence u lidí, kteří přijdou na nové místo, a hned by vše od základů měnili.*

To jsem si nedovolil, nejspíše také i proto, že otec byl v té době ředitelem psychiatrie v Hronovcích a naše rozhovory se už od doby, kdy jsem studoval, týkaly především profese. Moc jsme se nebavili o jiných věcech. Proto jsem měl náhled na to, jak je řízení takovéto instituce složité. Nedovolil jsem si kategorické soudy, protože nic není černobílé.

*Co pro vás bylo zajímavého na práci na bohnické sexuologii?*

Když jsem sem nastupoval, nebyly pro mě primárně cílem Bohnice, i když bylo lákavé začít působit v Praze. Byl jsem ale zvědavý na to, jak takový praktikující katolík jako Břichcín, který se svou vírou netají, může dělat sexuologii. Náš první rozhovor byl hodně živý, Slávek měl neotřelé názory, nepromítal do své profese rigidní dogmatiku. Bylo pro mě také hodně zajímavé i to, že sexuologie v Bohnicích pracuje s delikventními devianty, tedy s lidmi, kteří za sebou často mají hrůzné činy a jsou v psychoterapeutickém procesu, čili je člověk nemůže odsuzovat, nemůže je – v profesním smyslu – nemít rád. Myslím si, že mě „dostalo“ určité neznámo.

Nepochybně svou roli hrál i můj tehdejší mladický entusiasmus. Když jsem nastoupil, snažil jsem se trochu změnit řád a režim oddělení, vnést do toho něco nového. Asi půl roku nebo rok po mně nastupoval na oddělení Jan Kožnar, významný psychoterapeut, který pracoval několik let v Minnesotě, a společně jsme vnesli do terapeutického programu víc struktury. Myslím, že se tím pro pacienty stal léčebný proces srozumitelnější.

Na jedné straně zde vládla laskavá terapeutická atmosféra, na druhé straně jsou lidé, kteří se zde léčí, „kriminálníky“, takže jisté vymezování a režim mají své místo. Byla to dobrá škola.

Kromě toho pro mě byla práce na bohnické sexuologii tréninkem empatie. Debatuje se o tom, jestli je empatie něco vrozeného, anebo je to kognitivní proces, který se můžeme naučit. Pokud pracujete se sexuálním vrahem, na to vrozené se moc spolehnout nedá.

*Co dalšího vás zaujalo? Co jste se tam naučil?*

Všichni jsme si museli vybudovat tu „racionální“ empatii. „Musím s tím člověkem pracovat a mojí profesní rolí je pomoci mu, mám koncept porušeného sexuálního motivačního systému, který mi dává možnost těm

věcem porozumět, a přitom se nebudu zabývat pouze jeho selháním a vínou, ale zároveň na ně nebudu zapomínat.“ To je pro mě v práci s klienty důležité dodnes. I klient, který je mi nějak protivný a přirozeně vyvolává negativní přenos, je pro mě člověkem, který má trápení. Přestože se mi může zdát, že na mě něco hraje, dokážu jeho chování vnímat jako příznak a ne jako vůlí ovlivnitelné chování. Měl bych umět rozpoznat manipulaci, protože mnozí klienti, s nimiž jsem zde pracoval, byli manipulátoři par excellence, ve vězení by ostatně jinak nepřežili. Netvrdím, že jsem v tom dokonalý, ale už jen samotné vědomí, že ne všechno je manipulace a ne všechno je reálné trápení, pomůže dívat se na příběh z obou pohledů.

*V čem je podle vás specifická práce na oddělení, kde jsou klienti v ochranné léčbě?*

V práci s nemotivovanými klienty. Ti lidé to mají nařízeno. A všichni, kdo na tomto oddělení pracují, časem dospějí k závěru, že motivace není „bud“, nebo“. Že s klienty lze pracovat, ale chce to trpělivost. To v některých našich terapeutických systémech chybí. Vůči nemotivovaným klientům se vymezují, a tito lidé se pak ztrácejí v propadlišti systému péče o duševně nemocné, který pracuje s lidmi se strukturovanou a jasnou motivací. Pokud je motivace pochybná, jsou tito lidé vyřazováni z terapeutických programů s tím, že nejsou pro daný program vhodné, ale nenabízí se jim žádná pomoc.

*Tam je asi třeba se ptát, proč nemají motivaci, ne?*

Stále platí to, co v osmdesátých letech přinesli Prochaska a DiClemente, tedy že motivace je stupňovitý proces a intervence mají být nasměrované podle toho, kde člověk je. Pokud si neuvědomuje například to, že jeho problémem je závislost, nemá motivaci s tím něco dělat.

U nealkoholových závislostí je vypracován systém edukací, aby si uvědomili, že pokud například žijí na ulici, je to důsledek jejich závislosti, a aby se dostali z prekontemplační do kontemplační fáze motivace.

Má-li člověk léčbu nařízenou, je to vnější motivace, ale nedá se s ním terapeuticky pracovat, pokud mu chybí motivace vnitřní. Někdy se nás pak snaží „lakovat“, což se ale během hospitalizace projeví. Jednu dobu jsem říkal, že každý psychoterapeut by měl projít stáží na oddělení pro ochranné léčení, pro tu zkušenost, že to jde, přestože klienti někdy od začátku proti léčbě bojují. Někdy to je kouzelné, když se dvoumetrový chlap, který má přes metrák a tři měsíce nám neřekl nic vlídného, najednou „zlomí“ a je z něj jeden z nejvíce spolupracujících pacientů. A není to něco, co by na nás „zahrál“, daří se mu pak i v ambulantní léčbě. Byl příliš hrdý, než aby něco hrál.

*Co ze zkušeností, které jste na bohnické sexuologii získal, je pro vás nejcennější?*

Pracoval jsem tam přibližně sedm let a zjistil jsem, že se má a vyplatí se pracovat s lidmi, kteří aktuálně nejsou motivovaní.

*Dostanete se ještě někdy na oddělení?*

Na oddělení se dostanu třeba tehdy, když děláme exkurze. Na sexuologii mě ale stále vnímají jako jednoho ze supervizorů, takže mě někdy přivou k diskusi o konkrétním pacientovi. U lůžka ale běžně nesloužím, někdy zaskočím, když někdo vypadne, ale moc mi to nevychází.

*S jakými představami jste do psychiatrie vstupoval? Co jste si myslel, že vás čeká? A v čem je realita jiná?*

Myslím, že jsem měl vcelku reálnou představu díky tátovi a také díky určitému soužití s psychiatrickým prostředím. Nic mě zásadně

nepřekvapilo, až na už zmiňovaný bohnický systém. Neznal jsem tak velkou léčebnu, která měla mnoho neduhů, z nichž některé má dodnes.

*Jaká byla léčebna na Slovensku, kde jste začínal? Když Bohnice byly takovým překvapením...*

Začínal jsem na psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice. Bylo tam mužské a ženské oddělení. Pacienti s problematikou závislostí měli svůj specifický program, podobně jako pacienti se specifickými potřebami, například pacienti vyššího věku. Je pravdou, že dlouhodobě nemocné jsme na oddělení neměli, ti byli hospitalizováni v jiných zařízeních. Překvapilo mě, jak se v Bohnicích s pacienty manipulovalo v rámci překladů. Příjmové uzavřené oddělení, otevřené oddělení, terapeutické oddělení, oddělení pro alkoholové a drogové závislosti neboli „átéčko“, neklidové oddělení... Pacient byl šíbován léčebnou a doteď to tak je, nedaří se nám to úplně změnit. Když na příjmové oddělení přijde v devět večer službukonající lékař, kterého pacient vidí poprvé, a oznámí mu, že bude – v lepším případě – přeložen na pětilůžkový pokoj, kde ostatní pacienti už spí, a on neví, kde a kdy se probudí, přitom je psychicky nemocný, je to pro něj těžké. Má si lehnout mezi čtyři neznámé osoby, což mi pořád přijde šílené. V nejbližších letech plánujeme, že by pacienti zůstávali na jednom oddělení, aby překlady byly spíše výjimkou. A také aby v případě, že se do nemocnice vracejí, přišli tam, kde to už znají, aby tam byli „jejich“ ošetřovatelé a sestry.

Lidské příběhy jsou v případě, že pacienta převážíme z oddělení na oddělení, podřízeny systému péče, což je špatně. Není lehké to změnit, protože nemocnice je systém, který je součástí dalšího systému, toho jak je organizovaná péče o duševně nemocné v celé republice a kolik je na ní peněz. Ale myslím, že se nám to daří měnit.

*Pořád jsou zde na odděleních velké pokoje?*

Ano, a vždy se musím jako ředitel nemocnice z tohoto stavu vyvinut. Je to ostuda státu, který nám nedá peníze, abychom nemocnici zrekonstruovali. Osobně mě to velmi mrzí. A když jsem nastupoval, pacienti se vzhledem k přeplněnosti přijímali na náhradní lůžka, což byly matrace na zemi. Trvalo několik let, než se povedlo systém přepracovat tak, aby lidé nemuseli spát na zemi, a my jsme jim přitom dokázali poskytnout péči, když nám je sem ty sanitky vozí.

Ono by šlo starou léčebnu zavřít a postavit novou, což je směr, kterým šla například Anglie. Většinou to dopadne tak, že v nové nemocnici je méně lůžek. Pro zbývající pacienty je potřeba zajistit jinou péči, například v chráněném bydlení se speciálními podpůrnými službami. Bez toho je redukce lůžek riziková.

*Když se ohlédnete za svým dosavadním profesním působením, co vidíte?*

*Co se vám povedlo? A čeho byste ještě rád dosáhl?*

Už řadu let nepůsobím primárně jako psychiatr. Jsem zaměstnán jako technicko-hospodářský pracovník nemocnice, ale stále se v oboru pohybuji. Pokud bych se na svou kariéru díval z hlediska životopisu, mohl bych ji považovat za úspěšnou, stal jsem se ředitelem největší psychiatrické nemocnice v zemi a šéfem odborné psychiatrické společnosti. Z hlediska osobního pocitu vím, že to není hlavním měřítkem. Sám pro sebe vnímám spíše věci, které jsem nedotáhl do konce. To považuji za svůj hlavní handicap. Neumím věci dotahovat do konce. Ve formálních věcech se k tomu přidává i jistá míra vzdoru vůči formalizaci našich životů. Na co není papír, to jako by neplatilo. Je pravdou, že s touto svojí „beatnickou“ částí osobnosti se peru celý svůj dosavadní život. Rovněž si myslím, že nejsem ideální týmový hráč. Souvisí to s mým introvertním zaměřením.



V budoucnu bych se chtěl věnovat vědě, lákají mě výzkumy z oblasti sexuologie. Dá-li Bůh a skončím jako ředitel, rád bych pracoval v Národním ústavu duševního zdraví, kde se nyní rozbíhají i sexuologické výzkumy. To je sen, který se možná nenaplní, navíc věda je u nás málo placená, a já musím živit rodinu. A někdy si pohrávám s myšlenkou, že bych rád zase „dělal doktora“ a že bych – což asi opět není úplně reálné – bych si vybral další odbornost. Asi by to byla interna.

*Lékaři, které znám, mají ve své profesní historii chvíle, kdy museli přehodnotit diagnózu, léčebný postup, kdy se prostě spletli. Máte i vy nějakou podobnou zkušenost? Stalo se vám někdy, že jste se zmýlil?*

Pamatuji si docela podrobně jednu konzultaci z krizového centra. Šlo o mladou dívku, začal jsem s ní rozhovor, ale věděl jsem, že budu muset v určitou dobu skončit, protože jsem potřeboval někam jít. A pravděpodobně jsem to moc „tlačil“. Nebylo to tak, že bych na ni měl jen deset minut, ale po necelé hodině jsem musel odejít, a tak jsme to ukončili. Měl jsem pocit, že jsme skončili podle pravidel, normálně. Za dvě hodiny mi volali, že se ta slečna pokusila o sebevraždu. Je to asi 13 let, ale je to situace, která mě vede k větší opatrnosti při ukončování rozhovoru s klientem, více přemýšlím o tom, jak dávám najevo, že už musíme končit.

Je otázkou, jestli byl na vině můj spěch, ale pořád si tu slečnu, které jsem tehdy nepomohl, pamatuji.

*Četla jsem rozhovor s lékařem z popáleninového oddělení, který říkal, že od jisté doby stále sleduje, jestli hrnek s kávou není moc blízko okraje stolu, jestli se malé dítě nemůže opařit. Známý hasič zase vždycky kontroluje, jestli je volná úniková cesta z objektu, a nebytoval by se v hotelu,*

*kde jsou únikové dveře něčím zahrazené. Máte i vy nějakou svou profesní deformaci?*

V jednom filmu jsem slyšel, že po tom, co člověk nějakou dobu dělá psychiatra, ho přestávají bavit normální příběhy. Jednak v těch normálních příbězích začne pátrat po motivacích a nahlížet pod povrch, a – když to přeženu – pak běžný život nemá tu „šťávu“. Docela mě to oslovilo a říkal jsem si, že to tak může být, že člověk s větším zájmem přistupuje k rozhovorům, které jsou nějak patologizované, je v nich kousek toho šílenství.

Fascinují mě příběhy. Jsou za vším, za fotkou, za lidmi, které potkávám v tramvaji. Z drobné interakce s nimi se mi odvíjí nějaký příběh. Fascinuje mě, že lidé, které běžně vidíme, žijí vlastní příběhy, kterých je tolik a které jsou tak spleťtité. Zní to triviálně, že mě oslovuje, jak mohou lidé žít, ale je to tak.

*Psychiatrie je jedna z pomáhajících profesí a i zde hrozí vyhoření. I když už vlastně nepracujete jako lékař, jak se vyhoření bráníte? Vyhořet přece může i ředitel.*

Ano, to může. A nevím, jestli se bráním úspěšně. I když v Bohnicích pracuji bezmála 20 let, vždy jsem zhruba po pěti letech změnil pozici. Začínal jsem na sexuologii, pak jsem pracoval na ochranném léčení, na krizovém centru a zpět na sexuologii. Nejdelsí dobu zde působím jako ředitel. Před několika lety jsem měl „nakročeno“, myslel jsem si, že bych měl v rámci zachování duševního zdraví, respektive prevence vyhoření, z pozice ředitele odejít. A pak přišla ta šance v podobě reformy. A přece jen z pozice největší psychiatrické nemocnice v zemi mohu prosadit více věcí, než kdybych působil jinde. To dalo mé práci nový smysl, význam.

Pořád se snažím držet nějaké rozmanitosti. Už když jsem pracoval jako lékař na oddělení, vedl jsem různé kurzy pro manažery. A teď je

mým „vedlejšákem“, který mi dodává energii, psychiatrie. Mám své pacienty a pracuji s nimi.

Určitě je třeba, aby život stál na více nohách. Důležitá, i když někdy náročná, je rodina, protože máme více dětí. A důležitý je i vnější tlak. Sice si někdy stěžujeme, že „ta hypotéka...“, ale hypotéka je vnější motivace, která nás nutí nerezignovat na věci, které se musí udělat. Snažím se také hýbat, kamarádovi jsem říkal, že už jsem zmanažerovatěl a začal jsem běhat.

*Vedete velkou nemocnici. Máte nějaký svůj ředitelský vzor, nebo naopak antivzor?*

Asi bych nedokázal jmenovat jeden vzor, vždy si spíše všímám řešení nějakých situací, modulů různých stereotypů, které vnímám jako inspiřující. Také si říkám, jak bych vypadat nechtěl a co bych nechtěl dělat. Je to taková skládačka, kterou sestavuji velmi intuitivně, a snad to nějak vychází. Mám určité znalosti o tom, jak se to má dělat, ale nemohl bych management vyučovat, popisovat kroky, které jsem udělal, a říkat, že takto se má řídit podnik, to nemohu.

*U takového kolosu, jako jsou Bohnice, je asi těžké i to, že efekt některého rozhodnutí vidíte až po delším čase, ne?*

Nepochybně. Jistě se zde ale najdou věci, které se dají „uřídít“ a je vidět výsledek, i když dílčí. Snažím se dělat věci, kterým věřím a o kterých jsem přesvědčen, že jsou autentické, skutečné. A jsem spíše intuitivec, který má vizi, již často až za pochodu rozpracovávám do dílčích kroků. Tím se dává velká šance projektům, které kdyby se nejdříve rozpracovaly, tak by se nerozbehly vůbec, protože by se hned vidělo, kolik s nimi bude práce a kolik překážek jim stojí v cestě. Také si myslím, že se vyplatí být slušný. Být otevřený příležitostem, a to, co mi nejde, odmítat.

Mám problém lidi „buzerovat“, dávat jim negativní zpětnou vazbu. To se stále učím, protože bez toho to nejde.

*Máte velkou rodinu. Jak se vám daří sladit její potřeby a požadavky, které na vás klade vaše práce?*

Špatně. Už kvůli rodině moc netoužím po službách na oddělení, protože – pokud nemám nějakou služební cestu nebo konferenci – se mi daří alespoň víkendy držet pro rodinu a s rodinou. Možná to moje žena vidí jinak, ale mně se zdá, že co nejvíce víkendů se snažím zachovat jako rodinné. Je to maximum, které rodině mohu dát, protože pracovní dny jsou náročné. Pokud mladší děti vidím, než večer usnou, je to dobré. Asi ze mě moc nemají, ale snažím se s nimi o tom mluvit. Starší děti, ty, které jsou v pubertě, by mi měly vyčíst, že s nimi nejsem, minimálně pokud by se jim to hodilo, ale zatím se mi to nestalo.

*Kdybyste si mohl znovu vybrat, jakou práci budete dělat, co by to bylo?*

Na to je těžké i lehké odpovědět. Nemám pocit, že bych si vybral špatně. Vnímám smysluplnost své práce, dělám ji rád, přesto že jsem někdy vyčerpaný a skeptický. Pokud bych si vybíral znova, asi bych si vybral stejně. Ale jsem asi připraven využít šance osudu, mým cílem nebylo být ředitelem Bohnic. Nejsem prvoplánově ambiciózní, spíš jsem otevřen tomu, co mi život přinese, a pak se někde dokážu „zakousnout“. Asi mám také „nos“ na životní šance a málokdy věci odmítnu z apriorního postoje, spíše je zkusím, a pak vidím, jestli to je „to ono“.

Když jsem byl v osmé třídě základní školy, rodiče se mě ptali, čím bych chtěl být. Řekl jsem, že bačou. Odpověděli, že to je hezký plán, ale že půjdu na gympl. Ale asi bych si i jako bača dokázal najít svou spokojenost.

# Náš život nesmí stát jen na jednom cíli

*Co si můžeme představit pod pojmem „duševní zdraví“?*

Duševní zdraví podle mého názoru můžeme charakterizovat jako stav psychiky člověka, jež je schopna reagovat na okolí a srovnávat se s nároky, které okolí přináší. A nároky jsou to různé, od stresové zátěže, která se nám asi vybaví jako první, přes porozumění věcem a sociálním situacím a jejich pochopení, až ke schopnosti reflektovat sebe sama. Pro lidskou psychiku je charakteristické, že dokážeme nahlížet, co děláme. Asi to není definice, ale tak si duševní zdraví představuji já. Jako dynamickou rovnováhu mezi vlivy a podněty z okolí a tím, jak je dokážeme zpracovávat, porozumět jim a reagovat na ně. Není to triviální, protože podnětů z okolí je nepřeberně, a jistou charakteristikou duševního zdraví je schopnost jim správně přiřazovat význam a také je řadit podle jejich priority, například že dokážeme rozlišit, že náš rozhovor je důležitější než šum na chodbě a hluk ze silnice před budovou.

*Určitým protipólem duševního zdraví je duševní nemoc. Ta se v naší společnosti stále chápe jako něco strašidelného, tajemného... Proč to tak je?* Každé narušení duševního zdraví rozhodně není nemocí, určitá nepohoda může být součástí dynamické rovnováhy mezi okolím a mnou, i když se přechodným stavům určitého zakolísání mysli dávají nálepky nemoci.

Duševní nemoci mají v očích obyčejného člověka oproti nemocem tělesným určité výsadní postavení, což je dáno tím, že jim moc nerozumíme, a to i z medicínského pohledu. Když se podíváme na mezinárodní klasifikaci nemocí, nepíše se tam o duševních nemocech, ale o duševních a behaviorálních poruchách, protože nesplňují charakteristiku nemocí. U nemocí musíme vědět, co je nemocné, jak se to projevuje, jakou to má prognózu a jak se to léčí. U většiny duševních poruch nevíme přesně, co je nemocné. Víme, že to je někde v mozku. Docela dobře známe a máme popsané projevy duševních poruch a na základě statistik dokážeme odhadnout jejich prognózu, ale jelikož vlastně přesně nevíme, co léčíme, vztahujeme léčbu k projevům poruchy, ne k základnímu onemocnění. Z toho plyne, že oblast duševních poruch je stále trochu neznámá, a neznámého se přirozeně bojíme. Lidi nejvíce znejistí je emoční neadekvátnost. Pokud má někdo skoliózu nebo sádku, ale na pohřbu pláče a po vtipu se směje, nepřijde nám nenormální. Ale když někdo mluví „mimo“, velmi nás to znejistí, i když je jinak dotýčný jako ze žurnálu. Nevíme, jak s tím pracovat.

V devadesátých letech se docela dobře prozkoumal mechanismus deprese a začaly se psát populární články o tom, že deprese rovná se málo serotoninu. Mnoho lidí se tehdy přihlásilo k tomu, že jsou depresivní, protože tento stav měl najednou nějaké uchopitelné vysvětlení. I v očích laika se deprese stala jasně definovanou nemocí, a možná to laikům bylo jasnější než odborníkům. Mnoho lidí se přestalo za depresi stydět, přestali ji vnímat jako známku toho, že by byli slabí, protože se vědělo, že deprese je poruchou serotoninového metabolismu. I když víme, že to je nepřesná formulace, deprese se tím oddémonizovala. Myslím, že nejbližší roky přinesou podobné poodhalení podstaty i dalších duševních nemocí.

### *Jak stará je psychiatrie jako medicínský obor?*

Psychiatrie je podle mého názoru stará tak jako celá medicína. Její kořeny jsou už v antice. Někdy se mluví o tom, že duševní nemoci nejsou opravdové nemoci, ale sociální konstrukty, a zmínky o tom, že se s léčením duševních poruch začalo už hodně dávno, tyto teorie vyvracejí. Těžká deprese, označovaná jako melancholie, byla popsána už ve starém Řecku. Péče o zvláštní stavy duše byla velmi propracovaná v arabském světě v období našeho středověku a již tehdy bylo popsáno, jak se které poruchy projevují, jaké jsou jejich symptomy.

V současnosti máme dost důkazů o tom, že naprostá většina duševních poruch jsou nemoci mozku. Víme, že schizofrenie je neurodegenerativní onemocnění, které můžeme farmakologickou léčbou zpomalovat nebo úplně zastavit. O depresi zase víme, a teď to trochu zjednodušuji, že jde o zánětlivý proces probíhající v centrálním nervovém systému. To zcela vylučuje, že by duševní nemoci byly pouhými sociálními konstrukty, že by to byla jen ta nálepka, kterou společnost dává nepřizpůsobivým jedincům.

Můžeme se samozřejmě bavit o tom, že sociální vztahy formují náš „hardware“, protože víme, že mozek je neuroplastický. Záleží na struktuře našeho mozku, na tom, kde má nějaká slabá místa nebo kde je naopak pevný, a na interakci s prostředím, což společně vede k tomu, že se rozvine nemoc mozku. Podobně bychom mohli mluvit o sociálních vlivech u alergií, o tom, že například vyšší míra stresu může vést k tomu, že se alergie objeví, ale nikdo nepochybnuje, že astma je plicní onemocnění.

*Když si rozbijeme nos, zlomíme si nohu nebo dostaneme chřipku, jdeme k lékaři. Proč něco takového neděláme tehdy, když nás bolí duše?*

To dnes už tak úplně neplatí. Situace se změnila a lidé už mnohem častěji vyhledávají pomoc i v případě duševních problémů. Nicméně jde o jistý

strach ze stigmatu. Pokud uvažuji, zda mám duševní nemoc, tak se také bojím, že bych mohl být „označen“. Je to problém, který má mnoho vrstev. Souvisí s ním i nejisté ohraničení poruchy. Mám-li zlomenou nohu, udělají mi rentgen a na snímku mi ukážou, že tady je to zlomené. Kdežto například deprese začíná plíživě a já si ani neuvědomím, že pokud bych sám sebe viděl v lednu a pak až v březnu, uvidím ten velký rozdíl, znamenal bych, že jsem smutný, pesimistický, nevykonný, zpomalený člověk, protože to sice trvá dva měsíce, ale zhoršuje se to každý den jen trochu. Člověk s depresí navíc často obviňuje sebe sama z toho, že je líný. Důležité jsou také obavy z toho, co řeknou lidi, protože se stanu jedním z „nich“. I když nebudu nebezpečný, budu nespolehlivý...

A pokud se člověk odhodlá někam zajít, je často objednan nejednoduše za čtyři či šest týdnů. Pokud si na něj psychiatr udělá čas dříve, tak si ho často neudělá dost, takže může mít pocit, že nebyl dostatečně vyslechnut. První kontakt je velmi důležitý, ale protože naším základním nástrojem je rozhovor, musí trvat dlouho.

*Možná se bojíme toho, že se naše duše už nikdy neuzdraví... Jak se postavit k tomu, že do našeho života nebo do života někoho z našich blízkých zasáhla psychická nemoc.*

Když člověk onemocní, vyvolá to v něm někdy jistý moralizující postoj, snahu si o věci co nejvíce načíst, dozvědět se co nejvíce informací od lékařů, být poučeným pacientem, nezanedbávat léčbu... Reakce samozřejmě závisí na diagnóze. Snažíme se člověka vtáhnout do procesu léčby, dávat mu informace, ale je to pro něj těžké. Už kvůli stigmatu, které se pojí s psychickými nemocemi, ale také kvůli významnému narušení kontaktu s realitou a s ním i sebeobrazu. Pokud jde například o psychotickou ataku, člověk se najednou ocitne v jiném světě a nemocná je



i jeho vůle, nemůže zatnout zuby a jít dál, jak někdy očekává jeho okolí a někdy i my.

Je třeba notná dávka trpělivosti a tolerance, a to nejen od okolí, ale i klienta k sobě samému. Chce to čas, ale to neznamená, že se na všechno vykašleme a necháme to jen na ten čas. Je to důležité nejen pro blízké lidi člověka s psychickou poruchou, ale i pro něj samotného. Někdy si říká, že když už se začal léčit, měl by začít cítit, že se uzdravuje. Přitom pokud se nasadí například antidepresiva, je úplně naivní si myslet, že se v prvních dvou týdnech něco změní. Účinek se rozvíjí až mezi třetím a šestým týdnem užívání léků, a to jen pokud jsme zvolili ten správný lék. Statisticky jsou všechny léky z dané lékové skupiny stejně účinné, ale to nám neříká nic o individuální účinnosti.

Trpělivost není známka bezradnosti, neangažovanosti nebo nedosta-  
tečné snahy.

*A jak bychom měli reagovat, pokud psychická nemoc postihne někoho z našich blízkých?*

Bylo by dobré něco o té konkrétní nemoci vědět. Existují různé informační zdroje, které jsou spolehlivé. Samozřejmě člověk může procházet různá diskusní fóra na internetu, což je nejspíše také důležité, ale je třeba vědět, že tam nikdy nejsou nezaujaté příspěvky, do některých přispívá více spokojených a do jiných více nespokojených lidí. Proto je dobré ptát se ošetřujícího lékaře či zdravotníků v nemocnici. Pokud hledáme hlavně na internetu, je dobré se podívat, kdo konkrétní web založil, kdo za ním stojí, zda má nějakou záruku odbornosti. Existují stánky psychiatrických poraden, kde se dají najít užitečné rady.

Přístup k nemocnému závisí hodně na diagnóze a společným jmenovatelem je opět trpělivost. Je třeba si připustit, že jde o nemoc a ne o slabost, že u dítěte s ADHD nejde o zlobivost a že člověk s počínající

demencí nám nedělá naschvály, i když dítě s ADHD taky někdy zlobí, člověk s depresí je taky někdy líný a dementní stařík je také někdy „jen“ protivný. Obecně je ale dobré ke každému takovému projevu přistupovat jako k příznaku nemoci, který nám samozřejmě může někdy vadit.

*Co když psychicky onemocní třeba maminka malého dítěte? Jak jemu vysvětlit, co se děje?*

Tomu se v našich podmínkách věnuje malá pozornost. Když už se vzchopíme a uděláme nějaký program pro příbuzné, chodí tam rodiče našich pacientů. Málodky je to pro děti. A například ve Skandinávii se hlavní důraz věnuje právě práci s dětmi.

Neexistuje obecná rada, ale nejdůležitější je, aby zůstal zachovaný vztah mezi dítětem a jeho nemocným rodičem. A ten se nemusí naplňovat podle šablony, kterou máme zažitou. Dítě může mamince pomáhat, role se trochu změní, ale není to špatně. Vztah může být nestandardní, protože chování nemocného je nestandardní, ale neznamená to, že to dítěti a priori škodí. Přirozeně dítě nemá být přetěžované a má mít podporu. Děti ale každopádně potřebují vědět, co se děje, a to i s ohledem na to, kolik jim je. Jiné to je s tříletým a jiné se sedmnáctiletým dítětem.

*Jak se o sebe starat, aby si člověk udržel dobré duševní zdraví, nějak ho neohrozil?*

Víme, co je špatná rada: nestresujte se. Často ji slyšíte u lékařů, a každý, kdo ji dostal, ví, že nefunguje. Neobsahuje totiž v sobě to důležité – jak se nestresovat. Možná je lepší se zabývat oporami, které v životě máme. Měli bychom sedět minimálně na trojnožce, mít svůj život zakotven minimálně ve třech oblastech. Často je to práce, blízké vztahy a péče o sebe, a to jak o tělesné zdraví, tak o seberozvoj.

Práce bývá pro člověka, který trpí nemocí, velmi obtížná, můžeme tedy mluvit o smysluplné aktivitě. Když ale řeknu „smysluplná aktivita“ a podívám se po zaměstnancích korporátů, mnozí z nich chodí do práce a žádnou smysluplnou aktivitu v tom nevnímají, protože nedohlédnou, jakého soukolí jsou součástí. Proto je dobré mít tam ještě jednu nohu, trojnožka může být vratká. Bývá to zakotvení v nějakém širším kontextu, od duchovna po religiozitu. Je také dobré k práci, kterou vydělávám, přidat něco, co mi dává smysl, třeba dobročinnost. A pro někoho to může být to, že po večerech staví chatu. Je prostě potřeba vnímat, že život není postaven na jednom cíli. Pokud s ním spojím celé své pojetí a on je – ne mojí vinou – zrušen, celé sebepojetí je poškozeno.

Stephen Covey doporučuje takové cvičení. Každý večer bychom si měli představit, že někdo na našem pohřbu pronáší smuteční řeč. Chtěl bych slyšet jen to, že jsem byl dobrý ředitel nemocnice? Nebo bych chtěl také slyšet, že jsem byl dobrý táta? Že jsem byl dobrý kamarád? A možná i to, že jsem byl dobrý sportovec? A pak bych se měl zeptat, co jsem ten den pro to udělal. Je to trochu tvrdé, ale dává to myslím odpověď.

Ovšem pro to, abychom zachovali své duševní zdraví, můžeme udělat jen něco. Něco udělají geny a jejich mutace, a my můžeme přispět nějak k tomu, aby to bylo lepší, ale nemusí se nám to podařit. Jako to platí v celé medicíně. Měli bychom být pokorní k nedokonalostem.

*Někteří lidé jsou přirozeně pozitivně naladěni, jiní od života čekají to horší, než je nakonec potká. Dá se pozitivní naladění nějak vytrénovat? Mohu se sama nějak pozitivně „naladit“?*

Psal o tom Martin Seligman, jednak to vysvětloval, a pak také dával nějaké návody, které jsou myslím použitelné. Nechci působit jako náivní zastánce pozitivního myšlení, ale existují pojmy jako naučený

pesimismus a naučený optimismus. To, zda jsme pesimisté nebo optimisté, není dáno jen tím, jak se narodíme, ale jak se nám to v životě skládá a jakou zkušeností procházíme, a to především v raném dětství. Svým dětem tedy nemusíme způsobit jen neurózu a duševní poruchu, ale můžeme trajektorii jejich života změnit trochu i v tom, zda budou optimističtější nebo pesimističtější.

Je potřeba vědět, z čeho se optimismus skládá. Když něco prožiju, když zažiju situaci, která má vztah k mému sebeobrazu, je dobré porovnat, kolik jsem toho udělal já a kolik je dílem okolí. Pesimisté mají tendenci vnímat ve věcech, které dopadnou špatně, jako větší ten svůj podíl, kdežto úspěch je podle nich věcí náhody. Optimisté mají častěji pocit, že mají život ve svých rukou, a více se berou za své štěstí, vnímají to opačně. Pesimista by se měl snažit více si podtrhávat svoji aktivitu, připustit, že ve svém úspěchu hrál nějakou roli. Optimista by se zase měl učit připouštět si, že na případném neúspěchu měl také svůj podíl. Jde o to naučit se dívat na své chování „zvenku“, z pohledu kamery.

*Když se nám stane něco, co nás „rozhodí“, někdo si vztek nebo nepohodu dusí v sobě, jiný je obrátí proti svému okolí. Proč někdo reaguje tak a jiný tak?*

Vrátil bych se k optimismu a pesimismu, o kterých jsme mluvili před chvílí a které s otázkou úzce souvisejí. Velkou roli zde hraje genetika, nejde jen o to, jak se rodiče k dítěti chovají. Vidím to u svých vlastních dětí. Jedna z mých dcer je od chvíle, kdy začala mluvit, nesmírně pozitivní. Když jí vezmete hračku, poděkuje, protože si může hrát s něčím jiným, zatímco jeden náš syn nás odmalinka za všechno napomínal. Samozřejmě výchova není vždycky stejná, ale ona se narodila s tím, že si dokáže dělat štěstí sama, že si ho najde kdekoli.

Genetika může být i odpovědí na otázku, proč někdo dusí vztek v sobě a jiný ho obrátí proti svému okolí.

*Rány nebo zranění na duši nejsou na první pohled vidět. Jak se pozná, že někdo „není v pohodě“?*

Někdy to je očividné. Když někdo vyběhne nahý z domu a utíká tančit šamanské tance na Václavák, vidíme, že není v pohodě. Těžší je poznat to u lidí, kteří se spíše stahují do sebe a chovají se zvláště, ale je to pořád na hranici normy. Příkladem může být šestnáctiletý puberták, který je zavřený v pokoji a má tam nahlas puštěnou muziku. Nejdříve je to hodina denně a ve škole se mu daří, pak jsou to tři hodiny denně a už ve škole neprosperuje, a nakonec to jsou čtyři noci týdně... Kde je hranice, kdy si řekneme, že už to není puberta, ale projev duševní nemoci? Někdy je to velmi těžké. Když to „praskne“, rodiny si to často vyčítají, říkají, že to měli poznat už před třemi, šesti měsíci. Oni ho ale vidí denně a ty subtilní změny nezpozorují, a možná si už také říkají, že něco není normální. Ale je to nemoc, nebo není?

Podobné to je u lidí s depresí. Manželka mi najednou přijde nějaká nevrlá. Dřív taková byla kolem menstruace, teď je taková celý měsíc. Možná se něco děje, ale ona o ničem nemluví. A najednou jsem překvapený, že nevstane do práce nebo že ji najdu opilou, protože musela udělat něco, co by jí ulevilo. A také je těžké odhadnout, kde byla ta hranice, kdy jsem měl vyhledat pomoc.

Případně kde končí běžná stařecká zapomnětlivost a začíná demence? Základním příznakem je, že si lidé neuvědomují, že jsou nemocní. Nelze přesně určit, kde je hranice psychické poruchy, a podle mého názoru je lepší jít se poradit zbytečně a odejít od psychiatra bez diagnózy, ale s radou, co bychom měli sledovat. Většina nemocí se postupně rozvíjí, až dojde do stavu, kdy s tím člověk buď nemá sílu, nebo nechce nic dělat.