

val s myšlenkami, a nikoho nenutil, aby je sdílel. Sledování jeho přednášek z psychiatrie nebo lékařské psychologie vyžadovalo na straně posluchačů aktivní pozornost. Kdo však vyvinul určité úsilí a přestal se v lavici bavit s kolegy, byl odměněn zajímavými, podnětnými a vtipně podanými informacemi.

Milan byl expertem v oblasti hypnózy. Při hypnotizaci používal tichý nedirektivní uspávací postup s permissivními terapeutickými sugescemi. Při demonstracích pro mediky přitom dokázal předvést s klidnou samozřejmostí nejsložitější hypnotické fenomény. Rád při takové příležitosti zkoumal různé racionalizace nevědomě motivovaného chování, k němuž došlo na základě experimentálních posthypnotických sugescí (poznatky jsme společně zpracovali do anglického článku). Podílel se aktivně na kroměřížských výcvikových kurzech hypnoterapeutů a od roku 1970 byl po řadu let předsedou sekce pro hypnózu České psychiatrické společnosti.

Milan rád cestoval a byl přitom zcela nenáročný. Při naší společné cestě s Petrem Hájkem autem na mezinárodní psychoterapeutický kongres v Oslo v roce 1973 nám po skončení sjezdu nechal svůj kufřík v autě, sbalil si malý raneček a vydal se sám za severní polární kruh hledat podle Čapkovy „Cesty na sever“ nejsevernější evropskou psychiatrickou léčebnu.

Milan dovedl také výborně přispět ke společenské zábavě, mj. i hrou na kytaru nebo na klavír. Dovedl hrát k písničkám na přání i preludovat „jenom tak“, nebo provokovat k tanci divokým rytmem, měl smysl pro jemný humor (byť někdy i trochu morbidní), dovedl vyprávět vtipy a skládat

vtipné písničky či básničky přátelům k různým příležitostem. Sbíral i vymýšlel anekdoty o psychiatrických pacientech a psychiatrech, o čemž svědčil i nenápadný svazek s názvem Psychoanekdoty, který by byl ušel pozornosti odborné veřejnosti, nebýt podrážděné reakce profesora Vondráčka, který se cítil jednou adresnou anekdotou dotčen a žádal její „odvolání“ v Československé psychiatrii. Doplněné vydání vyšlo v roce 1998 pod názvem „Moudrosti bláznů“ a o rok později následovaly Bouchalovy autobiografické příběhy „Cesta do hlubin psychiatrové duše“.

Milan byl oblíbený u pacientů, studentů, kolegů i svých podřízených a také u žen. Jistě se na tom podílela jak jeho vtipnost, tak také slušnost a tolerance, které se odrážejí i v jedné typické rýmovačce z jeho poslední zmiňované knížky:

*Když to žena už  
dělá s nechutí,  
tak ji slušný muž  
k tomu nenutí.*

Na rozdíl od Jaroslava Skály, jehož seniorským krédem bylo „být stále ve středu dění, ale nikomu nepřekážet“, Milan Bouchal po své sedmdesátce profesionální dění postupně opouštěl, odhlašoval se z odborných společností, přestal se účastnit konferencí a výcviků a ve věku 79 let se tiše vytratil. Zůstává však trvale v paměti těch, které léčil, které učil a se kterými spolupracoval.

*prof. PhDr. Stanislav Kratočvíl, CSc.*

## S LARSEM WEISÆTHEM O REAKCÍCH NA TRAUMA, HRDINECH A VRAZÍCH

*Profesor Lars Weisæth je norský psychiatr a jeden z nejvýznamnějších světových odborníků na výzkum traumatu. Pracuje v Národním vědeckém centru pro studium násilí a traumatického stresu (NKVTS). Zabývá se výzkumem psychických traumat způsobených sexuální násilím, přírodními katastrofami nebo traumaty při odchodu z vlasti. Věnuje se psychoterapii, psychologii traumatu a vojenské psychiatrii. Je žákem Leo Eitingera, absolventa brněnské lékařské fakulty, vězně z Osvětími a komtura Norského královského řádu sv. Olava (viz např. Konečný M, Antonová B: Leo Eitinger – svědek trýznivého století. Čes a slov Psychiat 2012; 108 (5): 268–269). Svůj výzkum zaměřil například na reakce spojené*

*s nehodou na ropné plošině Alexander Kielland, při které zemřelo 123 lidí, nebo s vlakovým neštěstím u Åsty v Norsku, které si rovněž vyžádalo oběti na životech. Pracoval s postiženými po vlně tsunami v Thajsku v roce 2004 i s přeživšími a rodinami obětí po útoku na ostrově Utøya.*

**Ve své vědecké činnosti se věnujete především traumátům, násilí a jeho obětem. Jak jste se k tomuto tématu dostal?**

O psychiatrii jsem se začal zajímat ze stejného důvodu, z jakého jsem šel na medicínu. Chtěl jsem kombinovat přírodní a humanitní vědy. A k traumatu a jeho obětem

mne nasměroval váš krajan Leo Eitinger. Byl to brněnský lékař, který pomáhal před válkou Nansenovi organizovat transporty židovských dětí do Osla. Sám byl Žid a podařilo se mu také uprchnout do Norska, ale po obsazení naší země skončil v Osvětimi. Tam mimo jiné pomohl i Eliemu Wieslovi a svým vlivem později přispěl k tomu, aby mu udělili Nobelovu cenu za mír. Po válce se vrátil k nám, založil lékařskou viktimologii, studoval mechanismy vyrovnávání se s traumatem. Když v současnosti hovoříme o politických uprchlících, málokdy si uvědomujeme, že nepředstavují jen ekonomickou zátěž, ale také značný přínos.

**Z Eitingerových studií vyplývá, že vězni v koncentračních táborech, kteří byli vězněni za aktivní odboj, přežili déle než ti zavřeni v rámci odvetných akcí. Proč?**

Ano, aktivní rozhodnutí připojit se k hnutí odporu znamenalo, že daná osoba dobrovolně akceptovala riziko a utrpení pak bylo smysluplnější.

**Vzpomínal jste na to, že Eitinger vás učil o významu volby a svobodné vůle. Například v Osvětimi se mohl rozhodnout, jestli svoji denní dávku chleba sní najednou, nebo v několika dávkách. Eitinger si každou hodinu bral malý drobek. Co nás to učí?**

Mít kontrolu je velmi protektivní, ale i zdání kontroly, subjektivní dojem, že máme aspoň nějakou možnost ovlivňovat své okolí, je velmi důležitý. Nejhorší pro naši psychiku je neočekávaná ztráta kontroly. To je horší než absence kontroly. I v naprosto zoufalých situacích je užitečné vytvořit si alespoň nějaký řád a nějakou možnost ovlivnit své okolí, například sníst každou hodinu drobek, místo jedné či několika porcí.

**Je rozdíl mezi traumaty způsobenými katastrofou nebo nešťastnou náhodou, prostě tím, že jste ve špatnou chvíli na špatném místě, jako například vlny tsunami v Thajsku, a traumaty, která jsou důsledkem svobodného rozhodnutí, jako např. boj proti nepříteli?**

V našich studiích jsme zjistili, že přírodní katastrofy způsobí méně škody než nehody a že neškodlivější je úmyslné násilí. Příroda je nebezpečná, ale ne ďábelská. Nicméně pokud expozice násilím byla výsledkem dobrovolné volby, jako je tomu u vojáků a/nebo riskantního, ale smysluplného počínání (jako je tomu u disidentů), riziko psychického poškození je menší.

**Předtím než psychiatrické diagnostice začaly dominovat DSM-III a MKN, existovalo mnoho národních psychiatrických klasifikací. Víte, že v Norsku bylo několik diagnóz, jako např. „trauma námořníků – sailors trauma“ (značná část norského loďstva se nevzdala, bojovala a utrpěla vážné ztráty), nebo „concentration camp survivors“, které byly později rozpuštěny v diagnóze PTSD. Je to dobře?**

Myslím, že sjednocení diagnózy PTSD bylo v té době nezbytné. Ale důraz na PTSD vedl k zanedbávání ostatních posttraumatických poruch a trvalo léta, než byly popsány různé komorbidity PTSD.

**Studium traumatu a jeho zvládání, na němž se Eitinger podílel, přispělo k tomu, že byly odškodněny i oběti vál-**



**ky, u kterých se došlo k rozvoji potíží až po válce. Tím se ale otevírá i problematika sekundárního zisku.**

Eitinger ukázal, že posttraumatické stresové reakce jsou přítomny od počátku a mohou být označeny jako přemosťující symptomy, „bridging symptoms“ během tzv. latentní periody. Ale tyto reakce nebyly tak akcentované, aby zredukovaly funkční kapacitu postižené osoby. Takže tito postižení nehledali pomoc nebo nebyli považováni psychicky zraněné hned po skončení války. K tomu dochází až později, v době tzv. pozdní fáze, kdy je funkční kapacita už podstatně zredukována. Za velkou Eitingerovu zásluhu považuji vznik diagnostické kategorie *Trvalá změna osobnosti po přežití katastrofy*.

(Blíže viz knihy *Norští a izraelští přeživší z koncentračních táborů* (1964) a *Mortalita a morbidita v důsledku nadměrného stresu* (1973), ve kterých Eitinger ukázal, že problémy, kterými přeživší trpěli, nesouvisí s osobností pacienta před onemocněním, a které představovaly průlom v pochopení mechanismů účinků stresu. Poznámka J. V.)

**Co si myslíte o epidemii diagnózy PTSD, jejímiž jsme v současnosti svědky?**

Inflace diagnózy PTSD se objevuje, když lékaři přestanou respektovat kritérium závažnosti stresové události tak, jak je to požadováno v diagnostických manuálech. Na úrovni symptomů je důležité rozlišit mezi skutečným disruptivním znovuprožíváním události – flashbaky – a prostými nepříjemnými vzpomínkami na negativní událost v minulosti, které máme všichni.

**A jaké jsou možnosti prevence PTSD?**

Nejlepší prevencí posttraumatického stresu je selekce robustních osobností následovaná adekvátním tréninkem a teambuildingem. Během časných intervencí bychom neměli postiženého nutit znovu detailně procházet stresovou událost, pokud on sám neprojeví nutkání o ní hovořit. Lepší je získat jen hrubý obrys dané události. Ptejte se: „Jak se vám daří? S čím vám mohu pomoci?“ Zajistěte bezpečí, klid, povzbudte ke spolupráci, poskytněte sociální podporu a ujistěte ho o optimistické prognóze. Poruchy spánku jsou závažným rizikovým faktorem, a proto by měla být zajištěna klidného spánku a spánkové hygieny věnována velká pozornost. Pokud je daná osoba připra-

vena – tedy cítí se bezpečně, znovuprožívání traumatické situace může přinést terapeutický efekt. Znovu prožít ono „tehdy a tam“ v bezpečném „teď a tady“.

**Co konkrétního byste doporučil nám, kdyby v Praze došlo k nějakému teroristickému útoku? Řekněme, kdyby se nějakému teroristovi podařilo zabít desítky lidí explozí někde v hromadné dopravě...**

Bude nutné zřídit služby pro příbuzné zavražděných, zraněných, přeživších a rodin obětí. Katastrofa vyvolává „altruistickou atmosféru, terapeutickou komunitu“, která trvá několik týdnů (běžné konflikty a hádky vymizí, lidé jsou ochotni pomáhat, koheze a sociální podpora vzroste). Tato atmosféra by měla být využita.

První otázkou je: Jsou oběti členy nějaké specifické sociální skupiny? Pokud ano, je rozumné udržovat toto spojení a využít smysl pro schopnost sdílení prožitku.

Další otázkou je: Kde jsou rodiny obětí? Pokud jsou oběti zdaleka, rodiny by měly být pozvány do Prahy, do informačních a podpůrných center, která by měla být zřízena v nemocnicích, kde jsou oběti hospitalizovány. Pro fyzicky nezraněné přeživší a jejich rodiny by mělo být zřízeno další informační podpůrné centrum. V těchto centrech by měli svoje informace a pomoc nabízet policie, zástupci záchranářů a pomáhajících profesí (psychologové, psychiatři, lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, kněží) a také zástupci pojišťoven. Je pravděpodobné, že také politici a různí VIP nabídnou svoji pomoc. Informace jsou nejdůležitější, především o osudu a okolnostech úmrtí, zranění či zmizení příbuzných a známých. Předtím, než jsou zajištěny tyto základní informace, lidé nejsou schopni akceptovat jiné psychosociální intervence, proto se tato centra nazývají Informační a podpůrná centra. Informace jsou na prvním místě.

**Proces s vrahem z Utøyi přivedl pozornost k norskému právnímu systému a forenzní psychiatrii. Skutečnost, že někdo trpí schizofrenií, je dostatečným důvodem k tomu, aby byl zbaven trestní odpovědnosti. Soud se pak dále nezabývá tím, zda byl nemocný při páčení trestného činu pod vlivem bludů či halucinací. Nebo**

**zda jeho motivy byly psychotické. Není to další faktor napomáhající stigmatizaci duševně nemocných?**

Je tu riziko, že diskuse o psychiatrických diagnózách a nebezpečí, které uživatelé psychiatrické péče mohou představovat, zvýší stigmatizaci uživatelů. Dosud diagnóza psychózy v Norsku automaticky znamenala zbavení trestní odpovědnosti. Mnoho psychiatrů v Norsku nyní zastává názor, že terorista byl pod vlivem poruch myšlení (mám na mysli především megalomanií a paranoidní ideace), ale byl způsobilý k právním úkonům. Odborná komise nyní projednává změnu tohoto zákona.

**Co považujete za největší historické omyly a chyby psychiatrie?**

Tendence rozdělovat psychiatrii podle kompetujících směrů, fixovat se na biologické, psychologické nebo sociální porozumění psychiatrickým poruchám. Tato jednostrannost velmi negativně ovlivnila můj vlastní obor, kterým je psychotraumatologie.

**Jakou učebnici byste doporučil zájemcům o psychiatrii?**

Fountains of Psychopathology od Johna Nehemiaha je ten nejlepší začátek.

**Která kniha popisující problém duševní nemoci se Vám líbila?**

Shakespeareův Hamlet. Pro jeho zájem o lidskou duši.

**Když se vysloví Česká republika, co to ve Vás vyvolá?**

Emil Zátopek; Praha; 21. srpna 1968.

**Dejme tomu, že byste se stal diktátorem, který by mohl rozhodovat o péči o duševně nemocné v Norsku, které nejdůležitější změny byste prosadil?**

Obtížná otázka. Nemám dostatečný přehled, abych dal přesná doporučení. Domnívám se ale, že by bylo moudré nechat lékařům více vlivu na chod nemocnic a redukovat vliv ekonomů a administrátorů.

*Ptal se doc. MUDr. Jan Vevera, Ph.D.*

## inzerce

Psychiatrická nemocnice v Kroměříži ve spolupráci s Českou lékařskou komorou, Českou společností KBT, Psychiatrickou společností ČLS JEP a Českou psychoterapeutickou společností pořádá ve dnech 22. až 24. května 2014 v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži

## 9. ČESKOU KONFERENCI KOGNITIVNĚ - BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE

Akce je zařazena do systému celoživotního vzdělávání lékařů, psychologů i SZP a za účast budou přiděleny kredity (body).

Bližší informace a přihlášky zašle zájemcům o účast prim. MUDr. Petr Možný, Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, 767 40 Kroměříž, e-mail: moznyp@pnkm.cz