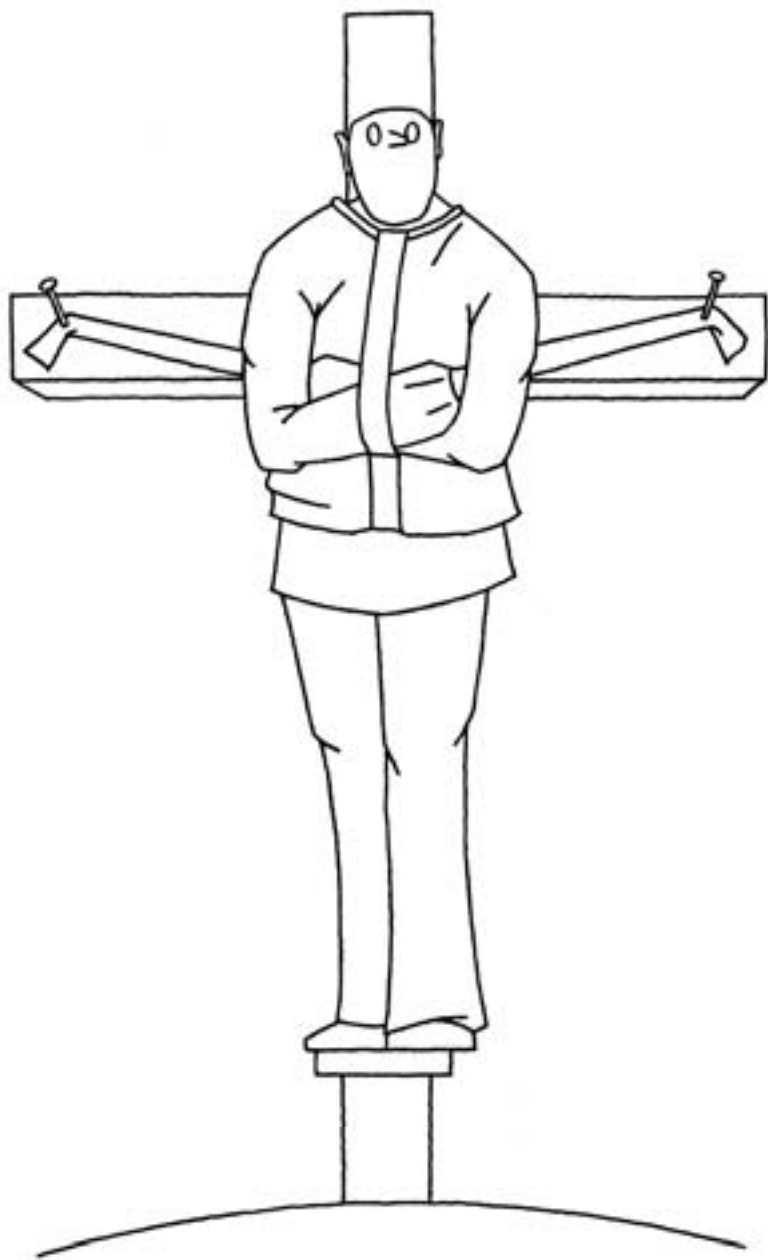


Vyšehrad ROZHOVORY

Renata Červenková /
Radkin Honzák

**VŠICHNI ŽIJEM'
V BLÁZINCI**

Současnost očima psychiatra



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

Současnost očima psychiatra

Vyšehrad

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

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

Ilustrace Miroslav Barták

Obálku s použitím fotografie Jana Majera
a grafickou úpravu navrhl Vladimír Verner

Odpovědná redaktorka Radka Fialová

Elektronické formáty připravil KOSMAS, www.kosmas.cz

E-knihu vydalo nakladatelství Vyšehrad, spol. s r. o.,
roku 2014 jako svou 1287. publikaci

Vydání v elektronickém formátu první
(podle prvního vydání v tištěné podobě)

Doporučená cena E-knihy 160 Kč

Nakladatelství Vyšehrad, spol. s r. o.,
Praha 3, Víta Nejedlého 15
e-mail: info@ivysehrad.cz
www.ivysehrad.cz

Copyright © Renata Červenková, Radkin Honzák, 2014

Illustrations © Miroslav Barták, 2014

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

Tištěnou knihu si můžete zakoupit na www.ivysehrad.cz

Pusťte dovnitř zabláceného psa!

Jacques Prévert

ÚVODEM

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

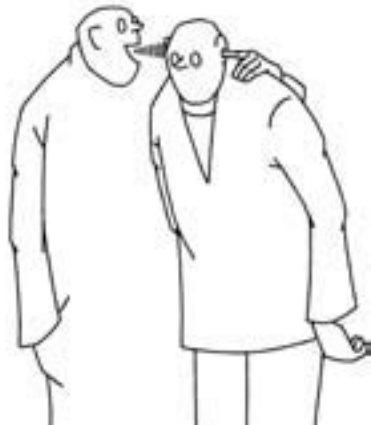
Renata Červenková



Pacientské lži, doktorské pravdy, a naopak

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

Stettnerův zákon pro chirurgy



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

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

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

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

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

V čem lékař tváří v tvář pacientovi nejčastěji selhává?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A když to zkažíte?

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

Tušíte, co z návštěvy zapomene pacient nejčastěji?

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

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

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

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

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

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

Například...

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

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

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

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

Jak může laik tlačit na odborníka?

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

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

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

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

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

Hotová selanka, pane doktore. Kde se skrývá ALE?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nevěřím, že každý lékař dokáže neustále zůstat nad věcí.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Neměla by se tedy komunikace vyučovat na všech lékařských fakultách?

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

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

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

Ž čeho takový postoj vyplývá?

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