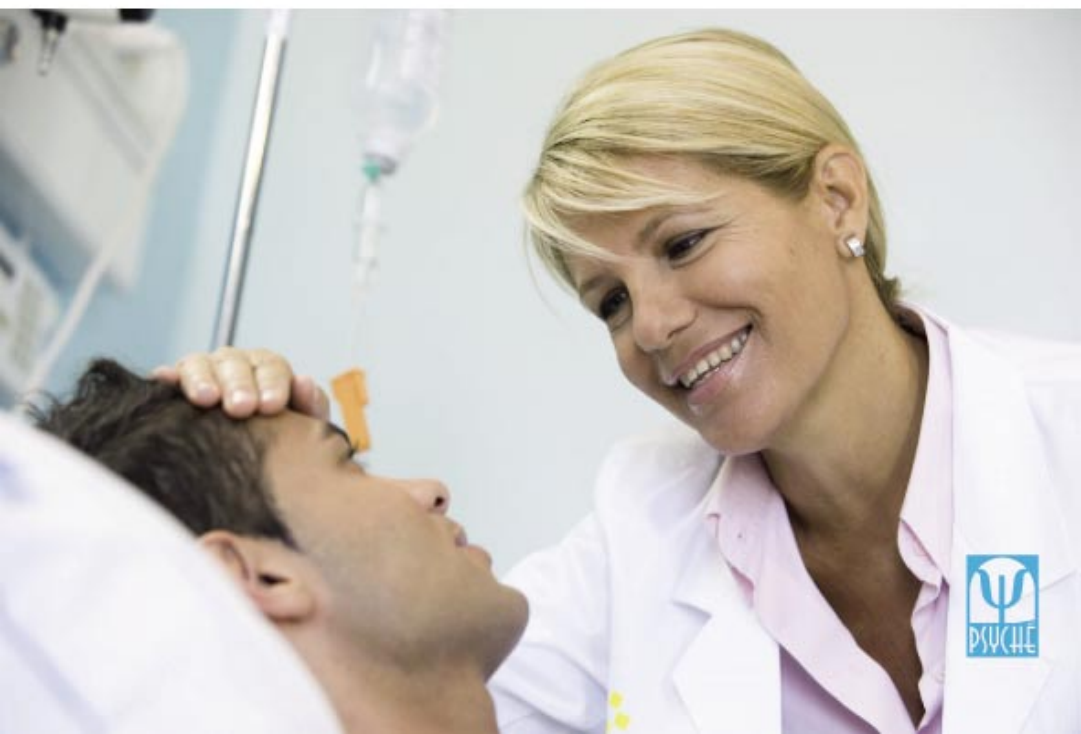


Jiří Beran a kolektiv

Lékařská psychologie v praxi



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umisťování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.



doc. MUDr. Jiří Beran a kolektiv

LÉKAŘSKÁ PSYCHOLOGIE V PRAXI

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 220 386 401, fax: +420 220 386 400
www.grada.cz
jako svou 3845. publikaci

Odpovědný redaktor Martin Hrdina
Sazba a zlom Milan Vokál
Počet stran 144
Vydání 1., 2010

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.
Husova ulice 1881, Havlíčkův Brod

© Grada Publishing, a.s., 2010
Cover Photo © fotobanka Allphoto

ISBN 978-80-247-1125-6 (tištěná verze)
ISBN 978-80-247-6869-4 (elektronická verze ve formátu PDF)
© Grada Publishing, a.s. 2011

OBSAH

Předmluva	9
1. Vztah mezi lékařem a pacientem na počátku 21. století	11
1.1 Východiska biologická, psychosociální a kulturní	11
1.2 Specifické rysy medicíny a vztahu lékaře a pacienta	15
Šamani a medicína přírodních národů.	16
Historický kontext evropské (západní) medicíny	17
Jak „vzniká“ lékař	18
Postavení lékaře v současné společnosti	23
Medicína a smrt	25
Vědeckost medicíny.	31
1.3 Subjektivní jevy v medicíně – lékař a psychika pacienta.	34
1.4 Medicína v souvislostech	37
Medicína z ekonomického hlediska.	37
Právní aspekty medicíny	39
Etické aspekty medicíny	42
Duchovní (spirituální) aspekt medicíny.	44
2. Komplexní pohled na nemocného	46
2.1 Biopsychosociální model nemoci.	46
2.2 Fylogenetický (evoluční) aspekt biopsychosociálního modelu.	48
3. Psychoterapie a medicína	50
3.1 Psychoterapie jako samostatný obor.	50
3.2 Integrace psychoterapie do medicíny.	51
4. Základní komunikační dovednosti	52
4.1 Vymezení	52
4.2 Přehled komunikačních dovedností.	52
Naslouchání	52
Empatie	53
Projev porozumění	54
Výklad.	56

Zájem, podpora a mlčení	57
Rady	58
5. Nonverbální komunikace mezi lékařem a pacientem	59
5.1 Nonverbální komunikace	59
5.2 Popis a klasifikace nonverbálního chování	59
5.3 Nonverbální chování v interakci mezi lékařem a nemocným	62
6. Psychologicky zaměřená anamnéza	63
6.1 Obecná charakteristika	63
6.2 Specifické aspekty	67
7. Rozhovor lékaře s pacientem	69
7.1 Obecná charakteristika	69
7.2 Vymezení rámce rozhovoru	72
7.3 Specificky zaměřený rozhovor	78
8. Úvod do podpůrné psychoterapie	82
8.1 Kontext podpůrné psychoterapie	82
8.2 Užší vymezení podpůrné psychoterapie	83
8.3 Základní charakteristiky podpůrné psychoterapie	84
9. Účinné faktory podpůrné psychoterapie	87
9.1 Přehled	87
9.2 Další aspekty podpůrné psychoterapie	91
10. Zásady psychologické pomoci	98
10.1 Pomoc v náročných životních situacích	98
10.2 Psychologická pomoc v krizi životních hodnot	102
10.3 Psychologické aspekty péče o pacienty s nádorovým onemocněním	104
10.4 Komunikace s chronicky nemocným	108
11. Psychologické aspekty farmakoterapie	112
11.1 Podíl psychologických faktorů na účinku farmaka	112
11.2 Psychologické faktory farmakoterapie na straně lékaře	113
11.3 Psychologické faktory na straně pacienta	115
11.4 Psychoterapie a psychofarmakoterapie	117
12. Problémové situace mezi zdravotníky a pacienty	118
12.1 Druhá kompetence	118
12.2 Pacient jako stěžovatel	120
12.3 Rodina jako stěžovatel	121

12.4 Podíl zdravotníků na stížnostech	123
12.5 Prevence problémových situací	126
13. Duševní vyrovnanost lékaře (zdravotníka).	128
Doslov	131
Použitá literatura.	133
Rejstřík věcný	134
Rejstřík jmenný	140

PŘEDMLUVA

Na poli medicíny nevystačíme pouze s přírodovědeckým konceptem, ačkoli jeho současné dominantní postavení je podloženo obrovským rozvojem medicíny v posledních desetiletích, který se právě na přírodovědeckém podkladu odehrává. Příkladem mohou být tzv. zobrazovací metody v oblasti diagnostiky nemocí, které umožňují odhalovat minimální strukturní změny či přímo zachycovat procesy odehrávající se na úrovni buněčných receptorů.

Ve srovnání s tím medicína ztrácí svůj lidský rozměr: Nemocný člověk se setkává spíše s personálem, který profesionálně zajišťuje obsluhu aparatur, přičemž psychice nemocného se obdobně vyspělé profesionální péče nedostává.

Úkolem psychologie aplikované v klinické praxi (klinické psychologie nebo lékařské psychologie) je přispět k tomu, aby se odpovídajícím způsobem dařilo tento dluh medicíny vůči pacientům splácet. Své místo na tomto úseku mají nejen psychologové, ale také sami lékaři.

Vztah mezi lékařem a pacientem si lze představit jako vícevrstevný proces. Jednotlivé „vrstvy“ reprezentují etická hlediska, ekonomické vztahy, právní normy, biologické procesy a v neposlední řadě jednou z vrstev je i psychologický aspekt tohoto vztahu. Sám psychologický aspekt vztahu si lze opět představit analogicky s předchozí metaforou jako proces probíhající ve více vrstvách, které jsou vzájemně provázány. Psychologickým základem vztahu mezi lékařem a pacientem je specifická vzájemná emoční vazba, která má být v zájmu obou stran pozitivně laděná a dostatečně silná. Vytvořit a udržovat takový vztah je pro lékaře velice náročným úkolem, kterému se nevyhýbají ani rizika nezdaru.

Biopsychosociální model/teorie člověka jako ucelený koncept, který umožňuje porozumět člověku ve zdraví a v nemoci, je spjat se jménem George L. Engela, který jej předložil v 60. letech minulého století. Snažil se jeho pomocí překonat redukcionismus modelu biomedicínského. Biopsychosociální model chápe zdraví i nemoc jako systém vztahů uvedených složek. Nyní, po téměř 50 letech od prvních Engelových publikací, shledá-

váme, že v praxi současné medicíny zůstává mnohé z biopsychosociální teorie člověka nenaplněno.

V teoretické rovině by jej bylo možno dále rozvíjet a doplnit jej o další složky, mezi nimiž by neměla chybět spirituální složka či evoluční pohled na člověka.

1. VZTAH MEZI LÉKAŘEM A PACIENTEM NA POČÁTKU 21. STOLETÍ

1.1 VÝCHODISKA BIOLOGICKÁ, PSYCHOSOCIÁLNÍ A KULTURNÍ

Vztah mezi lékařem a pacientem je **jedním z řady mezilidských vztahů**, které má ve svém životě každý člověk. Pokusme se úvodem definovat, **co je mezilidský vztah**. Lze říci, že se jedná především o **emoční vazbu**, tedy o cit jedné osoby ke druhé. Má-li tento vztah mít pro kohokoli význam, pak musí být dostatečně **intenzivní**, v lepším případě kladný (lze však i nenávidět), a konečně vztah by měl být **vzájemný**. Pro vznik vztahu je důležitým prvkem také **čas**. První dojem ze druhé osoby si vytváříme velmi rychle, ale časem se vztah mění, upevňuje se nebo také upadá.

V životě máme vztahy k nejbližším osobám ve svém soukromí, dále k osobám v pracovním prostředí a konečně vztahy k okolí. Za **předobraz všech pozdějších vztahů se pokládá vztah mezi matkou a dítětem**. Tento vztah je v každém případě prvním vztahem, který každý člověk prožívá. Když se žena stane matkou (a muž otcem), ožívá v ní (v něm) řada mateřských (rodičovských) pocitů a v jejím (v jeho) chování se objevují nové projevy, které předtím nebyly patrné.

Z **etologického hlediska** vzato je rodičovské chování biologicky založeno a je vrozené. K tomu se přidává i složka získaná během života a tedy naučená, ať již odpozorováním chování jiných matek nebo poučením získaným z příslušných pramenů. Ukázalo se, že kojenci dokáží svojí mimikou provokovat matku k mimické odpovědi. Pokud byla mimika zaznamenávána, pak se zjistilo, že nejprve přichází mimický podnět ze strany dítěte a pak následuje mimická reakce matky. Při studiu života tzv. **přírodních národů** se ukázalo, že tam, kde je zvykem, aby dítě od narození bylo s matkou, jsou dospělí jedinci otevřenější sociálním vztahům a jsou také méně úzkostní.

Je-li naopak jinde zvykem, že matka s sebou stále své dítě nenosí, bývají dospělí jedinci spíše nedůvěřiví a úzkostní.

Někteří **psychoanalytici** (např. Margaret Mahlerová, Heinz Kohut a jiní), kteří svým způsobem zkoumali projevy malých dětí a jejich matek, došli nezávisle na výše zmíněných antropologických studiích k obdobným zjištěním. Stručně řečeno můžeme předpokládat, ale nikoli s jistotou vědět, že dítě ve věku kojence, tedy po dobu několika prvních měsíců po narození, prožívá období psychického spojení s matkou (jakési symbiózy), kdy v podstatě všechna jeho přání jsou uspokojována, matka pečlivě reaguje na jeho podněty a svědomitě plní jeho přání. Tím je u dítěte navozen pocit omnipotence. Později dochází k tomu, že symbiotická vazba na matku se uvolňuje, probíhá proces separace (a individuace), batole již je o něco samostatnější a nezávislejší, ale zjišťuje, že ne všechna jeho přání jsou splněna a ne všechno dokáže. Jeho lokomoce je nedostatečná, potupně se pohybuje ležením po břiše, nedosáhne tam, kam by chtělo, a zjišťuje, že býtí na světě je velmi komplikovanou záležitostí. Další trampoty mu nastávají, když zvládne chůzi a poznává okolní svět. Ne všechny aktivity a objevy dítěte nacházejí příznivou odezvu u jeho matky. Je-li v této době nešetrně matkou káráno, může to mít dlouhodobě nepříznivý vliv na jeho sebevědomí. Může se vyvinout ve zranitelného člověka, který si jednou o sobě myslí příliš mnoho a jindy příliš málo. Není nutné, aby v tomto věku matka dítě pouze bezvýhradně chválila, má je i kárat, nicméně nemá z toho pro dítě plynout, že je nemá ráda, když něco špatně udělá nebo udělá něco, s čím matka nesouhlasí. Naopak dítě si má být jisto tím, že svými nezdary lásku matky neztrácí, ale má její obdiv a základní láskyplný vztah tím oťesen není. Matka toto dokáže zpravidla dobře, neboť má pro rodičovskou roli vrozené předpoklady a něčemu se během života naučila pozorováním chování starších žen v roli matek.

V současné době je k učení se mateřskému chování nápodobou méně příležitostí, neboť sourozenců nebývá v rodině víc a starší dcery tak obvykle nemohou pozorovat chování matky k mladším sourozencům. Zdá se však, že až na výjimky se to naštěstí daří nějak kompenzovat a na současných generacích nepříznivé následky pravděpodobně nevznikají. S určitostí to ale nelze ani potvrdit, ani vyvrátit, jakýkoli výzkum v této oblasti by byl metodicky a časově velice náročný. Nicméně doba, kdy se plošně podceňoval význam kojení, minula a umělá výživa zůstává nyní po kojení až druhořadou. Mění se též postoj k podmínkám porodu a poporodní péče od neosobního provedení porodu a zabezpečení novorozence k okamžitému kontaktu mezi rodičkou a novorozencem, neboť se již těmto chvílím přisuzuje podstatně jiný význam ve srovnání s prvními dekádami druhé poloviny minulého sto-

letí. Zde tyto okolnosti připomínáme z toho důvodu, že pro vztah mezi matkou a dítětem a pro vztahy v životě dospělém má těhotenství, porod a rané dětství značný psychologický význam.

Význam vztahu mezi matkou (rodičem) a dítětem si ještě mnohem dříve než zmínění psychoanalyticky uvažující autoři uvědomil **Sigmund Freud**. Freud **zavedl pojem přenosu**, který se používá v psychoanalýze dodnes. Přenos znamená, že člověk i v dospělosti přenáší na jiné významné osoby ve svém okolí ty pocity a postoje, které měl ke své matce v období raného dětství. Ve vztahu k psychoanalytikovi se tyto pocity a postoje rovněž manifestují a pokud jsou takové povahy, že z nich pramení v životě pacienta problémy, pak v průběhu psychoanalýzy lze dosáhnout jisté optimalizace v tomto směru. Freud dále zavedl i pojem protipřenosu, který hraje významnou roli nejen v psychoanalýze, ale i v každodenní medicínské praxi (viz podkapitulu 9.2).

Pokud jde o Freuda a psychoanalýzu, pak je nutno připomenut, že v medicíně zůstává nedoceno a nevyužito Fredovo **učení o nevědomí** včetně dalších jeho novějších modifikací. Lékař má své nevědomí a pacient rovněž. Lékař se s pacientem setkává nejen na vědomé úrovni, ale také na úrovni nevědomé. Ani jeden z nich však význam nevědomí nebere v úvahu, přestože mocný díl komunikace je na nevědomé úrovni.

Vztahy si lze představit jako nepravidelnou **prostorovou (trojrozměrnou) síť** nebo ještě lépe jako zvláštní a opět trojrozměrnou pavučinu. Komu vztahy chybí, dostává se do sociální izolace. Pro výrazné ochuzení interpersonálních vztahů se používá označení sociální smrt. Člověku na množství a povaze vztahů velmi záleží. Má-li kolem sebe vztahy, které ho uspokojují nebo těší, cítí se lépe. Interpersonální vztahy jsou souřadné, tedy umístěné na ose horizontální, ale také hierarchicky uspořádané, a mohli bychom si je tedy představit umístěné na ose vertikální.

Čistě **souřadných (symetrických) vztahů** můžeme nalézt poměrně málo, vždycky ve vztazích hraje roli určitá míra dominance u jednoho a submise u druhého. Tentýž člověk přitom může být současně k někomu v dominantním postavení a k jiné osobě v submisivním postavení. Lze si představit, že obojí se může týkat i vztahu mezi dvěma stejnými osobami – v určité situaci je jedna dominantní a druhá submisivní a v jiné situaci je tomu naopak.

Z evolučního pohledu vzato interpersonální vztahy k člověku patří. Člověk v dávných dobách svého vývoje žil v tlupách, tedy v nepřilíh početných skupinách, v nichž vznikaly a vyvíjely se nejrůznější vztahy kladné i záporné. U skupiny volně (či v zajetí) žijících primátů můžeme pozorovat

přítomnost vzájemných vztahů. Ve vztazích mezi nimi a posléze i mezi lidmi hraje roli nejen to, kdo je starší a mladší, silnější a slabší, zdravý či nemocný, ale v tlupě primátů (a ve vztazích mezi lidmi) hraje důležitou roli i pohlaví, tedy vzájemné vztahy mezi samci (muži) a vzájemné vztahy mezi samicemi (ženami), v neposlední řadě vztahy mezi samci a samicemi (muži a ženami). Ve skupinách primátů a v menších stálých skupinách lidí se vytvářejí ustálené role a jim odpovídající ustálené vztahy. Jedinci se navzájem znají a mají jasno v tom, co mohou očekávat od druhých, komu mohou důvěřovat a koho se mají obávat.

Mezilidské vztahy jsou z evolučního hlediska vzato poměrně stálé, ale ze sociologického hlediska lze pozorovat mnohé dílčí změny, které jsou dány aktuálními **kulturními vlivy** ve společnosti.

Z toho pak vyplývá, že v současné společnosti, v níž lidé žijí v početnějších společenstvích, která navíc nejsou ustálená a jsou měnlivější, je například orientace v interpersonálních vztazích mnohem těžší. Není tomu tak dávno, kdy určitému společenskému postavení náleželo na veřejnosti určité oslovení, které se důsledně dodržovalo, a jen nejbližší osoby byly od tohoto oslovování osvobozeny. Nejen oslovování druhé osoby bylo pevně dáno jejím postavením ve společnosti, ale byl s ním spjat i určitý způsob chování okolí vůči této osobě. Zdá se, že orientace ve společnosti mohla být pro každého mnohem jednodušší. Snadno bylo se dozvědět, které postavení ve společnosti je významnější, a tudíž jeho dosažení se mohlo stát žádoucím cílem pro mladší, kteří již předem věděli, jaké projevy úcty je očekávají, pokud se jim podaří určitého společenského postavení dosáhnout. V dnešní době se používá z hlediska hierarchie vztahů nic neříkající oslovení „pan“ („paní“). Nedá se z něj odvodit postavení dotyčného ve společnosti a tomu odpovídající způsob chování. Nebýt filmů pro pamětníky či starších románů, neměli bychom o ustálené struktuře společnosti v první polovině 20. století žádnou představu.

Interpersonální vztahy nemusí být vždy optimální. S určitou nadsázkou lze říci, že existují „nemocné vztahy“. Znamená to, že ve vztazích mezi lidmi jsou mnohdy obecně vzato problémy. Nejjednodušším příkladem jsou **ambivalentní vztahy**, kdy k téže osobě, situaci a někdy také věci mohou být jak příznivé, tak nepříznivé pocity. Nemůžeme být s někým, ale současně ani bez něj, někde se těšíme, ale současně to v nás vyvolává obavy, něco chceme, ale i nechceme, prostě nemůžeme se pro něco s lehkým srdcem rozhodnout a rozhodneme-li, pak přetrvává nejistota, zda to bylo rozhodnutí správné či nikoli. Jindy se jedná o záležitost komplikovanější a nevíme třeba, jaký je náš vztah k té či oné osobě, např. zda někoho milujeme dosti, či jej

máme jen tak nějak rádi. To souvisí s tím, že city a na nich založené vztahy se nedají měřit ani vyjadřovat žádnou z měrných jednotek. Každý je sám sobě „měřicím přístrojem“, který měří dle našeho vlastního nastavení. Rozdíl mezi jedním a druhým stavem může být pro někoho nepatrný a pro jiného mít diametrální rozsah.

Dále pak se může stát, že si nejsme dosti dobře vědomi povahy toho neb onoho vztahu. Můžeme se domnívat – a mělo by to třeba tak i správně být – že máme někoho rádi a pak se k našemu překvapení ukáže, že opak je mnohem blíže skutečnosti. Děláme nějakou činnost, o níž můžeme být přesvědčeni, že je motivována snahou prospět druhému, a ve skutečnosti se nejedná o náš altruismus, ale právě naopak o egoismus, neboť tím skutečným, byť skrytým cílem je nějaký náš prospěch, tedy v podstatě egoistický zájem. Stále ještě přitom hovoříme o těch případech, kdy nebereme v úvahu osobu druhou či třetí a jinou. Pak mohou vztahy nabývat velice spletitých podob. Názorně je to vidět v různých divadelních kusech typu komických oper, kde se někdo za někoho vydává, objevuje se v přestrojení za jinou osobu, někdy za osobu opačného pohlaví. V každodenním životě jeden skrytě využívá druhého, ten druhý si toho je či není vědom, je tomu rád či nerad. Někteří se nedokáží srovnat s tím, že vztahy mají řadu odstínů, a jsou schopni vidět druhé jen jako idealizované bytosti a nebo je již jen nenávidět. Obecně vzato: Jestliže může být narušen vztah osoby A k osobě B, může být narušen i vztah osoby B k osobě A. Úkolem psychoterapie (zejména některých druhů psychoterapie) a psychoanalýzy je objasňování podoby vztahů a úsilí o jejich optimalizaci, ukáže-li se, že „nemocný vztah“ je v pozadí neurotických nebo psychosomatických obtíží pacienta. V psychoterapii se používá různých technik k tomu, aby se povaha vztahů objasnila. Patří mezi ně skupinová psychoterapie, psychodrama, psychopantomima a další.

1.2 SPECIFICKÉ RYSY MEDICÍNY A VZTAHU LÉKAŘE A PACIENTA

Vztah mezi lékařem a pacientem je jedním z mnoha vztahů, které každý člověk vytváří. Tento vztah nabývá na významu tehdy, když jedinec onemocní. Zejména je-li zdraví porušeno takovým způsobem, že možnost jeho plné obnovy je nejistá, pak se stává aktuální hledání vhodné pomoci, kterou by měl někdo kompetentní zajistit, a vztah mezi lékařem a pacientem nabývá na významu. V dalších odstavcích se zastavíme u někte-

rých aspektů tohoto vztahu, aniž bychom si činili nárok na zevrubné popsání celé šíře tohoto neobyčejného tématu. Ně kterému čtenáři může připadat to neb ono níže uvedené jako nepřijatelné nebo pochybné a bude žádat doložení důkazem, že tomu neb onomu tak je. To v řadě případů není možné, protože se nejedná o jevy manifestní, ale skryté. Nicméně skrytost některých jevů nemůže ještě znamenat to, že neexistují. Následující řádky svůj účel splní, povedou-li čtenáře k zamyšlení, které bude předcházet nebo nahrazovat jejich prosté odmítnutí.

Navíc nic zde není míněno jako tvrzení s absolutní platností.

ŠAMANI A MEDICÍNA PŘÍRODNÍCH NÁRODŮ

Ti, kterým společnost dala důvěru, že smějí zbavovat lidi obtíží nemoci, se v ní těší zvláštní pozornosti. V dávných dobách to byly, a někde ještě doposud jsou osoby, které jsme zvyklí označovat jako **šamany**. Lze si představit, že šamani mívali/mají z našeho pohledu jisté empirii podložené znalosti, zkušenosti a dovednosti vedle jiných, z našeho pohledu zcela nepodložených postupů. Možná obojí od sebe nepotřebují ani odlišovat a pracují s obojím s jistým dílem úspěchu či přijatelně vysvětlitelného neúspěchu. Úspěch podporuje důvěru okolí v ně vloženou a pokud je okolím akceptováno jimi podané vysvětlení neúspěchu, zůstává jejich pozice neotřesena. Můžeme si představit, že důležitou součástí jejich praxe byly/jsou obřadné rituály, založené na slovních i dalších podnětech, jimž konzument této péče nejspíše vůbec nerozuměl. Nicméně to v něm mohlo podporovat přesvědčení, že ten, kdo používá takových záhadných a pochopení nepřístupných postupů, není běžným smrtelníkem (alespoň po nějakou dobu si to mohl o nich lecdko myslet) a tedy, že rozhodnutí svěřit se někomu takovému do péče není špatným počinem. Významnou roli zde mimo jiné hrála důvěra trpícího v osobu poskytující péči a psychologické faktory charakteru sugesce a placebo. Nikterak to nevylučuje, že mohly být také používány některé skutečně účinné látky, jak se nyní ukazuje, a některé z těchto přírodních agens jsou dnes vyhledávanou inspirací pro farmaceutický průmysl. Empirii přírodních národů dnes v tomto ohledu není radno podceňovat, když uvážíme, že na její získávání měly během pokolení dostatek času.

Je vhodné mít na paměti, že na světě **existují různé „medicíny“** (medicínské systémy), že medicína není jen jedna. Je např. medicína čínská, ajurveda v Indii, která zahrnuje nejen medicínu, ale i životní filozofii, a tím výčet rozhodně nekončí. Zdá se, že různé medicínské systémy mají i jistou terapeutickou účinnost a nelze je jednoduše z pozice západní medicíny odmítnout

jen proto, že používají jiných teoretických východisek. Naopak v jistém ohledu mohou být mnohé tyto systémy pro nás velice inspirativní. Nerozlišují tak ostře jako my duševní a tělesné, obojí je pro ně jedním celkem a jednota těla a duše není pro ně prázdnou proklamací, ale základním konceptem každodenní praxe.

HISTORICKÝ KONTEXT EVROPSKÉ (ZÁPADNÍ) MEDICÍNY

Evropská medicína ve své dnešní podobě se vyvíjí teprve krátce. Není divu, že nese některé znaky uvedené v předchozím textu. **Lékaři** se před staletími stejně jako dnes těšili ve společnosti úctě a **měli výjimečné postavení**. V minulosti se oceňovalo, že museli mnoho studovat, vynaložit velké úsilí, a již tím se liší od běžných smrtelníků. V městečkách a menších obcích vůbec patřil doktor, farář a učitel k uznávaným osobnostem komunity vedle třeba starosty, sedláka nebo sedláře. Nicméně u prvních tří profesí vzbuzovalo obecný respekt jejich vzdělání. Vraťme se však k doktorům: Dokázali v praxi používat postupů, které druhým byly záhadou, a tyto postupy jim umožňovaly získávat poznatky naprosto netušeného významu (představme si postupy základního fyzikálního vyšetření, např. perkusi). Velkého obdivu okolí pak dosahovali tím, když úspěšně uzdravili trpícího. K záhadnosti medicínskému počínání nepatřily jen úkony manuální, ale i projevy verbální. Latinská slova a obraty by pro uši laika naprosto nesrozumitelné. Jejich poněkud nezřetelné vyslovování mohlo připomínat zařkávání, které používá slovník naprosto nesrozumitelný, jak to známe od dětství z pohádek. Není pochyb o tom, že mnohé se dařilo diagnostikovat a léčit již dávno před nástupem dnešní evidence based medicíny nebo medicíny založené na důkazech. Obdiv k tomu, kdo dokáže ulevit od bolesti, obnovit porušenou funkci, či dokonce odvrátit očekávanou smrt, byl a je nezměrný a s ničím nesrovnatelný. Lidé mnohdy celý život s vděčností vzpomínají na záchranu svého života a nutno říci, že někdy z medicínského pohledu to žádný div nebyl, ale vzpomínky tradované ústním podáním vedly k mimořádnému efektu. **Lékař se tak v očích laiků stával téměř nadpřirozenou bytostí**, dovedl-li si někdy poradit (byť dočasně) s tím, co nedokáže nikdo na světě, a to jest smrtelnost lidského bytí. Z uvedeného popisu jasně vyvstávají podobnosti evropské medicínské praxe a léčebných postupů, které jsme zvyklí označovat jako šamanské. Je třeba ještě poznamenat, že hovoříme-li o evropské medicíně, máme na mysli současné teritorium evropské a severoamerické, které přece jen z evropských počátků vzešlo.

Není pochyb o tom, že po staletí se doktorský stav těšil nejen **velké úctě**, ale jeho příslušníci požívali u svých spoluobčanů skoro **neomezenou důvěru**. V současné době dochází v obou směrech k značným změnám – nikoli však k lepšímu.

JAK „VZNIKÁ“ LÉKAŘ

I přes veškeré zdůrazňování vědeckosti nelze výše popsané rysy v současné podobě medicíny přehlédnout. Již samo **vzdělávání budoucích lékařů** se liší svojí délkou. Studium trvá o rok déle než na většině ostatních vysokých škol. Již tím **lékařská profese dostává do vinku cosi mimořádného**. Důležitou součástí studia je **zasvěcování** do tajů, které jsou jiným upřeny. Běžně se nelze setkat se skutečným lidským tělem, mít možnost držet v ruce kost, která kdysi byla součástí živé lidské bytosti, běžně nelze **přijít do styku s celou mrtvolou** lidského těla nebo později být jen zahlédnout při operaci např. tělesnou dutinu živého člověka. A co teprve **setkání s nahotou!** Student či studentka medicíny smí (oficiálně to má uloženo jako úkol) vidět, a nejen to: Může se i dotýkat různých částí nahého lidského těla osoby stejného nebo opačného pohlaví, stejného či jiného (vyššího) věku. V tom je také **vylučnost medicíny**. Tuto možnost má poměrně nevelký okruh osob. Dál se lze zmínit také o tom, že studium zejména na počátku se věnuje lidskému tělu z hlediska jeho mikroskopické struktury a biochemických procesů. Student pak snadno může nabýti dojmu, že o lidském těle je mu známo úplně všechno. Tato znalost mu pak dodává **iluzi jisté převahy nad lidským životem**. Každý si hned neuvědomí, že **znát ještě zdaleka neznamená těž ovládat** (ve smyslu řídit).

Dlouhý a náročný proces zasvěcování podporuje vznik sounáležitosti a tomu zas nemusí být vzdálena **představa příslušnosti k jistému vylučnému seskupení osob**, např. na způsob jakéhosi bratrstva, byť z hlediska racionálního se taková představa jeví naprosto nepřijatelnou. Tuto představu pak ještě posiluje absolvování náročných zkoušek, které uzavírají první dva roky studia, čímž si student může (nevědomky) připadat, jako by byl pasován na adepta medicíny. Různá tajná bratrstva přece mají postupná zasvěcování, kdy náročná zkouška otevírá bránu k další etapě. Podobnost vskutku nápadná! K tomuto procesu samozřejmě patří osvojování speciální terminologie, oproti dobám dřívějším se změnil pouze slovní základ novějších odborných termínů. Dřívější latinský vystřídal nyní slovní základ z angličtiny.

Zasvěcování do tajů medicíny uzavírá **promoční rituál**, který se odehrává v kultovním prostředí, zčásti probíhá v tajuplném cizím jazyce, jímž latina

pro auditorium je (většina posluchačů z ní nepochytí ani slovo). Rituálu jsou přítomni zkušení a vážení členové stavu, kteří jsou oděni do hábitů, speciálně určených pro tuto chvíli, a jejichž chování je rovněž přísně ritualizováno. Celé představení působí dojmem velké vážnosti, jednotlivé části na sebe striktně navazují a divák (ať je sám promován, či jen přihlíží) nerozumí nejen speciálním oslovením, ale nejspíš ani jednotlivým obrazům celého představení. Dojem umocňuje hudba nejlépe varhan, což je nástroj tradičně spjatý s chrámovým prostředím. Nelze odejít bez hlubokého dojmu a přesvědčení, že účastník byl přítomen něčemu zcela mimořádnému, čemu sice porozuměl jen zčásti, ale během toho tajuplného obřadu se dotýkal něčeho transcendentálního a magického. Kdo tímto procesem zasvěcování jednou projde, zpravidla mu zůstává věrný. Přeběhlíků je málo.

Předchozí řádky potvrzuje i to, že se nehovoří o práci lékaře jako o pouhém povolání, ale vždy se zdůrazňuje, že **jde o poslání**, tedy též o jakousi mimořádnou roli. Takovým posláním je ve společnosti obdařen jen velmi omezený okruh profesních skupin. Na druhou stranu jistým paradoxem je, že soukromí lékaři jsou postaveni na roveň živnostníků a podléhají stejným předpisům jako třeba tesař či kterýkoli jiný živnostník.

Zastavme se ještě u **motivace k volbě medicínské profese**. Můžeme se kteréhokoli lékaře zeptat na jeho motivaci k volbě medicíny, ale skutečné příčiny jeho volby se nedobereme. Každé **rozhodování je zčásti výsledkem našeho nevědomí** a tam jsou skryty počátky následných zjevných kroků. Tedy myslíme si, že v životě děláme to neb ono z toho neb onoho důvodu, který sám o sobě nám připadá jako docela rozumný a dává nám smysl, ale v podstatě je to jinak. Někdy i tušíme, že to, co říkáme jako oficiální verzi, neodpovídá tak docela přesně tomu, jak to vnitřně cítíme. Nemůžeme to však přiznat nahlas sami sobě, natož pak to říci veřejně. Každý si po léta pracně buduje nějaký svůj **obraz, jímž chce na okolí působit**. Nemusí to zrovna být pro něj ten nejvhodnější obraz, ale dotýčný o správnosti obrazu určeného pro prezentaci na veřejnosti může být zcela upřímně přesvědčen a může na něm trvat celoživotně. Pokud nemá v důsledku toho nějaké psychické obtíže (nejčastěji neurotické), pak to není to nejhorší, co se může člověku v životě stát. Lepší ovšem je, když vnitřní a vnější obraz si alespoň zhruba odpovídají. Jistě nejde o to, aby se odhalovala soukromá zákoutí naší duše na veřejnosti, ale aby „obsah a forma“ spolu byly v souladu, a ne dokonce v protikladu.

Vraťme se zpět k motivacím pro lékařskou práci. Nutno předeslat, že motiv nemusí být jen jeden, ale může se jednat o směs dílčích motivů. Tato směs se může během života co do poměru dílčích složek různě měnit. Mezi

zjevné motivy, které lze veřejně vyslovit, patří snaha pomáhat druhým v případě nemoci a mírnit jejich utrpení. Lze to pochopit i tak, že časté stonání v dětství nebo nemoc v rodině vedla k tomuto rozhodnutí. Méně vhodné je přiznat se k tomu, že vlastně volba na medicínu padla z bezradnosti nad tím, co si vybrat (v medicíně je „od všeho něco“), nebo že někdo z rodičů (nebo z rodiny) je lékařem (nebo pracuje ve zdravotnictví), a tak vlastně jde o následování rodičovského vzoru a není o čem uvažovat. Méně společensky vhodné je uvádět, že je to přece povolání, s nímž se lze dobře uživit a přináší prestižní společenské postavení. Mezi **motivy**, které bývají **skryté našemu vědomí** (nikoli vědomě skrývané), patří přání uspokojovat svoji potřebu příznivé odezvy u ostatních, potřeba dokazovat si svoji schopnost „konat dobré skutky“. Možná přesněji řečeno: Jde o pocit uspokojení z vlastní omnipotence, kdy kýžený a třeba obtížně realizovatelný výsledek je dosažen, dokonce neočekávané až nemožné se podaří. Tento zážitek se obtížně popisuje, jde o něco jiného než jen o dobrý pocit z dobře vykonané práce. Pro někoho se tento pocit stává návykem, baží po něm, schází mu a jde v podstatě o druh závislosti, která může skončit psychickým a fyzickým vyčerpáním. Není bez významu, že lékaři a lékařky umírají poměrně brzy. V podstatě iracionální motivací, ale přesto zcela reálnou může být přání, které souvisí se strachem ze smrti, a sice odvrátit od sebe vlastní smrt znalostí příčin a léčby nemocí. Paradoxně lékaři v profesionálním životě hazardují se svým zdravím a konejší se představou, že přece dobře vědí, co si mohou dovolit.

Zastavme se ještě u **náplně medicínského studia**, tedy u toho, čemu se budoucí lékaři během studia učí. Vycházejme z toho přesvědčení, že vše, čemu se učí, je voleno tak, aby to posléze ve své praxi mohli používat. V prvních dvou letech je studium zaměřeno prakticky v plném rozsahu přírodovědecky. Studuje se fyzika, chemie, biologie, anatomie, histologie a fyziologie. Výsledkem je, že student má celkem podrobnou představu o lidském těle od makrostruktur po jeho fungování na molekulární úrovni. Dále se učí patologickým změnám tkání a funkcí. S výjimkou prázdninové praxe a interní propedeutiky se s živým pacientem ani ve třetím ročníku ještě nesetká. Zato je připravován (řečeno s jistou mírou nadsázky) na svou praxi tak, jako by si měl v budoucnu vše sám kolem pacienta vlastnoručně dělat – sám si u svých pacientů provádět biochemická, histologická a mikrobiologická vyšetření, to znamená např. pěstovat z výtěrů tkáňové kultury mikroby a určovat jejich citlivost na antibiotika, která by pak svým pacientům předepsal. To je ovšem absurdní představa a tak to ve skutečnosti není. Nicméně podrobnost studia by mohla takovou představu navodit. Jiná absurdní