

BOLESTI DUŠE

Prof. MUDr. Cyril Höschl, DrCSc., FRCPsych.
ředitel Národního ústavu duševního zdraví
<http://hoschl.cz/>

VM: Říká se, že kde nic není, ani smrt nebere, ale to neplatí v případě duše a mysli. Nejsou vidět, ale nemocné mohou být až až. A právě zdravím našich duší a myslí se budeme v dnešním rozhovoru zabývat. Mým hostem bude odborník nad jiné povolaný, věhlasný psychiatr, prof. Cyril Höschl, Dr. CSc. Takže, Zdravíčko, doktore!

CH: *Dobrý den.*

VM: Slovník cizích slov, pane profesore, říká, že *neurologie* je obor zabývající se prevencí, diagnostikou a léčením nemocí nervové soustavy. Pod heslem *psychiatrie* pak stojí, že jde o obor, zabývající se příčinami, diagnostikou léčení a prevencí psychických poruch. Pro laika to zní identicky. Ptám se tedy: Kdy mám jít k neurologovi a kdy patřím do péče psychiatra?

CH: *Na to je pro začátek taková zjednodušující odpověď, která říká, že neurologie je o drátech vedoucích k mozku a psychiatrie je o mozku samotném. Ale není to tak úplně pravda, protože neurologie je samozřejmě o mozku také. Hranicí mezi neurologií, jejíž substrát je skutečně neurologická soustava a psychiatrií, jejíž substrát je to, čemu se říká mysl nebo psychika, je tedy samozřejmě mozek, ale i mezilidské vztahy. Například ona sociální dimenze, která u každého člověka nepochybně v jeho existenci je, vždycky byla a bude, a která může být narušená a do níž se ty poruchy promítají. A promítají se i v prožívání, zatímco neurologie se tím prožíváním tolik nezabývá. Ta se zabývá tím, jestli můžete hýbat rukama, nohama, jestli nemáte v hlavě nádor nebo roztroušenou sklerózu nebo epileptické záchvaty, a to je tak zhruba všechno – neurologové prominou – i když jejich věda je krásná a složitá.*

S psychiatrií je to vágnější či zamotanější, protože tu až donedávna onen substrát – tedy mozek a nervy – zas až tak nezajímalo. Zajímalo ji spíš to prožívání a chování. Ale pro poctivost si řekněme – a to potěší myslím všechny představitele jednotné vědy a možná také neurology – že ten rozdíl se stírá, a stírá se poměrně rychle. Dnes je už řada psychiatrů i u nás, kteří neurologii umí a naopak. Hovoří se dokonce o neuropsychiatrii jako oboru, který zahrnuje obojí. Například na III. lékařské fakultě, kde vyučují, se zkouší neurologie a psychiatrie dohromady. Na fakultě je tzv. Státní zkouška z neurobehaviorálních věd, přičemž to neuro odkazuje na neurologii a výraz behaviorálních - z anglického behaviour, tedy chování - odkazuje právě na chování a prožívání. Je tomu tak proto, že na pozadí obojího je mozek. A ještě zajímavá poznámka pod čarou. V Německu to kdysi skutečně byl - jako specializace pro lékaře po studiu medicíny - jeden obor. Obor, v němž se od sebe proměnlivě ty dva obory různě vzdalovaly a zase sblížovaly. Po druhé světové válce se definitivně vzdálily, všude se studovaly zvlášť a až teď se opět vědění o nich trochu sblíží. Dokonce na Slovensku už se to jako specializace dá dělat - rozumějme i studovat - obojí.

VM: Lidé často označují jiné termínem blázen. Určitě to není správný odborný termín, ale přistupme na něj, prosím, aspoň na chvíli - blázen ve smyslu vyšinutý

až duševně nemocný člověk. Rád bych od vás, jako odborníka, slyšel: Kudy vede pro vás, lékaře, hranice normálnosti a toho, co jsem teď nazval bláznovstvím?

CH: *Než vám odpovím, možná předem ještě k tomu termínu blázen. On má dvě konotace, z nichž jedna je pejorativní – jako kdybychom tělesně postiženým říkali křípl. Já nevím, jestli by to úplně prošlo, zatímco ten blázen občas ještě prochází, ale asi to není dobře. Ten druhý význam je spíš laskavý a pozitivní, ve smyslu chvály bláznovství nebo králův blázen, prostě jako někdo, kdo si může dovolit říkat pravdu, kdo vidí svět neotřele, kdo přináší nečekané nové nápady a tak dále. A v obojím slova smyslu se s tím bláznovstvím - v dobrém i špatném - na psychiatrii samozřejmě setkáváme, i když ten termín už nepoužíváme.*

VM: Kde je ta hranice, na niž se lidé často ptají a zejména ti, kteří se sebou mají nějaké problémy - tedy, zda už stojí za to je konzultovat s psychiatrem nebo ne, od kdy už patřím na psychiatrii?

CH: *Taková první rychlá odpověď, která zhruba nastiňuje tu hranici, zní, že na psychiatrii člověk, který má se svým chováním nebo prožíváním problémy, patří ve chvíli, kdy mu jeho stav vadí zejména ve vztahu k okolí, brání normálnímu fungování i v těch aktivitách, ve kterých lidé normálně fungují. Například v jeho práci, v jeho rodinných anebo volnočasových aktivitách. Tedy, pokud někdo, kdo hrál rád tenis, a těšil se na to, najednou hrát nemůže, protože má problémy, pro které se tam buď bojí jít, nebo ho to najednou z nepochopitelných důvodů nebaví či něco jiného. A to se týká zejména i zaměstnání resp. povolání. Pak stojí za to, zamyslet se nad tím, jestli by neměl navštívit psychiatra.*

VM: Kam byste ale zařadil lidi, kteří jsou spíš šílenci než blázni. Co byli lidé, a byly jich desítky, jako Stalin, Charles Manson, Grebeníček starší, dozorcí SS...Ti patří kam, podle vás?

CH: *Víte, tam je směrem k studiu anomálií, odchylek, různých stavů, psychopatií a deviací neostrá hranice. A to si musíme na rovinu říci, že mezi světem patologie – v oblasti psychiatrie tedy chování a prožívání – a světem takzvané normy je šedá zóna. Je to neostrá hranice a my si můžeme dovolit do jedné či druhé kategorie zařazovat lidi podle toho, jak široce si tu definici zvolíme. Jestliže budeme považovat například za alkoholika každého, kdo někdy nadýchá policajtům, nebo kdo se opije na večírku, tak pak, až na pár jedinců, bude národ plný alkoholiků. Ale tak tomu jistě není. Čili ta hranice se stanovuje na tom pomezí poměrně arbitrárně, zatímco ve středu té problémové oblasti je dost jasná – když má někdo bludy a halucinace nebo „neví, čím je“, neumí se orientovat osobou, časem, místem, tak nikdo nepochybuje o tom, že je duševně nemocen a je na tom shoda po celé zeměkouli. Jestliže ovšem bude někdo v bývalém Sovětském svazu tvrdit, že komunismus je nesmysl, tak může být buď disident anebo z hlediska té moci nemůže být normální, protože komunismus je přece krásná myšlenka.*

VM: Vy jste, pane profesore, na začátku svými slovy i odborným názorem definoval, kde končí ono bláznovství v tom pozitivním slova smyslu a kdy začíná nebezpečná psychopatie. Má laik šanci rozeznat ten rozdíl? Kdy má jít k lékaři? Kdy má poslat někoho k lékaři?

CH: *Jistě jsou psychické poruchy, u kterých to každý na sobě pozná sám. Většina lidí, když je v hluboké depresi, tak - mimochodem i zásluhou osvěty pořadů jako tento a jiné – už ví, co to znamená a dočte se o tom v populárním tisku. Pokud tedy najednou shledá, že vlastně tu depresi asi má, pak zajde k odbornému doktorovi nebo se svěří praktickému lékaři, ten pochopí, která bije a pošle dotyčného na psychiatrii. Tedy - u spousty diagnóz dotyční sami poznají, že jsou nemocní, a že potřebují pomoc. Přinejmenším, když mají takové úporné příznaky jako je třeba nespavost, bolesti hlavy, úzkosti a podobně. To je něco, s čím se necítí komfortně, nechtějí to, a proto jdou k doktorovi.*

VM: Duševní porucha se tedy odráží i na fyzickém stavu?

CH: *Nepochybně! Třeba úzkost má významnou fyzickou složku. Jsou ale diagnózy, u nichž to dotyčný nemusí poznat. Domnívá se totiž, že skutečnost, kdy k němu promlouvají třeba mimozemšťané, fakt, že je napojen na vzdálené galaxie nebo to, že mu sousedka laserem přes zeď dělá oka na punčoše - prostě cokoli jakkoli absurdního - je pravda. On je prostě přesvědčen o tom, že to je pravda - ale patologičnost té situace pozná okolí. Čili máme poruchy, u kterých každý sám na sobě pozná, že by měl jít k lékaři, ale máme i poruchy, kde to nemocný sám nepozná, ale pozná to jeho okolí: kolegové, rodina.*

VM: To byl třeba případ toho střelce v Uherském Brodě?

CH: *No, tak ten s psychiatrií, myslím, neměl nic společného.*

VM: Policie i tisk tvrdily, že měl také nějaké úzkostné stavy?

CH: *Pokud já vím, na psychiatrii byla jen jeho manželka, i když znám ten případ jen z tisku. On vlastně s psychiatrií do té doby neměl nic společného.*

VM: Která z duševních chorob, pane profesore, dá-li se tak definovat, je nejvíce nebezpečná pro okolí i pro pacienta samotného?

CH: *Takhle se to nedá říct, protože na diagnóze ta nebezpečnost zase až tak nezáleží. Nebezpečnost sama záleží na okolnostech, na obsahu těch psychotických představ a na předchozí povaze. Například na míře agresivity, míře impulzivity, což jsou všechno do určité míry osobnostní rysy, které pak tu nebezpečnost sytí. Jestliže například máte paranoidní psychózu, při které ten dotyčný má blud, že ho chcete zabít, tak ve chvíli, kdy na vás zaútočí, je to vlastně sebeobrana neboť on se domnívá, že je to jeho poslední hodinka. Pro vás je to sice nesrozumitelná motivace, ale pro toho, kdo vnikne do toho psychotického světa, to je zcela pochopitelné a vlastně nejde o agresi tak, jak si to laici představují, ale může jít čistě o uplatnění pudu sebezáchovy pod vlivem toho bludu. On se cítí ohrožen. A takových situací může být víc.*

Na druhou stranu sobě bývá člověk nejnebezpečnější, když má myšlenky na sebevraždu nebo dokonce se o ni pokouší, či se zabije. Takže sebevražednost je jedním ze zdrojů nebezpečnosti vůči sobě a ta je poměrně častá - samozřejmě - z definice u deprese a u bipolární poruchy, což je maniodepresivita v depresivních fázích. Ale

světe div se, poměrně vysoká je sebevražednost i u diagnóz, u kterých se to nezdůrazňuje. Například u schizofrenie, kdy asi 5% pacientů s touto diagnózou spáchá sebevraždu. Také u úzkostných poruch, kdy prostě ty hrůzy, úzkosti, ty stavy jsou takové, že dotyčného často přivedou k sebevraždě, jako k řešení situace, a to se někdy podceňuje. Dokonce i některé drogy mohou nastartovat sebevražedné chování, nejznámější a nejčastější z nich je alkohol. Když se podíváte na statistiky sebevražednosti, tak s překvapením zjistíte, že vlastně většina sebevražd byla spáchána pod vlivem alkoholu; přinejmenším se na to ten dotyčný posilnil. Zrovna tak i většina vražd. Takže alkohol je poměrně silným spouštěčem.

VM: Je alkohol opravdu tak závažná droga? Víc než ty, o kterých se často mluví?

CH: Je! Protože je zde tak zvaná kulturně kontextuální tolerance, česky řečeno, ve zdejším kulturním prostředí je alkohol akceptován. Na rozdíl od kokainu nebo heroinu, který je akceptován jen v některých kruzích, ale obecně je odsuzován, se alkohol u nás pije při každé příležitosti. Naopak ten, kdo vůbec nepije, s tím má problémy a sociálně se jakoby vyčleňuje. Čili normální je pít, i když slogan by měl znít, že normální je nepít. Proto se alkoholu všechny uvedené atributy odpouštějí. Je považován za běžnou součást života a my si nezdůrazňujeme opakovaně, že na následky pití alkoholu spousta lidí umře, že se pod jeho vlivem vraždí a sebevraždí, že pod jeho vlivem se ničí zdraví, produkují cirhózy a jaterní rakoviny. Namísto toho jsou obviňovány jiné drogy, například marihuana, které zdaleka tolik škod v našich končinách nenapáchá.

VM: Mluvíme-li o maniodepresích, pokud to říkám správně, mám pocit jako člen umělecké komunity, jako by nejčastěji postihovaly umělce. Je to mylný pocit?

CH: Těžko říci, přesná statistika o tom neexistuje, protože ta by znamenala, že máme nějakou databázi všech pacientů - dnes se maniodepresivně říká bipolární porucha - čili všech pacientů s bipolární poruchou, v níž u jména máme zapsáno povolání. Z toho všeho si pak děláme nějakou přehlednou tabulku a podíváme se kolik z toho je umělců. Ale tak to není! Dojem, že maniodepresivita postihuje umělce, vzniká proto, že u umělců, jako velmi často veřejně známých osob, mají případné problémy s touto chorobou či poruchou, pokud se u nich projeví, mnohem větší publicitu. Když onemocní slavný herec, celý národ ví nebo tuší, že mu něco je nebo se začne říkat či psát v tisku, že byl u psychiatra. Když onemocní kolega soustružník vedle z baráku nebo popelář, tak to v žádných novinách není. Právě tím vzniká mediální obraz, který je de facto zvětšovacím sklem nebo zkreslením, v němž to potom vypadá, jako by ta choroba postihovala přednostně ony známé osobnosti. Není tomu tak.

VM: Jak byste, pane profesore, definoval rozdíl - pokud existuje - mezi duší a myslí?

CH: Rozdíl mezi duší a myslí je velmi obtížné definovat. Je to spíš otázka pro filozofa. Ale zhruba, jak už to v našem rozhovoru šmahem zjednodušujeme, abychom tomu rychle porozuměli - dá se říci, že pojem mysl zahrnuje oblast zpracovávání informací, prožívání, chování na úrovni funkce mozku, kdežto pojem duše má v sobě navíc spirituální dimenzi. Duše je to, co vypustíme, když zemřeme a vztahuje se to k nějakému transcendentnu, což mysl ne. Mysl máme v hlavě a tečka.

VM: Zůstanu ještě u té myšlenky. Může mě duše bolet? Říká se: Bolí mě celá duše?

C.H.: *To je moc hezká a zajímavá otázka a jsou na ni dvě odpovědi. Neurochirurg, třeba Vláďa Beneš, by vám řekl, že mozek nebolí. Proto, když se otevře lebka - a dříve se tak i činilo - a brnká se na různá místa v mozku, tak s tím člověkem, když ho probudíte z narkózy, můžete normálně mluvit, ptát se ho, co kde slyší, co kde zazvoní, pustit mu hymnu dotykem na určité místo temporálního laloku, ale ten mozek sám o sobě nebolí. Bolí mozkové pleny, bolí zvýšený tlak v lebce, když je zavřená a roste tam, nedej bože, nějaký nádor, bolí ty kosti. To všechno ano!*

Bolí i hlava, když máte migrény, ale mozek jako tkáň nebolí. Ale to je jen část odpovědi, protože tou duší jste zřejmě nemyslel mozek. Pokud tedy jde o duši, tak ta samozřejmě tím, že je, připustíme, do značné míry nehmotná, jak pojem sám říká, a nechme teď stranou, jestli může či nemůže existovat bez fungujícího mozku - já se domnívám, že ne - ale nicméně, i kdyby to byl epifenomenon, tak je nehmotná, tak vlastně bolet nemůže, už proto, že bolet nemůže ani ten mozek. Přesto se ale někdy říká, že deprese v podobě trýznivé stísněnosti, smutné nálady, poklesu zájmu, poklesu motivace, nechuti žít, tak že to vše je vlastně bolest duše.

VM: Je to tedy jen abstraktní pocit? Mám depresi, a protože nevím z čeho, proto ten stav nazývám bolestí duše?

CH: *No, tak ano, ale ti postižení si ten důvod vždycky najdou. Protože si to neumí vysvětlit, tak se domnívají, že to je proto a proto, že - já nevím - že jsou špatní, že jsou neúspěšní, že jsou nemožní. Přitom v porovnání s ostatními to vůbec nemusí být pravda, ale oni mají ten dojem. Takže ta příčina se vždycky hledá. To se hledá i v okolí, respektive okolí ji hledá. Když někdo spáchá sebevraždu, tak jeho blízcí říkají: On měl zlou ženu, nevyvedly se mu děti, měl špatné podmínky v práci. A přitom zcela opomíjejí fakt, že kdekdo má doma semetricku, kdekomu se nevyvedou děti, kdekdo má tupého šéfa a přesto si nehází mašli! Takže v tom to asi nebude. Je zajímavé, že když vám selžou ledviny nebo když dostanete srdeční infarkt, tak ochotně připustíte, že vám prostě selhaly ledviny, že jste dostali infarkt. Ale ve chvíli, kdy máte depresi, tak nikdo neřekne: Mě selhal limbický systém v mozku, ale řekne: Byli na mne oškliví. Vždycky se tam hledá nějaká psychogenní příčina a zapomíná se na to, že i mozek je jenom orgán.*

VM: To mě vede k otázce: Je rozdíl v psychice mužů a žen? Protože je svým způsobem rozdíl, jak se chovají - muži a ženy. Je ten rozdíl dán nastavením a smyslem jejich životů.

CH: *Víte, vysvětlení rozdílu mezi pohlavími probíhá v několika rovinách, které spolu zase tak moc nekomunikují a jež bychom mohli nazvat problémovými oblastmi. Jednak v oblasti psychologické - tam pak máte pravdu, že jde o rozdíl vlastně v celé koncepci; v onom vrůstání do společnosti od dětství; v té socializaci a v psychice, jak je utvářena v kontextu s jinými, protože to okolí vás buď považuje za holčičku či za chlapečka a pomáhá onu identitu utvrzovat. To druhé vysvětlení pochází z medicíny, v ní pak z fyziologie a zdůrazňuje rozdíl v hormonálním ovlivnění neuronálních procesů a od nich odvozených psychických dějů. A skutečně pro to existuje řada důkazů. Například, kdybyste celý ten hormonální orchestr uměle přeladili tím,*

že byste některé hormony potlačovali a jiné zdůrazňovali, tak do značné míry - zejména v kritickém období utváření mozku a psychiky - v tom raném dětství, neřku-li intrauterinně - byste mohli tu identitu měnit. Ale to jsou experimenty, které z principu nejsou možné, protože by byly hrubě neetické, i když je někdy činí příroda sama. Příkladem jsou ty dívky nebo děvčata, jež se narodí matkám, které v těhotenství měly z nějakých důvodů vysokou hladinu steroidů, tedy hormonů, z nichž jeden je testosteron, mužský pohlavní hormon, a jejich vysoká hladina ovlivnila vývoj plodu, který geneticky byl holčičkou, ale došlo u něj k ovlivnění té psychiky tak, že když holčička dorostla, začala preferovat mužské zábavy. Byly to takové - říkalo se jim Tomboy girls - které začaly boxovat, střílet a podobně, měly zkrátka takové ty mužské zájmy. A tady vidíte, že i něco tak delikátního jako zájmy může být hormonálně podmíněno.

VM: ...říká profesor Cyril Höschl. Mějte se hezky. Nashledanou.

CH: Nashledanou.