

A close-up portrait of a middle-aged man with a grey beard and mustache, wearing black-rimmed glasses with a red top bar. He is looking directly at the camera with a neutral expression. He is wearing a blue and white vertically striped button-down shirt. The background is a blurred green and grey.

O DUŠI A SEXU

Rozhovor
s Marií Těthalovou

Martin Holý

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. Vnímám 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 teto, 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 jediná 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 беру jako velkou příležitost. Ať už se dozvím něco o nich, což je primární cíl rozhovoru, ale také nám dávají zprávu o stavu života. Měl jsem například klienta, který byl v ochranném 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 problematiku 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 paralelní 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 rozhovoru s klientem a ten vést nepredsudečně. Na druhou stranu je možné rozhovor operacionalizovat, jít pouze podle diagnostických kritérií a pátrat 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 problémů a mám částečně identifikované své stíny, mezi něž určitě patří neúplně 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 nevymezuji, 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 doted' 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 přepisovali 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 vy léčit 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 Brichcín, 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 vinou, 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 vůli 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 vhodní, 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 závislosti měli svůj specifický program, podobně jako pacienti se specifickými potřebami, například pacienti vyššího věku. Je pravdou, že dlouhodobě nemocní 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. Známy hasič zase vždycky kontroly, jestli je volná úniková cesta z objektu, a neubytoval by se v hotelu,