

Lékařská konzultace jako základ

Pacient chce porozumět svým symptomům a domluví si návštěvu u lékaře. Prohlídka je řádně vykonána. Přesto během konzultace zůstane nevyřčeno to, že se tiše očekává, že se bude vycházet z jistých nezpochybnitelných předpokladů, jež slouží jako očekávané „výchozí body“ pro veškerou komunikaci mezi lékařem a pacientem. Níže uvádím některé ze základních předpokladů, které ohraničují lékařskou konzultaci a představují očekávané výchozí body pro veškerou komunikaci, k níž během setkání dojde.

1. Za samozřejmost se považuje, že všichni víme, co je to „nemoc“ a „zdraví“, že jde o protiklady a že nemoc je něco „špatného“, zatímco zdraví něco „dobrého“.
2. Jako samozřejmé a předem dohodnuté se bere to, že si pacient domlouvá návštěvu u lékaře, protože trpí příznaky nějaké možné „nemoci“, kterou si přeje identifikovat a pro niž je ochoten nechat se diagnostikovat prostřednictvím vyšetření a testů a poté si nechat předepsat vhodnou léčbu.
3. Jako samozřejmé a předem dohodnuté se bere to, že pacient popíše své příznaky a lékař přímo nebo prostřednictvím dalších vyšetření dospěje k lékařské diagnóze daného onemocnění a doporučí průběh biomedicínské léčby zaměřené na zmírnění příznaků nebo „vyléčení“ nemoci, přičemž vychází z poznání jejich biologických „příčin“.
4. Jako samozřejmé a předem dohodnuté se bere to, že se pacient stal obětí příznaků „zničehonic“ – jinými slovy neexistuje zde žádný význam spojený s konkrétním načasováním jejich výskytu v širším kontextu pacientova života a životního příběhu.
5. Jako samozřejmé a předem dohodnuté se proto bere to, že symptomy nemají vůbec žádný význam a představují jen pouhé znaky možného biologického onemocnění nebo dysfunkce.
6. Jako samozřejmé a předem dohodnuté se proto bere to, že význam symptomů není nic jiného než jejich funkce jako možného znaku nějaké biomedicínské nemoci a že biologická nemoc nebo potíže v žádném případě nemůže být sama o sobě považována za symptom životní nemoci – nějakého skrytého životního problému, který se projevuje tím, že se pacient cítí „nesvůj“ v rámci svého života.
7. Jako samozřejmé a předem dohodnuté se bere to, že pacientovo utrpení – pocit bolesti, nepohodlí nebo ne-moci – je pouhým sekundárním a subjektivním důsledkem organické poruchy nebo nemoci. Opačné pojetí, totiž že symptomy a onemocnění mohou být symbolickým ztělesněním subjektivně vnímané ne-moci – a konkrétních způsobů, jimiž se pacient cítí v rámci svého života „nesvůj“ – je předem vyloučeno. Taková představa je vlastně na poli nezpochybnitelných dogmat biomedicínské vědy chápána jako čiré kacířství.

Pokud by pacient odmítl některé nebo všechny tyto předpoklady, nebo se ve své komunikaci s lékařem odklonil od jakéhokoli nepsaného pravidla či „výchozího bodu“, bude okamžitě označen za „problémového“, „neposlušného“ nebo dokonce „pošetilého“. Přesto tyto nepsané předpoklady a výchozí body představují jakýsi základ nebo rámec pro biomedicínské konzultace, přičemž od pacienta

se očekává, že se ho bude ochotně držet. Cílem tohoto rámce je vymezit význam symptomů jedince pouze v jediné oblasti – biomedicíny – s vyloučením jakéhokoli jiného možného způsobu, jak tyto symptomy chápat. Jakýkoli pokus pacienta o zpochybnění tohoto rámce – byť i jen tím, že nepřijme nějaké běžné biomedicínské vyšetření nebo léčebný postup – vyvolává rozhořčení a údiv a je *považován za ohrožení autority biomedicínsky vzdělaných lékařů* a ztrátu jejich už tak omezeného času, který věnují svým pacientům. Jenže právě to by mohlo být vnímáno jako příležitost dopřát si více času k tomu, aby se lékař dozvěděl o životě svých pacientů jako lidských bytostech a pochopil jejich symptomy v širším kontextu jejich života a osobního světa.

Na co se většina lékařů neptá

Nyní následuje soupis otázek, které většina lékařů svým pacientům nepokládá – navzdory tomu, že jde o klíčové otázky jak pro zdravotníky, tak i pacienty, potřebné k pochopení životního významu konkrétních příznaků nebo konkrétní nemoci. Jsou to také ústřední otázky *životní medicíny* a ty, na něž se vás bude ptát a o nichž s vámi bude diskutovat *životní doktor*.

Kdy se vaše příznaky objevily poprvé?

Je ve vašem životě ještě něco jiného, co vás právě teď trápí nebo z čeho máte obavy?

Co se dělo ve vašem životě v hodinách, dnech, týdnech, měsících nebo letech, které předcházely nástupu příznaků?

Jaké jsou nejdůležitější události, setkání, zážitky, dilemata a rozhodnutí vašeho života, jimž jste čelili v období, jež předcházelo vzniku vašich příznaků?

Jakou základní náladu jste pocítovali v tomto období a jak byste ji popsali?

Jaké dominantní myšlenky a emoce jste vnímali v tomto období?

Na co obvykle myslíte, když si uvědomujete své příznaky?

Jaké pocity tyto myšlenky doprovázejí?

Jak nakládáte s těmito myšlenkami a pocity, když je máte?

Jak na své příznaky obvykle reagujete?

V jakých konkrétních časech nebo v jakých konkrétních situacích se vaše příznaky projevují nebo zintenzivňují?

V jakých časech nebo v situacích vaše příznaky obvykle mizí nebo slábnou?

Zaznamenali jste podobné příznaky v minulosti, a pokud ano, kdy a za jakých okolností?

Jak vaše příznaky – a myšlenky s nimi spojené – ovlivňují váš emocionální život, práci a vztahy?

Co vás vaše příznaky nutí dělat, nebo v čem vám naopak brání?

Vidíte nějaký pozitivní přínos v tom, jak vám vaše příznaky ovlivňují život?

Jak byste popsali celkovou nebo základní náladu či stav vědomí doprovázející vaše příznaky a/nebo myšlenky a emoce s nimi spojené?

Jak se se svými příznaky cítíte? Jakým způsobem nálada, která je doprovází, ovlivňuje nejen to, co si myslíte a jak se cítíte, ale i to, kdo jste – váš pocit ze sebe sama?

Existuje něco pozitivního na odlišné náladě a pocitu ze sebe sama, jež doprovázejí vaše příznaky?

Lze to ještě nějak jinak vyjádřit ve způsobu, jakým se vztahujete k životu a k ostatním lidem?

Případně jaké změny ve způsobu, jakým se vztahujete k životu a jiným lidem, by podle vás nejlépe pomohly změnit tuto základní náladu a/nebo zmírnit vaše příznaky?

Jaké jsou nejdůležitější druhy zkušeností, jež postrádáte nebo které jste postrádali ve svém životě a ve vztazích?

Jaké jsou vaše nejdůležitější potenciály nebo schopnosti, které jste podle vás ve svém životě nenaplnili nebo nerealizovali?

Jaké jsou vaše největší obavy nebo starosti ohledně vašich příznaků, nemocí nebo léčby?

Co by vás v životě uspokojilo a přineslo vám štěstí – bez ohledu na zlepšení vašeho stavu?

Empatie – pro lékaře cizí jazyk?

(viz také přílohu 5)

Zdá se, že se většina doktorů v reakci na pacientův popis příznaků nedovedete přinutit k tomu, aby ze sebe vypustila byť i jen ty nejzákladnější a nejběžnější empatické fráze – přestože by to mohlo mít okamžitý pozitivní a ozdravný účinek. Na lékařských školách se dokonce učí, že empatie jako taková brání zachování klinické „objektivity“ v komunikaci mezi lékařem a pacientem. Ve skutečnosti může jít o kouzelný klíč k potvrzení – spíše než obhajování – pacientem prožívané subjektivní zkušenosti s onemocněním. Může mu to dodat *pocit, že je uznáván jako lidská bytost, následkem čehož se okamžitě zintenzivní jeho pocit pohody*. Naproti tomu zachovávat postoj „profesionálního odstupu“ představuje formu komunikativní patologie v pravém smyslu slova – jde o „nemocné“ (*pathos*) využívání jazyka (*logos*). Empatie je evidentně pro většinu biomedicínských lékařů a zdravotníků „cizím jazykem“, proto nyní bude následovat něco jako základní frazeologická příručka ne češtiny, ale „empatie pro cizince“, obsahující tak elementární výrazy, že je zcela udivující, že je vůbec zapotřebí je uvádět.

Poznámka: Směle tuto příručku šířte dále nebo poříd'te její kopii pro lékaře v místní klinice či nemocnici!

1. Úvodní empatické fráze jako reakce na pacientův popis příznaků:

Například tyto jednoduché fráze:

To je mi líto, že to říkáte. / Mrzí mě, že se tak (špatně) cítíte.

To je pro vás asi velmi nepříjemné / stresující / bolestivé.

Jaký z toho máte pocit?

Chápu, proč se cítíte tak znepokojení/špatně.

Chápu, proč jste mě chtěl/a navštívit.

Jak to zvládáte?

2. Několik jednoduchých závěrečných frází na konec konzultace:

Jak se cítíte teď?

Jak se s tím podle vás vyrovnáte?

Máte nějaké jiné problémy/starosti?

Netrápí vás ještě něco jiného, o čem byste mi chtěl/a něco

řict?

Dejte mi vědět, jak se vám vede! (To by pacient mohl udělat zanecháním vzkazu po telefonu.)

Obvyklá neschopnost umět používat tento typ empatického jazyka je sama o sobě symptomem většího problému – totiž téměř úplného nedostatku zájmu ze strany zdravotníků o pacientovu osobně prožívanou zkušenost s nemocí a jejím dopadem na jeho život spíše než jen o suchý popis jeho příznaků.

„Jeden nezamýšlený výsledek moderní transformace systému

zdravotní péče spoívá v tom, že dělá prakticky vše, aby odvedl

pozornost praktického lékaře od pacientova osobního prožitku nemoci.

Systém tak významně přispívá k odcizení chronicky nemocných

od jejich profesionálních opatrovníků a paradoxně k tomu, že

se praktický lékař zřiká toho aspektu léčitelského umění, který je

nejstarší, nejmocnější a nejvíce existenčně účinný.“

Arthur Kleinman: *The Illness Narrative: suffering, healing and the human condition* (Příběhy o nemoci: trpění, léčení a zdravotní stav člověka)

Automatizovaná diagnostika

a budoucnost biomedicíny

Přemýšleli jste někdy o tom, co se děje v mysli vašeho lékaře během vaší návštěvy? Velká část z ní je pravděpodobně zapojena do procesu pozorování, shromažďování informací a analyzování více či méně toho, co říkáte. Zdůrazňuji „více či méně“, protože mnozí pacienti jsou překvapeni, když vidí, jak často je to, co říkají svému lékaři, v jejich lékařských zprávách ignorováno nebo naprosto zkresleno. A jestliže je pravda, jak poznamenal Einstein v souvislosti s fyzikou, že „teorie determinuje to, co je pozorováno“, pak v případě „pozorování“ a „informací“ shromažďovaných lékařem během toho, co vám naslouchá, platí totéž. Ve skutečnosti je to ovšem často tak, že – abychom parafrázovali Einsteina – v případě biomedicínské praxe „teorie“ nedeterminuje jen to, co je „pozorováno“, ale i to, co je vyslyšeno lékařem. Hlavním cílem biomedicínského praktického doktora je, podobně jako u rádia, rozlišit signály od šumu, přičemž „šum“ doktor považuje za vědecky irelevantní pro výkon svých diagnostických dovedností; tím může být například širší životní příběh ukrytý za pacientovou nemocí, emocionální prožitek nemoci a její vliv na život dotyčného. Jenže co když lékaři během naslouchání pacientům především fungují pouze jako lidská „černá skříňka“ mezi tím, co oni sami považují za významný vstup a tím, co vnímají jako důležitý „výstup“, jinými slovy pravděpodobná diagnóza, navrhovaná léčba, předpis léku či doporučení provést další vyšetření nebo navštívit specialistu? Stejně jako u černé skříňky lze to, co se děje v mysli vašeho lékaře, srovnat s procházením určitého typu předem stanoveného počítačového algoritmu nebo „rozhodovacího stromu“ s cílem dospět k té nejvhodnější nebo statisticky nejpravděpodobnější

„diagnóze“ na základě „pozorování“ a „dat“, která od vás nasbírání.
V takovém případě však doktor nefunguje jako nic víc než jakýsi lidský počítač – a proto by klidně mohl být nahrazen počítačem, vybaveným automatizovaným diagnostickým softwarem. Pokud máte pocit, že to je bláznivý, futuristický nápad, pak se nad tím zamyslete ještě jednou. Diagnostika pomocí počítačů je dnes již skutečností – a dokonce jej k získání jiného názoru používají ti nejuznávanější biomedicínské diagnostici.