

VITA NOSTRA REVUE

ČESKÁ HLAVA PRO PROF. MOŽOVSKOU – ROZHOVOR S PROF. MILENOU ČERNOU – ROZHOVOR
S DOC. MAGDALÉLNOU ŠUSTKOVOU – ÚSPĚCHY ROKU 2023 – TRIMED JOB – DEN OTEVŘENÝCH
DVEŘÍ – DR. ŠEBLOVÁ: JSOU LÉKAŘI OBECNÍM MAJETKEM? – PROF. WIDIMSKÝ: LÉKAŘSKÉ
FAKULTY MEZI MLÝNSKÝMI KAMENY – PROF. HÖSCHL: TAK O CO JDE? JAK ČÍST SVŮJ ŽIVOT

EDITORIAL2

FACULTAS NOSTRA

Česká hlava pro prof. Moťovskou
(Jolana Boháčková).4

Genetická toxikologie byla tehdy novým oborem
(Jolana Boháčková).5

Prof. Petr Widimský sedmdesátiletý
(Pavel Gregor).12

Snažíme se najít mechanismus, který by efektivně snižoval bažení
po droze (Jolana Boháčková)17

Čtyři nové profesorské tituly pro osobnosti 3. lékařské fakulty . .24

Pochvalme se aneb vědecké a medicínské úspěchy 202325

Vzpomínka na profesora Schindlera (Helena Žemličková)32

Veletrh práce pro studenty medicíny podesáté
(Andrej Jasovský)33

Pochlubili jsme se špičkovou fakultou (Monika Arenbergerová) . .36

MEDICÍNA

Jsou lékaři jenom lidé nebo jsou vždy dostupným obecním
majetkem? (Jana Šeblová)41

Lékařské fakulty mezi mlýnskými kameny (Petr Widimský)46

Dějiny lékařství v českých zemích. Co vůbec znamená být zdravý
a jaké byly vedlejší důsledky válek? (Jan Lukavec)49

Naděje pro pacienty s těžkým poškozením mozku: včasná
intenzivní neurorehabilitace (Jolana Boháčková)52

Vývoj vědeckých poznatků v léčbě melanomu
(Petr Arenberger)54

Evropská unie financuje průlomový výzkum psychedelické terapie.
Mezi zapojenými institucemi je i Národní ústav duševního
zdraví (Jan Červenka).57

Vzpomínka na profesora Monoda (Richard Rokyta)60

TEXT

Tak o co jde? Jak číst svůj život – Lidé jako olivy (Cyril Höschl) . .63

RES PUBLICA

Růže pro vraha aneb další promarněný dialog církve s lidmi dobré
vůle (Jana Šeblová)78

Proč v Česku jde všechno tak pomalu a co nám o tom říká
Komenský a hymna (Petr Honzejek)80

Nežehráám na osud (Ondřej Vaculík)83

Zatraceně nejisté reaktory (Lukáš Kovanda)84

ORBIS PICTUS

Krajina v obraze. Obrazy v krajině. Perly v Perle
(Kristýna Mikulková)87

POST SCRIPTUM

Smysl kvěru (Jaroslav Veis)94

Editorial

Vážené dámy, vážení pánové,

na konci minulého úvodníku jsem vám přál spokojenější život a splnění všech snů. Bohužel moje přání nebylo vyslyšeno a naopak přišlo něco mnohem strašnějšího a nečekanějšího. To, co se přihodilo v posledních dnech roku 2023 na Karlově univerzitě, respektive na její fakultě filozofické, nemá v našem univerzitním, ale ani jiném školství obdoby. Je to přímo zoufalý čin člověka, jehož motivace není bohužel známá, protože při přestřelce, kterou vyvolal, také sám zemřel. Zřejmě si sám vzal život, takže se od něj jeho důvody k činu nedozvíme. V současné době probíhají rozsáhlé diskuze, jakým způsobem zabránit podobným činům. Každá rada je drahá, protože drastická opatření a zvýšená ostraha nemají šanci pomoci – není technicky a technologicky možné to zajistit. Smutné je, že několik desítek psychopatických jedinců napsalo dopisy na polici a na jiné instituce, že tento čin podporují a rádi by jej zopakovali. Největší hrozbou je zhlédnout se ve vrahovi a nabýt dojmu, že „když udělám nějaký takový čin, stanu se slavným“.

Vraťme se ale k radostnějším událostem na naší fakultě. Musím začít tím, že byla udělena Česká hlava prof. Mořovské, cenu Ministerstva školství získala dr. Pavla Tichá, byli jmenováni noví profesori, stříbrnou medaili od rektorky dostal prof. Bultas... a mnoho dalších úspěchů, kterých si všímáme na stránkách tohoto vydání Vita Nostra Revue. Rád bych upozornil také na rozhovory s prof. Černou a doc. Šustkovou. O tradičním

pracovním veletrhu Trimeđu píše Andrej Jasovský. Samozřejmě v událostech radostných je také životní výročí děkana prof. Petra Widimského, jehož životní úspěchy připomíná jeho dlouholetý spolupracovník prof. Gregor. Upozorňujeme také na knihu prof. Höschla „Tak o co jde. Jak číst svůj život“. K stávce lékařů, která hrozila koncem roku 2023, a k důvodům jejího pořádání se vyjadřuje prof. Widimský a své postřehy přináší i dr. Jana Šeblová.

Vcházíme do nového roku bohužel s ne příliš veselou myslí, ale vcházíme s tím, že se budeme snažit, abychom v rámci svých možností co nejvíce přispěli k dobrému chodu vysokých škol.

Přeji vám pokud možno dobré vykročení do roku 2024, který doufám bude představovat určitý zlom v ekonomickém pádu naší země a duševním rozpoložení našich spoluobčanů.

prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
předseda redakční rady Vita Nostra Revue



Česká hlava pro prof. Mořovskou

Jolana Boháčková



Prestižní Národní cenu vlády Česká hlava získala **prof. MUDr. Zuzana Mořovská, Ph.D.**, za vynikající přínos na mezinárodní úrovni v oblasti kardiologie. Vede divizi akutní kardiologie na Kardiologické klinice 3. LF UK a FNKV a je mezinárodně uznávanou odbornicí na kardiovaskulární onemocnění, ischemickou chorobu srdeční, atherotrombózu a atherotrombotickou terapii.

Prof. Mořovská je autorkou a hlavní řešitelkou multicentrických randomizovaných studií ovlivňujících doporučení pro léčbu onemocnění koronárních tepen po celém světě (PRAGUE-8 a PRAGUE-18). Původní výsledky akademického výzkumu vedeného prof. Mořovskou jsou každoročně prezentovány na celosvětově nejprestižnějších kardiologických konferencích. Několikrát byla oceněna Českou kardiologickou společností za publikaci s nejvyšším „impact faktorem“. Je recenzentkou prestižních světových lékařských a kardiologických časopisů. Dalším velkým tématem, kterému se Zuzana Mořovská věnuje, je Female Health, konkrétně

vliv ženského pohlaví na zvládnání kardiovaskulárních onemocnění.

Zuzana Mořovská působí jako vědecký sekretář České kardiologické společnosti, je členkou představenstva Akademického senátu Univerzity Karlovy a na období 2018 až 2020 byla zvolena do výboru Evropské kardiologické společnosti. Spolupracuje s nejprestižnějšími výzkumnými institucemi světa, jako jsou Harvard Medical School, Mount Sinai Cardiovascular Center New York, Sorbonne Université či Universität Heidelberg.

„Národní cena vlády je ‚česká nobelovka‘ udělovaná osobnostem české vědy za jejich celoživotní úspěšné a prvotřídní expertní působení s mezinárodním významem. Výběr kandidátky, kterou je pro rok 2023 profesorka Zuzana Mořovská, byl jednoznačný. Tato přední česká kardioložka je první ženou navrženou vládě na udělení ceny,“ uvedla Helena Langšádlová, ministryně pro vědu, výzkum a inovace.



Genetická toxikologie byla tehdy novým oborem

Jolana Boháčková

Loni v září udělila Vědecká rada UK prof. MUDr. Mileně Černé, DrSc., zlatou pamětní medaili za významné celoživotní dílo v oboru hygieny a epidemiologie a její vědeckou a pedagogickou činnost. Prof. Milena Černá svůj profesní život spojila především se Státním zdravotním ústavem a 3. lékařskou fakultou UK, kde dodnes působí. Po celou svou kariéru se zabývala vlivy chemických látek kontaminujících prostředí na člověka a populaci, zkoumala, jak moc se vyskytují geneticky aktivní látky v ovzduší, vodě, půdě a potravinách. Dodnes vyučuje studenty medicíny i bakalářských oborů a patří mezi oblíbené učitele. Nejraději má však práci laboratorní.

Studovala jste Lékařskou fakultu hygienickou. Chtěla jste vždycky dělat medicínu?

Ke studiu na lékařské fakultě jsem se dostala vlastně takovou oklikou. Maturovala jsem v době, kdy byly takzvané jedenáctiletky, byly obsahově docela omezené a já jsem nedostala od ředitele jedenáctiletky doporučení na vysokou školu.

Něčím jste mu vadila?

Obecně naše rodina byla nějak nepopulární. Ředitel mi napsal do posudku, že se docela určitě uplatním v manuální práci. Přesto jsem se hlásila na přírodovědeckou fakultu, byla jsem pozvaná k přijímačkám, ale nevzali mě. Vlastně nevím, proč mě vůbec zvali k přijímačkám, bylo to rozhodnuté předem. Měla jsem zkratka tehdy nevyhovující kádrový posudek. Když jsem pak po letech dostudovala lékařskou fakultu, poslala jsem tomu řediteli promoční oznámení.

Co jste tedy dělala po jedenáctiletce?

Šla jsem na nástavbový dvouletý obor zdravotní laborant, což byla úžasná škola na Alšově nábřeží v Praze. Tam se mi opravdu líbilo, přičichla jsem k té medicínské odbornosti. Když jsem skončila, pracovala jsem dva roky jako mikrobiologická laborantka v Krči – v dnes již neexistujícím Ústavu pro choroby oběhu krevního, pavilon B5. Měla jsem ale chuť na další poznávání, tak jsem se přihlásila na Lékařskou fakultu hygienickou. Neměla jsem příliš ambice věnovat se klinické medicíně, tak jako to má většina studentů, kteří se hlásí na medicínu. Chtěla jsem pracovat v laboratoři a předpokládala jsem, že hygienická fakulta bude víc laboratorně zaměřená. Tehdejší děkan Vilibald Bílek byl hodně politicky angažovaný, ale povolil pro asi

20 již zaměstnaných osob večerní studium, takže jsem skoro dva roky pracovala v Krči a po večerech studovala. Přednášky byly vždy od 14:30, do práce jsem tedy musela nastoupit už ráno v 6 hodin. Bylo to velmi náročné, v době, kdy nebylo metro, se jednalo o dlouhou cestu několika dopravními prostředky. Vzpomínám si, jak jsem vždycky ráno přišla do práce, rozsvítla a slyšela šustění. To se rozběhli po prostoru švábi. Chodili tam na zbytky agarů, byl to druh, kterému se říká „rus“ – ale to se tenkrát říkat nesmělo. Hnusili se mi, ale stačilo rozsvítit a v mžiku byli někde zalezlí. Po dvou letech bylo však večerní studium ukončeno kvůli nemožnosti odpolední praxe na klinikách, dostali jsme tedy nějaké malé stipendium a nastoupili na denní studium.

Studovala jste v relativně svobodných 60. letech, ale ukončila jste studium až v roce 1969 a následovala „normalizace“.

Ano, začátek mých studií byl ještě v době temna. Tady na fakultě byl jistý tajemník Kašpar (děkanát tehdy sídlil tady v areálu, který se tehdy jmenoval Institut hygieny a epidemiologie) a to byl opravdu nepříjemný člověk, který škodil, kde mohl. Nemám na něj dobré vzpomínky. Ale ty roky 1967 a 1968 byly úžasné – najednou jsme měli pocit, že dýcháme, dokonce nám zrušili výuku marxismu a leninismu a měli jsme místo toho sociologii. Byly i určité možnosti cest do západních zemí.

Vzpomenete si na nějakou zajímavou osobnost nebo kolegu z dob studií?

Měli jsme tehdy společenské zázemí v dnes již neexistující kavárně Vltava, kde začínal zpívat ještě takový hubený a ušatý Karel Gott. Věděli jsme, že když

přijdeme navečer do Vltavy, někdo z fakulty tam vždycky bude.

Z učitelů ráda vzpomínám třeba na pana profesora Havránka, tehdy nejmladšího docenta. Jeho dcera Helena Kazmarová v SZÚ vede Centrum zdraví a životního prostředí, je o 10 let mladší než já – před deseti lety jsme společně slavily kulaté narozeniny, letos už jsme se nějak minuly, neměly jsme na to sílu. Úžasný byl pan profesor Padovec – byl pak „odejit“ někam do Severních Čech, snad do Děčína, a od té doby v severních Čechách stouply vrozené vývojové vady, protože on je uměl lépe diagnostikovat.

Se spolužáky se vlastně stále scházíme, vždycky v září někde v Praze, v roce 2019 jsme měli Zlatou promoci. Na schůzkách nás bývá kolem 30 lidí, ale ubývá nás. Nicméně někteří ještě stále pracují. Několik mých spolužáků emigrovalo hned po promoci, kdy ještě byla možnost cestování, a uchytili se v Rakousku, Německu či Holandsku. Dokonce někteří přijíždějí i na naše každoroční setkání. Hodně mých spolužáků je z Ostravska, protože když jsem začala studovat fakultu hygienickou, říkalo se, že se fakulta bude stěhovat do Ostravy.

Po vysoké škole do „penicilínky“

Kam jste nastoupila po ukončení studia?

Když jsem vystudovala, chtěla jsem dělat v nějaké laboratoři. Nastoupila jsem do „penicilínky“ – Výzkumný ústav antibiotik a biotransformací v Roztokách. To byla také úžasná škola, poznala jsem tam spoustu zajímavých lidí, včetně laborantky Emy, manželky pana profesora Šindlera. Byla nesmírně kulturně vzdělaná a hlavně velice veselá. Jednou jsem s ní byla v divadle a ona se tak nahlas smála na celé kolo, že jsem se až styděla.

Ale zpátky k tomu ústavu. Byl to velký areál, přes

ulici vedly koleje do Ústí nad Labem a pak byla silnička a právě mezi silnicí a kolejemi stála bývalá hospoda, ze které udělali farmakologii – tam jsem pracovala. Testovali jsme infuzní roztoky na myších, potkanech a hlavně na králících. Aplikovali jsme králíkům do ušní žíly různé infuzní roztoky a sledovali jsme jejich efekty na metabolismus, dusíkovou bilanci a podobně. To měl na starosti MUDr. Král, patolog, který tam přišel z vinohradské nemocnice.

Pak jste se ale na Vinohrady vrátila?

Dostala jsem zprávu z fakulty od profesora Hrubého, že se otvírá možnost přihlásit se na pozici odborného asistenta na hygienu výživy do Ústavu dalšího vzdělávání lékařů a farmaceutů – takzvaný „doškolovák“. Přihlásila jsem se a od té doby, od roku 1971 jsem vlastně nepřetržitě ve vinohradském areálu. Tenkrát to tu bylo úplně jinak organizované – byl Institut hygieny a epidemiologie (IHE) přejmenovaný až po roce 1989 opět na Státní zdravotní ústav, fakulta a „doškolovák“ – tam jsem patřila na Katedru hygieny i já. „Doškolovák“ vedl profesor Pavol Macúch, mluvil zvláštní směsicí slovenštiny a češtiny. Dělali jsme vědu i učili. Pořádali jsme také různé doškolovací kurzy, které měl na starost profesor (tehdy ještě docent) Augustin Wolf, říkalo se mu Zdeněk, byl to zvláštní člověk, velice chytrý, ale trochu „trhlý“. Nicméně moc ráda na něj vzpomínám. Já jsem z kurzů měla na starosti výživu – vždycky jsem dostala za úkol sehnat nějaké odborníky z terénu na dané téma a pak naplánovat kurz. Bývaly čtrnáctidenní, protože tehdejší ředitel „doškolováku“ měl pocit, že kratší kurz nemá smysl. Organizovali jsme také školící místa před atestací příslušných hygienických oborů, takže jsem znala „výživáře“ nejen z Prahy, ale z celých Čech, byli

to moc fajn lidé. Všechny ty instituce, včetně IHE byly propojené a takhle to fungovalo celá léta, než přišly politické změny.

Čemu jste se věnovala vědecky?

Vždycky to vlastně byla toxikologie. Testovali jsme třeba tehdy nové sladidlo aspartam, nebo účinky radiace při konzervaci určitých potravin. Později jsem se dostala do pracovní skupiny, která se orientovala na genetickou toxikologii. Snažili jsme se najít informace o chemických látkách z prostředí a o jejich karcinogenních a mutagenních účincích. Zavedli jsme různé krátkodobé testy, kterými jsme se snažili genotoxické účinky látky otestovat a zjistit, co člověku způsobují. Dříve, než by se mohly projevit klinicky diagnostikované nádory, aby bylo možno prosadit preventivní opatření, než se to za nějakých 10, 20, 30 let projeví na populaci. Já jsem dělala bakteriální test (Amesův test prováděný na upravených kmenech Salmonella typhimurium) a říkali mi „matka salmonela“, test je dodnes předepsaný v rámci OECD jako jeden z povinných testů, když se testují genetické aktivity chemických látek. Zaměřovali jsme se na faktory prostředí a kladli si otázku, jak dalece jsou geneticky aktivní látky obsaženy v ovzduší, vodě, půdě a potravinách.

Teplický program

Zaměřovali jste se na konkrétní regiony a konkrétní látky?

Tuto skupinu vedl pan doktor Šrám, který zemřel asi před rokem, byl velice aktivní a měl významné kontakty s odborníky v zahraničí. Genetická toxikologie byl tehdy nový obor. Dal dohromady třeba „teplícký program“ zaměřený na oblast Teplicka, kde bylo spolu s Ostravou

jedno z nejkontaminovanějších ovzduší. Vytvořil se takový triumvirát – doktor Šrám, pan profesor Jelínek, po němž se jmenuje posluchárna na fakultě, a teplícký okresní hygienik pan doktor Kotěšovec – ti dali směr tomuto výzkumu. V oblasti povrchových dolů byla nejzávažnější kontaminace ovzduší. Už v roce 1988, ještě před revolucí, se dokonce konal první protest teplíckých obyvatel proti znečištění ovzduší. Vzduch tam byl tak nasycený oxidy síry a karcinogenními látkami, že se nedalo dýchat. Tamní děti proto jezdily na čtrnáctidenní školy v přírodě, ale pak se vrátily a okamžitě zase začaly mít problémy s dýcháním, dvoutýdenní pobyt v lese nebylo žádné funkční řešení.

V rámci našeho monitorovacího programu jsme dokonce navázali spolupráci se zahraničními partnery, konkrétně s americkou EPA (Environmental Protection Agency) a prostřednictvím profesora Bedřich Moldana i s norským ústavem hygieny ovzduší, takže také norská vláda se zapojila a podporovala naše aktivity. Díky tomu jsme měli možnost sehnat i nějaké přístroje a vybavení, protože jsme do té doby neměli ani počítač.

Když jsme pak na základě našich výsledků zpracovali nějaká doporučení, nebylo jednoduché je prosadit. Velký význam měla politická situace – „já jsem horník, kdo je víc“. Vzpomněla jsem si na dětská léta, kdy jsem dokonce chtěla být „horničkou“. Takže ten postup byl vždycky nesmírně pomalý, jednání s politiky se účastnil kolega Šrám, bylo třeba jim podsouvat myšlenku, že by se mělo něco udělat. Například jsme doporučili dávat vitamin C v šumivé tabletě lidem, kteří pracovali v provozu, kde byli v kontaktu s karcinogeny. Po jeho aplikaci chromozomální aberace opravdu klesaly. Jenže ministerstvo zdravotnictví namítalo, že vlastně pracovníkům způsobujeme problémy s ledvinovými kameny,

že se předávkují a podobně. Zkrátka, často jsme naráželi na nějaké překážky. Nicméně jsme výsledky studie publikovali a dokonce jedna kolegyně pokračovala ve výzkumu ve Spojených státech, kam emigrovala. Takže výstupy jsme měli, ale bylo těžké dosáhnout toho, aby stát naše doporučení aplikoval.

Kamarádka mi vyprávěla, jak v Teplicích v osmém patře paneláku v některých dnech nesměli ani otvřít okna.

Někdy bylo město zahaleno do zeleného štiplavého kouře, bylo to opravdu nesnesitelné. Pamatuji se, jak jsme se byli v povrchových dolech podívat na takzvané ministerské vyhlídce, kam se vodily významné osoby, od nichž bylo možno očekávat podporu (například princ Charles, který měl vždy zájem o životní prostředí, nebo Jane Fonda) a sledovali kráčeující exkavátor, jak odrývá zeminu a ta se pak transportovala na venkovních ničím nekrytých pásech dlouhé kilometry do elektrárny, uhlí se natrásalo a prášilo – ten prach je vlastně nejhorší, prašné částice se potom dostávají až do alveol a plicního parenchymu a vyvolávají řadu zdravotních problémů.

Také se tam dělala velká epidemiologická studie vrozených vývojových vad, ze které vyplývalo, že to prostředí má skutečně vliv na zvyšující se výskyt vrozených vad. Zásahu na tom měl profesor Jelínek. De facto to všecko vysvětloval tím, že se nejhorší účinek chemických látek při vyšších koncentracích projeví tak, že nedojde vůbec k oplodnění, dítě se vůbec nenarodí, spermie se zahubí a nedojde k početí. Teprve když se prostředí trochu zlepší, nastane možnost, že se vrozené vady projeví. Je to paradox mezi tím nejhorším a méně horším – a to se ukázalo i ve výzkumech.



Jaké typy vývojových vad máte na mysli?

Srdeční vady, luxace nebo vady, které se neprojeví nějakou fyzickou změnou, ale poruchou v psychickém vývoji. Teď se hovoří o „endokrinních disruptorech“ – ukazuje se, že chemické látky mají vliv na hormony a poškozují vývoj dětí ještě v embryonálním stavu.

Pak jste nějaký čas pracovala jen v SZÚ?

V roce 1993 přišlo nové vedení do „doškolovaku“ a já jsem se po osmi týdnech vrátila z dovolené a zjistila jsem, že mě odsunuli i s nábytkem do Státního zdravotního ústavu. Ale vlastně jsem stále dělala podobnou práci. Účastnila jsem se systému monitorování zdravotního stavu české populace, měla jsem na starosti právě část, která se týká lidského biologického monitoringu, a to byl opravdu perspektivní směr výzkumu, který vlastně pokračuje dosud.

Jak jste se stala přednostkou Ústavu hygieny na 3. lékařské fakultě?

Byla jsem atestovaná „výživářka“, takže jsem se na něčem domlouvala za náš Ústav výživy s profesorem Andělem a mezi řečí jsem se zmínila, že mi schází výuka. SZÚ pořádal nějaké kurzy pro hygienickou službu, ale nebyla to ta pravá výuka se studenty. No a v prvním období děkanování pana profesora Anděla jsem získala na fakultě úvazek a potom jsem se dokonce stala šéfkou ústavu. Ale já nejsem moc velký manažer, neumím to a nesedí mi to, mám radši bádání v laboratoři. Nerada někoho přemlouvám a neumím lidi motivovat, nemám to správné charisma. A do toho ještě papírování. Děkala jsem, co jsem mohla, ale byla jsem ráda, když mě vystřídal pan docent Dlouhý.

Slovo hygiena se stalo sprostým výrazem

Mají studenti zájem o hygienu?

V podstatě nemají. Po roce 1989 se slovo hygiena stalo sprostým výrazem, protože před tím se studentům na hygienické fakultě hodně vnucovala – mě taky moc nebavilo, když jsme se učili, jak se čistí odpadní vody – to jsou technické věci. Takže všichni byli proti tomu, aby se učila hygiena a dodneška se to moc nezlepšilo. Máme tu ale nutriční terapeutky, které se učí, kde vznikají kontaminanty, jež se dostávají do potravin. Předtím jsme měli kombinované studium bakaláře veřejného zdravotnictví, kam se hlásily třeba laborantky, se kterými se dodnes potkávám, a ty opravdu zájem měly. Nedávno jsem byla na očkování proti covidu a byla tam bakalářka, která se mi připomněla – učila jsem ji, a když psali test, vozila jsem jí kočárek (dnes je jejímu synovi osmnáct). Takové setkání potěší.

Hygiena vždycky byla takovou popelkou, i finančně

A nezlepšilo se to po epidemii covidu?

To jsem také očekávala, ale bohužel. Nedávno jsem narazila na vyjádření pana profesora Konvalinky, který říkal, jak je Státní zdravotní ústav hrubě podfinancovaný. Nejsou tu dobré platy, ale zase docela dobré podmínky pro další vzdělávání, takže se občas stane, že si někdo dodělá studium při práci a zmizí, odejde za lepším platem.

Jak se dala skloubit práce a rodina?

Mám jenom jednoho syna, takže to šlo. Někdy jsem ho vláčela do laborky a on si hrál s Petriho miskami a lezl do velkých krabic, ve kterých byly Petriho misky naskládané. Občas mi pomohli rodiče, nikdy jsem vlastně nepřestala pracovat.

A ovlivnilo syna hraní s Petriho miskami při výběru povolání?

Ne, říkal, že nikdy nebude dělat to, co já. Šel na fakultu sociálních věd a potom ještě vystudoval práva, ale měli dvě malé děti za sebou a stávalo se, že je celý týden neviděl jinak, než spící, tak se přesunul do diplomatických služeb. Pracoval mimo jiné osm let na Filipínách, kde se mi opravdu líbilo, moc ráda jsem je navštěvovala, mám ráda teplo a subtropy. Se ženou mají tři děti a žádné dítě nejde v mých stopách. Asi jsem je odradila, protože já jsem vlastně pořád pracovala, často pod tlakem.

Napadla vás někdy myšlenka prchnout do zahraničí?

Ne, nedokázala bych to, mám vazby tady, měla jsem tu rodiče, otec se dožil 95 let. Možná bych dokázala

žít v Rakousku, Rakušané jsou nám mentálně blízko, umím německy a myslím, že se tam žije dobře. V rámci fakultních studií jsme měli možnost vyjet do zahraničí, takže dvakrát jsem byla s několika kolegy v roce 1967 ve Štýrském Hradci a v roce 1968 jsme jeli do Düsseldorfu. Dostali jsme na cestu pět šilinků, až tam jsme pak dostali nějaké peníze. Byla to zajímavá zkušenost, my jsme se tady u nás vůbec nedostali třeba k odběru krve, nebo k nějakým velkým praktickým věcem. Jen docent Fára, kterého jsme všechny studentky milovaly, nás nechal na plastice šít. Dodneška ještě umím chirurgické uzle. No a pak v tom Grazu, po čtvrtém ročníku, nám sestry (tehdy tam byly řádové sestry) daly jehly a misku a poslaly nás, abychom si odebrali krev. My jsme to ale v životě nedělali. Nebo jsme drželi háky při operacích.

Já jsem dokázala odebrat krev myši z ocásku, ale s odběrem krve člověku jsem měla problémy. I u těch myší mi zpočátku vadilo, když jsem musela sahat na ta chlupatá zvířata. Pak jsem si ale zvykla.

Pracovala jste někdy s jinými zvířaty než s hlodavci?

Jednou jsme měli dva psy, bigly, v rámci nějakého vojenského úkolu, ale už si nepamatuju, o co šlo.

Od pokusů na zvířatech se teď ustupuje, existují alternativní modelové metody na bakteriích nebo na jiných buněčných systémech, které nahrazují zvíře. Takže experimentů na zvířatech postupně ubývá. To je dobře.

Na čem pracujete teď?

Jsem ráda, že se můžu stále účastnit pracovních procesů, sledovat nové EU projekty jako projekt PARC (Partnerství pro odhad expozice a rizika chemických látek). Jedná se o ambiciózní EU projekt a jsem ráda, že mohu uplatnit své zkušenosti prostřednictvím SZÚ. Podílím se na části zaměřené na expozici dětské populace chemickým látkám a zjišťování aktivit podílejících se na expozici. Ale to už je jiná historie.





Prof. Petr Widimský sedmdesátiletý

Pavel Gregor

Psát laudatio na prof. MUDr. Petra Widimského, DrSc., FESC, FACC, se může jevit jako jednoduché. Vzhledem k jeho výjimečným aktivitám a zásluhám na poli kardiologie, české i světové vědy, ale i vzdělávání a formování vlastního pracoviště, je k dispozici tolik materiálu, že

by se jím dal zaplnit rozsah celého čísla časopisu. Na to však není dost prostoru, a tak jsem se musel uchýlit k podstatnému zestručnění do běžné podoby jednoho krátkého článku, jehož napsání je ale mnohem komplikovanější.

Petr vyrůstal v rodině proslulého univerzitního profesora a kardiologa a redaktorky latinskoamerického vysílání Československého (později českého) rozhlasu, jeho bratr je významným profesorem 1. LF UK v Praze. V mládí se věnoval řadě sportů – již během studia na fakultě založil oddíl softballu a baseballu Medicína Praha. Svou aktivní dráhu v tomto sportu zakončil ročním působením v nizozemském klubu HSV Spijkensse v době výzkumného pobytu v Rotterdamu. Dnes se věnuje především turistice a cyklistice a před časem si předsevzal, že vyleze na všechny vrcholy v ČR, což postupně uskutečňuje.

Petr promoval na Fakultě všeobecného lékařství v roce 1979, složil I. a II. atestaci z interny (1982, 1987), atestaci z kardiologie (1992), od roku 2000 je držitelem diplomu Evropské kardiologické společnosti (ESC) *European Cardiologist*. V roce 1983 obhájil kandidátskou (CSc.) a 1995 doktorskou dizertační práci (DrSc.). Jako jeden z prvních evropských kardiologů obdržel v roce 1988 čestný titul *Founding Fellow of ESC* (diplom č. 29), Má všechny potřebné licence ČLK pro katetrizační výkony a funkci vedoucího lékaře.

Po nástupu Petra na II. interní kliniku nyníjší 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady jsem očekával, že se bude věnovat problematice plicní a systémové hypertenze, v níž vynikl pan prof. Widimský starší. To se však nestalo, těmto tématům se Petr naopak spíše vyhýbal a vrhl se na problematiku ICHS a funkce levé komory. Záslouhou doc. Červenky a prof. Víška jsme měli možnost začít pracovat od roku 1979 jako první v republice s vyspělým dvourozměrným echokardiografem – do té doby byly u nás pouze lineární scany, které se pro kardiologii příliš nehodily. Vyšetřování jsme se tehdy věnovali

po skončení naší práce sekundářů. Vzpomínám si, jak jsme v začátcích nacházeli například sedm srdečních komor a řadu dalších anatomických nesmyslů. Příčinou bylo mimo jiné to, že jsme v začátcích byli spíše samouky, neboť v té době nebylo jednoduché získat kvalitní literaturu nebo zaškolení na dobrém zahraničním pracovišti. Přesto už v 80. letech v rámci výzkumu funkce levé komory u infarktu myokardu Petr prokázal do té doby pouze experimentální pozorování amerických výzkumníků, že ke vzniku kardiogenního šoku nestačí jen samotný velký rozsah infarktu, ale je k tomu třeba i postižení zbylých částí koronárního řečiště.

Zpočátku pracoval na II. interní klinice jako sekundární lékař, poté jako vedoucí lékař koronární jednotky. Největší Petrovou zásluhou je však vybudování samostatné vyspělé kardiologické kliniky. Z malého lůžkového oddělení se šesti lékaři se mu podařilo v letech 1991 až 2001 vybudovat největší lůžkové kardiologické oddělení v ČR a později kliniku se 100 lůžky a 45 lékaři. Zahrnul do ní i menší kardiologická oddělení, která byla do té doby provozována na I. interní klinice a nemocnice Na Míčáncích. Funkci přednosty samostatné Kardiologické kliniky 3. LF UK a FNKV zastával velmi úspěšně více než 20 let a podařilo se mu vybudovat špičkové pracoviště, kam se jezdí vzdělávat i množství zahraničních lékařů.

Mimořádné jsou Petrovy zásluhy v invazivní kardiologii. Od roku 1990 působil rok jako *research fellow* Thoraxcentra Erasmovy University v Rotterdamu, za dva roky poté ještě rok jako *clinical training fellow* Thoraxcentra ve Zwolle, kde tehdy pracovala hvězdná sestava evropských katetrizačních špiček – zde zvládl bravurní provádění PCI u infarktu myokardu. To se nakonec projevilo aktivitami a zásluhami, za něž

obdržel řadu ocenění včetně národní ceny za vědu Česká hlava.

Dnes už si nikdo neumí přestavit, že ještě před asi 20 lety se infarkty myokardu léčily nanejvýše systémovou trombolýzou, a to jen v pracovní době a na lokálním pracovišti, kde nezřídka žádný kardiolog ani nepracoval. Myšlenka, že by byl někdo s akutním infarktem převezen několik kilometrů do kardiocentra, byla pokládána za zcela scestnou. Bezkonkurenční zásluhou Petra byla organizace studie PRAGUE-1, do níž zapojil řadu nemocnic v Čechách i na Moravě a v jejímž rámci prokázal přínos léčby infarktů přímou PCI. Dnes je to samozřejmé, ale v začátku celého tohoto projektu bylo velké nepochopení a nedůvěra tehdejších kardiologických špiček. Při prvních pokusech o schválení studie PRAGUE na ministerstvu zdravotnictví neuspěl, neboť převládal názor, že převážení nemocných se STEMI do kardiocenter je neetické a nebezpečné. Po pozdějším zavedení této metody ve FNKV klesla úmrtnost na infarkt myokardu z 11 na 4 %. Práce, které ze studie PRAGUE 1 a 2 vzešly, patří mezi nejcitovanější, staly se součástí českých a později i evropských a amerických doporučení a podstatnou součástí světového vědního fondu. Neměla by zapadnout ani skutečnost, že následně proběhla řada dalších studií PRAGUE (v současnosti probíhá PRAGUE 26), jejichž výsledky byly prezentovány na nejvýznamnějších evropských a světových kardiologických kongresech, kde zazněly v sekcích typu *Hot Lines* či *Late Breaking Clinical Trials*. V roce 2013 byl pozván organizátory ESC v Amsterdamu, aby proslovil slavnostní Grüntzigovu přednášku, což patří k nejvyšším poctám, kterými se může pyšnit jen několik nejvýznamnějších světových invazivních kardiologů.

V roce 2008 se stal zakládajícím předsedou nového celoevropského projektu *Stent for Life*, organizovaného Evropskou asociací Intervenční kardiologie (EAPCI), o osm let později pak zakládajícím předsedou nové evropské mezioborové rady pro cévní mozkové příhody *Council on Stroke* s cílem zavést a rozšířit aktivity perkutánních intervencí u mozkových cévních příhod.

Naprostu neuvěřitelná a nevídaná je skutečnost, že Petr patří k nejcitovanějším světovým vědcům, jehož H-index překročil hodnotu 100. Dle společnosti ISI Thomson Reuters jsou mezi třemi tisíci nejcitovanějšími vědci z celého světa pouze čtyři z ČR. Petr je mezi nimi jako jediný lékař. Čtveřici doplňuje dále přední odborník AV ČR v oblasti výpočetní a teoretické chemie (P. Hobza), zbývající dva jsou P. Pyšek a zemřelý V. Jarošík (oba z Botanického ústavu AV ČR).

Petr je členem redakčních rad významných časopisů, mimo jiné *Europeaan Heart Journal*, *Acute Cardiac Care*, *Cardiology* a řady dalších. Čtyři roky byl členem výboru ESC, po jedno volební období pak dokonce jejím viceprezidentem a 16 národními kardiologickými společnostmi byl nominován i na jejího předsedu. Opakovaně byl i členem výboru České kardiologické společnosti a jednou i jejím předsedou. Je čestným členem britské, polské, slovenské a maďarské kardiologické společnosti. V roce 2016 obdržel čestné uznání mensy ČR za významný přínos inteligenci národa, propagaci duševní kultury a šíření dobrého jména ČR ve světě. Je držitelem nejvyššího ocenění ESC – zlaté medaile – a dále i zlaté medaile UK.

Jak se lze k něčemu podobnému propracovat? Je k tomu třeba dle mého názoru kombinace tří předpokladů: především mimořádné invence a intelektu, dále pak absolutní vědecké poctivosti a samozřejmě i výjimečné



píle – všechny tyto předpoklady jsou u Petra naplněny v míře více než vrchovaté. K tomu přistupuje i zapálení pro medicínu a samozřejmě především pro kardiologii. Sám musím říct, že jsem se dosud nesetkal s nikým, kdo by docílil takovýchto výsledků, a to ani když do toho zahrnu nejvyšší autority z našeho oboru, které jsem měl možnost za svého života osobně poznat. Je samozřejmé, že uvedené výsledky vycházejí z rozsáhlé kardiologické praxe a širokého rozhledu v celé medicíně, kterou osvědčil v každodenní mnohaleté péči o kardiologicky nemocné a ve funkci přednosta kliniky.

Velmi aktivní byl Petr v akademických funkcích, a to jak v rámci Univerzity Karlovy, tak 3. lékařské fa-

kulty UK. V roce 1990 byl zvolen členem předsednictva akademického senátu 3. LF UK a současně i senátu University Karlovy. V letech 2000 až 2003 působil ve funkci prorektora Univerzity Karlovy pro rozvoj, za tuto práci mu byla udělena zlatá pamětní medaile Univerzity. Řadu let byl členem vědeckých rad UK i 3. LF. V roce 2010 byl jmenován proděkanem 3. LF UK pro vědu a akademické postupy, následně byl zvolen do funkce děkana této fakulty, kterou ve druhém volebním období zastává dosud a doplňuje tak úspěšně řadu vynikajících děkanů, na které měla fakulta v posledních letech štěstí.

Navíc bych zdůraznil i jeho skromnost. Nikdy se s ničím nechlubil, a to ani s věcmi, které byly opravdu výjimečné. Skutečnost, že získal nejvyšší ocenění Evropské kardiologické společnosti – zlatou medaili – jsem se dozvěděl až několik týdnů po jejím udělení, a to ještě úplnou náhodou. Petr se mi o tom vůbec nezmínil, přestože jsme byli v každodenním kontaktu. Přitom jde o mimořádné ocenění, které spolu s ním v té době získali pouze dvě mimořádné osobnosti (ikonický A. Carpentier z Paříže, který je „otcem“ umělých biologických chlopní i prstence pro plastiku mitrální chlopně, a sir R. Collins z Oxfordu – faktický zakladatel randomizovaných studií).

K tomu přistupuje i skutečnost, že v případě Petra se za vnější cílevědomou slupkou skrývá velmi slušný, férový a poctivý člověk, který by nikomu neublížil a naopak nezištně pomáhá. Kdybych měl vyjmenovat několik desítek osob a osobností, jimž díky své obětavosti a velkorysosti významně pomohl, vedl a inspiroval je v jejich odborné nebo vědecké práci včetně školitelství v PhD, zabralo by to velkou část tohoto článku. A to se zdaleka netýkalo pouze lékařů z našeho pracoviště, ale i z dalších a v řadě případů i zahraničních lékařů a pracovišť.

Společně jsme zažili řadu kongresů v nejrůznějších částech světa, často jsme tyto cesty spojili s dovolenou a zajímavými zážitky. Sám vzpomínám na jeden z „historických“ – kongres ESC v Nice v roce 1993, kam jsme se vypravili mým Favoritem, do té doby vcelku spolehlivým. Při zpáteční cestě jsme jeli kolem proslulé závodní dráhy v Monze, kterou jsme zatoužili vyzkoušet. Chystali jsme se tam s Favoritem vjet, naštěstí nás duchapřítomný pořadatel stačil včas zastavit – probíhaly tam právě závody formule 3, kam by se náš Favorit určitě nehodil. Naše vozidlo se pak cestou domů na dálnici

u Milána najednou zastavilo a přestalo odpovídat na jakékoli podněty a domluvy, jako kdyby se nám chtělo pomstít za úmysl potrápít jej na závodním okruhu. Přivolaní mechanici po delší diagnostické činnosti závadu rozpoznali a jeden z nich začal radostně poskakovat a vykřikovat „alternatore rotto, batteria marasma“, což se poté pro nás stalo jakýmsi zaklínadlem, které jsme používali určitou dobu i jako náhražku některých jadrnějších českých výrazů. Nutno poznamenat, že tito mechanici Favorita zresuscitovali tak, že potom ještě dost dlouho jezdil s transplantovanou částí shnilého alternátoru a novou baterií.

Věk 70 let není pro Petra žádnou velkou hranicí. Bylo mu dáno vcelku dobré zdraví, které si dále upevňuje zdravým životním stylem a sportem, velkým bonusem je i příslušnost k velmi dlouhověkové rodině. Ze dvou manželství má celkem pět šikovných dětí a má velmi příjemnou, hezkou a milující manželku.

Jistě se nepředpokládá, že by laudatio pojal pisatel jako kritiku oslavované osoby. V případě Petra si však opravdu nemohu vzpomenout, jaké negativní vlastnosti bych u něj zmínil. Snad jen tu jeho přílišnou náročnost a pracovitost, která některým může trochu vadit, ale ve skutečnosti je to spíš obdivuhodná vlastnost. Sám si pokládám za štěstí, že jsem měl možnost s ním být více než 40 let jako jeho blízký spolupracovník a kamarád.

Proto bych ti, Petře, chtěl popřát jménem svým i jménem spolupracovníků všechno nejlepší do dalších let a nám ostatním bych pak přál, abychom mohli s tebou dále spolupracovat a být tvými přáteli.



Snažíme se najít mechanismus, který by efektivně snižoval bažení po droze

Jolana Boháčková

Na jednom z loňských zasedání Vědecké rady 3. LF UK dostala u příležitosti životního jubilea pamětní medaili doc. PharmDr. Magdalena Šustková, CSc., z Ústavu farmakologie. Dlouhodobě zkoumá principy závislostního chování u myší a potkanů s cílem najít mechanismus a tedy i léčivo, které by v budoucnu pomohlo zlepšit neuspokojivou farmakoterapii relapsů u uživatelů návykových látek. Rovněž přímo v terénu monitoruje českou drogovou scénu a své poznatky sdílí na evropských odborných setkáních. Stojí za projektem *Drugs Info Site*.

Věnujete se problematice závislostního chování a ghrelinu. Řeknete nám o tom víc?

Experimentální výzkum, který probíhá na našem Ústavu farmakologie, respektive v neuropsychofarmakologické výzkumné skupině, kterou vedu, se zabývá převážně mechanismy závislostního chování a v rámci tohoto výzkumu se už řadu let věnujeme také problematice ghrelinu. Je to orexigenní hormon, který se účastní nejenom homeostatického příjmu potravy (tedy když nám dojde energie, vyplaví se ghrelin a vede nás k příjmu potravy), ale hraje i důležitou roli v odměně či požitku z příjmu potravy a v přejídání. Na základě tohoto poznatku se začalo zkoumat, jestli by ghrelin nemohl hrát úlohu i v příjmu drog. Začalo se s alkoholem, protože alkohol je potrava i droga, a byly nalezeny významné souvislosti. Testovalo se také, jestli ghrelinový antagonismus sníží spontánní příjem alkoholu – což se potvrdilo. Začaly být tedy studovány i jiné drogy.

Jako jedni z prvních v republice jsme začali používat metodu mikrodialýzy in vivo – využili jsme ji k výzkumu uplatnění centrálního ghrelinového mechanismu v opioidních typech závislostí a postupně dále u metamfetaminové a u kanabinoidní závislosti. Testujeme také, zda by užití ghrelinového antagonismu a jeho případných dalších modulací mohlo vést ke snížení žádostivosti (*craving*) po droze.

Co je tedy cílem výzkumu?

Náš výzkum směřuje k nalezení potenciálního nového mechanismu a léčiva, které by v budoucnu pomohlo zlepšit především neuspokojivou farmakoterapii relapsů u zmíněných závislostí. Farmakoterapie představuje relativně malou část komplexní terapie závislosti, ale když se sníží abstinenční příznaky a „*craving*“ takto

chemicky, může to člověka do jisté míry „srovnat“ a on pak má prostor řešit spoustu dalších problémů spojených se závislostí. Snažíme se vlastně najít mechanismus, který by efektivněji snižoval žádostivost po droze a relapsy, tedy návraty k droze.

To je aktuálně největší výzva v rámci drogové problematiky, protože současná farmakoterapie je relativně úspěšná při snižování abstinenčních příznaků, ale prevence relapsů je stále hodně neuspokojivá. U některých typů závislostí, jako je třeba metamfetaminová (u nás hodně častá) nebo kanabinoidní, nemáme zatím žádnou cílenou farmakoterapii, schválená je pouze symptomatická léčba.

Jak konkrétně výzkum probíhá?

V našem výzkumu využíváme CNS mikrodialýzu in vivo tak, že nejprve v celkové anestezii stereotakticky implantujeme vodič pro tenoučku kanylku se semipermeabilní membránou do vybrané mozkové struktury potkana. Vodič se fixuje k lebce potkana zubním cementem a po zotavení ze zákroku vsuneme do vodiče mikrodialyzační semipermeabilní kanylku, promýváme ji velmi pomalu (maximálně dva mikrolitry za minutu) izotonickým roztokem s mozkomíšním mokem a v pravidelných intervalech odebíráme dialyzáty. Zvíře se přitom volně pohybuje v experimentální kleci a může reagovat na podání léčiva, přítomnost dalšího zvířete a podobně. Můžeme tedy paralelně monitorovat změny v chování potkana (metodu máme zavedenou i u myši) a změny v koncentraci vybraných neurotransmiterů a jejich metabolitů v příslušné mozkové struktuře. Tím se nám odkrývá mechanismus toho, co se v mozku děje, a na základě znalostí mechanismů závislosti je pak možné najít efektivnější léčivo či kombinaci léčiv.

Samozřejmě užíváme specifické modely závislosti, včetně sofistikované metody intravenózní autoaplikace – to znamená, že potkanovi v anestezii zavedeme katetr do srdce a potom ho umístíme do pokusné klece, kde má možnost volby mezi dvěma páčkami. Jedna z nich je spojená s předprogramovanou infuzní pumpou, a když ji potkan zmáčkne, sám si aplikuje dávku látky přímo do žíly. Pokud ho účinek osloví a pociťuje nějakou změnu, kterou chce opakovat, začne mačkat přednostně páčku spojenou s infuzní pumpou. Tuhle metodu můžeme zkombinovat i se zmíněnou mikrodialýzou a současně vidíme, k jakým změnám dochází v mozkových strukturách.

Dále pracujeme s modelem podmíněné preference místa, který je založený na systému tří propojených boxů a zvíře si vybírá, kde bude pobývat. Krajiní boxy jsou stejně velké a pro potkana rozlišitelné třeba barevně nebo materiálově, takže zvíře přesně ví, kde je, a mezi nimi je malý neutrální prostor. Když v jednom z boxů opakovaně aplikujeme potkanovi několik dnů návykovou látku (při uzavřených dvířkách), potkan si spojí charakteristiky prostředí boxu s účinkem drogy. Poté boxy opět propojíme a sledujeme volný pohyb potkana. Vidíme, že se zdržuje významně delší dobu v oblasti, kde jsme mu aplikovali drogu.

Závislostní chování je hodně spojené s prostředím, ve kterém se odehrává. Závislý uživatel citlivě a intenzivně registruje předměty a vjemy, které má spojené s užitím drogy všude v okolí - „cues“. Pro kuřáka je to třeba kouř, cigareta, krabička nebo trafika, pro alkoholika cinkání skleniček, vůně alkoholu a podobně.

V setu boxů metody drogou podmíněné preference místa můžeme také testovat, zda pomocí (pre)medika-

ce nějakou látkou, potenciálním léčivem, snížíme „craving“, tedy preferenci boxu, ve kterém jsme předtím opakovaně drogu podávali. Model ale může testovat i to, zda látka ovlivňuje pocit odměny spojený s užitím drogy. Když podáváme látku současně s drogou během opakovaných aplikací při podmiňování s boxem, pokud látka snižuje pocit odměny, preference pro box spojený s aplikací drogy se nevytvoří, nebo je menší.

Závislost u člověka funguje na stejném principu?

Závislostní vztah je zjednodušeně ztráta kontroly nad určitou činností a preference této činnosti z různých důvodů i přes její jasné škodlivé důsledky, k čemuž může dojít u zranitelných jedinců (genetické predispozice, psychické poruchy a onemocnění, nadměrný a dlouhodobý stres a frustrace, děti a mladiství a řada dalších faktorů). Závislé chování se může vyvinout prakticky na čemkoliv, většinou na principu rychlé spolehlivé odměny (pořádání čokolády, sexuální chování, gambling, užívání návykových látek a podobně). Zpočátku daná činnost nebo droga plní to, co člověk potřebuje (zábava, úleva od bolesti, útěk nebo řešení nějakých frustrací), postupně při častých opakováních v souhrě s dalšími faktory a jejich kombinacemi, které už jsem naznačila a jsou podkladem zmíněné zranitelnosti jedince, může postupně dojít k rozvoji závislostního vztahu.

Aktivace mozkového systému odměny

Různé návykové látky působí různými mechanismy a mají různé účinky, přitom ale mohou navodit závislost s obdobnými změnami v chování (ztráta kontroly nad užíváním, zvyšující se příjem látky, abstinenční příznaky či nevladatelná touha po další dávce).

Adiktologický výzkum zjistil, že všechny známé návykové látky navozují uvolnění dopaminu v mozkové struktuře „nucleus accumbens (NAC)“, jež je součástí mozkového systému odměny, který je zásadní pro přežití jedince i rodu. Aktivity důležité pro přežití jako například příjem potravy či sexuální chování navodí zvýšenou koncentraci dopaminu v NAC, což je provázeno příjemným pocitem (odměna), takže člověk má tendenci tuto aktivitu opakovat. Vylitím dopaminu v NAC se zároveň aktivuje celý neuronální systém odměny a jeho propojení s centry a okruhy paměti i rozhodování, kontroly a motivace. Zvýšení hladiny dopaminu v NAC znamená, že to, co ho způsobilo, je pro člověka důležité a bylo to lepší, než jsme očekávali – takže mozkové systémy automaticky zaznamenávají a uchovávají příslušné souvislosti a cesty k těmto novým důležitým zdrojům odměny, aby je člověk dokázal v okolí vyhledat a identifikovat a mohl úkon zopakovat (princip registrace „cues“).

Kvalitní potrava či sex zvýší hladinu dopaminu v NAC zhruba 20krát. Návykové látky svým farmakologickým mechanismem zvýší koncentraci dopaminu v NAC mnohonásobně vícekrát (100krát až 500krát). Toto mohutné vylití dopaminu je mimořádně masivním nefyziologickým aktivátorem přednastavených neuronálních systémů a propojení a dochází k okamžitému vytváření asociací se zdroji této mimořádné odměny, která je zpravidla pocítovaná jako slast (*high*).

Zpočátku užíváním drogy tedy člověk vyhledává zopakování „slasti“, v dalších fázích vyvolání slasti vyžaduje aplikace stále větších dávek (tolerance), při vynechání dávky se objevují abstinenci příznaky a člověk se čím dál více soustřeďuje na drogu, zanedbává jiné aktivity a zranitelný jedinec postupně ztrácí kontrolu

nad užíváním drogy. Opakované nepřírozně masivní aktivace systému odměny a abstinenci stresy navozují v mozku různé strukturální a funkční adaptační změny, snižuje se funkceschopnost kontrolních a rozhodovacích center, upevňují se paměťové okruhy spojené s drogou a motivace k jejímu vyhledávání. Přenastavený mozek závislého směřuje přednostně k droze.

Jak jste se vlastně dostala ke zkoumání závislosti?

Byla to shoda náhod. Když jsem přešla na fakultu z Výzkumného ústavu pro farmacii a biochemii, zapojila jsem se do výzkumu profesora Kršiaka, který se zabýval bolestí a analgetiky, kam patří i opioidy, a jedním z jejich nežádoucích účinků je rozvoj závislosti. Během své osmiměsíční stáže v Miláně, kde jsem se naučila metodu mikrodialýzy, jsem se už zabývala závislostí a po návratu domů jsem na to navázala. Lákalo mne, že systém odměny je jedním z nejzásadnějších hybatelů, jež ovlivňuje chování, a navíc je to velmi pestrá a komplexní problematika a to mě baví.

Sběr vzorků přímo v terénu

Stojíte i za projektem „Drugs Info Site“...

To je také moje dlouhodobá aktivita. V roce 2002 bylo založeno *Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti při Úřadu vlády ČR* jako součást informační sítě *Evropského monitorovacího centra pro drogy a drogovou závislost (EMCDDA)* v Lisabonu a sestavoval se kolektiv lidí, kteří by se v rámci evropské spolupráce ujali sběru dat týkajících se nových fenoménů na drogové scéně a nových syntetických drog. Tehdy se tady hodně objevovala extáze jako taneční droga a měla v sobě často různé příměsi, které způsobovaly uživatelům potíže i nebezpečné intoxikace.

Takže jsme s mým tehdejší studentem Tomášem Páleníčkem (dnes působí v Národním ústavu duševního zdraví) začali organizovat aktivní sběr a testování drog užívaných na českém trhu. Do té doby bylo známo jenom to, co zachytila policie na hranicích, na letišti nebo při různých zátazích, případně v nemocnici při intoxikacích.

Chodili jste přímo do terénu?

Začali jsme chodit sbírat vzorky na různé taneční party, kde jsme se zároveň snažili šířit osvětu o rizicích užívání drog. V posledních letech jsme tyto aktivity mohli obnovit a vylepšit pomocí sofistikovanějších analýz vzorků přímo na místě a v případě potřeby následných přesných laboratorních analýz ve spolupráci s VŠCHT. Na tanečních akcích máme označený stan, kam přicházejí lidé se vzorky, které anonymně vkládají do sběrného boxu k analýze, a při té příležitosti se od nás dozvídají o rizicích látek a jejich kombinacích, interakcích s léčivými, možnostech léčby a podobně. Jde tedy o širší „harm reduction“ aktivity, které poskytujeme i mimo taneční party – jeden ze vznikajících sítí anonymních sběrných boxů je trvale umístěn i na našem ústavu farmakologie (pod mým dozorem). Každý rok také jezdím jako národní korespondent pro nové fenomény na drogové scéně za Českou republiku na společný evropský meeting korespondentů, kde si předáváme informace a zkušenosti.

Některé drogy jsou dnes poměrně snadno dostupné, třeba kratom nebo nikotinové sáčky. Vědí lidé, jaké mají účinky a rizika?

Myslím, že se v tom mladiství, ani jejich rodiče moc nevyznají, protože dostupných validních informací

je minimum. Kratom je u nás dosud volně prodejný nejen v internetových obchodech, ale i pomocí široce rozšířených automatů, přístupných všem včetně dětí, kde je nabízen jako „sběratelský předmět“ bez jakéhokoliv popisu, upozornění na rizika interakcí, závislosti a podobně, což je absurdní a alarmující, protože masivnější užívání kratomu může způsobit závislost opioidního typu a léčba není jednoduchá. Také nikotinové přípravky jako nikotinové sáčky nebo želatinové medvídci s nikotinem byly u nás ještě před létem všem volně prodejně, naštěstí je jejich prodej nyní již oficiálně limitován věkem nad 18 let, stejně jako je tomu u elektronických cigaret. Zdravotní rizika kratomu a nikotinových produktů nejsou obecně tak vysoká jako například u heroinu nebo u kokainu, ale rizika zde jsou a za určitých podmínek nezanedbatelná (dětský a adolescentní věk, nevhodné kombinace, užívání nadměrných dávek či predispozice k rizikům). Proto vítám právě probíhající dlouho očekávanou novelizaci zákona o návykových látkách, která vytvoří novou skupinu „imunomodulačních látek“ a legislativně tak zaručí, aby tyto a další podobné látky nebyly dostupné dětem a mladistvým.

Konzervativní Češi

Jak se za těch dvacet let, co testujete návykové látky, změnila drogová scéna?

Přestože je Česko tranzitní zemí a prochází tudíž mnoho nových syntetických drog, uživatelé jsou poměrně konzervativní, snad proto, že základní zástupci klasických drog jsou na našem trhu relativně dostupní. Nové syntetické drogy vlastně simulují účinky klasických drog – tlumivý a analgetický účinek, stimulační účinek, zvýšení energie, empatie a tělesných pocitů

a halucinogenní, respektive psychedelický účinek. S určitou nadsázkou, na českém černém trhu se tradičně vyskytuje metamfetamin (pervitin se stále vyrábí v řadě malých varen), z opioidů na černý trh proniká buprenorfin a fentanyl, uživatelů heroinu ubylo, v lese rostou lysohlávky a na zahrádkách konopí. U nás je trestná výroba, šíření a prodej drog, ale uživatele nekriminalizujeme za užití drogy a držení malého množství látky je přestupkem. Potřeba vyhledávat nové syntetické drogy tedy není tak výrazná, ale samozřejmě se u nás vyskytují a užívají a je nutné mít o jejich pohybu a spotřebě přehled. Řada z těchto nových látek je totiž toxičtější a návykovější než klasické drogy.

Ze změn, které pozorujeme na naší drogové scéně v posledních zhruba dvaceti letech, můžeme namátkou zmínit, že vedle pologovaných barevných tablet extáze (MDMA) se často objevuje její krystalická forma, která se užívá přímo ze sáčku. Na opioidní scéně nad heroinem postupně převážil buprenorfin, v posledních letech se zvyšuje užívání fentanylu a objevují se i nové velmi účinné a toxické syntetické opioidy – v běžné obálce putuje po Evropě poštou třeba 1 mg látky, z níž lze vytvořit až tisíc dávek. Je jasné, že záchyt těchto opioidů je velmi problematický. Také marihuana se proměnila, na trhu máme převážně vysoce potentní speciálně vyšlechtěné typy konopí a i u nás se můžeme setkat s technickým konopím postříkaným vrstvičkou účinných syntetických kanabinoidů. Nejtypičtějším fenoménem doby jsou kombinace látek. Kombinuje se všechno se vším.

A co šíření HIV skrze uživatele drog?

U nás máme minimum HIV pozitivních, kteří se nakazili skrze užívání drog, což je dáno tím, že máme již

mnoho let velmi účinný systém vyměňování stříkaček v rámci promyšlených „harm reduction“ aktivit, na které můžeme být u nás v Česku oprávněně hrdí.

Další kapitolou by mohly být léky?

Léky se u nás i ve světě masivně zneužívají (benzodiazepiny či analgetika), proto klademe na srdce médiům, aby si všímali u pacientů určitých příznaků, jež by mohly souviset s probíhající závislostí. Pokud předepisují léky, které mohou navodit závislost, měli by pečlivě kontrolovat medikaci a poučit své pacienty.

Pilulková kultura je v Čechách poměrně stará...

Nejenom v Čechách. Demonstruje to například epidemická opioidní krize v Americe. Lidé bohužel často nepřístupují aktivně ke svým problémům a řeší je pouhou konzumací léků. Takže místo, aby cvičili a rehabilitovali, když je bolí záda, pouze si vezmou prášek. To je ten princip rychlé a spolehlivé odměny, který často vede k závislosti.

Vedete kurz „Drogy a závislosti“, který je otevřený i odborné veřejnosti. Je žadáný?

Kurz je přístupný zdravotnické veřejnosti a lidé skutečně přicházejí. Někdo absolvuje celý kurz, někdo chodí jen na některé vybrané přednášky. Jde o diskuzní přednášky s našimi špičkovými odborníky v oboru adiktologie a přidružených oblastí, kteří dokážou mluvit o své problematice zajímavě s velkým nadhledem a zaujetím. Některá témata se během let obměňují podle toho, jak se mění situace na drogové scéně, zabýváme se například i problematikou poruch příjmu potravy a závislostním chováním, nelátkovými závislostmi a podobně.

Nabízíte také povinně volitelný kurz „Základy fytofarmacie“, který není úplně běžně v nabídce lékařských fakult.

Je to kratší kurz o sedmi setkáních pro mediky i bakaláře, ve kterém chci studenty více seznámit s touto tak trochu přehlíženou a podceňovanou oblastí farmakoterapie. Rostliny jsou tradiční nevyčerpatelnou studnicí účinných léčebných mechanismů a látek, pochází z nich velké množství (ne-li většina) mechanismů užívaných definovaných léčiv. Rostlinná léčiva – fytofarmaka se užívají ve formě fyzikálně zpracovaných částí rostlin, extraktů, tedy nemají přesně definovaný obsah. Jde o směsi látek, které lze dávkovat jen přibližně. Proto se jedná o rostlinné části s obsahem málo toxických látek, které mají spíše modulační účinky, zato s širším spektrem efektivity (lze jimi ovlivnit více složek syndromu), takže jsou velmi vhodné pro prevenci rozvíjejících se potíží, prevenci komplikací nemoci, doléčování a dlouhodobější přístupy.

V zahraničí (třeba v sousedním Německu, kde je fytofarmacie mnohem více rozšířená) se potvrzuje, že větší využití rostlinných léčivých přípravků umožní výhodně rozšířit a obohatit léčebné pole a farmakoterapeutické přístupy, ale je důležité mít potřebné znalosti, protože i fytofarmaka vykazují při nesprávném užívání nemalá rizika a některé nevhodné až závažné interakce. Fytofarmacie má také svoje místo při snižování nežádoucích účinků některých definovaných léčiv či naopak ve zvyšování efektivity běžící farmakoterapie. Těší mě, že studenti mají o kurz opravdu velký zájem.

Lidé se o fytofarmaka stále víc zajímají. Využívají rostliny k výrobě léčiv farmaceutické společnosti?

Rostlinná léčiva představují zejména pro výrobce poměrně problematickou oblast – drahou, zranitelnou a komplikovanou, takže se jí výrobci léků spíše vyhýbají. Podle mě je to trochu díra na trhu, nicméně obor se (doufejme) i u nás brzy oživí, protože zájem o fytofarmaka stoupá. Lékař i pacient by měl mít k dispozici více rostlinných certifikovaných léčiv, zatím u nás v oblasti rostlinných produktů vysoce převládají doplňky potravy, které většinou nemusí splňovat velmi přísná kritéria na kvalitu. Samozřejmě by lékaři měli mít o fytofarmacii větší povědomí, vědět kdy a jak fytofarmaka pro optimalizaci léčby nejlépe využít.

Jaké rostliny se u nás nejčastěji užívají jako léčivo?

Nejnámější je asi konopí pro léčebné využití (chronická bolest různého typu), dále třezalka tečkovaná (přírodní antidepresivum, u gastrointestinálních potíží či zánětu), jinan dvoulaločný – ginkgo biloba (zlepšuje prokrvení zejména mozku), heřmánek pravý (u zánětlivých procesů, trávicích obtížích či nachlazení), jitrocel kopinatý a břechtan popínavý (u zánětů horních cest dýchacích nebo kašle), plody palmy serenoa repens (u benigní hyperplazie prostaty) a řada dalších.

Na iVysílání České televize je k vidění šestidílný dokument „Česko na drogách“. Odborníci v něm provázejí diváky světem drog a vysvětlují jejich vliv nejen na organismus jedince, ale i na celou společnost. Dotýkají se rovněž historie užívání návykových látek u nás a ve světě. Mezi odborníky vystupuje také doc. Magdaléna Šustková.

Čtyři nové profesorské tituly pro osobnosti 3. lékařské fakulty

Prezident republiky Petr Pavel na návrh vědeckých a uměleckých rad vysokých škol podepsal dne 27. listopadu 2023 jmenovací dekrety nových profesorek a profesorů vysokých škol a o dva týdny později jim je spolu s ministrem doc. Mikulášem Bekem ve Velké aule

Karolina osobně předal. Ze 72 jmenovaných profesorek a profesorů si profesorský dekret převzalo celkem 27 osobností z Univerzity Karlovy a 4 osobnosti z 3. lékařské fakulty.



prof. MUDr. František Duška, Ph.D.,
přednosta Kliniky anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a FNKV, v oboru anesteziologie a intenzivní medicíny



prof. PhDr. Kamila Řasová, Ph.D.,
v oboru kinantropologie, působí na Klinice rehabilitačního lékařství 3. LF UK a FNKV v Praze



prof. MUDr. Robert Rusina, Ph.D.,
přednosta Neurologické kliniky 3. LF UK a Fakultní Thomayerovy nemocnice, v oboru neurologie



prof. MUDr. Renata Soumarová, Ph.D.,
přednosta Radioterapeutické a onkologické kliniky 3. LF UK a FNKV v Praze, v oboru onkologie

Pochvalme se aneb vědecké a medicínské úspěchy 2023

Co se v loňském roce na ústavech a klinikách 3. lékařské fakulty povedlo?

Ústav anatomie 3. LF UK

prof. MUDr. Petr Zach, CSc.

V roce 2023 se podařilo uzavřít smlouvu o vědecké a výukové spolupráci mezi UK a Florentskou Univerzitou (podepsala za UK rektorka prof. Milena Králíčková) – vznik smlouvy inicioval seniorský vědecký pobyt prof. Zacha na Florentské univerzitě v roce 2022. Následně na ústavu Anatomie hostovali prof. Anammaria Morrelli, prof. Daniele Nosi a dr. Daniele Lana. S prof. Daniele Nosi byl publikován článek v časopise s IF na téma reaktivní astroglie u transgenního modelu Alzheimerovy nemoci u myši.

MUDr. Anastasiya Lahutsina v OR Neurověd úspěšně obhájila Ph.D. práci na téma morfologie mozkové kůry u schizofrenie a získala stipendium na vědecký pobyt na Florentské univerzitě v roce 2024.

Do týmu anatomie přibyl Mgr. Martin Kocourek, Ph.D., který je odborníkem na evoluci mozku u ptactva a posílil tak neurovědné zaměření ústavu.

Došlo k významnému sloučení a sjednocení testových otázek a systému testování v modulu IA za pomoci iPadů. Nyní první (modul IB), i druhý ročník (modul IA) medicíny má stejný systém testování.

V laboratoři SLEZ byly opublikovány dva zásadní články v prestižních časopisech *Nature* a *Proceedings of National Academy B* na téma morfologie skeletu u hadů a ještěrek pomocí mikro CT.

Kardiologická klinika 3. LF UK a FNKV

prof. MUDr. Petr Toušek, Ph.D.

Jedním z největších úspěchů byla modernizace sálového provozu Kardiologické kliniky. Nový komplex sestávající z pěti katetrizačních a implantačních sálů pro intervenční kardiologii, angiologii a arytmiologii, kte-

ré jsou vybavené moderními angiografickými systémy od společnosti Philips a další špičkovou technikou, se rozkládá na tisíci metrech čtverečních. Nyní můžeme velkému počtu pacientů poskytovat moderní, efektivní

a bezpečnou péči a týmům naší kliniky zajistit příjemné pracovní prostředí.

Dalším velkým úspěchem je prestižní národní cena Česká hlava pro prof. MUDr. Zuzanu Mořovskou, Ph.D., za vynikající přínos na mezinárodní úrovni v oblasti kardiologie. 1. místo v ceně Alberta Schweitzera za medicínu, kterou uděluje francouzské velvyslanectví, získal náš postgraduální student MUDr. Jan Mizner. A za mimořádný vědecký počín, splňující nejvyšší mezinárodní nároky na původnost, kvalitu i závažnost dopadů na lékařskou praxi získal ocenění Univerzity Karlovy Cenu Bedřicha Hrozného doc. MUDr. Karol Čurila, Ph.D., konkrétně za výzkum a patent ultra-vysoko-frekvenčního EKG.

Máme velkou radost také z významného navýšení poskytnuté zdravotní péče díky velkému nasazení celého týmu lékařských i nelékařských zdravotních pracovníků. V roce 2023 bylo na klinice hospitalizováno 5 973 pacientů (nárůst o 15,6 % oproti roku 2022) a provedeno 5 186 invazivních/intervenčních výkonů (nárůst o 15,7 % oproti roku 2022). Ve specializovaných ambu-

lancích bylo vyšetřeno přes 16 tisíc pacientů (nárůst cca o 8 % oproti roku 2022).

Z hlediska výuky k úspěchům patří vybudování moderní posluchárny s možností sledovat přímé přenosy ze čtyř sálů a realizovat interaktivní výuku v pregraduálním i postgraduálním vzdělávání.

V oblasti vědy jsme získali grantovou podporu Agentury pro zdravotnický výzkum v oblasti intervenční léčby plicní embolie – projekt PRAGUE-26 (hlavní řešitel doc. Kočka), a zahájili další výzkumné multicentrické projekty v oblasti arytmiologie (hlavní řešitelé prof. Osmančík a doc. Čurila). Rovněž jsme získali univerzitní podporu pro Univerzitní výzkumné centrum pro roky 2024 až 2029 – Výzkum vlivu patofyziologických mechanismů v moderní léčbě kardiovaskulárních chorob (hlavní řešitel prof. Toušek). Oceňuji také velké nasazení v dokončování projektu týkajícího se pacientů v kardiogenním šoku PRAGUE-23 (hlavní řešitelka prof. Mořovská), jehož výsledky očekáváme v průběhu roku 2024.

Kabinet praktického lékařství 3. LF UK

MUDr. Martin Seifert

Dařilo se nám umístit všechny studenty 5. a 6. ročníku českého i anglického kurikula na jednodenní i týdenní stáže do ordinací praktických lékařů a to bez jakýchkoli organizačních zádrhelů. Všichni studenti pak také o svých stážích písemně i ústně referovali a my jsme s nimi jejich zkušenosti diskutovali. Seznam školitelů zdárně rozšiřujeme. Zájem přijímat studenty do svých

ordinací projevují kolegové z celé republiky. Většinou na základě článků, které o stážích a výuce praktického lékařství na 3. LF publikuji, a také na základě příspěvků kolegyně a kolegů z Kabinetu na českých i mezinárodních konferencích (Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, European General Practice Research Network – EG-PRN, World Organization of Family Doctors).

I druhý ročník projektu skupinových stáží ve venkovských českých a bavorských praxích praktických lékařů Šumavský doktor se velmi vydařil, všichni účastníci byli spokojeni. Rovněž na třetí ročník, který proběhl na začátku února 2024, jsme museli vybírat z velkého množství zájemců. Reflexe studentů z tohoto projektu jsme analyzovali vědeckou metodou tematické analýzy a výsledky publikovali mimo jiné ve Vita Nostra Revue.

Za další úspěch považují druhé Informační odpole dne pro zájemce o všeobecné praktické lékařství, které proběhlo 4. května v Burianově posluchárně. Posluchárna nebyla sice tak plná jako minulý rok (přítomní byli tentokrát jen studenti 3. LF), ale zato probíhala živá diskuse nad prezentovanými tématy a smysl setkání studentů s praxí se naplnil. V roce 2024 akci opakujeme s mírně odlišným a aktualizovaným programem 2. května od 15:30 opět v Burianově posluchárně. Chceme se zaměřit na tvorbu a využívání doporučených postupů obecně, a proto bychom rádi pozvali všechny studenty i kolegy, nejen zájemce o praktické lékařství. Hlavní host bude mezi praktickými lékaři Miloslav Klugar, expert na tvorbu doporučených postupů a posuzování evidence v medicíně.

Klinika popáleninové medicíny 3. LF UK a FNKV *doc. MUDr. Robert Zajíček, Ph.D.*

Na Klinice popáleninové medicíny jsme v minulém roce pokračovali v aktivní spolupráci s centry na Ukrajině a to nejen v rámci projektu MEDEVAC. Naše pomoc popáleným pacientům a kolegům na Ukrajině probíhá

A konečně náš trvalý úspěch představuje výuka komunikace formou simulací běžných situací v ordinaci praktického lékaře. K semináři, který je povinný pro všechny studenty 5. ročníku a který je vždy oceňován jako nejlepší část naší výuky, přibyl už podruhé povinně volitelný kurz, který byl naplněn. Studenti se tvářili opět velmi spokojeně. Kurz nabízíme i v anglickém jazyce.

Musím zmínit mezinárodní konferenci vědecké práce v praktickém lékařství EGPRN meeting, která se konala v říjnu v Praze. Byl jsem prezidentem celé konference, jako dobrovolníci pomáhali studenti z 3. LF, kolegové z Kabinetu Pavel Demo a Pavel Martínek prezentovali úspěšně výsledky našich výzkumů.

Poprvé jsem také vypsál Studentskou vědeckou aktivitu a dovedl tři studenty k prezentaci na Studentské vědecké konferenci.

A nakonec snad největší úspěch: vydavatelství Karolinum vydalo první mezifakultní skripta Primární péče, na kterých jsem se podílel jako hlavní autor. Věřím, že tato skripta budou nápomocná (nejen) všem zájemcům o praktické lékařství. Asi 15 výtisků je k dispozici v knihovně 3. LF a dalších asi 10 přímo u sekretářky KPL Ing. Haflantové.

úspěšně v několika směrech: edukace chirurgů a intensivistů, léčba jizev a technologická podpora.

Z mezinárodních aktivit pracujeme na akreditaci našeho centra v rámci Evropské popáleninové společnosti

a v roce 2024 bychom rádi prestižní evropskou akreditaci jako první centrum ve střední Evropě získali.

Z hlediska vědeckého jsme ukončili zdárně tři velmi zajímavé grantové projekty, z nichž dva financovala Technologická agentura ČR (TAČR) a týkají se high-technologií, jako jsou virtuální realita, umělá inteligence a telemedicína. V roce 2024 plánujeme na tyto projekty navázat. V roce 2023 jsme získali další projekt TAČR a ve spolupráci s VR Medical a NÚDZ intenzivně pracu-

jeme na projektu propojení kinestetické iluze a virtuální reality u rehabilitace kritických stavů. Máme také radost z rozšiřující se spolupráce našeho pracoviště napříč celou UK i jednotlivými klinikami 3. LF.

A co nás potěšilo nejvíce? Myslíme si, že medicína, věda i výuka jsou velmi týmové aktivity a že i přes všechny problémy, které české zdravotnictví má, tak u nás na popáleninách týmový duch přetrvává a jeho další úspěšná kultivace je i naše přání do roku 2024.

Hematologická klinika 3. LF UK a FNKV

prof. MUDr. Tomáš Kozák, Ph.D.

Největším úspěchem loňského roku bylo uspořádání velmi zdařilého 7. mezinárodního kongresu Hodgkinův lymfom pod záštitou České hematologické společnosti ČLS JEP koncem listopadu v hotelu Grandium v Praze. Problematika Hodgkinova lymfomu byla probírána z mnoha pohledů – biologie, patologie, prognostic-

kých faktorů, zobrazovacích metod, léčby, transplantací nebo toxicity. Prezidentem symposia byl prof. Tomáš Kozák a předsedkyní vědeckého a organizačního výboru MUDr. Heidi Mociková z Hematologické kliniky 3. LF UK a FNKV, která byla hlavním organizátorem akce.

Ústav jazyků a lékařské terminologie 3. LF UK

PhDr. Petr Honč, Ph.D.

Ústav jazyků byl v uplynulém roce přejmenován na Ústav jazyků a lékařské terminologie, což dobře vystihuje škálu činností, které se naše pracoviště věnuje. Jedná se zejména o výuku odborného jazyka a konzultace a publikace v oblasti lékařské terminologie.

V dubnu 2023 byla Ivetě Čermákové a jejímu týmu udělena Cena Miloslava Petruska za učebnici zdravotnické češtiny pro ukrajinské uprchlíky *Léčíme česky. Čeština pro sestry a jiné zdravotníky*. Multimediální kniha začala vycházet už v červnu 2022, na konci

roku 2023 měla přibližně 25 tisíc uživatelů, kterým je poskytována zdarma.

V rámci třetí role univerzity též organizujeme řadu osvětových a edukačních seminářů z oblasti lékařské terminologie. Ve spolupráci s Ústavem řeckých a latinských studií FF UK byl v únoru 2023 zorganizován Seminář dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků, v březnu Petr Honč a Václav Koutný pořádali pro Fakultní Thomayerovu nemocnici Seminář odborné lé-

kařské terminologie, v prosinci 2023 Kristina Hellero-ová proslavila přednášku na Dni latiny na FF UK.

Pracovníci ústavu se snaží vytvářet a inovovat studijní materiály. V únoru 2023 v nakladatelství Karolinum vyšla dlouho očekávaná učebnice řecko-latinské terminologie pro zahraniční studenty *Essential Medical Terminology: Your Lifeboat in the Sea of Terms* autorů Petra Honče, Jany Přívratské a Kristiny Hellerové.

Ústav fyziologie 3. LF UK

prof. MUDr. Romana Šlamberová, Ph.D.

Naši doktorandi pravidelně získávají ocenění za prezentace na vědeckých konferencích. V roce 2023 se jednalo o významný zahraniční kongres *26th EVER Congress*, který se konal ve Valencii. *European Association for Vision and Eye Research (EVER)* je přední oftalmologická společnost v Evropě, která pokrývá všechny oblasti oftalmologie a výzkumu zraku. Mgr. Miloslav Zloh, doktorand PharmDr. Andrey Štofkové, Ph.D., a vědecký pracovník Ústavu fyziologie zde získal prestižní ocenění pro mladé vědce za ústní prezentaci.

V roce 2023 úspěšně obhájila další z našich doktorandek Mgr. Lýdia Mihalčíková (školitelka prof. Šlamberová) svou dizertační práci v oborové radě Fyziologie a patofyziologie člověka na téma „Paternitní expozice metamfetaminem – vliv na vývoj mláďat“.

Považujeme si rovněž ocenění pro dva naše zaměstnance, kteří v letošním roce oslavili svá životní jubilea. Pamětní medaili 3. LF UK získala doc. RNDr. Anna



Ocenění pro MUDr. Bernáškovou

MUDr. Klára Bernášková z Ústavu fyziologie na prosincovém zasedání Vědecké rady 3. LF převzala pamětní medaili za zásluhy při pedagogické a vědecké činnosti pro 3. LF UK v oblasti patofyziologie. Gratulujeme!

Yamamotová, CSc., která na našem ústavu učí již více než 30 let a má na svých bedrech organizaci veškeré výuky všech bakalářských oborů a kromě toho učí i zahraniční mediky. Druhým oceněným byl doc. MUDr. Miloslav Franěk, Ph.D., který je koordinátorem Modu-

lu Struktura a funkce, a zodpovědnou osobou za organizaci výuky fyziologie na našem ústavu. Kromě toho je členem Vědecké rady a Akademického senátu naší fakulty. Oba jsou stěžejními pracovníky Ústavu fyziologie.

Ústav patofyziologie 3. LF UK

doc. MUDr. Jan Polák, Ph.D., MBA

V roce 2023 se nám podařilo na Ústavu patofyziologie v rámci skupiny vedené Dr. Norbertem Weissem instalovat za podpory projektu Národního plánu ob-

novy špičkový přístroj pro buněčnou elektrofyziologii (patch-clamp), který je k dispozici i ostatním členům akademické obce a spolupracovníkům 3. LF UK a UK.

Dermatovenerologická klinika 3. LF UK a FNKV

prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA

V roce 2023 považuji za jeden z hlavních úspěchů vytvoření doporučených postupů pro diagnostiku a léčbu maligního melanomu, které náš tým připravil pro Ministerstvo zdravotnictví ČR. Na začátku února 2023

vyšla tato doporučení knižně s bohatou obrazovou a tabulkovou dokumentací ve vydavatelství Maxdorf (Arenbergerová M, Pásek M, Arenberger P: Maligní melanom – diagnostika a léčba).

Ústav ošetřovatelství 3. LF UK

PhDr. Hana Svobodová, Ph.D.

Za úspěšný výsledek naší práce považuji stále velký zájem o studium bakalářského oboru všeobecné ošetřovatelství a úspěšné ukončení studia 60 studentů, přičemž 12 našich absolventů pokračuje ve studiu na-

vazujícího magisterského studijního programu intenzivní péče.

Ukončili jsme projekt EEA ve spolupráci s partnerskou institucí *Western Norway University of Applied*

Sciences, Faculty of Health and Social Sciences v Bergenu – Mentoři bez hranic: mentorování mezinárodních studentů zdravotnických oborů. Jeho výsledkem je kurz MOOC pro mentory a mentorky, které vedou praxe a stáže zahraničních studentů, nejčastěji v rámci Erasmus+. Završením projektu byla mezinárodní konference v květnu 2023 na půdě naší fakulty, které se kromě zahraničních kolegyně a kolegů účastnili i mentorky a mentoři z našich spolupracujících zařízení a řada z nich projevila zájem kurz MOOC absolvovat.

Intenzivně pracujeme na projektu PPSŘ pro tvorbu multimediálního e-learningového portálu a natáčíme sady výukových videí, která zprostředkují studentům

obrazem a pomocí interaktivních metod praktické dovednosti i některá reálná klinická prostředí (např. operační sály, transfúzní oddělení a podobně).

Jsme velmi potěšeni trvalým zájmem o naše certifikované kurzy MZČR, kterých se účastní všeobecné sestry v rámci celoživotního vzdělávání, jako je Katetrizace močového měchýře muže, čistá intermitentní katetrizace, Hodnocení rizik, prevence a léčba dekubitů a Mentor/-ka klinické praxe ošetřovatelství a porodní asistence.

Za všemi úspěchy Ústavu ošetřovatelství stojí tým asistentek a asistentů, jejich nadšení, chuť tvořit a neustále výuku vylepšovat.

Ústav farmakologie 3. LF UK *prof. Jiří Slíva, MD., Ph.D.*

Rád bych všem kolegyním a kolegům poděkoval za spolupráci na dílčích projektech, na kterých náš ústav participuje. Rád bych vyzdvihl úspěšné rozšíření našeho týmu o nové postgraduální studenty s praktickými zkušenostmi ze své dosavadní klinické praxe. Jejich mnohdy inovativní myšlenky a nápady jsou vždy užitečnou a svěží inspirací pro všechny starší kolegy.

Bohužel teprve po zdoluhavém vyjednávání s ÚZIS jsme získali velký soubor dat o léčbě (nejenom farmakoterapii) nemocných s covid-19, ze kterého, pevně věříme, bude možné (za nemalých zásluh externích statistiků a datových analytiků) získat cenné informace pro léčbu budoucích nemocných. Dr. Zatovkaňukové se podařilo sepsat a publikovat ucelené pojednání, respektive komparaci různých farmakovigilančních systémů

napříč různými zeměmi světa. Společně s kolegy z LF MU jsme rovněž publikovali zajímavou práci týkající se kanabidiolu ve vztahu k centrálnímu nervovému systému, respektive k procesu stárnutí a demenci. Současně probíhá výzkum na úrovni ghrelinu, drogové závislosti či klinické farmakologie a farmacie.

V neposlední řadě bych rád poděkoval za veskrze kladné hodnocení výuky z řad studentů, na kterém jistě vedle vyučujících v nemalé míře participují rovněž naše asistentky Věra Mendlová a Naděžda Hemberová. Závěrem ještě jednou velká gratulace k udělení stříbrné pamětní medaile UK našemu emeritnímu přednostovi prof. Bultasovi.



Vzpomínka na profesora Schindlera

(*6. 1. 1931, +17. 12. 2023)

Prof. MUDr. Jiří Schindler, DrSc., emeritní přednosta Ústavu lékařské mikrobiologie 3. LF UK, byl významnou osobností 3. lékařské fakulty i české mikrobiologie. V letech 1956 až 1988 pracoval jako odborný asistent Ústavu pro lékařskou mikrobiologii a imunologii Fakulty všeobecného lékařství UK a zároveň vedl (1976 až 1988) nově vybudovanou mikrobiologickou laboratoř na Urologické klinice FVL UK. V roce 1988 se stal vedoucím výzkumné skupiny klinické mikrobiologie ve Státním zdravotním ústavu v Praze, v letech 1991 až 2006 byl přednostou Ústavu lékařské mikrobiologie 3. LF UK.

Byl průkopníkem zavádění moderních matematických a automatických metod do klinické mikrobiologie. K jeho nejvýznamnějším počinům patří jím osob-

ně vyvinutý počítačový systém identifikace bakterií, který byl úspěšně integrován do laboratoří klinické mikrobiologie. Za svůj dlouholetý přínos ve výzkumu a vzdělávání obdržel mnohá ocenění, mimo jiné i zlatou medaili 3. LF, bronzovou medaili UK a medaili České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.

Jiří Schindler byl bezesporu inspirující osobností. Svou činností posunul směřování oboru lékařské mikrobiologie a dokázal ji skvěle reprezentovat i na mezinárodní úrovni. Odešla velká osobnost české mikrobiologie a lékařské vědy. Čest jeho památce.

prof. MUDr. Helena Žemličková, Ph.D.,
přednostka Ústavu mikrobiologie 3. LF UK, FNKV a SZÚ

Veletrh práce pro studenty medicíny podesáté

Andrej Jasovský, student 4. ročníku všeobecného lékařství

V listopadu se na naší fakultě uskutečnila pravidelná akce zaměřená na kariérní možnosti studentů medicíny – veletrh práce Trimed Job. Nevěřili byste, ale letošní vydání dosáhlo milníku 10. výročí! Jubilantem nebyla tedy jen fakultní sedmdesátiletá dáma, ale také jedno z jejích mnoha dětí. Abychom nezůstali jen u magických čísel v názvu, vzpomeňme si na pár bodů, které jsme společně přežili.

Jak bývá zvykem, návštěvníci měli ve vestibulu budovy A možnost informovat se o nabízených výhodách od zúčastněných institucí z celé České republiky. Stánky kromě běžných personálních nabídek závodily v doprovodném programu – virtuální realita, chirurgické šití, skvělé koláčky a spousta propagačních předmětů.

Ruku v ruce se sekci vystavovatelů byl připraven bohatý program přednášek. Po slavnostním zahájení panem děkanem se ve třech přednáškových místnostech konaly zajímavé vstupy téměř ze všech aspektů moderní medicíny. Nelze mi nevyplácnout účast jmen jako doktor Kubek – prezident ČLK, profesor Baláž – špičkový cévní chirurg, či primářka Skovajsová – zakladatelka mamografického screeningu v ČR. Studenty zaujaly také přednášky o kariéře lékaře v zahraničí, doplněné účastí rakouské nemocnice ze srdce Alp. Právě příležitosti diskutovat s našimi šikovnými absolventy a zároveň budoucím zaměstnavatelem je nejoceňovanějším atributem našeho veletrhu.

Závěrem se vrátím opět k číslům – 487 návštěvníků, 20 vystavovatelů a 21 přednášek v českém a anglickém jazyce, to vše za 7 hodin a 37 minut. No a příští rok, sice už nejubilejně, ale znovu podnětně a zajímavě tady budeme zase.



FACULTAS NOSTRA







Pochlubili jsme se špičkovou fakultou

Monika Arenbergerová

Začátkem ledna se na fakultě otevřely dveře všem zájemcům o bakalářské a magisterské studium v českém i anglickém jazyce. A opět přišly stovky uchazečů, které zajímalo, jak vypadá studium na Trojce, co udělat pro úspěšné přijetí a co všechno najdou v areálu Fakultní nemocnice Královské Vinohrady.

Všichni se těšili na úvodní slova děkana fakulty prof. Widimského, který zahájil Den otevřených dveří

postupně ve všech posluchárnách. Připomněl skutečnosti, které kromě kvalitní výuky na 3. LF lákají, tedy že je moderní, otevřenou fakultou s dobrými vztahy mezi pedagogy a studenty a bohatou nabídkou mimoškolních aktivit. Prezentace proděkana pro studium MUDr. Marxe byla tradičně interaktivní i atraktivní, a nechyběla proto ani bohatá diskuse. Závěr v posluchárnách patřil studentským spolkům s vždy překva-

pivým „příjezdem“ hokejistů, představením florbalistů, fotbalistů a herců z divadelního spolku. Atmosféra se tím ještě více uvolnila a hodně jsme se i nasmáli.

Následovaly fakultativní aktivity, jako je přednáška nanečisto MUDr. Fontany nebo doprovodný program ve vyšších patrech fakulty, kde si zájemci mohli na různých stanovištích vyzkoušet oblíbené *hands-on* zážitky jako je chirurgické šití, ultrazvuk, první pomoc, histologie, nutriční terapie, dentální hygiena a mnoho dalšího. Ani letos nechyběla klinická exkurze na výuková pracoviště v areálu FNKV a rozhovory s akademiky.

Velký dík patří všem studentům naší fakulty, kteří se zapojili do organizace Dne otevřených dveří, připravili zajímavý program a velmi profesionálně celou akci koordinovali a zdokumentovali (Trimed Vizual). Totéž platí i pro učitele. Děkujeme také všem uchazečům, že si našli čas na návštěvu Trojky. Hodnotili ji jednoznačně jako motivující k podání přihlášky.







Stříbrná medaile Univerzity Karlovy

Stříbrnou medaili Univerzity Karlovy převzal 30. listopadu 2023 z rukou rektorky **prof. MUDr. Jan Bultas, CSc.**, emeritní přednosta Ústavu farmakologie 3. LF. Medaili obdržel za významné celoživotní dílo v oborech vnitřní nemoci a klinická farmakologie a dlouholetou vědeckou a pedagogickou činnost. Na fakultě se věnuje zejména výuce mediků 3. a 4. ročníku studia všeobecného lékařství. Byl garantem předmětu obecná farmakologie a garantem výuky farmakologie. Vysokou kvalitu jeho výuky opakovaně ocenili studenti udělením Syllabovy křídy. Gratulujeme!

Ocenění studenti

Absolventka doktorského studia **Mgr. Ivana Fišerová, Ph.D.**, z Ústavu biochemie, buněčné a molekulární biologie 3. LF získala 1. místo v soutěži Young Investigator Award, která se konala v listopadu v rámci vědecké konference Czech Cardiovascular Research and Innovation Days v Praze. Oceněna byla za prezentaci „Electroporation of cardiomyocytes in vitro“. Gratulujeme!

Ocenění pro Pavlu Tichou

Z rukou ministra školství doc. Mikuláše Beka přijala v budově Lichtenštejnského paláce **MUDr. MgA. Pavla Tichá, Ph.D.**, ocenění pro vynikající absolventku doktorského studijního programu. MUDr. Tichá vystudovala všeobecné lékařství a hru na klavír na AMU. Doktorské studium v experimentální chirurgii absolvovala pod vedením prof. Sukopa. Ve své doktorské práci se zaměřila na rekonstrukci prsu po mastektomii pro karcinom s důrazem na subjektivní hodnocení výsledků rekonstrukce pacientkami. Nyní působí na Klinice plastické chirurgie 3. LF UK a FNKV, pracovala také na univerzitních klinikách Carl Gustav Carus Dresden a RWTH Aachen v Německu. Své vědecké zkušenosti prohloubila v rámci postdoktorandských pobytů na Stanford University a na University of California, San Francisco v USA. Gratulujeme!



Mgr. Miloslav Zloh, doktorand PharmDr. Andrey Štofkové, Ph.D., a vědecký pracovník Ústavu fyziologie, získal prestižní ocenění pro mladé vědce za ústní prezentaci na mezinárodním kongresu EVER (přední evropské oftalmologické společnosti) ve Valencii. Gratulujeme!



MEDICÍNA

VĚC VEŘEJNÁ

Jsou lékaři jenom lidé nebo jsou vždy dostupným obecním majetkem?

Jana Šeblová

Celý podzim hýbal veřejným prostorem protest lékařů, který byl nazýván stávkou. Tento název je pro zvolenou formu odporu dost absurdní – protestující lékaři vyžadovali dodržování zákonných norem, zatímco zákonodárci se snažili najít cestu, jak legislativu obejít. Těsně před vánočními svátky obě strany podepsaly dohodu.

Kdo tedy vyhrál?

Abych se přiznala, nejsem si jistá. V samém závěru poměrně dramatického souboje o pracovní podmínky lékařů se bod číslo 4 – finanční zajištění – dostal na první místo a vše se začalo točit jen kolem peněz. Ano, o peníze jde vždycky až v první řadě, ale kampaň s názvem „Lékaři jsou jenom lidi“ zpočátku dokázala upozornit veřejnost na to, co je za každou noční návštěvou nemocnice: nekonečné hodiny služby, únava, riziko chyb, které může ohrozit bezpečnost poskytované péče. Lidé si možná trochu začali uvědomovat, že se to týká i jich samotných, že se mohou dostat na operační stůl týmu, který pracuje už třicátou hodinu v kuse.

A že pracovní podmínky zdravotníků by měly odpovídat třetímu tisíciletí, nikoliv století devatenáctému. Závěr dohody s podpisem o poskytnutí tří miliard však mohla část veřejnost vnímat jako potvrzení, že lékařům se nakonec vždycky ustoupí, na rozdíl od učitelů, akademiků humanitních oborů, sociálních pracovníků a mnoha dalších náročných a nedoceněných profesí.

A na hlavní původní požadavek snížení objemu přesčasové práce se ozývaly z nemocnic hlasy manažerů a některých lékařů, že služby a práce navíc k zdravotnictví prostě patří, že bez nich se mladý adept nic nenaučí a že dřívější generace vydržely násobně vyšší zátěž a nestěžovaly si.

Sama mám za léta své lékařské praxe obří spánkový deficit a noční služby jsem přestala dělat až před dvěma lety, kdy jsem byla již tři roky v důchodu. Když jsem nastoupila v roce 1990 jako lékařka, víkendové služby se sloužily jako „pásonetky“ – v pátek ráno nás zdravotnická fakultní fabrika pohltila a v pondělí odpoledne vyplivla. Špatně je mi už jen při vzpomínce na to, v jakém stavu jsem v pondělí doputovala domů. Hodinový měsíční součet se pohyboval mezi 280 až 300 hodinami práce, což bylo nejméně 1 200 hodin ročně navíc. Po atestaci jsem do roka nemocniční prostředí opustila a šla do nejistoty práce v urgentní medicíně. Kromě toho, že mě práce bavila, byl jedním z důvodů směnný provoz: měla jsem za stejný plat o 100 hodin méně. Dvanáctihodinová služba, jakkoliv náročná, se vydržet dá, o 80 hodinách práce v jednom kuse to lze říct s těžší. A jako bonus jsem viděla své děti i jinak, než když jsem je ukládala po večeři spát. Později mi nepravidelné rozvržení práce umožnilo i jiné pracovní aktivity, směny rozhodně zajistí více volna, byť za cenu častější noční práce; ne každý obor ale lze takto provozovat.

Přesčasy, služby, zkušenosti a jejich rozumná rovnováha

Někteří lékaři tvrdí, že bez služeb a mnoha hodin navíc se z nikoho dobrý lékař nestane. Každý, kdo nastupuje do nemocnice, chápe, že služby k medicíně patří. Pohotovostní režim opravdu v některých oborech přináší (hlavně na začátku lékařské kariéry) jiné medicínské problémy, začínající lékař se učí zvládat akutní stavy svého oboru. Na druhé straně by však tvrzení, že v běžné pracovní době se vlastně nic moc nenaučí, bylo obžalobou školitelů a nadřízených, kteří mají zajistit postgraduální přípravu na konkrétním pracovišti. Pravdu však mají i ti, kteří upozorňují na to, že unavený nevyspalý lékař, který pokračuje po 24 hodinách práce i další den, může více chybovat a ohrožuje tak pacienty.

Kolik práce navíc je tedy tak akorát?

To se samozřejmě nedá paušálně stanovit, protože každý má jinou odolnost. Někdo prací v noci nezvládne nikdy, jiný vydrží do středního věku a jinému nevadí ani později. Každý má i jiné podmínky ve svém osobním životě – někdo má prostor na odpočinek a jiný jde hned z práce na „další směnu“ doma. Zákoník práce by měl vymezit bezpečnou maximální dobu práce navíc, její přiměřené rozvržení a kombinaci s odpočinkem. Zákoník práce však byl ve zdravotnictví více než třicet let cárem papíru, jeho obcházení veřejným tajemstvím a inspektoráty práce se nemocnicím vyhýbaly jako čert kříži. Zakonodárci pak všemu nasadili korunu tím, že se pokusili do legislativy o sladování osobního a pracovního života propašovat řešení nedostatku lékařů v nemocnicích a zvýšit jenom pro tuto kategorii zaměstnanců počet povolených přesčasových hodin na dvojnásobek, u pracovníků zdravotnických záchran-

ných služeb dokonce ještě více. Vždyť stejně všichni vědí (řečeno s nejmenovaným ředitelem nejmenované fakultní nemocnice), že „doktoři tam dřou jako otroci, i dva tisíce hodin ročně navíc, aby měli na své hypotéky“. V tomto výroku jsou obsaženy mnohé problémy přístupu k začínajícím lékařům, které se táhnou již od sametové revoluce:

- na mladé lékaře se celý systém často dívá s despektem, zatím toho moc neumí, moc bodů nevydělají, a musí se na ně dohlížet – jak to má chudák přednosta nebo primář zajistit?
- plat začínajícího lékaře určitě neodpovídá náročnosti profese, a tak služby tvoří zhruba polovinu příjmu, pokud potřebuje řešit zajištění rodiny nebo i třeba svoje vlastní bydlení či pronájem bytu, nic jiného než přesčasy (případně změna profesního směřování) nezbývají;
- tento tón, který není ze strany nadřízených či starších zkušenějších kolegů ojedinělý (byť nebývá tak explicitně „upřímný“ a cynický), vede mnohé k tomu, že jakmile získají specializovanou způsobilost, ze křeččího kolečka nízkých platů nastavených dlouhými hodinami navíc vyskočí a přejdou do ambulantní sféry nebo si sníží úvazek a získané hodiny věnují nějaké lukrativnější činnosti, než je práce v nemocnici. Často je to ve fázi, kdy jsou již zkušenější, a pro pacienty i zdravotnické zařízení by mohli být přínosem ještě dlouhá léta. Nicméně při vědomí vlastní hodnoty se jim už nechce dál snášet poněkud ponižující podmínky.

Začátkem srpna 2023 se ve veřejném prostoru probírala sebevražda mladého zaměstnance krajského úřadu v Liberci, který za důvod tragického kroku označil svůj

workoholismus, následné zdravotní dopady somatické i psychické a 29,5 týdnů práce navíc během uplynulých tří let. Spočítala jsem, že oněch téměř 30 pracovních týdnů navíc bylo 1 180 hodin za tři roky. Mnozí lékaři, zejména v menších nemocnicích, mají podobné i vyšší hodiny navíc rok co rok. Mají to zvládnout bez únavy, s empatickou komunikací, bezchybně, neboť jde o lidské životy a zdraví, a v kteroukoliv denní, noční, víkendovou či sváteční hodinu, bez újmy na těle či na duši. Protože pro doktora je to přece samozřejmost.

Někteří jsou schopni tuto zátěž zvládat dlouhodobě a zajistit si i motivaci k práci i přijatelnou regeneraci a odpočinek. Mnoho ze zdravotníků však skončí s více nebo méně viditelnými příznaky syndromu vyhoření a se zhoršeným vztahem k pacientům, a nakonec i k vlastním kolegům. Hromadí se stížnosti, hromadí se výtky od primáře a bludný kruh frustrace a únavy se roztáčí dál.

Poslání, povolání nebo náročně zaměstnání?

Asi se najde jen málo zdravotníků, kteří nejsou alergií na termín „poslání“ v souvislosti s jejich prací. Implikuje to jakýsi vyšší cíl, který je neradno špinit něčím tak přízemním, jako je odměna za práci nebo nárok na volno. Jenže do práce chodíme nejen proto, že nás těší (pokud ano, beru to jako bonus), ale proto, abychom užili sebe a svoji rodinu. Takže hovořit o platu, který by byl adekvátní náročnosti přípravy, míře odpovědnosti na konkrétní pracovní pozici, ale i výkonnosti konkrétního zaměstnance, je naprosto legitimní, není to nic neslušného. V medicíně se to však celá léta moc nenosilo.

Generace lékařů (ale i mnoha dalších vysokoškolačů), kteří pracovali za minulého režimu, s ním při-

stoupila z donucení na nepsanou dohodu: „*Necháme tě, pokud nebudeš moc vybočovat, dělat profesi, která tě baví, a my ji potřebujeme, ale nečekej žádné velké peníze. Ty si rozdělíme sami mezi sebou, a na dělníky a rolníky, natož na pracující inteligenci, už toho moc nezbude.*“ Mnoho lékařů pracovalo s velkým nasazením a vynikajícími výsledky, významně ovlivnili své obory či vybudovali opravdu progresivní pracoviště, snažili se udržet kontakt se světem a s rozvojem oboru. Hodiny věnované práci brali jako samozřejmost a plat byl stejně pro všechny víceméně stejný. Další profesní generace viděla, kolik času věnují medicíně její předchůdci, případně rodiče, a i když se svět kolem hodně měnil, přece jen to do jisté míry považovali za normální. Kromě toho se od počátku 90. let moc nezměnilo na tom, že plat tvoří jen o něco málo víc než polovinu příjmu a zbytek byly služby a přesčasy, takže pokud se mladý lékař snaží vyrovnat svůj příjem na hladinu srovnatelnou s některými lépe placenými kvalifikovanými profesemi, nezbývalo mu nic jiného než směnít svůj volný čas za peníze.

Současná generace však – jak mnozí konstatují – má už jiný přístup. Někteří ji označují za „*sněhové vločky, co nic nevydrží*“. Oni však zažili pandemii a vzápětí hrozbu světové války. Stejně jako my – ale my se do studené války a souboje velmocí narodili a bylo to pozadím našeho dětství a dospívání, zatímco naše děti zažily svět naděje na evropský mír. Oni mají před sebou dopady klimatické krize a výhled na stáří bez důchodu. My starší bychom si tak měli sáhnout do svědomí – je opravdu nezbytně nutné vydržet všechno a dávat sebe za vzor? Nevidět své děti několik dní v týdnu, střídat se s partnerem nebo partnerkou ve dveřích a řešit chod rodiny jen po telefonu, vzít sváteční službu na poslední chvíli za nemocného kolegu, protože přece „poslání“? Některí

z naší generace to zvládli ve zdraví, ale všichni určitě známe kolegy či kolegyně, kteří skončili se závislostí na alkoholu nebo lécích, kteří se od středních let léčí s hypertenzí nebo prodělali infarkt dříve než většina jejich pacientů nebo třeba i jen pokračovali ze setrvačnosti dále, ale s pocitem, že jim všichni, ale hlavně pacienti a hned na druhém místě nadřízení, svévolně ztrpčují život. V tomto kontextu mi přijdou požadavky na snížení objemu přesčasů rozumné, mohlo by to zajistit „trvalou udržitelnost“ lékařů a ostatních zdravotníků v systému.

Mladí lékaři byli vždy ohroženou skupinou. Pokud se chtějí věnovat klinickému oboru, do dosažení specializované způsobilosti v nemocnici vydržet musí, mohou tak být ale závislí na vstřícnosti či nevstřícnosti přímých nadřízených nebo managementu zdravotnického zařízení. Ostatně už v roce 1993 jsem psala o diskriminaci mladých lékařů v tomto časopise (nebyly jim tehdy do roka praxe placeny služby): *„Možná za pár let, až si srovná hodnotu práce, kterou dělá, s hodnotou peněz touto prací vydělaných, až bude nervózní a unavený (mimo jiné i z nekonečně nasloužených přesčasů), až se bude doma hádat se ženou, protože bude co do výdělku pokulhávat za svými méně vzdělanými, ale tržně hodnotnějšími spolužáky, až své děti bude znát pomalu jen z alb, možná, že pak se objeví rozčarování. A k vyrovnanosti mu jistě nepřidá, že svoji kariéru začínal kdysi v jedné fakultní nemocnici nikoliv jako lékař (byť nezkušený, ale vědomý si své ceny pro společnost), ale jako absolvent, vědomý si pouze své bezmocnosti.“* (VNR 1/1993, s. 18–20).

Později přišly nemocnice s další inovací: lékaři byli zaměstnáváni na zkrácený úvazek a zbytek práce byla „postgraduální příprava“. Nebyly výjimkou ani úvazky 0,1. Jeden mladý kolega mi říkal, že má štěstí, že má po-

loviční úvazek. Jiní si změnili obor a vydali se cestou tehdy nově zřízených rezidenčních míst pro praktické lékaře.

Dosud největším, ale i nejkontroverznějším protestem lékařů byla akce „Děkujeme, odcházíme“ z roku 2010. Přestože obsahovala i mnoho racionálních systémových požadavků, veřejnost si z ní pamatuje pouze morbidní sanitku Lékařského odborového klubu s nápisem za hranou dobrého vkusu „Náš exodus, Váš exitus“ a to, že lékaři chtěli víc peněz. Většina lidí vnímala protest jako nátlakovou akci a ozývaly se hlasy o braní pacientů jako rukojmích. Handrkování mezi zástupci protestujících lékařů a ministerstva zdravotnictví skončilo podpisem memoranda, které nikdy nebylo naplněno.

Bude to nyní stačit?

Současná dohoda mezi ministerstvem, VZP a zástupci zdravotnických i lékařských odborů byla tedy těsně před vánočními svátky 2023 podepsána. Jako její nejpozitivnější část vnímám tu, která má zaručit mladým lékařům nárok na jejich postgraduální přípravu včetně všech rotací daných konkrétním vzdělávacím programem zvoleného oboru a včetně placeného volna před absolvováním zkoušek. První část dohody obsahuje velmi komplikované pokyny, jak se zvednou příjmy všech lékařů, Uvidíme, jak se s tím nemocnice vypořádají. Dle slibu skutečně došlo ke snížení maximálního počtu přesčasů na původních 416 hodin za rok. To však znamená 30 hodin měsíčně – dvě všední služby, případně jeden víkendový den. Je naprosto zřejmé, že při dodržování zákoníku práce není reálné zajistit objem péče, na jaký je veřejnost zvyklá. Managementy jednotlivých nemocnic se mohou pokusit o organizační změny



tak, aby se o něco počty lékařů ve službě snížily, ale to problém nevyřeší. Řešením by bylo buď snížení počtu zdravotnických zařízení, nebo alespoň regionální dohoda, že mimo běžnou pracovní dobu bude akutní péče v základních oborech centralizována. Technicky to není tak složité, zdravotnická záchranná služba pacienty doveze bez problémů o několik kilometrů dále. Jak ale již dlouhá léta slyšíme, rušení nemocnic a poplatky u lékaře jsou „politicky neprůchodné“. Za touto frází

se skrývá neschopnost a neochota politiků řešit cokoliv, co přesahuje jejich vlastní volební období, byť tím riskují pomalé hroucení systémů. Ministerstvo by tedy mělo začít urychleně přemýšlet, jak systémově řešit to, na co během uplynulých více než třiceti let nebyl čas.



Lékařské fakulty mezi mlýnskými kameny

Petr Widimský

Kombinace dynamického rozvoje medicíny (vznik nových oborů a technologií a snížení úmrtnosti) a stárnutí populace (výrazné zvýšení počtu žijících nemocných osob) všude ve světě vede k **narůstajícímu nedostatku zdravotnického personálu** – jak lékařů, tak i sester a dalších zdravotnických profesí. Tato situace reálně hrozí během příštích asi 10 let vyústit v kolaps zdravotní péče.

Koncem roku 2023 zdravotnictvím v České republice hýbal (a v některých nemocnicích i nadále hýbe) protest mladých lékařů, kteří už **nejsou ochotni dále pracovat 17 měsíců v roce**. Ano, nejde o překlep: průměrný lékař v nemocnici odpracuje za kalendářní rok 16 až 17 měsíců (přepočít služeb navíc na pracovní

dny). Vláda mladým lékařům ustoupila ve třech bodech:

- odstranila ze zákoníku práce spornou pasáž, která pro zdravotníky určovala vyšší normy pro přesčasovou práci než pro jiné zaměstnance;
- umožnila nadále sloužit 24 hodinové služby (směny), které jsou pro provoz nemocnic nejpraktičtější;
- nařídila Všeobecné zdravotní pojišťovně, aby zvedla úhrady nemocnicím do takové míry, že se mzdy lékařů v nemocnicích zvýší o 5 až 15 tisíc korun měsíčně.

Nicméně problém s ohromným množstvím přesčasové práce se tím jen odsunul o zhruba půl roku. **Má tento pro-**

blém vůbec nějaké rozumné řešení? Osobně si myslím, že nemá – není mi známo, že by kdekoli ve světě existoval zdravotnický systém, kde by lékaři a další zdravotníci neměli moc přesčasů a současně by systém umožňoval všem občanům špičkovou a dostupnou péči. Znamená to tedy, že systém je buď nakloněn ve prospěch nemocných (jako je tomu nyní v České republice) anebo ve prospěch lékařů (jako je tomu v některých státech na západ od nás – USA, Velká Británie, některé státy západní Evropy). **Pokud by tedy stát vyhověl všem požadavkům lékařů na omezení přesčasové práce, nutně na to musí doplatit pacienti.** Buď omezením dostupnosti, nebo kvality péče, případně obojím. Pokud někdo tvrdí, že ne, pak si nevidí na špičku nosu. Případná redukce malých nemocnic (o níž se nyní diskutuje) bezpochyby omezí dostupnost péče. Fakt, že lékaři budou trávit v nemocnici méně času (požadavek, který z lidského hlediska plně chápu) nutně povede ke snížení kvality péče. V medicíně (podobně jako třeba ve sportu) platí, že čím více člověk „maká“, tím lepší lékař (nebo sportovec) z něj je. Naprosto beze zbytku to platí při všech manuálních činnostech v medicíně: všechny chirurgické obory, gynekologie a porodnictví, kardiologie, anesteziologie a resuscitace, intervenční radiologie, gastroenterologie a řada dalších oborů. Při diskuzích se studenty nebo s mladými lékaři na toto téma připomínám Jaromíra Jágra. Proč se stal tak výjimečným hokejistou? Protože celý život makal víc než ostatní. Podobně je tomu se skvělými chirurgy, gynekology či kardiology: vypravovali se právě tím, že pracovali více než ostatní. **Čím více pacientů lékař odoperuje, tím lepších výsledků dosahuje.** To je jednoduchá rovnice, která platí jak pro jednotlivé lékaře, tak i pro celé týmy a celé nemocnice.

Dlouhodobé řešení problémů s nedostatkem personálu a s přesčasy spočívá v **nárůstu počtu absolventů**

lékařských fakult. Nejen lékařů, ale i dalších zdravotních profesí – zejména všeobecných sester. Tímto směrem se vydal vládní program zahájený ministrem zdravotnictví Adamem Vojtěchem před několika lety a podporovaný i současným ministrem Vlastimilem Válkem. Díky nárůstu finanční podpory pro lékařské fakulty mohly fakulty přijmout o 15 % více studentů medicíny, což by se mělo projevit na mírném nárůstu počtu mladých lékařů po roce 2025 (studium trvá jak známo nejméně šest let). Existuje nicméně reálná obava, že tento nárůst nebude stačit. Z velké části totiž jen pokryje odchody početné starší generace lékařů do důchodu. Je pravděpodobné, že vládní program bude muset být nejen prodloužen, ale i navýšen, aby lékařské fakulty dokázaly produkovat dostatek absolventů k pokrytí potřeb českého zdravotnictví. Kromě toho se v současné době jedná i o možnosti obdobného vládního programu, který by podpořil zvýšení počtu absolventů nelékařských oborů – zejména všeobecných sester.

Jak si v současné turbulentní době české lékařské fakulty vlastně ekonomicky stojí? Situace ještě není kritická, ale brzy se kritickou může stát. Lékařské fakulty jsou svým způsobem mezi mlýnskými kameny, které hrozí je semlít tak, že z fakult v příštích 10 letech postupně odejdou špičkoví lékaři, protože fakulty je nebudou schopné zaplatit. Tato hrozba je dána z jedné strany oprávněným nárůstem mezd lékařů ve zdravotnických zařízeních a z druhé strany tlakem humanitních fakult univerzit na srovnání mzdových rozdílů uvnitř univerzit. Pokud se **mzdové nůžky mezi zdravotnickými zařízeními a lékařskými fakultami** (mzdy lékařů – atestovaných odborných asistentů na fakultách jsou nyní cca o třetinu nižší než mzdy srovnatelně kvalifikovaných lékařů v nemocnicích, a dokonce

až o polovinu nižší než mzdy lékařů v soukromých ambulancích) budou dále rozevírat, hrozí personální vyprázdnění lékařských fakult.

V současné době jsou finanční prostředky na univerzitách přerozdělovány tak, že lékařské (a též některé další) fakulty doplácí na jiné fakulty v rámci tzv. univerzitní solidarity. Toto **přerozdělování uvnitř univerzit** však nyní hrozí pod tlakem humanitních fakult dále narůstat. Na lékařských fakultách se tudíž logicky diskutuje o tom, zda zdravotnické vysoké školství by se nemělo v České republice přeorganizovat podobně jako v Rakousku, Maďarsku či Polsku. V těchto zemích existují samostatné lékařské či zdravotnické univerzity a vláda tak má možnost daleko přímočařeji ovlivňovat počty studentů a tím i absolventů.

V nedávné době se na Slovensku objevil návrh, aby slovenské lékařské fakulty přestaly přijímat zahraniční studenty do anglického studijního programu a kapacitu využily pro zvýšení počtu slovenských studentů. Ve zcela nedávné době se podobný požadavek objevil i mezi dalšími návrhy Asociace českých a moravských nemocnic. Tato asociace však nejspíše vůbec netuší, že **příjmy od samoplátců (= studujících v angličtině) tvoří dnes třetinu všech příjmů lékařských fakult**. Splnění tohoto požadavku by vedlo k razantnímu poklesu příjmů fakult (a tím i mezd lékařů – učitelů). To by urychlilo personální rozklad lékařských fakult. Naprostá většina příjmů lékařských fakult je vydávána na mzdy. S ohledem na výše uvedené mzdové nůžky nemohou lékařské fakulty na mzdách nic ušetřit, naopak, bylo by potřeba mzdy učitelů medicíny výrazně zvýšit. **V situaci, kdy třetinu příjmů lékařských fakult tvoří poplatky za studium v angličtině, by výpadek tohoto zdroje vedl k zániku lékařských fakult**. Z financí, které jim

v současné době poskytuje stát, by totiž nebyly schopné zaplatit ani průměrného (natož špičkového) lékaře na pozici učitele studentů medicíny.

Pokud by se stát hypoteticky rozhodl požadovat od lékařských fakult razantní navýšení počtu českých studentů na úkor zahraničních, musel by navýšit státní podporu pro studium medicíny nejméně o 35 % na každého studenta. To je obtížně představitelné v současné ekonomické situaci. Navíc by to ani nestačilo: **stát by současně musel lékařské fakulty vyčlenit z univerzit v samostatné právní subjekty**, protože jinak by se finanční prostředky určené na výchovu zdravotníků z velké části rozplynuly v univerzitních rozpočtech (viz zmínka o vnitrouniverzitním přerozdělování výše).

Jakou cestu z této „mlýnice“ by tedy měly lékařské fakulty zvolit? Vidím dvě možné cesty. O tom, kterou z nich se vydat, musí rozhodnout stát, neboť ten je garantem zdravotní péče pro občany i v budoucnu.

Nejjednodušším řešením by bylo, aby lékařské fakulty zůstaly součástí univerzit, avšak aby stát „obarvil“ finanční podporu pro lékařské fakulty tak, aby **univerzity byly povinny státem určené prostředky poskytnout lékařským fakultám a nesměly je použít k jiným účelům**. To je zdánlivě jednoduché, ale v situaci, kdy univerzity jsou samosprávné, je obtížné zajistit garanci takového financování. **Odluka lékařských fakult od univerzit (a vznik samostatných lékařských fakult) by byla krajním řešením, které si v tuto chvíli nikdo nepřeje**. Pokud však nebude přijato žádné řešení, které by přibližovalo mzdy na lékařských fakultách mzdám ve zdravotnických zařízeních, lze očekávat pomalý, ale zcela jistý úpadek úrovně lékařských fakult a v delším horizontu logicky i úpadek úrovně českých lékařů.

Dějiny lékařství v českých zemích. Co vůbec znamená být zdravý a jaké byly vedlejší důsledky válek?

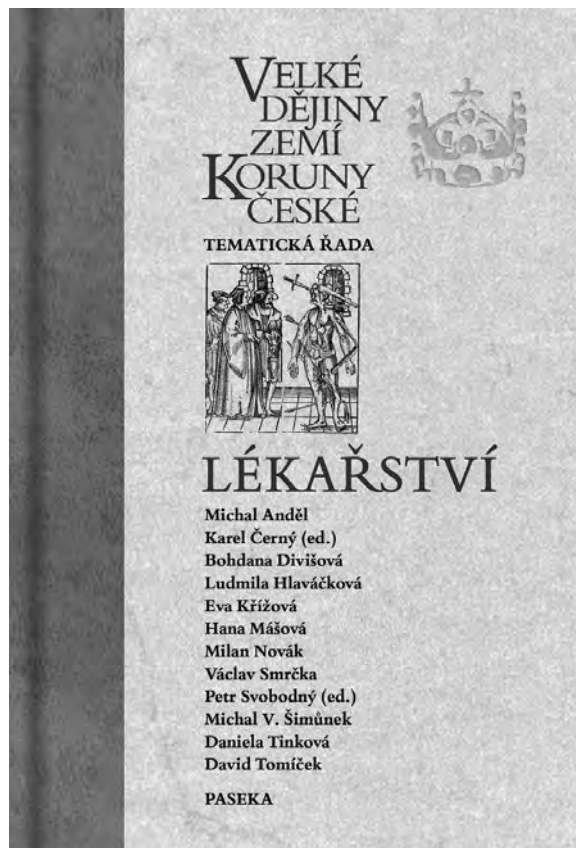
Jan Lukavec

Zapomeňte na hodné a moudré babky kořenářky, které lidovou moudrostí napravují omyly církve. Ve skutečnosti to byly pověrečné báby v zajetí z dnešního pohledu úsměvných i neskutečných bludů. Ano, i o tom jsou dějiny lékařství. Jedny takové si nyní prohlédneme.

Nejnovější svazek obsáhlého projektu Velké dějiny zemí Koruny české je tentokrát po Dějství nebo Cestovatelství věnován Lékařství. Líčí zdravotní stav populace obývající zdejší země od pravěku až do současnosti, dobové metody, jak zdravotní neduhy léčit, v širokém kontextu změn politických, společenských i ideových.

Pro sečtější čtenáře nebude velkým překvapením, že pokaždé nešlo o automatický „progresivní vývoj“. Ku příkladu Daniel Lieberman v knize Příběh lidského těla (2016) tvrdí, že stejné výšky jako prehistoričtí jeskynní lidé dosáhli Evropané opět až ve dvacátém století. Je ku příkladu známo, že přechod od lovectví k zemědělství měl obecně zprvu spíše negativní zdravotní důsledky, recenzovaná kniha ale dokládá, co to pro zdejší obyvatele znamenalo konkrétně.

Některé dobové představy můžeme celkem pochopit. Třeba kouření tabáku, které se v Čechách rozšířilo v 17. století, bylo zčásti podporované dobovou medicínou. V tomto období totiž jeho zdravotní dopady snižo-



vala „nižší naděje na dožití, takže u většiny kuřáků se v podstatě negativní důsledky tohoto zlovyku nestačily projevit“.

Nad jinými ale dnes můžeme nevěřičně kroutit hlavou. Například že ještě podle představ 16. století měly kvalita a složení potravy „odpovídat fyziologickému složení člověka, a to jak individuálně, tak podle společenského postavení“. Zatímco tedy pro zdraví rolníků byly vhodné cibule či řepa, tedy méně ušlechtilá zelenina, šlechta považovala konzumaci těchto poživatin pro sebe „za zdravotně nebezpečnou“.

Proti léčitelům

Knihy také na řadě příkladů ukazuje, jak relativní a historicky proměnlivé mohou být pojmy jako „empirismus“ nebo racionalita. Na počátku novověku se někteří lékaři stavěli jak proti lékařskému establishmentu, tak většině antické tradice a preferovali závěry vycházející z bezprostředního pozorování, i když se vzpíralo závěrům aristotelovské logiky. Tím ale otvírali dveře různým fantastickým, nahodilým a pro pacienty potenciálně rizikovým tvrzením. „V rozporu s naším zažitým stereotypem tedy empirie a logika v raném novověku nešly příliš dohromady,“ konstatuje se v knize.

A podobně je tomu s „racionálním“ přístupem. Ještě v době baroka dokázala medicína žít v harmonickém svazku s křesťanskou teologií a ke svárům docházelo s lidovým léčitelstvím. Jedním z důvodů byla spirituální rovina léčitelství, která unikala dohledu církevních orgánů a vzbuzovala obavy z hereze; druhou příčinou pak byla „nevědecká“ povaha lidové medicíny: „Teologové a lékaři sdíleli stejná přírodně-filozofická východiska, lékaři tedy nechápali teology jako pověřivé osoby a teologové neobviňovali lékaře z bezvěrectví. Naopak, obě tyto elitní skupiny ve shodě pohlížely na lidové léčení jako na synkretickou tradici plnou pověřivých a nebezpečných praktik.“

Boží zásah

Vztah církve k alternativní léčbě hezky ilustruje historika z Golčova Jeníkova z konce 17. století. Na člena tamní jezuitské rezidence se obrátila jakási stařena s žádostí o zapůjčení klíče od kostela. Na dotaz, k čemu jej potřebuje, odpověděla, že „bude léčit těžce nemocné batole koupelí v močůvce, kterou napřed přes klíč přelije“.

Jezuita místo toho požehnal vodu ve jménu sv. Ignáce a dítě se po koupeli rázem uzdravilo. Viděno ze

současné perspektivy, „praktiky léčitelky i jezuitů byly v podstatě stejné“ (s výhradou vůči močůvce). Ale v dobových souvislostech to byl jezuita, kdo postupoval racionálně, protože se držel zavedené představy o přírodě a Boží roli v ní: „Naopak lidový recept v lepším případě ničím nepomohl, v horším případě se jím riskoval zásah ďábelských sil.“

Autoři v souvislosti s tímto příběhem rovněž upozorňují na nebezpečí idealizace „moudrých babiček kořenářek“. Představa, jak taková osoba „rozdává venkovům bylinky, kličkujíc přitom hbitě za humny, aby se vyhnula pátravému oku zpátečnického pátera jezuitů“, dostává povážlivé trhliny.

Vzhledem k tomu není divu, že podle jednoho ze spoluautorů knihy Karla Černého ve středověku příliš nezáleželo na tom, jestli by se nemocný dostal k dvornímu lékaři, nebo dokonce profesorovi lékařské fakulty, jeho šance na přežití by byla skoro stejná: „Lékaři v té době hodně zdůrazňují prevenci. A nejsou tím, na koho se obracíte, když trpíte zlomeninou, jdete spíš za kovářem.“

Ale ještě i o mnoho století později mohla být situace podobná. Kupříkladu obchodník v Dobrušce a aktivní účastník českého národního hnutí František Vladislav Hek (1769–1847), známá hlavní postava románu Aloise Jiráska F. L. Věk, se ve svých pamětech vyjadřoval k úrovni lékařů velmi kriticky: „Je podle něj neuvěřitelné, že medicína se svou tisíciletou historií je dosud tak zaostalá, a vnucuje se mu otázka, zda je štěstím, či neštěstím lidstva.“

Co znamená být zdravý

Od 19. století už se ale účinnost lékařských zásahů postupně zvyšuje, i když víra v magické léčebné praktiky či kouzelnou moc krystalů u některých lidí nadále

přetrvává (což už ale autoři pro 20. ani následující století nesledují). Ani – zdá se – rostoucí vliv tradičních (a v Evropě různě mutujících) asijských léčebných metod.

Každopádně máme za co být současným lékařům vděční, automaticky to ale neznamená, že se dnes všichni chovají racionálněji než kdysi. I když se tabákové firmy snažily umlčovat výsledky výzkumů dosvědčujících návykovost kouření a jeho souvislost se vznikem rakoviny, jde o fakta obecně známá. Nicméně se kouří dále, a to i na autobusových zastávkách, kde je to oficiálně zakázané...

Knihy obsahuje poutavé výklady například o tom, jak Franz A. Mesmer nechtěně objevil hypnózu nebo jaké byly vedlejší důsledky válečných konfliktů (jako jediné pozitivum druhé světové války je zmíněn úbytek alkoholismu a jím způsobených chorob).

Nechybí vzdělávání lékařů a proměny systému zdravotní péče, stručně je pojednán rozvoj psychiatrie a psychoterapie nebo i umělecké angažmá lékařů spisovatelů. Sice se ani této obsáhlé knize nevyhnuly chyby (Sigmund Freud před nacisty neutekl do Spojených států, ale do Británie), ale celkově jde o pozoruhodný přehled o vývoji zdejší populace takřikajíc hlavně ze somatického hlediska, nasvěčující proměny představ o fungování lidského těla i o tom, co to vůbec znamená být zdravý.

Velké dějiny zemí koruny české – Lékařství, vydala v roce 2023 Paseka, 752 stran. Recenze Jana Lukavce vyšla 17. května v kulturní rubrice Orientace Lidových novin.

Gratulujeme jubilantům narozeným v lednu, únoru a březnu!

Mgr. Simona Bernardyová

Ústav ošetrovatelství 3. LF UK

Doc. MUDr. Jaroslav Feyereisl

přednosta Ústavu pro péči o matku a dítě

Mgr. Jana Holubová

Ústav ošetrovatelství 3. LF UK

Doc. MUDr. Vladislav Hytych, Ph.D.

zástupce přednostky pro výuku, vědu a výzkum na Klinice hrudní chirurgie 3. LF UK a FTN

Doc. MUDr. František Staněk, CSc.

Kardiologická klinika 3. LF UK a FNKV

Doc. MUDr. Bohuslav Svoboda, CSc.

emeritní přednosta Gynekologické kliniky 3. LF UK a ÚVN a FNKV a emeritní děkan 3. LF UK

Prof. MUDr. Tomáš Vaněk, CSc.

zástupce přednosty pro vzdělávací a vědeckou činnost na Kardiologické klinice 3. LF UK a FNKV

MUDr. Zuzana Veldová

Klinika otorinolaryngologie a maxilofaciální chirurgie 3. LF UK a ÚVN

Prof. MUDr. Petr Widimský, DrSc.

děkan 3. LF UK a emeritní přednosta Kardiologické kliniky 3. LF UK a FNKV



Naděje pro pacienty s těžkým poškozením mozku: včasná intenzivní neurorehabilitace

Jolana Boháčková

Včasná intenzivní neurorehabilitace pomáhá pacientům s poruchami vědomí následkem vážného poškození mozku, kteří nejsou schopni ještě aktivně spolupracovat a potřebují ošetrovatelskou péči. Cílem této časné terapie, která může začít už u pacientů vyžadujících

intenzivní péči, včetně umělé plicní ventilace, je nabýt vědomí, začít komunikovat, začít s prvními pohyby a jejich koordinací a celkově snížit stupeň poškození centrálního a periferního nervového systému.

Pilotní dvouletý program NINR by měl ověřit návrh neurorehabilitační koncepce, kterou společně vytvořili Sekce akutní neurorehabilitace České neurochirurgické společnosti, Neurochirurgická klinika FN Brno LF MU, SurGalClinic s.r.o. a v neposlední řadě Klinika rehabilitačního lékařství 3. LF UK a FNKV v čele s prof. Marcelou Grünerovou-Lippertovou a prof. Františkem Duškou, přednostou Kliniky anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a FNKV. Do pilotního projektu se kromě FNKV zapojili také SurGal Clinic s.r.o., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem a Ústřední vojenská nemocnice Praha. FNKV momentálně disponuje třemi lůžky s tím, že by jich mohlo vzniknout i deset jako v ostatních zúčastněných nemocnicích.

Navazující intenzivní neurorehabilitaci potřebují pacienti s těžkými neurologickými deficity, kteří ale mají (s ohledem na biologický věk a další přidružená onemocnění) naději na zlepšení a kvalitní život. „Důvodem jejich postižení může být traumatické poškození mozku, porušení mozkového prokrvení, mozkové krvácení, záněty centrálního nervového systému či tumory CNS,“ uvádí prof. Marcela Grünerová-Lippertová, přednostka Kliniky rehabilitačního lékařství 3. LF UK a FNKV. Je třeba, aby byla u pacienta ukončena akutní terapie, nebyla nutná žádná operativní intervence, a aby pacient neměl žádné akutní těžké infekční onemocnění. Měl by mít stabilní intrakraniální tlak a kardiopulmonální funkce alespoň v lehu stabilní.

„Včasná neurorehabilitace začíná co nejdříve, pokud možno již od druhého dne po začátku onemocnění. Důležité je zapojení interdisciplinárního týmu již v oblasti intenzivní péče,“ doplňuje prof. Grünerová-Lippertová. Rehabilitační úkoly zahrnují funkční a průběžnou diagnostiku, aktivující ošetřovatelskou péči a cílenou

funkční terapii. Cílem fyzioterapie je obnovit pohyblivost a schopnost stát a chodit, logopedie se zaměřuje na poruchy polykání a podporu komunikace, zejména u pacientů s poruchami řeči (afázie, dysartrie). „Ergoterapie podporuje v této včasné fázi zejména proces vnímání hranic vlastního těla a nácvik základních činností denního života, které dopomáhají k zlepšení vnímání a pozornosti i ke zvýšení míry soběstačnosti pacienta,“ vysvětluje profesorka. Neuropsychologie zahrnuje diagnostiku a terapii kognitivních funkcí, psycho-edukativní a psychoterapeutické intervence.

Včasná neurorehabilitace v rámci NINR projektu trvá ve většině případů až tři měsíce, při zvláštní indikaci a prognóze i déle. „Pokud dosáhneme pozitivních výsledků, tato nová forma rehabilitační péče by mohla být rozšířena po celé České republice,“ dodává přednostka.

Studentská vědecká konference 2024

Studentská vědecká konference 3. LF UK se bude konat v úterý 21. května 2024. Tradičně bude konference rozdělena na přednáškovou a posterovou sekci. O rozdělení příspěvků do jednotlivých sekcí rozhodne odborná hodnotící komise.

Elektronický systém pro vkládání abstrakt je právě otevřen na svk.lf3.cuni.cz/abstrakt a deadline pro odevzdání je 31. 3. 2024.



Vývoj vědeckých poznatků v léčbě melanomu

Petr Arenberger

Jedním z hlavních úspěchů minulého roku bylo pro Dermatovenerologickou kliniku 3. LF UK a FNKV vytvoření doporučených postupů pro diagnostiku a léčbu maligního melanomu pro Ministerstvo zdravotnictví ČR. Na začátku února 2023 vyšla dokonce kniha s bohatou obrazovou a tabulkovou dokumentací – *Maligní melanom – diagnostika a léčba*.

Za poslední léta došlo u melanomu nejen k převratným vědeckým objevům, ale i jejich využití diagnosticky a terapeuticky. Když jsem začal v roce 1978 studovat medicínu, zemřela na maligní melanom v Československu každoročně necelá desetina těch, kteří jím ve stejném roce onemocněli. Tento poměr mortality k incidenci dramaticky stoupal a za šest let, tedy v roce 1984 při mé promoci už překročil čtyřicet procent.

Docent Belšan na I. kožní klinice FVL UK a FN2 v Praze, kde jsem tehdy nastoupil, začal s metodou, kterou bychom mohli označit za počátky moderní imunoterapie. Primární melanomy ještě před jejich excizí senzibilizoval difencypronem, což potom umožňovalo vyvolat imunitní reakci při případných následných kožních metastázách. Už tehdy se spekovalo o abskopálním efektu léčby na imunologické bázi a je to jedna z věcí, která nám vydržela po celých 40 let až do dneška.

Nyní k autorům zmíněné knihy. Profesorka Arenbergerová nastartovala svou vědeckou činnost záhy po promoci intenzivním základním výzkumem v oblasti melanomových buněk. Měla pro to excelentní podmínky. Svou dermatoonkologickou dráhu zahájila paralelně na Dermatovenerologické klinice 1. LF UK a VFN a především na II. ústavu lékařské chemie a biochemie, který posledních 40 let patří k evropské špičce v experimentální onkologii, a byl tak po právu přejmenován na Ústav biochemie a experimentální onkologie. Odtud to byl už jen krok k výzkumnému pobytu na prestižním berlínském Institutu Maxe Plancka, na který navazovala klinická práce dermatoonkologické poradny a experimentální činnost v laboratoři na Dermatologické klinice Svobodné univerzity v Berlíně. Tam se uskutečnily její unikátní experimenty ve výzkumu regulace apoptózy na bázi Bax/Bcl-2. I ty přispěly k jednomu z prvních

cílených přístupů k prokazatelnému potlačení progresu onemocnění u pacientů s melanomem pomocí obliterace, antisense oligodeoxyribonukleotidu blokujícímu antiapoptotický protein Bcl-2. Klinické i experimentální know-how pak přinesla po čtyřech letech v zahraničí na Dermatovenerologickou kliniku 3. LF UK a FNKV, kde v obou činnostech úspěšně pokračuje do současnosti, a své zkušenosti předává nejen v rámci přednáškové a publikační činnosti, ale také přímo mladším kolegům v České republice.

Jedním z nejúspěšnějších z nich je druhý z autorů knihy MUDr. Pásek, který si během své klinické praxe v dermatovenerologii vypracoval pověst evropsky uznávaného experta v dermatoonkologii. I nadále se ale vzdělává u nás i v zahraničí. Stále více však jeho přítomnost na mezinárodních kurzech vyvolává obavy u přednášejících, protože velmi kvalifikovaně glosuje diskutovanou problematiku a odsouvá často pedagoga na druhou kolej. Není proto překvapením, že je nositelem evropského certifikátu pro systémovou terapii v dermatoonkologii.

Na skromném třetím místě seznamu autorů díla zůstává moje maličkost. Kromě opatrných začátků společné senzibilizace na klinice s panem docentem Belšanem (většinou se totiž difencypronem senzibilizuje nejen pacient, ale i aplikující lékař) v polovině osmdesátek jsem v devadesátkách operoval melanomy s panem profesorem Winterem na berlínském Dermatologické klinice Humboldtovy univerzity v nemocnici Charité. Člověk se tam hodně naučil z dermatochirurgického řemesla. Pan profesor totiž zastával názor, že s primárním nádorem je třeba odstranit i sentinelovou uzlinu. To ani dnes není velkým překvapením, i když jsme si v průběhu let potvrdili, že se nejedná o terapeutickou, ale

diagnostickou metodu. On byl ale navíc názoru, že všechno potenciálně kolonizované nádorovými buňkami musí pryč. Takže nejen první spádová uzlina, ale i „Lymphabstrombahnen“, tedy lymfatické cévy od primárního tumoru až k uzlině. Nechtějte, abych detailně popisoval, jak vypadal pacient po výkonu, když měl primární melanom někde na přechodu epigastria a hypochondria nebo v lumbální krajině a dalo se očekávat, že lymfa poteče současně do třísla i axily. Z hlediska výsledné jizvy je kupříkladu Whippleova operace pankreatu nebo torakotomie prakticky mikrochirurgickým výkonem.

S nástupem nového milénia jsem převzal vedení Dermatovenerologické kliniky 3. LF UK a FNKV a rozvinul v ní se spolupracovníky řadu nových oblastí včetně pokročilé dermatochirurgie, operací sentinelových uzlin a dermatoonkologie od primární diagnostiky po farmakologickou terapii v adjuvanci i v pokročilých stádiích nádorů. Pod naším vedením tu působí také mezioborová pracovní skupina k řešení nežádoucích příhod systémové imunoterapie a další cílené léčby. Prioritní výsledky máme i v oblasti základní experimentální činnosti a nové terapeutické postupy nabízíme také v rámci klinického výzkumu. Klinika má bohatou mezinárodní spolupráci s kontakty s pracovišti v Evropě, USA a Australii. To se týká i dermatoonkologie. Jako člen výboru Evropské asociace dermatoonkologie podporuji kontakty s obdobně zaměřenými pracovišti nejen v okolních zemích, ale i v Itálii, Švýcarsku, USA a dalších, každoročně přednáším dermatoonkologii na kongresech EADO, mnichovských Post-Chicago-meetinzích, berlínských Evropských školách dermatoonkologie, spoluorganizuji evropské zkoušky z dermatoonkologické systémové terapie a podobně. K dispozici máme dnes

diagnostické a léčebné postupy, o kterých se nám před několika lety ani nesnilo, a navíc s výsledky, které by si ve stejné době uměl představit jen úplný snílek.

Přesto ale nejúspěšnější zůstává prevence, především primární a sekundární. Proto ji nezanedbáváme a každoročně se s námi už více než patnáct let můžete setkávat na centrálních náměstích velkých měst nebo na dalších místech v tradičním Stanu proti melanomu, kde využíváme naší dermatoskopické expertizy a vyhledáváme časná stadia kožních nádorů. Prakticky jen včasná excize maligního kožního nádoru může nabídnout úplné vyléčení. Toto úsilí nás i celé dermatologické obce je společně s dostupností imunoterapie a moderní cílené léčby zřejmě jedním z hlavních důvodů, proč u maligního melanomu poměr mortality k incidenci v České republice jako jedné z velmi mála zemí na světě stále klesá a proč se mortalita i přes stoupající trend incidence nezvyšuje.

*Monika Arenbergerová, Marek Pásek, Petr Arenberger:
Maligní melanom - Diagnostika a léčba, Maxdorf 2023*



Evropská unie financuje průlomový výzkum psychedelické terapie. Mezi zapojenými institucemi je i Národní ústav duševního zdraví

Jan Červenka

Evropské konsorcium 19 partnerských organizací získalo od Evropské unie dotaci více jak 6,5 milionu eur na výzkum využití psilocybinu pro léčbu psychologického distresu u nevléčitelně nemocných lidí vyžadujících paliativní péči. Evropská unie tak poprvé financuje multicentrickou klinickou studii zaměřenou na psychedeliky asistovanou terapii.

Randomizovaná kontrolovaná studie *PsyPal*, koordinovaná *University Medical Center Groningen* v Nizozemsku, ve spolupráci s *HumanKindLabs*, tak získává vůbec první evropský grant na financování klinického výzkumu

psychedelické terapie. Studie bude zkoumat, zda terapie psilocybinem může v rámci paliativní péče pomoci ulehčit psychologické a existenciální úzkosti u pacientů trpících jedním ze čtyř různých nevléčitelných progresivních onemocnění: pokročilou chronickou obstrukční plicní poruchou (CHOPN), roztroušenou sklerózou (RS), amyotrofickou laterální sklerózou (ALS) a atypickou Parkinsonovou chorobou (APD).

Začátkem roku 2024 začnou čtyři partnerské instituce v rámci studie léčit více než 100 pacientů. Každá z těchto institucí se přitom bude věnovat jednomu ze zmíněných onemocnění: *University Medical Center Groningen* se zaměří na pacienty s chronickou obstrukční plicní nemocí, portugalská *Champalimaud Foundation* na atypickou Parkinsonovu chorobu. Český *Národní ústav duševního zdraví* se ve studii zaměří na pacienty s roztroušenou sklerózou. Na pacienty s amyotrofickou laterální sklerózou bude cílit výzkum probíhající v Dánsku na *University of Copenhagen* a *Bispebjerg Hospital*.

Nábor pacientů nejspíš začne na přelomu roku 2024/2025

„Psychedelika se již ukázala jako efektivní ve zmírnění úzkostí a existenciálního distresu u onkologických pacientů s terminální diagnózou, ukazují se však jako velmi nadějná i u jiných diagnóz, zejména depresivní poruchy či závislosti. V NÚDZ se naše týmy věnují výzkumu psychedelik již zhruba 20 let včetně studií u pacientů, a to jak v indikaci deprese, tak i v rámci paliativní péče. Díky tomu jsme dnes již akceptovanými partnery na mezinárodní úrovni a mohli jsme se podílet na přípravě tohoto projektu. Ten je určitě velkou nadějí pro pacienty, kteří se aktuálně přímo potýkají se zásad-

ní otázkou – nevyhnutelnou konečností vlastní existence. Cílem studie je zjistit, zda psychedeliky asistovaná terapie je tou správnou cestou, jak tuto náročnou skutečnost akceptovat a ulevit od utrpení. Projekt představuje velkou výzvu i na mezinárodní úrovni, neboť jde skutečně o první takto rozsáhlý veřejně financovaný výzkum. Pokud budou naplněny hypotézy, může do budoucna pomoci velké části lidské populace,” vysvětluje MUDr. Tomáš Páleníček, PhD., vedoucí Centra výzkumu psychedelik NÚDZ.

Účastníci absolvují dvě terapeutická sezení, při kterých jim bude podán buď psilocybin (účinná látka obsažená v lysohlávkách) nebo placebo. Předchozí pilotní studie ukázaly podstatné snížení depresivity a úzkosti u lidí žijících s terminální diagnózou rakoviny, v některých případech s přetrvávajícím účinkem.

„Do studie jsou s námi zapojeni kolegové neurologové z 3. LF UK a FNKV, kteří budou v rámci své specializace vybírat vhodné pacienty dle kritérií pro zařazení do studie. Nábor pacientů nejspíš začne na přelomu roku 2024/2025, informace o studii budou zcela jistě zveřejněny na stránkách NÚDZ a budeme určitě využívat i šíření informace mezi kolegy a neurologickými pracovišti, pomocí sociálních sítí a dalších mediálních prostředků,” popisuje doktor Páleníček.

PsyPal představuje první klinickou studii zkoumající bezpečnost a účinky psilocybinu u pacientů, kteří nepodstupují onkologickou léčbu. Robert Schoevers, vedoucí psychiatrie na UMCG a hlavní výzkumník projektu *PsyPal*, poznamenává: „Rádi bychom zjistili, zda můžeme těmto pacientům ulehčit jejich utrpení a zároveň prozkoumat dlouhodobé výsledky této léčby pro pacienty a jejich rodiny. Tento aspekt se často přehlíží, ale je nesmírně důležitý.“

Evropské financování

Tato první klinická studie svého druhu je plně financována programem *Horizon Europe*, klíčovým programem Evropské unie pro financování výzkumu a inovací. Jeho cílem je podporovat spolupráci, posilovat dopad výzkumu a inovací a řešit globální výzvy prostřednictvím podpory politiky EU. Schoevers říká: „Jsme naprosto nadšeni, že EU podporuje tuto ambiciózní studii založenou na spolupráci. Stále více se uznává, že psychedelická léčba může pomoci pacientům, pro které nejsou alternativy účinné, a jsem velmi rád, že získáváme podporu z tohoto vysoce prestižního programu financování. Skutečně pomáhá posílit spolupráci mezi výzkumníky z různých zemí a oborů, kteří se zaměřují na potenciálně transformační intervence u závažných duševních poruch, které jsou v současné době rezistentní vůči léčbě.“

Progresivní degenerativní onemocnění

Všechna čtyři onemocnění jsou nevléčitelná a hluboce mění život, vedou ke ztrátě samostatnosti a těžkému psychickému strádání. Studie naznačují, že příznaky deprese a úzkosti postihují 34 % až 80 % osob s těmito onemocněními, což zdůrazňuje naléhavou potřebu inovativních intervencí. Dopad život limitujících nebo život ohrožujících onemocnění na fyzický, emocionální, sociální a spirituální well-being člověka je hluboký. Zatímco někteří zažívají osobní růst, jiní čelí existenciálním problémům, jako je ztráta naděje a smyslu, změny v rodinných a společenských rolích a pocity zátěže. Konvenční intervence u pacientů s paliativní péčí často selhávají a vyžadují inovativní a účinnou léčbu. V důsledku toho se u těchto pacientů velmi často vyskytují deprese, úzkost, demoralizace a snížená kvalita života.

Psilocybinová terapie duševních poruch

Současný výzkum v oblasti psychedelické vědy, zaměřený zejména na psilocybin, prokázal slibné výsledky u osob, které se potýkají s depresí a duchovním strádáním v důsledku nevléčitelných onemocnění. Psychedeliky asistovaná psychoterapie, která integruje užívání psilocybinu v bezpečném prostředí spolu s odbornou psychologickou podporou, zavádí inovativní terapeutický přístup, který řeší nejen příznaky deprese a úzkosti, ale také podporuje spirituální well-being a kvalitu života u pacientů v paliativní péči.

Spolupráce a interdisciplinární konsorcium

PsyPal kombinuje psychoterapii a farmakoterapii, aby bylo možné cíleně pomáhat pacientům v těchto obtížných situacích. Kromě okamžitých klinických výsledků se zaměřuje na trvalou pohodu pacientů a jejich rodin po léčbě psychoaktivními látkami. Pomocí vzájemné podpory a on-line nástrojů si projekt klade za cíl posílit mechanismy zvládnutí a zmírnění úzkosti v době, kdy se lidé blíží ke konci svého života.

Výsledkem tohoto přístupu není pouze klinické hodnocení, vede také k mezioborovému partnerství, které tvoří 19 spolupracujících evropských organizací z devíti zemí. Konsorcium sdružuje odborníky na různá dlouhodobá onemocnění, psychiatry, lékaře poskytující paliativní péči, psychology a odborníky na psilocybinovou terapii spolu s výzkumníky zaměřenými na duchovní péči a zástupce náboženských institucí.

Vzpomínka na profesora Monoda

Dozvěděli jsme se smutnou zprávu. 9. listopadu 2023 zemřel ve věku 95 let prof. Hugues Monod z Paříže. Profesor Monod byl muž činu. Vším čím byl, byl rád a dělal to s neobyčejnou poctivostí. Pocházel z významné větve francouzských protestantů a jeho bratranec byl laureátem Nobelovy ceny. Prof. Monod celý život pracoval v nemocnici *Hopital Salpêtrière Paris* a na dvou fakultách *Académie de Paris*, které má celkem 16 fakult a ty se pak dělí na další pracoviště. Profesor Monod po sobě zanechal dva syny a dceru, deset vnoučat a čtyři pravnoučata, geneticky je to jasný odkaz.

S profesorem Monodem jsem pracoval několik desetiletí při organizaci společnosti *Association des Physiologistes*, ve které jsem nejprve s prof. Krutou zastupoval ČLS JEP jako národní sekretář pro Československo. Po jeho smrti od roku 1986 jsem byl sekretářem sám a po rozdělení Československa (1993) jsem byl sekretářem pro Českou i pro Slovenskou republiku.

Naše odborné zájmy se úplně nestřetávaly, protože prof. Monod byl především pracovní lékař, ale velmi jsme se potkávali v jeho oddělení sportu, které vedl na Univerzitě Paris VI Pierre et Marie Curie. Co se týče jeho odborné práce, pracoval společně s prof. Jeanem Scherrerem na Univerzitě Paris VI, kde vedl zmíněné oddělení sportu a ke konci života byl také patronem pneumologických věd. Svoje poznatky shrnul do několika významných publikací z oblasti pracovního lékař-



ství ve Francii, ale také ve frankofonních oblastech jako Belgie, Švýcarsko či Kanada.

Díky prof. Krutovi se jimi stalo také Československo, později Česko a Slovensko. Bohužel v roce 2007 a 2008 byly zrušeny národní sekretariáty a všichni členové se stali řádnými členy *Société de physiology*. Ta nám pomohla především během sovětské okupace – umožňovala nám navštěvovat kongresy na Západě. Sami jsme organizovali tři výroční kongresy. V roce 1964 se konal výroční kongres v Praze, kde byli vynikající představitelé francouzské fyziologie v čele s prof. Fessardem, Busem, profesorkou Albe Fessardovou a dalšími. V roce 1970 ještě organizoval prof. Kruta se svými spolupracovníky v Brně výroční zasedání, které mělo

rovněž velký úspěch a bylo hojně navštíveno českými a slovenskými kolegy, ale také kolegy francouzskými a frankofonními. V roce 1982 stále ještě za dob reálného socialismu jsme s úspěchem pořádali kongres v Praze. Prof. Monod a zejména prof. Scherrer nám velmi pomohli při získání mimořádného kongresu – světového kongresu fyziologie, který se uskutečnil v Praze v roce 1991. Ten přilákal do Prahy špičky světové fyziologie – podařilo se nám zorganizovat setkání všech současných vynikajících autorů fyziologických a patofyziologických učebnic. Přijeli například prof. Ganong, Laport a Schmidt z Německa. V současné době připravujeme nový český překlad a dotisk nových kapitol učebnice prof. Ganonga, která vychází již ve 47. vydání. Profesor Monod byl také velmi úspěšným autorem několika učebnic fyziologie práce a lékařského pohledu na ni.

Profesor Monod byl nejen mým přítelem přes vědu, ale miloval také sport. Každý týden jsme spolu hodinu ráno hrávali na střeše jedné garáže tenis. Profesor Monod byl také dobrým lyžařem a na lyžích navštívil i Šumavu, kde se mu moc líbilo. Své poznatky ze sportu přenášel do praxe sportovní – vyšetřoval vrcholové sportovce a radil jim, jak se mají se sportu chovat, aby si nepoškodili zdraví.

Formálně byl profesor Monod ředitelem laboratoře fyziologie práce ve francouzské vědecké organizaci CNRS, byl prezidentem Společnosti ergonomické jazyka francouzského (SELF), rytířem akademických palců, rytířem národní cti a dostal zlatou medaili Karlovy Univerzity na návrh 3. LF UK. Profesor Monod aktivně spolupracoval s cizinci. Z českých vědců u něj pracoval především prof. Kamil Provazník, s nímž se velmi přátelil. Profesor Monod navázal v ČR mnohá přátelství a já osobně si jeho přátelství nesmírně vážím.

Jezdil do ČR často a rád stejně, jako my jsme jezdili velmi rádi do Francie, i když méně často. Zájezd českých a slovenských fyziologů pomáhal na francouzské straně organizovat právě prof. Monod. Děkuji mu za vše, co pro českou a slovenskou fyziologii a patofyziologii udělal. Děkuji mu za vše, co udělal pro mne osobně, protože mě navrhoval do významných mezinárodních funkcí jak v oblasti frankofonní, tak v oblasti celosvětové. Jeho následovníkům přeji nejenom hezké vzpomínky, ale také zpracování výsledků jeho práce, na které on sám už neměl čas.

prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.

A black and white close-up portrait of Cyril Höschl. He is an older man with short, dark hair, wearing round-rimmed glasses. He is dressed in a dark suit jacket, a light-colored shirt, and a dark tie. His right hand is raised to his chin, with his index finger pointing upwards, suggesting a thoughtful or contemplative mood. The background is a plain, light-colored wall.

TEXT

Cyril Höschl

TAK O CO JDE?

Lidé jako olivy

Proč ze sebe to nejlepší vydáváme pod tlakem

(úryvek z knihy prof. Cyrila Höschla „Tak o co jde? Jak číst svůj život“)

Návod na to, „jak číst svůj život,“ vydal v loňském roce v nakladatelství Mladá fronta profesor Cyril Höschl. Proč máme tak často pocit, že se život nevyvíjí podle našich představ? Jakou výbavu si neseme v genech a co máme zcela ve svých rukou? Prof. Höschl provádí čtenáře cestou od narození až po spokojené stáří. Vychází ze čtyřiceti let zkušeností, které umí s nadhledem zúročit v populárně naučné knize. Pro zpestření přidává i své osobní vzpomínky na zajímavá setkání, například se Sirem Karlem Popperem, královnou Alžbětou či Václavem Havlem. Do rubriky „text“ vybíráme sedmou kapitolu, v níž prof. Höschl vysvětluje, jak bez pozitivních vzorů může vzniknout psychická porucha, jak se člověk vyrovnává v životě s náročnými situacemi, ale i to, jak mohou vážné potíže motivovat ke špičkovým výkonům – jako příklady uvádí životní zkoušky světově uznávaných hudebních skladatelů a dalších osobností. Otázky v tomto knižním rozhovoru kladl profesorovi Höschlovi novinář Ivan Hamšík.

7. kapitola

Známe mnoho příkladů, kdy lidé s vážným hendikepem předvádí výkony, nad kterými zůstává rozum stát. Jak je to možné?

Celý život jsme vystavováni náročným životním situacím a ovládáme řadu technik, jak se s nimi vyrovnat. Já tomu v nadsázce říkám *garderoba*. Z této *garderoby*, částečně vrozené a částečně naučené, si vybíráme podle konkrétní situace.

Co se všechno počítá mezi náročnou životní situací? Pro někoho přecitlivělého to může být i zpoždění vlaku...

Můžeme si je vyjmenovat: přírodní katastrofy jako povodně, hurikány, tornáda, zemětřesení nebo požáry. Dopravní nehody, těžké úrazy, vystavení jedovatým látkám, nebezpečné záření. Fyzické napadení, útok se zbraní, sexuální napadení, znásilnění. Boj o život nebo

přítomnost ve válečné zóně, zajetí. Smrtná nemoc, život ohrožující úraz, těžké lidské utrpení. Násilná nebo náhodná smrt, vražda nebo sebevražda v nejbližším okolí, vážné zranění nebo smrt, kterou jsme způsobili někomu jinému.

Teď mi najednou přijde, že mám docela spokojený život!

Samozřejmě to může být i nějaká další, velmi stresující událost. Například i to zpoždění vlaku, které jste zmiňoval. Pokud by pro vás mělo fatální následky, když nebudete na místě včas.

Jaké zbraně do takových situací nasazujeme? Co do takové *garderoby* patří?

Dvě základní skupiny technik: odvozené od agrese a odvozené od úniku.

Probereme si je postupně. Jakými způsoby se projevuje agrese?

Zjednodušeně to znamená přelézt, přeskočit, nepodlézt. Mezi klasické techniky odvozené od agrese řadíme *identifikaci, kompenzaci, racionalizaci, projekci a upoutání pozornosti*. Identifikaci si představte jako příběh tvrdě šikanovaného kluka, kterého ve škole jenom trápí a týrají. On jde do kina na Ramba a vidí, jak pobije všechny padouchy. Působí to na něj terapeuticky, protože se ztotožní se silákem, který to všem zloduchům vrátí. Z kina odchází s pocitem, že má kvér za pasem. Ulevilo se mu, cítí se posílený. Proto je tak důležitý, když se můžeme identifikovat s pozitivními vzory, charismatickým učitelem nebo pokud možno s rodiči, když stojí za to. Čerpáme z toho energii, sílu a odhodlaní, lépe pak čteme svůj život. Vážné psychické poruchy

naopak mohou vznikat, pokud identifikační vzor je nějakým způsobem nepřijatelný nebo chybí.

Dokážeme se ztotožnit i s něčím neživým?

Dokážeme se identifikovat i s věcmi. Zejména muži se často ztotožňují se svými auty, mají tendenci jim vdechnout svoji povahu. Když jsem učil ještě za komunistů a jezdily tady všechny ty škodovky, wartburgy a lady, uváděl jsem příklad: když řidiče v trabantu začal předjíždět někdo v silném západním autě, třeba v chrysleru, tak trabantista sešlápl plyn až na podlahu, protože se nechtěl nechat předjet, ačkoliv kromě zvýšené spotřeby nedosáhl ničeho. A kdyby řidiče v chrysleru chtěl předjet někdo v trabantu, ten by to nikdy nedopustil, i kdyby se měl zabít. Stejný efekt dnes vidíme s velkými SUV, řidič teréňáku se identifikuje se svým autem a chová se jako mamut i lidsky. Někdo jiný s malým suzuki zase působí zamindrákovaně. Takže to je vlastně taky *identifikace*. Ten suzukář za své autíčko doslova trpí.

Jaké jsou další projevy agrese?

Kompenzace, díky které vyrovnáváte nějaký defekt. Měl jsem kamaráda, který prodělal dětskou obrnu, která v době našeho mládí ještě existovala. Svůj hendikep si kompenzoval nadměrným úsilím, takže nejenom přestal kulhat, ale stal se horolezcem, dal se na atletiku a běhal krátké tratě. Dalším takovým mechanismem je *racionalizace*, kdy hledáme společensky oceňované vysvětlení pro společensky nepřijatelné chování. Všichni známe takové to „piju na krvinky“, „proplachuju si ledviny“, „pivo je zdravé na žaludek“. Zkrátka se snažíte odsouzeníhodnou věc prodat jako chvályhodnou. Jiným mechanismem je *projekce* neboli „podle sebe sou-

dím tebe“. Projekce může být asimilativní, kdy svoje chování přisuzuji i těm druhým. Jinými slovy: „Proč bych neukradl máslo v samoobsluze, když stejně všichni kradou?“ Jiný druh projekce je vylučující, například když jeptiška řekne, že „všecky ženský jsou kurvy!“, protože tím vlastně chce naznačit, že ona jediná není. Poslední technika odvozená od agrese je *upoutávání pozornosti*. Typicky se tak projevují excentričtí herci, třeba věčně rozcuchaný Jack Nicholson.

Opačnou reakcí na extrémní životní situace je únik. Jaké má podoby?

Klasickým únikem je *izolace*, to znamená nekomunikovat, nebýt, nechtít, nevědět. *Únik do nemoci*, to je celkem jasné, o co jde, dále známe *popření*, kdy odmítáte, že se vůbec něco děje. Nejlépe to symbolizuje rčení „o třech moudrých opicích“, ve kterém si jedna zakrývá uši, druhá ústa a třetí oči, a vykládáme si to jako neslyším, nevidím, nemluví, tedy nevím. Poměrně zajímavou formou je *regrese*, při které se dospělý člověk vrátí k nižším ontogenetickým vývojovým formám, začne se chovat dětinsky, a tím vyžaduje od ostatních pečovatelské chování. Dokonce to někdy dojde do takového extrému, že začne šišlat a opravdu se chová jako malé dítě, v krajním případě mu musejí utírat zadek nebo ho krmit. *Regrese* bývá občas silnější, než je nutné, protože člověku je v tom dobře, a chrání si tak svoje ego. Nemusí se o nic starat, naopak okolí se stará o něj. Jiným způsobem řešení je *sublimace*, proměna společensky nežádoucího chování v naprostý opak, tedy do společensky oceňovaného. Jako poněkud brutální příklad uvedu, když se někdo místo pedofilním sadistou stane dětským chirurgem. To znamená, že řezání do dětí uplatní společensky velmi oceňovaným způsobem. Dal-

ším způsobem je *fixace*. Na někoho se zavěším, jsem mu oddaný, splním, co mu na očích vidím, dělám pro něj první poslední. Nemám svoje vlastní sebevědomí, proto se jakoby přilepím na to cizí. Vždycky je otázka, do jaké míry to je dotyčnému příjemné, mít oddaného sluhu, svého Sancho Panzu, věčného podržtašku, který se typicky pověsí na nějakého politika a přihřívá se v odlesku jeho slávy, kterou sám nevytváří, pouze ji vysává z dotyčného. Ještě známe *vytěsnění* neboli potlačení. Kdysi jsme s kolegou Jiřím Šimkem publikovali takový přehled o psychologii nemocných na kardiologických jednotkách intenzivní péče. Pacienti se tam dělí zhruba do dvou skupin. Jednu jsme nazvali *malí popírači*, to jsou lidé, kteří nepopírají svůj zdravotní stav, naopak si ho přehnaně uvědomují, sledují, jak u souseda už bliká monitor, že za stěnou někoho oživují, a čekají, kdy přijde řada na ně. Jsou deptáni úzkostí, sledují přístroje a žijí v hrůze, kdy zemřou. Do druhé skupiny patří *velcí popírači*. Ti si naopak vůbec nepřipouštějí, jak je situace vážná. Pašují si na pokoj pivo, kouří na záchodě, běhají po schodech za ženskajma, protože jim nedochází nebezpečnost takového počínání. Místo toho jim vadí, že hučí větrák, že sestra má nalakované nehty a že je polívka málo slaná. Když to shrnu, *malí popírači* se deptají úzkostí, přestože dodržují všechno, co jim doktoři a sestry řeknou, a *velcí popírači* se ohrožují nedodržením režimu. No a teď kardinální otázka: kdo myslíte, že má větší úmrtnost?

Logicky bych řekl, že velcí popírači, protože ohrožují léčbu.

Je to naopak! Také nás to překvapilo. *Malé popírače* ohrožuje úzkost víc než to, že někdo kouří na záchodě a tajně pije alkohol.

Moment, to ale znamená, že byste správně měli pacienty ponoukat, aby léčbu nebrali vážně!

No, problém je, že ponoukáním nikoho nepředěláte. Samozřejmě není moc etické lidem říkat, že když budou zlobit, tak je to lepší, než když budou všechno dodržovat. Ale primární je ta úzkost, to je zkrátka ten zabiják.

To si vůbec nedovedu představit, jak s tím mají lékaři nakládat. Co těm pacientům tedy radí?

Musí to rozumně vyvažovat. Faktem zkrátka je, že na jednom oddělení máte lidi se stejnou diagnózou a ve stejné situaci, všichni jsou třeba po infarktu myokardu, ale musíte k nim mít o 180 stupňů jiný přístup. *Malému popírači* pomáháte vytvořit obranu a vlastně se u něj snažíte vyvolat větší popření. Říkáte mu například: „Podívejte, není to tak hrozné, klidně si po večeři můžete dát jedno pivo... Soused, který zemřel, měl úplně jinou diagnózu, to se vás vůbec netýká!“

Zatímco velké popírače musíte strašit?

Do jisté míry ano, postupujete zcela protichůdně, snažíte se mu tu suverenitu nabourat. Nabádáte ho: „Nemůžete takhle běhat po schodech! Mohlo by to s vámi taky pěkně seknout. Infarkt je smrtelné onemocnění, jestli budete kouřit, tak to jenom uspíšíte.“ Čili jedny chlácholíte a druhé naopak strašíte. A přitom diagnózu mají navlas stejnou. Tím jsem chtěl pouze ukázat, jakou roli hraje naše osobnost a jak ovlivňuje způsob, jakým se stavíme k těžkým situacím.

Agresivní a únikové techniky máme vrozené, nebo je můžeme během života vědomě zcela změnit?

Jak už jsem vám vysvětloval v kapitole o genech, část je vrozená a část naučená, ale přesný poměr nezná-

me a u každého se může lišit. Samozřejmě, že základ je vrozený, ale v dětství a v rodinném prostředí se to doučíme podle toho, co se nám osvědčilo. Zafixujeme si techniky, které fungovaly, a ty máme tendenci opakovat, a to i s chybami.

Trochu to shodím: neumím si moc představit, jak to v rodinách cvičíme. „Pepičku, dneska si projdeme únikové strategie.“

Takhle to samozřejmě nechodí a ani nemůže. Zlehčovat to můžete, ale faktem je, že čím lepší výchova v rodině, tím rozmanitější *garderobu* technik vyrovnávání se s náročnými situacemi máte do života. U akcentovaných a psychopatických osobností často zjistíte, že ovládají pouze omezený repertoár technik a narážejí tím, že je pak používají v nevhodných situacích. Začíná to obvykle v dětství otcem despotou nebo matkou alkoholičkou, kteří dítěti pokříví vztah k autoritám.

Taková deformace se už nedá změnit?

Je to možné terapeuticky opravit pomocí korektivní zkušenosti. Jednu už jsem popsal v úvodní kapitole citací z *Bídníků* od Viktora Huga, kde se okradený bisкуп postaví nečekaně vstřícně ke zloději stříbra, a úplně mu změní život. Tím okamžikem se z kriminálního symbolicky stane vážený starosta. Smyslem korektivní zkušenosti je přimět člověka, aby si uvědomil, že svět může být jiný, než si dosud myslel.

Chybná strategie se dá úplně přeformátovat?

Ano. Člověku se zboří zažitý stereotyp, který chybně uplatňuje stále dokola. Zažil jsem to na začátku kariéry, kdy jsem se věnoval psychoterapii. Měli jsme ve skupině chlápka, který měl vážné problémy s agresivitou.

Pracoval jako asfaltér, takže měl ohromnou svalnatou postavu. Jednou se přímo během sezení tak rozběsil, že popadl židli, na které seděl, a rozštípal ji, jako kdyby byla ze sirek. Na zemi zůstala jenom hromádka třísek.

To bych se asi bál. Jak jste to řešil?

Šel jsem za ním na pokoj a vidím, že si zbrkle cpe oblečení do tašky.

„Kam se balíte?“ ptal jsem se.

„Kam asi? Odcházím, stejně na mě zavoláte policajty a vyhodíte mě!“

„Proč bych na vás volal policajty,“ naoko jsem se divil. „My jsme tady od toho, abychom lidi, kteří jsou v těžké situaci, chápali, ne soudili. Od toho jsou jiné instituce!“

To ho překvapilo: „No jo, ale já rozmlátil tu židli,“ odpověděl už mírněji.

Postupně jsem ho uklidňoval, ptal jsem se, co ho vedlo k výbuchu vzteku, a on začal měknout.

„Vy mě fakt nevyhodíte?“ ujišťoval se podezřívavě. Nemohl tomu uvěřit, protože byl zvyklý na systém „oko za oko, zub za zub“. No a druhý den už přišel na skupinu jako beránek a hned ve dveřích hlásil, že koupí novou židli. Nakonec terapii dokončil.

A pomohla mu korektivní zkušenost s židlí?

Při odchodu mi na sebe nechal jméno a telefon a říkal: „Doktore, kdybyste potřeboval někoho zmlátit, tak mi zavolejte!“

Takže repertoár asi moc nezměnil, ale svou agresivitu nasměroval o něco vhodněji.

Popsali jsme si naše reakce na zátěžové situace. Co je z toho nejzásadnější?

Cílem by rozhodně mělo být, aby náš repertoár reakcí na zátěž byl, pokud možno, široký a abychom uměli používat techniky, které se zrovna hodí. Nebýt agresivní tam, kde je vhodnější ustoupit, a neustupovat tam, kde je potřeba říct „a dost!“. Naše osobnost neboli persona, což pochází z latinského *per sonare*, znít přes, má původ v antických dramatech, kde herci měli pro každou roli nějakou masku. Osobnost je vlastně metafora masky, kterou si každý bere do společnosti, logicky se chováte jinak v hospodě nebo na záchodě a jinak u maturity. Když se budete u maturity chovat jako v hospodě, dostanete se okamžitě do problémů, to rozezná každý. Žádoucí je, abychom si uměli ty masky měnit a adaptovat se na různé situace, které nejsou tak jednoduché jako ten příklad s maturitou.

Zní to jednoduše, ale rovnou mě napadá situace, ve které stoprocentně vím, že se mám chovat slušně, ale jsem tak našťvaný, že se neovládnu.

Popisujete situaci, která je poměrně běžná. Střetnou se ve vás tendence, které jdou přímo proti sobě. Například máte touhu prosadit se, takže nutně potřebujete veřejně vystoupit, ale zároveň máte sociální fobii, strach mluvit před lidmi. Takže je to pro vás na jednu stranu velmi důležité, ale současně se vám do toho nechce. Proto byste nejradši z té situace nějak unikli. Ty protichůdné síly jsou tak mocné, že energie přeskočí a vyublá úplně jinde. Říká se tomu přeskoková aktivita.

Jak se projevuje?

Obvykle je to nějaké upravování zevnějšku, uhlazování vlasů nebo rovnání kravaty. Krásně to bylo vidět na britské královně Alžbětě, která se při veřejných vystou-

peních a na tribunách cítila mnohdy v rozpacích, tak si začala hrát s kabelkou, cvakat se zavíráním, vyndávat rtěnku. Typický je výjev u pedagoga, který musí mluvit s krásnou studentkou, a je vidět, že se musí hlídat, aby nebyl nekorektní nebo neharašil, a tak z rozpaků začne okusovat propisku. Největší gól je, že to platí i u zvířat. Když se pes ocitne tváří v tvář nebezpečí, tak se bojí a neví, jestli má zaútočit, nebo utéct. V tom klinčí začne většinou zívát, případně vrtět ocasem. Zajímavým jevem je zcela opačné chování, než jaký je vnitřní stav. Přirovnávám to k žaludeční buňce, která sama je zásaditá, ale produkuje kyselinu jako hrom, proto máme v žaludku velmi kyselé prostředí. Příklad toho najdeme v knize *Největší z Pierotů* od Františka Kožíka:

„Do ordinace doktora Ricorda vstoupil jednoho listopadového večera roku 1840 hubený, černě oděný muž. Lékař si pátravě prohlížel zajímavého návštěvníka, jeho vysoké čelo, bledou tvář, úzké rty.

Jste nemocen, pane?

Ano, doktore. Myslím, že smrtelně.

Co je vám?

Jsem smutný, melancholický. Trpím, a nevím proč. Trápím se, srdce mě bolí. Bojím se lidí, i sebe. Nemohu spát.

To není smrtelné. Vím o léku pro vás.

Jaký je to lék?

Lék, který vás z toho ze všeho uzdraví. Běžte se podívat do divadla na Deburaua.

Bledý muž se uklonil a řekl smutně:

Já jsem Deburau, doktore.

Takhle začíná Kožíkův román, a je to krásná ukáзка kontrastu mezi tím, co ze sebe člověk vydává, a tím, čím ve skutečnosti je. Podobný případ byl prý Charlie Chaplin.

Už se pomalu blížíme k umělcům s hendikepem?

Už to bude. Ještě musím připomenout *teorii hendikepu* u zvířat. Jak je možné, že se v přírodě vyskytují velmi hendikepovaná zvířata? Nemyslím tím nemoc nebo úraz, ale to, že mají už od pánaboha vrozené výrazné omezení, jako je třeba paví ocas. Jenom překáží, brání v letu, je dost nepraktický a tahat takovou přítěž celý život jenom kvůli tomu, že chci imponovat samicím, zdánlivě nedává smysl. Proč má jelen obrovské parohy, jaký to má smysl, co to má znamenat? Vždyť to odporuje Darwinově teorii přežití a omezuje běžný život.

A čím to tedy je?

S vysvětlením přišel izraelský evoluční biolog Amotz Zahavi, který formuloval takzvanou *teorii signalizace*. Hendikep ukazuje ostatním, zejména sexuálním partnerům: Podívej, jaký jsem machr! Chodit po světě jen tak, to dovede každý, ale tohle si můžu dovolit jenom já. Tím se v hierarchii posouvá nahoru a v očích ostatních stoupá jeho síla a moc.

Pravděpodobně to platí i pro lidi?

Existuje výpočet znázorňující vztah mezi náklady signalizátora nízké kvality, náklady signalizátora vysoké kvality a benefitem, tedy prospěchem, kterého dosáhnou. Princip handikepu naznačuje, že nákladné signály musí být spolehlivé a stojí signalizátora něco, co by si nemohl dovolit jedinec s menšími schopnostmi. Jedinci s vyšší biologickou zdatností signalizují svůj status morfologií, jako jsou paví ocasy nebo jelení parohy, případně handikepujícím chováním, jako je například stotting, poskakování impaly, které může predátorům signalizovat, že pronásledování by bylo zbytečné. Pohlavně vybrané znaky fungují jako nápad-

ná spotřeba, signalizující schopnost dovolit si plýtvat zdroji. Příjemci vědí, že tento signál označuje kvalitu, protože signalizátoři nižší kvality nejsou schopni tak marnotratně extravagantní signály produkovat.

U lidí to může být třeba nošení nepohodlně velké koruny na hlavě, přehnaně nápadných epoletů a významování či okázalé pořizování nesmyslně velkých aut.

Proto jsou dnes tak populární SUV?

Oznamuje se tím: Když mám takhle velké auto, můžu si dovolit mnohem víc než tě jen pozvat na večeři. Tohle všechno nám ukazuje, že enormní náklady, zátěž a někdy i hendikep mohou sloužit i k něčemu pozitivnímu.

To také znamená, že nějaký vážný hendikep u člověka může vést k obrovské motivaci?

No jistě. Třeba takový Ludwig van Beethoven nebo Bedřich Smetana, kteří byli hluší. To je pro hudebního skladatele extrémní hendikep. Svými výkony ta omezení nejen překonávali, ale možná i kompenzovali. Johann Sebastian Bach byl ke konci života prakticky slepý, Niccolò Paganini trpěl dědičnou poruchou pojivové tkáně, takzvaným Marfanovým syndromem, a zřejmě syfilidou, Smetana a Beethoven také pravděpodobně syfilidou, Franz Schubert určitě. To byli těžce trpící lidé, nikdo z nich nevedl běžný zdravý život. Takové choroby by je vlastně měly odrovnat, ale oni pod tlakem osudu produkovali velkolepá díla. Robert Schumann trpěl zřejmě bipolární nebo schizoafektivní poruchou, v depresi nenapsal téměř nic, v hypománii skoro všechno. Fryderyk Chopin měl dokonce halucinace, jež popsala ve své autobiografii francouzská spi-

sovatelka George Sandová, vlastním jménem Amantine Aurore Lucile Dupin de Francueil, se kterou byl tehdy na ne moc povedeném ozdravném pobytu na Mallorce: *„Kláster byl pro něj plný hrůz a přízraků, i když se cítil dobře... Když jsem se vracela s dětmi z nočních průzkumů ruin, našla jsem ho v deset večer u klavíru, pobledlého, s vytržštěnými očima a zježenými vlasy. Chvilí mu trvalo, než nás poznal. Snažil se pousmát a pak zahrál fantastické kusy, které právě složil, nebo lépe řečeno strašné a trýznivé myšlenky, které se ho bezděčně zmocňovaly v té hodině samoty, smutku a hrůzy. Právě tam složil nejkrásnější z těch krátkých listů, které skromně nazval preludia.“*

Nepochybně se to netýká jen skladatelů.

Úplně učebnicový příklad těžce trpícího, přesto velkolepého umělce, je básník Ivan Blatný. Od roku 1954 až do své smrti v roce 1990 žil v Británii, kde byl permanentně zavřený na psychiatrii jako chronicky odepsaný pacient s paranoidní schizofrenií. Svět se o něm dozvěděl jenom díky zdravotní sestře Frances Meachamové, která šťastnou shodou okolností zjistila, o koho jde. Její kamarádka měla totiž za manžela pilota RAF a díky tomu se dostala do Brna. Tam se dozvěděla o vynikajícím básníkovi Ivanu Blatném, takže jí došlo:

„Proboha! Ten leží v Ipswichi na psychiatrii!“

Začala za ním chodit a naštěstí zachránila útržky papírů, na které Blatný psal básně. Do té doby je vyhazovali jako bezcenné smetí. Shromažďovala je v krabici a všechno potom poslala Josefu Škvoreckému do jeho exilového nakladatelství Sixty-Eight Publishers do Toronta. Díky tomu vyšly sbírky *Stará bydliště* a *Pomocná škola Bixley*, velká díla velkého básníka. Jejich základem jsou poznámky chronického schizofrenika, se kterým se v Británii nikdo nepáral, protože psal

v češtině a nikdo tomu nerozuměl. Popisuje svoje stavy, kdy čeká, až přijde někdo na návštěvu, a rád by se s ním vrátil do původního života. Třeba v básni *Neděle*:

Je neděle

Mám volno

pacienti očekávají své návštěvníky

chodím mezi budovou nemocnice a farmou

snad budu mít také nějakou návštěvu

snad mě najdou

snad se na cestě objeví Brušák

anebo Listopad

anebo Dresler

jsou tady v cizině léta a ještě jsem je neviděl

mám připraveny básně

budeme mluvit o literatuře

svět bude zase plný života.

Dneska je po něm pojmenována ulice v Ipswichi. Takové pocty se zatím kromě Blatného dostalo v Británii jen čtyřem Čechům: Bedřichu Smetanovi, Janu Palachovi, Václavu Hollarovi a Janu Husovi.

Vážně nemocný byl i spisovatel Ota Pavel.

Ota Pavel měl bipolární poruchu, která se tehdy označovala jako maniodepresivní onemocnění či maniodepresivní psychóza, to když se tam vyskytly psychotické příznaky. U mnohých umělců bývá ve fázích mánie často spojena s vyšší produktivitou. Ota Pavel zemřel u nás ve Výzkumném ústavu psychiatrickém v roce 1973, rok předtím, než jsem tam nastoupil, na selhání srdce. Byl to důsledek hypertrofie, zvětšení přetíženého srdce, které se myslím tehdy zanedbalo.

Je něco z toho, co popisujete, zaznamenáno přímo v uměleckém díle?

Únikový princip *sublimace*, proměny něčeho zavrženíhodného v něco obdivuhodného, je krásně vidět ve Viscontiho filmové adaptaci novely Thomase Manna *Smrt v Benátkách*. V proslulé závěrečné scéně umírá na pláži na cholera hlavní hrdina, profesor Aschenbach, který je zřejmě pedofilní homosexuál, což tam není výslovně vyřčeno. Celý pobyt sleduje polského chlapce Tadzia, ovšem pouze platonicky. Je spisovatelem, u něhož se nežádoucí sexuální preference proměnila v ušlechtilou adoraci krásy. Tadzio je pro něj velkou inspirací, pod jeho vlivem sepíše stať, kterou považuje za svou nejlepší práci. Umírá za zvuků úchvatného Adagietta z Mahlerovy *5. symfonie* s pohledem na Tadzia jako na ideál krásy.

Jakým způsobem se těžká situace ještě dá zvládat?

Vyhodili vás z práce, doma vládne zmatek a děti pláčou, žena vás opustila, a vy sednete a začnete malovat. Mnoho nádherných výtvarných děl vzniklo jako tato přeskoková aktivita.

Skoro to vyznívá, že pokud chcete vytvořit světoznámé dílo, musíte trpět. Je to možné?

To je dobrá otázka. Samozřejmě nemusíte, a nerad bych, aby to vyznělo tak, že k velkému dílu vede cesta jen prostřednictvím nějakého utrpení nebo duševní nemoci. Na druhou stranu je pozoruhodné, jak velké množství největších génů bylo těžce zkoušeno ohromným utrpením. Proto se ostatně tato kapitola jmenuje „Lidé jako olivy“.

Existuje nějaká choroba, která má kromě negativních stránek i pozitivní?

Dobrý příklad je ADHD, porucha pozornosti s hyperaktivitou. Dnes je v módě, tuto diagnózu má pomalu každé neposedné dítě. Příznaky se dělí na tři hlavní skupiny: *nepozornost, hyperaktivita a impulzivita*. *Nepozornost* se projevuje neschopností dokončit úkoly, řídit se pokyny, naslouchat, věnovat se detailům, prokrasťtinací. Unikáme od myšlenek, které vyžadují dlouhé soustředění. Potíže dělá udržení pozornosti, když něco dělám delší dobu, mám tendenci přeskočit na jinou činnost. Dále nespolehlivost, nedbalost, zapomínání věcí, ztracení klíčů. Děti se vrací ze školy typicky bez aktovky. *Hyperaktivita* spočívá v neschopnosti setrvat v klidu a projevuje se také poklepáváním rukama nebo nohama, máte pocit vnitřního neklidu, motoru, který vás pořád někam pohání. Poslední je *impulzivita*, často se projevující vyhrkáváním odpovědí ještě dřív, než dozní otázka.

„Jak se...“ začnete se ptát.

„Mám se dobře!“ skočí vám do řeči.

Vypadá to, že si nemůžou pomoci, nejsou schopni počkat, až na ně přijde řada. Nevydrží čekat v žádné frontě. Musí pořád předbíhat, nikoli ve zlém úmyslu, ale protože v sobě mají takový nepokoj, že by se jim při čekání udělalo špatně.

Má to ale své výhody?

Dělají si věci po svém, díky *impulzivitě* řeší problémy neotřele, ani nevědí jak. Dokážou měnit tempo, protože dlouho u ničeho nevydrží. To jsou všechno vlastnosti, vhodné třeba pro vůdcovství, obzvlášť pokud jste ještě trochu dominantní. Pro sportovní výkony je zase výhodný neklid a aktivita. V tvůrčím oboru se hodí

denní snění, fantazie a generování nápadů. Výsledkem je, že mnoho slavných nebo úspěšných lidí trpělo ADHD. Některé už jsme zmínili v 5. kapitole. Syndromem ADHD zřejmě trpěl taky Wolfgang Amadeus Mozart, jak už jsme si říkali. Svědčí o tom jeho heboidní chování, což je šaškování, obliba ve slovních hříčkách a neologismech, taková ta hravost, přesně vystižená ve filmu *Amadeus*, kdy si štouchal kulečnickové koule a impulzivně se pochechtával.

Navíc je zdokumentovaná Mozartova koprolálie, nutkavé užívání obscénních výrazů, jež se těžce odlišuje od Tourettova syndromu, což je neurologická tiková porucha, spojená někdy právě s vyhrkáváním vulgarismů. Vyprávěl mi kolega, který kdysi dojížděl autobusem z Nového Města nad Metují do Hradce Králové, že Tourettův syndrom měl jeden z řidičů. Pravidelní pasažéři už o tom věděli a nevyvádělo je to z míry, jenže jakmile přistoupil někdo cizí, dost se vyděsil. Představte si, že za volantem sedí řidič, který tu a tam trhne rukou a občas do toho vyhrkne „kurva!“, nebo „prdel!“. U Mozarta se zachovaly takzvané *Basilejské dopisy*. Náš kolega psychiatr Hans-Jürgen Müller, někdejší šéf kliniky v Mnichově, se kromě medicíny věnoval i muzikologii a publikoval o těchto dopisech články. Psal v něm, že dopisy jsou plné vulgarismů a perverzí typu „otec vzteky sral pomeranče“. Mozart napsal dva krásné kánony, nádherná klasická hudba, a kdo neumí německy, nic víc tam neuslyší. Ve skutečnosti se jeden kánon jmenuje *Dobrou noc, ty vole* a druhý *Vyliž mi prdel*. Kromě toho psal pro svoji sestřenicí veršíky, které se před desátou hodinou večer vůbec nedají publikovat.

Zjistilo se, proč to dělal, co to znamenalo?

Podezřelé je, že sprostárny se objevují jenom v některých dopisech. Pokud žádal u šlechtice o práci, psal velmi slušně, samá zdvořilost. Nevíme jistě, jestli to byla nějaká porucha, anebo nějaký jejich kód, který narážel na takzvaného *Hanswursta*, což byla komická postava v německé pouliční taškařici, obvyklé na zábavách. Lid se bavil tím, že herci předváděli nóbl vysokou šlechtu, mluvící *Hochdeutsch*, velmi spisovnou formální němčinou, a do toho občas pronesli vulgarismus jako panskej kočí.

Aha, německý humor!

Lidi se smáli tomu kontrastu spisovné řeči a vulgarismu. Takže je možné, že Mozart v dopisech sestřenicí právě na *Hanswursta* narážel. Každopádně vykazoval spoustu příznaků ADHD, kterým zřejmě trpěl. Sázel bych na to spíš než na Tourettův syndrom.

Popsal jste, kdo všechno těžil z určitých pozitivních rysů ADHD, takže se nabízí otázka: je ADHD dobrý předpoklad k tomu být tak úspěšný jako například Einstein?

Nikoli! K úspěchu jsou samozřejmě zapotřebí i další vlastnosti, bez kterých vám zbyde jenom ta nemoc. Ale pokud máte talent a píli, může se někdy i nemoc hodit. To, že všechno zlé může být k něčemu dobré, platí i o mnoha jiných chorobách.

O jakých?

Víme například o srpkovité anémii. Což je hrozně nepříjemná nemoc, při které mají červené krvinky patologický tvar a způsobují velké potíže při okysličování tkání. Jenže taková krev nechutná anofelovi, komárovi přenášejícímu malárii.

Takže do Afriky jezdit jediné se srpkovitou anémií!

No to zas ne, je to nepříjemná nemoc, ale zatímco ostatní umírají na malárii, tak vy přežijete a umřete na něco jiného.

Jsou i další „výhodné“ nemoci?

Myasthenia gravis, což je autoimunitní onemocnění, při kterém se vypínají svaly. Pokud je máte zcela uvolněné, je to vlastně smrtelná choroba, protože se vypnou například dýchací svaly. Choroba se dá léčbou zmírnit a lidé, kteří jí trpí, zase mnohdy nemají žádné křeče nebo bolesti plotýnek. Takže i to může mít svoje výhody. Ale nedávno jsem se bavil s kolegou a ten správně poznamenal, že srpkovitá anémie chrání Afričany před malárií, ale když potom emigrují do Norska, tak je jim to nanic.

Přemyslím, proč si příroda vymýšlí nemoci, které jsou nepříjemné, ale na oplátku chrání před něčím jiným?

To je důsledek evolučních mechanismů mutace a selekce. Existují nevýhodné genové mutace, které by vlastně měly postupně své nositele z evoluce eliminovat, jenže tím, že jsou k něčemu jinému naopak dobré, tak jejich nositelé přežijí.

Už jsme mluvili o spisovateli Otovi Pavlovi, který trpěl bipolární poruchou. Známe podobné diagnózy u dalších umělců?

Ano, je jich celá řada, například Winston Churchill, Vincent van Gogh, Mel Gibson, Kurt Cobain, Lady Gaga nebo Jean-Claude van Damme, u nás Petr Muk nebo Miloš Kopecký. Fascinující příklad maniodepresivní pacientky je Kay Redfield Jamisonová, americká profesorka a jedna z největších odbornic na bipolární poruchu. Za-

žila to na vlastní kůži. Mezi kolegy se říká, že doma prý rozmlátila v mánii kuchyň, museli přijet záchranáři a za asistence policie ji odvézt – na její vlastní kliniku! S nemocí má zkušenost z obou břehů, jako vědkyně, která se chorobou zabývá, i jako postižená pacientka. Málokdo může o bipolární poruše podat tak autentickou výpověď. Napsala známou knihu *Touched with Fire, Poznamenání ohněm*, kde popsala i obtíže mnoha slavných osobností. Má tam pozoruhodný graf o německém romantickém skladateli Robertu Schumannovi, jenž napsal většinu skladeb pro svou ženu, klavíristku Kláru Wieckovou. Na vodorovnou osu vynesla roky jeho života, na svislou osu opusová čísla skladeb, a všechno porovnávala s dobovými lékařskými záznamy. Na grafu je krásně vidět, že v době, kdy napsal nejméně děl, se také pokusil o sebevraždu nebo byl hospitalizovaný s depresí, a naopak během hypománie toho napsal nejvíc. Seznam děl vlastně ukazuje průběh choroby, z lékařského pohledu je to úžasný graf.

Zatím mluvíme o nemocech, ale dokáže se podobně člověk vybičovat třeba po vážném úrazu?

Znám takový případ. Klavíristka Slávka Vernerová měla našlápnuto na světovou úroveň, vyhrávala soutěže a koncertovala například s Jiřím Bělohlávkem a BBC Symphony Orchestra v Londýně, s Liborem Peškem nebo Českou filharmonií. Jenže si šla s dětmi zabruslit, upadla a zlomila si obě ruce v zápěstí, což je pro klavíristku katastrofa. Kůstky jí museli sešroubovat s kovovou dlahou. Sama o tom vyprávěla, že jí manžel musel čistit zuby, půl roku si nemohla ukrojit ani dort, jak to bolelo. Ale nevzdala se a ze všeho se vyhrabala. Už zase hraje velká virtuózní díla, na YouTube můžete najít třeba Lisztovy variace na Paganiniho 24. *Caprice*.

Svým studentům na přednáškách ukazují rentgenové snímky jejich rukou po úrazu, aby všichni viděli, co se dá překonat.

Vy jste se jako psychiatr a velký příznivec vážné hudby hodně zabýval Bedřichem Smetanou. Ze školy všichni víme, že byl hluchý, ale co ještě jste zjistil?

Jeho případu jsem se skutečně dost dopodrobna věnoval. Bedřich Smetana je ukázkový příklad těžce zkušenoého umělce. Především měl syfilis, to je holý fakt. O to se pořád vedou vášnivé spory, ani ne tak vědecké, spíše etické ve stylu „takovou hanbu nemůžeme dopustit“. Tvrdit, že neměl syfilis, už dneska hraničí s bludem. Máme zdokumentováno mnoho příznaků, které by asi samy o sobě nestačily, jenže dohromady už je to jasná diagnóza. Lékař a antropolog Emanuel Vlček vedl v roce 1987 exhumaci pozůstatků Bedřicha Smetany a napsal o tom knížku, z níž vyplynulo, že skladatel neměl poškozené sluchové kůstky výbuchem, jak se tradovalo. Navíc se to mělo stát, když bylo Smetanovi deset nebo jedenáct let, a je otázka, co se s jeho sluchem dělo dalších čtyřicet let, než v padesáti ohluchl. Především ale měl velmi vysokou hladinu protilátek a pozitivní různé testy na syfilis ve tkáních více než sto let po smrti, což by bez onemocnění nebylo možné.

Za Smetanova života byla syfilis známé, prozkoumané onemocnění?

Dobrá otázka, protože syfilis byla známa, progresivní paralýza byla také známa, ale teprve pět let před Smetanovou smrtí se zjistilo, že je to jedna a táž choroba a že progresivní paralýza je pozdním stadiem syfilidy. A teprve v roce 1911 objevil japonský bakteriolog Hidejo Noguči spirochety *treponema pallidum*, původ-

ce syfilidy. Jejich přítomnost v mozku se podařilo prokázat díky metodě zvané *Nisslovo barvení* také až ve dvacátém století. Po bitvě je každý generál a je pravda, že lékaři to tehdy vědět nemuseli. Dohledal jsem si k tomu existující korespondenci tehdejších lékařů, z nichž některým to však už po Smetanově smrti bylo jasné.

A znali už syfilis?

Samozřejmě. Profesor Jaroslav Hlava, slovatný patologický anatom, který vedl pitvu, dokonce psal, že má podezření na progresivní paralýzu. A to nebyl jen tak někdo, založil a vedl známý patologický ústav v Praze na Albertově, který se podle něj jmenuje Hlavův ústav. Jenže tehdy mu zakázali progresivní paralýzu uvést do protokolu, protože si uvědomovali, že to je stigma. I když to byla novinka, lékaři si tehdy souvislost se syfilidou uvědomovali a dokázali to poznat. V týmu, který Smetanu pitval, byly velké kapacity, kromě Hlavy například profesor Josef Thomayer, podle něhož se jmenuje nemocnice v pražské Krči, psychiatři Benjamin Čumpelík, Antonín Nešpor a další.

Syfilidou trpěl i Friedrich Nietzsche nebo Klement Gottwald.

Ano, máte pravdu. Mimochodem Gottwald je zajímavý příběh a vlastně nepřímou souvislost se Smetanou. Profesor Hlava po Smetanově smrti rozhodl, že musejí Smetanův mozek uchovat pro budoucí generace, protože to byl génius a věda ještě není na takové úrovni, aby na mozku dokázali něco smysluplného poznat. Takže Smetanu sice zašili a pohřbili, ale jeho mozek až na nepatrné části tkání uložili do konzervačního roztoku. Jenže přišla druhá světová válka a anatomové se báli, aby Němci s mozkiem našeho národního skl-

datele něco neprovedli. Takže ho tajně přesunuli k plzeňskému patologovi, profesorovi Josefu Vaňkovi, který Smetanův mozek schovával u sebe doma. Po válce se objevil v rodině profesora Ladislava Haškovce, jednoho ze zakladatelů neurologie u nás, který ovšem zemřel v roce 1944. Jeho syn Vladimír Haškovec, tehdy mladý začínající doktor z generace poválečné revoluční komunistické mládeže, byl velice chytrý, a navíc se zaměřoval na histopatologii, která zkoumá mikroskopické změny v tkáních. No řekněte, kdo jiný by měl mít Smetanův mozek než on? Tak mu ho svěřili. Tehdy se ještě nevědělo, že mu komunisti po Únoru 1948 vybudují neuro-histopatologický ústav po vzoru sovětských akademických ústavů, kterému bude šéfovat a kde by mohl zkoumat Smetanův mozek. A už jsme u toho Gottwalda, u kterého se kolem roku 1948 začaly projevovat příznaky nějaké nemoci. Jeho manželka Marta Gottwaldová, oslněná mladým komunistou, nevědouc, že neurohistopatolog nemusí být zrovna dobrým praktickým lékařem, si Haškovce prosadila jako osobního lékaře Klementa Gottwalda.

To moc dobře neudělala...

Ostatní lékaře to samozřejmě zarazilo, ale nakonec byli rádi, že to nepadlo na ně, protože Gottwald v roce 1953 zemřel na rupturu aorty, poškozené syfilidou, a ještě před jeho smrtí Haškovce zatkli a obvinili z nedostatečné péče o prezidenta. No a estébáci při domovní prohlídce u něj zabavili mimo jiné i Smetanův mozek. A to je poslední stopa po mozku našeho národního skladatele!



V tom příběhu je skoro všechno: národní obrození, pohlavní nemoc, geniální skladatel, světová válka, komunistický převrat a záhada na konec!

Mozek už se nikdy nenašel, pravděpodobně ho vylili někam do kanálu. Takže ne gestapo, ale sami Češi si zlikvidovali mozek národního skladatele. Údajně existovaly ještě řezy Smetanova mozku na mikroskopickém sklíčku, které udělal ještě profesor Hlava a Haškovec je měl u sebe. Haškovecův syn, který ještě žije, by je mohl mít, ale prý s ním vůbec není řeč, takže se ničeho už asi nedopídíme. Můj kamarád, parazitolog Julius Lukeš mi říkal, že by mu stačil malý kousek tkáně pro test PCR, a bylo by jasno. Nikdo se v tom už ale nechce babrat, a už vůbec ne znovu Smetanu exhumovat. Z exhumace v roce 1987 mám fotku, kde je vidět Emanuel Vlček v klobouku a vedle něj stojí tehdejší předseda vlády Lubomír Štrougal. Pršelo, všechno bylo podmáčené a při vytahování rakve z hrobu se propadlo shnilé dno a ostatky Bedřicha Smetany se vysypaly do bláta. Museli to z toho bahna vybírat a čistit, z toho mám také fotky. Všechny části pak zkoumali, včetně sluchových kůstek. Můj spolužák z medicíny, profesor Jan Betka, přední ORL specialista, je měl na stole. I po sto letech tlení v hrobě byly naprosto nepoškozené nějakým zánětem. Byly prakticky netknuté, jen napumpované rtutí.

A rtutí se léčila...

... no syfilis! Tehdy se podávaly vysoké, až toxické dávky. Chudákovi Smetanovi léčili hluchotu tím, že mu propíchli ušní bubínky, dávali mu rtuť, tehdy se tomu říkalo Schmierkur, takzvaná šedá mast rtuťová, tím ho natřeli a zabalili mu hlavu do vaty. A nařídili mu, aby byl v klidu.

To muselo být strašné.

Představte si, co musel prožívat. Sedí tam hluchý skladatel, úplně na dně, s neurologickými příznaky otravy, napumpovaný rtutí, s propíchnutými bubínky a hlavou zabalenou do vaty. A takhle setrval, a přitom skládal geniální *Mou vlast*. Když ohluchl, měl rozepsaný jenom *Vyšehrad* a vlastně celý cyklus symfonických básní napsal v tomto stavu, úplně hluchý. A nejen to, měl spoustu dalších příznaků, zvláště mluvil, chystal se nábytku, padal. Ke konci života se choval psychoticky, halucinoval, viděl neexistující postavy. Žil tehdy v hájovně v Jabkenicích u své dcery Žofie, ke které měl nejbližší vztah. Jejím manželem byl nadlesní Schwarz z Jabkenic a mimochodem rozporupně známý šéf pražské záchranky Zdeněk Schwarz je jejich potomkem, praprapravnukem Bedřicha Smetany.

Jaké byly poslední dny Bedřicha Smetany?

Dcera Žofie, kterou měl Smetana z prvního manželství, musela Smetanu non stop opečovávat. On už byl nezvladatelný, třískal do nábytku, ničil svoje práce, které před ním museli zachraňovat, své blízké ohrožoval bubínkovým revolverem, který je dnes vystavený v Muzeu Bedřicha Smetany v Praze. Přitom měl ve skutečnosti mírnou povahu, byl laskavý a vlídný člověk s vysokou odolností vůči stresu. Zažil toho dost, během deseti let mu zemřela manželka a tři děti, byl terčem profesní nevráživosti od dvou tehdy vlivných muzikantů, kapelníka Jana Nepomuka Maýra a kritika a sbormistra Františka Pivody, kteří ho nesnášeli a neustále tepali v novinách. On to dokázal všechno ustát. Teprve v závěru života, kdy už se začínal psychotizovat, se z něj stal nerudný a agresivní dědek, který ohrožoval i svoje nejbližší. Nepoznával vlastní

dceru a ptal se, co tam dělá. Moc se o tom nemluví, protože se to nehodí k pověsti národního klasika. Ale můžeme si to přece říct, když to jsou doložená fakta. Jeho osobní lékař popisoval, že ho posílá na psychiatrii, protože v Jabkenicích s ním už nemůžou vydržet. Naložili Smetanu do kočáru a odvezli do Ústavu pro choromyslné v pražské Kateřinské ulici. Tam dva týdny přežíval v hrozných podmínkách. Umístili ho na samotku, protože se ho báli, nedávali mu najíst, kálel pod sebe a nakonec zemřel naprostým vyčerpáním. Opravdu velmi nedůstojný konec umělce, po kterém v jeho posledních hodinách neštěkl ani pes. A sotva byl po smrti, vystrojili mu národní pohřeb a v průvodu Prahou šly tisíce lidí. Přitom zemřel jako zvíře někde v útulku.

Popisujeme tady, že umělci někdy v naprosto děsivých podmínkách stále tvoří. Jak na tom byl Smetana?

Komponoval ještě v situaci, kdy ani nepoznával vlastní milovanou dceru, a na jeho dílech to nepoznáte. Složil mimo jiné kvartet *Z mého života*, kam zakomponoval vlastní ohluchnutí. Muzika běží a najednou je ticho a potom se ozve vysoký pisklavý tón. A do závěru pokračuje mistrovské dílo. Bedřich Smetana mocně ilustruje celé toto téma že nejlepší věci ze sebe často vydáváme pod tlakem. Tak jako on svá největší díla napsal v nejhrošším stavu. A na kvalitě nic nepoznate.

Rady do kapsy

Je důležité se identifikovat s pozitivními vzory. Čerpáme z toho energii, sílu a odhodlání. Psychické poruchy naopak vznikají, pokud je identifikační vzor nepřijatelný nebo chybí.

Psychika nás může ohrožovat víc než vážná nemoc. Úzkost může být za určitých okolností zabiják.

Celý život jsme vystavováni náročným životním situacím a ovládáme řadu technik, jak se s nimi vyrovnat.

Tuto *garderobu*, částečně vrozenou a částečně naučenou, nasazujeme podle konkrétní situace. Čím pestřejší rejstřík ovládáme, tím lépe.

Vážné potíže se dají překonat, a dokonce někdy motivují ke špičkovým výkonům.



Růže pro vraha aneb další promarněný dialog církve s lidmi dobré vůle

Jana Šeblová

Odpustit neznamená, že schvalujeme zlo, ale ukazujeme, že láska je silnější než to zlo. A za to, drazí přátelé při této mši svaté prosím, aby všem, kteří jsme zraněni zločinem, který se u nás stal, dal Bůh tak velikou lásku, abychom dokázali odpustit....

...V obětním průvodu přineseme k oltáři jednu růži za každou oběť. A jednu přidáme i za toho, který se nechal Zlem ovládnout, a tak zmanipulovat, že se stal nástrojem příšerné smrti. Chceme tím vyjádřit naši víru, že láska musí na konec vždycky zvítězit. Amen.

Jan Graubner, 23. prosince 2023 na zádušní mši za oběti střelby na FF

Během mše za oběti střelby na FF UK a v klánovickém lese byla 23. prosince položena jedna bílá růže i za vraha, který si na závěr svého běsnění vzal život, aby unikl světské spravedlnosti. Načasování tohoto gesta, osmnáctou růží – dva dny po tragédii, která v ČR do té doby neměla obdoby – vnímají lidé v mém okolí i já sama značně kontroverzně. Opuštění? Nyní? Ve fázi děsu, pláče a snahy, někdy téměř beznadějně, o podporu nejbližších pozůstalých a blízkých?

V následujících dnech se vyskytly názory na obou stranách spektra – odmítající i schvalující. S arcibiskupem souhlasili (pochopitelně) hlavně věřící, a předkládali především teologické argumenty a některé debaty se tím posunuly k odborné teologické diskuzi. Žádusní mše však byla veřejností chápána jako mše za oběti, jako útěcha pro lidi, které událost zasáhla; ostatně veřejnost i členové akademické obce byli výslovně pozváni. Pro ty, kteří neznají teologii, ale řídí se obyčejným smyslem pro spravedlnost, dobro a zlo, byla slova o odpuštění zločinu asi stejně matoucí a nepatříčná, jako by byla promluva psychologa analyzující strukturu osobnosti vraha nebo popis jeho mozku soudním lékařem.

Sama znám čtyři lidi, kteří ve čtvrtek 21. prosince o někoho přišli, jednou z nich je moje starší dcera, jejíž studentka byla mezi oběťmi. Znam i lékařku, která byla jednou ze zasahujících na místě, a stejně tak i tu, která ten den sloužila službu koronera a byla té hrůze vystavena z druhé strany. Měla jsem pocit bezmoci, že nemohu nijak aktivně pomoci, snažila jsem se aspoň všechny kolem sebe nějak podpořit a sdělit jim, že na ně myslím, že si jich vážím. A ostatním říct, jak je mám ráda. Protože skutečně nevíme dne ani vteřiny a podobné události nám toto bolestně připomínají.

V ČR je podle posledního sčítání lidu z roku 2021 13 % osob, které se hlásí k nějaké církvi, ke katolické 9 %. Oproti roku 1991 jde o dramatický pokles ze 44 %. Přesto si myslím, že ona nevěřící či v církvi neorganizovaná většina českých občanů se snaží žít dobrý a slušný život, rozlišovat mezi dobrem a zlem a učit toto vše i své děti. Nejsme dokonalí, chybujeme, selháváme, ale drtivá většina z nás má jasno v tom, že je správné pomáhat si navzájem a hlavně slabším nebo ohroženým, nepoužívat násilí a neublížovat žádným způsobem. Takže koncentrované a nesmyslné hromadné zabíjení vnímáme jako extrémní zlo, je jedno, zda s malým nebo velkým písmenem na počátku slova. Kruté, bezcitné, děsivé.

A proto nás ta osmnáctá růže zraňuje svými trny a odpuštění nechápeme. Ne teď.

Autorka text napsala jen několik dnů po tragické události na Filozofické fakultě UK.

Proč v Česku jde všechno tak pomalu a co nám o tom říká Komenský a hymna

Petr Honzejek

Česká republika je pomalou zemí. Pomalejší než mnohé jiné. Projevuje se to v řadě oblastí, například v dopravě, stavebnictví, justici, zdravotnictví, politice nebo při zavádění nových technologií. Co za tím je? Mohou za to naši politici, nebo je to národní rys hluboko vepsaný v naší DNA?

Pokud by se měla najít co nejobecnější charakteristika fungování Česka, řekli bychom asi, že je to země pomalosti. Pomalu se cokoli staví, pomalu tady jezdí vlaky, pomalu se cokoli mění, pomalu se o čemkoli rozhoduje. Jen velmi pomalu, pomaleji než okolní země doháníme Západ. Čím to je? Můžou za to naše vlády? Nebo je pomalost něco, co je prostě naší zemi vlastní?

Než se pokusíme odpovědět, podívejme se nejdřív na pár ilustrativních příkladů z různých oborů. Stavby: Asi neexistuje na světě země, kde by se o stavbě metra nebo vlaku na letiště mluvilo dvacet let, aniž by se začalo cokoli reálně dělat. Soudy: Deset let do pravomocného rozhodnutí žádná míra, Vlasta Parkanová by mohla vyprávět. Zdravotnictví: Na covid-19 jsme zareagovali tak „pohotově“, že u nás umřelo málem nejvíc lidí na počet obyvatel na světě. Doprava: Cesta vlakem u nás má příchuť retra – do Liberce dojedete ve zhruba stejně důstojně pomalém tempu jako v roce 1918. Úřady: V rychlosti stavebního řízení jsme podle posledního publikovaného žebříčku Světové banky na 157. místě ze 190 zemí. Politika? O euru, k jehož přijetí jsme se zavá-

zali v roce 2003, se bavíme dvacet jedna let, aniž by to vedlo k jakémukoli závěru, ať už by zněl „ano“, či „ne“.

Kdo za všudypřítomnou pomalost tedy může? Rádo se to přičítá konkrétním vládám. Jistě, nejsou bez viny. Jenže na druhou stranu: vlády se střídají a v Česku je to pořád stejné. Děje se pořád stejné nic. Změna nikde. Když vládne jeden, je kritizován druhým, ovšem když se onen druhý dostane k moci, vypadá to velmi podobně. Pokud by mezi vládami byly významné rozdíly, tak bychom snad už aspoň na to letiště mohli jezdit jinak než jen autobusem. Nemůžeme. Vypadá to tedy, že se zdroj celkové pomalosti skrývá hlouběji než v politickém procesu. Možná je opravdu zakořeněn v povaze celé společnosti.

Jak to myslel Komenský

Je to hezky vidět na tom, na co jako společnost „přísaháme“. Příklad za všechny: Z našeho patrně největšího myslitele Jana Amose Komenského zbylo ve veřejném povědomí jen pár citátů. Tím suverénně nejznámějším je „Všeliké kvalitování toliko pro hovado dobré jest“. Citát sice není přesný a Komenský to rozhodně nemyslel jako nějakou obhajobu lenivé pomalosti, ale prostě se to u nás takto uchytilo a to je podstatné. Kdo nic nedělá, nebo kdo se dokonce tak trochu fláká, kdo cokoli dokáže obejít, je u nás považován málem za mudrce.

Tenhle pohled na svět pak logicky replikuje i naše politika: „Hlavně nekvaltovat! Oni ti zvenku pořád přicházejí překotně s nějakými změnami, ale to není nic pro nás! My počkáme a uvidíme!“ Příkladem je spousta. Česko se brání nejen euru, ale i elektromobilitě či mezinárodním smlouvám, které mají zlepšit postavení žen. O politice, která se snaží dívat dopředu a přesahuje hranice tradice a aktuálního obstarávání, se u nás mluví doslova jako o „šílenostech“.

Příznačné je v této souvislosti i srovnání našeho oblíbeného úsloví „Kdo nic nedělá, nic nezkaží“ s jeho protějšky v jiných jazycích. Například Angličané mají „He who makes no mistakes, makes nothing“. Jenže to, co vypadá podobně, znamená něco úplně jiného. U nás se konstatuje, že je lepší dát od všeho ruce pryč, aby nebyl průšvih, v anglosaském světě je to naopak: Chyby jsou logickým a samozřejmě omluvitelným důsledkem aktivního konání, které je samo o sobě pozitivním principem. Zatímco jinde tedy slovesnost přísahá na akci a změnu, u nás naopak na opatrnost, pomalost, nicnedělání. Pak se nedivme, že se to u nás zrovna nehemží start-upy a že náš stát podporuje spíše než vědu a výzkum raději starodávný těžký průmysl, který slouží jako subdodavatel s nízkou přidanou hodnotou. Nedivme se ani, že naše politika vcelku kašle na mladé lidi, kteří by z definice mohli být nositeli akce a změny.

Vlastně, byť je to trochu anekdotická evidence, máme pomalost a neakčnost zakódovanou už v národní hymně. Pořád v ní něco hučí, šumí, skví se, tempo je pomalé, z toho všeho pak povstává zemský ráj, který tak nějak samozřejmě je, aniž by se pro něj něco muselo dělat. A to je krása, to je „domov můj“! Vypadá to jako zhudebněná sázka na geografickou polohu, která nám opravdu přeje. Uprostřed Evropy, všude blízko, mír-

né podnebí, vždycky se tady dá něco v klidu a pomalu montovat nebo případně pěstovat, tu pro Západ, tu pro Východ, jaký tedy problém! Hezky nám to praotec Čech vybral! Sice nás možná občas někdo obsadí, ale co už, ono to, jak víme, zase přejde.

Srovnejme to například s polskou hymnou: „Ještě Polsko nezhyne / dokud my žijeme / Co nám cizí přepsala vzala, šavli si vezmeme zpět.“ To je akce, panečku! To je vědomí, že se musí něco dělat, a to tak, že co nejdříve a co nejrazantněji! Ne že bychom měli brát státní hymny až moc doslova, to bychom pak museli předpokládat, že například Francouzi chtějí jít přes mrtvolky kamkoli. Ale když budeme hymny opatrně považovat za odraz národních mentalit, pak se těžko divit, že Poláci jsou v realitě akčnější. A že když zrovna nemusí bojovat, dávají to najevo tak, že staví dálnice nejméně třikrát rychleji než my.

Pivo pomalu, ale hodně

Nakonec pomalost a jistou rozvleklost vidíme i v naší pivní kultuře. Když přijel do Prahy Matt Field jako nový anglický velvyslanec, povšiml si pozoruhodného úkazu: Když se říká v Česku „pojď na jedno“, nikdy to neznamená „na jedno“. V onom „na jedno, ale ve skutečnosti na mnohem víc“ je, krom jiného, ironický výsměch motivům rychlosti a akčnosti. Nemá se kvaltovat, žádné „šoupneme tam jedno a jdeme“. Má se poseďt! Všechno se přece probere nejlépe ne u jednoho, ale u sedmi, případně dvanácti piv. Hlavně zvolna, pomalu, nekvaltovat, nic nového nerozjíždět.

Ale trochu vážněji. Je tady ještě jedna, pro naši společnost charakteristická, záležitost, která za pomalý rozvoj Česka může: rozhádanost. Aby se něco pohnulo, musí být společnost ochotná se dohodnout. Což ta naše

zjevně není. Mezi lidmi je podle sociologů vysoká míra nedůvěry, skoro každý se snaží opevnit, mít své jisté. Sociolog Pavel Pospěch to nazval českým privatismem, který má kořeny v reálném socialismu, charakterizovaném nedostatkem zdrojů, na který plynule navázala individualistická devadesátá léta. Privatismus se pak propisuje do všeho – do nižšího zájmu o veřejný prostor, nižší schopnosti spolupracovat, v politice pak do neochoty se na čemkoli dohodnout. Shoda u nás neexistuje ani na strategických záležitostech, jako je budoucnost důchodů nebo obrana země. Praxe je taková, že když už někdo něco udělá, třeba když pravicová vláda provede zásadní reformu důchodů, tak ji další vláda zruší a stojíme na místě. Pomalost vývoje Česka pramení i z všudy přítomné nedůvěry a nesvornosti.

Problém tedy zřejmě opravdu spočívá nikoli v konkrétní vládě, ale v povaze naší společnosti. Ona nás samozřejmě obecná opatrnost, nevýraznost, pomalost

před něčím chrání. Nikdy třeba nevymyslíme sami nějakou politickou šílenost, nanejvýš gulášový populismus, který pořád není tak strašný jako to, co měli či mají v akčnějších zemích. Extrémy u nás nemají valnou šanci.

Na druhou stranu se nám ale těžko vymýšlí, realizuje i přijímá cokoli nového. Takže nejsme schopni, vzdor ideální poloze, vzdělanému obyvatelstvu, zkrátka tomu, že jsme opravdu zemský ráj napohled, dostat se výš než na prostřední příčky ve všech možných žebříčcích rozvoje. Tak to je a jinak to, obávám se, v dohledné době nebude.

Autor je hlavním komentátorem Hospodářských novin, v nichž text vyšel 2. února 2024.



Nežehráám na osud

Ondřej Vaculík

Chodil jsem do vodáckého oddílu založeného na skautských tradicích. Zabývali jsme se také otázkou přežití, k němuž by opravdovému muži měly stačit nůž a sekera. Kluci to pokládali za hru, já za životní inspiraci. K noži a sekeře jsem přidal ruční pilu. A později i leccos dalšího a otázku pouhého přežití jsem rozšířil na životní filosofii spotřebního minimalismu.

Má to však svá úskalí: Vystačit si s málem se zvláště ženám může jevit jako neschopnost vydělat peníze. Něco na tom je.

Pro ženy takový životní styl není atraktivní, zvláště když ani ten muž není atraktivní. Ženy jsou, nebo bývaly, motorem blahobytu. Už pračlověčice chtěla po tom svém, aby jí v jeskyni udělal poličku. Vždyť ona tam tráví skoro všechn čas, udržuje rodinný oheň a kojí děti.

Čestně jsem každou upozorňoval na to, že se mnou se blahobytu nedobere. Touha lidí po komfortu zesílila v 90. letech minulého století a stále trvá. Copak já, říkávala mi moje žena, ale jde o děti. Měly by mít to, co mají i ostatní děti. Aby nakonec netrpěly komplexem nepřízřivých občanů.

I já se hodně přizpůsobil současnému životnímu stylu. Dokonce mám i auto a pilu motorovou. Na venkově bez auta je to těžké, zvláště když jízdni řády autobusů stále řídnoú. Mé auto je však z roku 1992 a lze s ním opatrně jezdit tak mezi vesnicemi, aby, chudák, nepřišlo o techničák.

Snažím se všechno opravovat. A dávat i vyřazeným věcem možnost dalšího využití. Je to však intelektuál-

ně náročné: Nesmím zapomenout, že je mám, a musím vědět, kde jsou. A při tom si ale pořád chci pamatovat, například kdy došlo k rakousko-uherskému vyrovnání.

Až do nedávna se nůžky mezi způsobem mého života a životním stylem společnosti neustále rozevíraly. Můj starý mobil mi stále funguje, tak ho přeci nevyhodím. Pravda však je, že elektřinu už musela platit moje žena přes jakousi aplikaci jejího chytrého mobilu. Já pouze přislíbil, že se účinně zasadím o to, abychom spotřebu elektřiny snížili.

A dostávám se k tomu podstatnému: Po covidu, pak po všech těch krizích a po rozpoutání války Ruska proti Ukrajině začínám pocítovat, jak se ony nůžky mezi většinovou společností a mým životním stylem začínají zvolna zavírat. Nikdo si nemůže myslet, že by tomu v globálním světě živelných katastrof, covidových ran, energetických a hospodářských krizí, krutých válek, rasových a jiných nenávistí mohlo být jinak.

Pan premiér nám ve svém novoročním projevu slíbil pro rok 2024 mnohá zlepšení. Na druhé straně se může přihodit něco nemilého, o čem nemůže vědět ani premiér. Na to musí být uvážlivý člověk, zvláště pak skaut, připraven. Mám nyní malou výhodu – nežehráám na osud, kochám se nadějí. A tuto míru životního optimismu vám přeji také.

Autor je spisovatel a předseda Českého centra Mezinárodního PEN klubu. Text byl odvysílán Českým rozhlasem Plus 4. ledna 2024.

Zatraceně nejisté reaktory

Lukáš Kovanda

Stát nemá provozovat čerpací stanice. Je to notoricky špatný hospodář. Stát by ideálně ani neměl stavět jaderné elektrárny. Jenže jejich budování už natolik přeroguloval – a tedy prodražil –, že se těžko najde soukromý investor. Na rozdíl od těch benzinek. Česká vláda by proto měla čerpací stanice prodávat, ne kupovat další. A soustředit se na budování nových jaderných bloků, protože v něm je prakticky nepostradatelná.

Marnotratnost státu při pořizování čerpacích stanic je obzvláště varovná v kontextu plánu výstavby nových jaderných bloků. „Vícenáklady“ se totiž v tomto případě mohou pohybovat o dva, ba tři řády výše, než tomu je v kauze evidentně nevyhodného nákupu benzinek.

Fialova vláda fakticky zúžila výběr stavitele dalších, až čtyř jaderných bloků v Česku na dva uchazeče, a to na francouzský, plně již postátněný podnik EDF a na korejskou státní společnost KHNP. Zřejmým favoritem je však francouzský podnik. I proto, že francouzská vláda, jež o zakázku silně stojí, má zásadní vliv v Bruselu, kde Evropská komise musí projekt výstavby tuzemských jaderných bloků schválit, takzvaně notifikovat, z hlediska oprávněnosti státní podpory.

Francie samozřejmě vyvine v Bruselu větší tlak, byť třeba jen čistě neformální, pokud bude ve hře výstavba hned čtyř bloků, než pokud by šlo o jeden. Dokud šlo pouze o výstavbu jednoho bloku, české vládě se v Bruselu notifikací zajistit nedařilo, což na celý tendr vrhalo špatné světlo a vnášelo do věci nervozitu a dohady. Byť nyní je situace nadmíru zvláštní: česká vláda se chová

jako žadatel o hypotéku, jemuž ji banka neschválí ani na jediný byt, přičemž jeho reakcí je, že vedle dosavadní snahy začne usilovat o tři další hypotéky na tři další byty.

Pětkrát zvýšená cena

Někteří členové české vlády ovšem zároveň usilují o post eurokomisaře, navíc s poměrně silným portfoliem svěřené agendy. I zde může pomoci silný francouzský vliv v Bruselu. Ten ale Francouzi ve prospěch Česka uplatní, jen pokud za něj něco dostanou. Třeba právě zakázku hned na čtyři jaderné bloky.

Třetí uchazeč o stavbu jaderných bloků v Česku, severoamerický Westinghouse, už ze hry v podstatě vypadl, k deklarovanému zklamání americké ambasády v Česku. Fialova vláda však může mít pocit, že si americkou stranu dostatečně naklonila objednávkou 24 stíhaček F-35 za 150 miliard korun. Dané memorandum o jejich dodávce podepsala ministryně obrany ČR a velvyslanec USA v Česku dva dny před oznámením faktického vyřazení Westinghousu z tendru na jaderné bloky.

Dříve než však Fialova vláda historicky největší českou investici přiklepne právě Francouzům, měla by zbystrit. Právě EDF totiž podle zprávy deníku Financial Times nyní tlačí na britskou vládu, aby poskytla dodatečnou záruku, protože Francouzi už po páté navýšili cenu výstavby dvou jaderných bloků elektrárny Hinkley Point. Nejnovější navýšení vícenákladů činí v přepočtu zhruba 250 miliard korun.

Dva bloky britské elektrárny Hinkley Point tak nyní Francouzi slibují dodat za v přepočtu takřka 1400 miliard korun. Přes všechny řeči Fialovy vlády, že by měla čtyři bloky v akci „3+1 zdarma“, při pohledu na počínání Francouzů v Británii existuje nemalá pravděpodobnost, že by je nakonec těžko stavěla za méně než tři tisíce miliard korun (z většiny státem vlastněný ČEZ sám říká, že na čtyři bloky peníze nemá). V Česku by sice Francouzi stavěli zmenšeninu svého projektu z Hinkley Point, je však třeba také počítat s inflací příštích let, ba desetiletí. Reálně tak hrozí, že se Česko výstavbou čtyř bloků v režii Francouzů zadluží více, než kolik činí jeho veškerý dluh vytvořený od roku 1918.

Žaloby kvůli ČEZ

Aby toho nebylo málo, Česku také potenciálně hrozí soudní pře a mezinárodní arbitráže, například ze strany obřích amerických bank a fondů typu JP Morgan, BlackRock nebo Vanguard, tedy největších z menšinových akcionářů ČEZ, kvůli pošlapávání práv právě menšinových akcionářů, kteří ostatně ani nemusejí souhlasit s takovou či onakou participací ČEZ v projektu výstavby hned čtyř bloků. Nikdo se jich však neptal. Akcie ČEZ v té souvislosti spadly nejnižze za více než rok. Menšinová akcionáři se mnohdy obávají, že je česká vláda bude chtít vytěsnit za pro ně nevýhodných podmínek. Vytěsnění je dle řady z nich nutností, pokud chce vláda opravdu stavět čtyři bloky.

Česko navíc bude muset v době výstavby jaderných bloků tak či onak podporovat, i finančně, výstavbu plynových elektráren, které zajistí výrobu elektřiny v mezidobí, kdy už Česko nebude kvůli drahým povolenkám EU a dalším nákladům vyrábět elektřinu z uhlí,

ale zároveň ještě nebude mít hotové nové jaderné bloky. Varováním je opět Hinkley Point. Francouzi tam odkládají kompletaci bloků o dlouhou řadu let, což samozřejmě představuje klíčový zdroj vícenákladů a dalších obtíží britské energetiky. Původně, podle smlouvy z roku 2013, měly budované bloky v Hinkley Point elektřinu do sítě dodávat v roce 2023, přičemž stavba měla vyjít v přepočtu na zhruba 480 miliard korun. Spuštění se ale minimálně o sedm let odsouvá, nejdříve na rok 2030. Cena mezitím vyskočila na 1340 miliard korun.

Víra Fialovy vlády, že jí Francouzi postaví bloky za nízké stovky miliard korun za kus a k tomu dají jeden navrch zdarma, je vskutku heroická. A ještě více po přihlédnutí k tomu, že moc výhodně tuzemský kabinet zjevně nedokáže pořídit ani čerpací stanice, což je proti jaderným blokům úplná „prkotina“.

Autor je hlavním ekonomem Trinity Bank. Text vyšel v Lidových novinách 5. února 2024.



Krajina v obraze. Obrazy v krajině. Perly v Perle

Kristýna Mikulková

Pro tentokrát začněme snově a odeberme se každý do své vlastní snové krajiny, nechme se zalévat sluncem, nadechněme se vlahého vánku a zaposlouchejme se do svého vlastního šumění krevního řečiště. Odletme do dalekých krajin vlastní fantasmie a představivosti, nechme si příbojem omývat nohy a propadat se s každou vlnou zrnko po zrnku, hloub a hloub do naší mysli.

Mé kroky mě donesly do Galerie Nová Perla, do krásné krajiny Krásné Lípy, Českého Švýcarska a mé myšlenky rozčeřily obrazy **Veroniky Holcové**. Veronika Holcová je již známá česká malířka, která má za sebou nespočet skvělých výstav u nás i v zahraničí a neméně zajímavých stáží, už jako studentka byla výraznou osobností Akademie výtvarných umění. Ve spolupráci s kurátorkou Ditou Lamačovou vytvořily magickou výstavu, kde se smazávají hranice mezi krajinou, obrazem a naší myslí. Náš rozhovor proběhl uprostřed galerie, rámován výhledy do krajiny mísící se s krajinami v obrazech a každý z nich ukrýval perlu. Perly vznikají tak, že zrnko písku vnikne do lastury mlže a ten ho postupně obaluje perletovou hmotou. Vrstvu po vrstvě vytváří perlu opředenou mýty a legendami. Stejně tak Veronika vytváří své obrazy. Do mysli vnikne zrnko písku a pak vrstvu po vrstvě stvoří obraz.

Výstavou mě doprovázely dvě myšlenky. Velká plátna působí jako brány do různých světů a drobné malby na ručním papíře jako figury, které těmi světy mohou putovat a žít v nich. Prozářené plátno, které bylo

spuštěno přes okno, pak působilo jako hrací mapa k magické hře, kde se do obrazů může vstupovat skrze čtvercové kameny na mapě. Na konci mojí seance jsem si říkala, že to zároveň může být i obráceně a mohou to být naopak uzavřené světy, taková vizuální terária. Zní to trochu neobratně, ale představuji si to jako místo, kam si zakonzervuješ něco osobního. Čím pro tebe tvoje obrazy jsou?

To jsi řekla docela dobře. Jsou to takové kapsule. Obraz je svět sám pro sebe – vytvoříš okno někam do svého světa. Teď právě sedím naproti Fantasmagorii, ke které můj syn řekl: „Tak tady je úplně všechno!“ My už nejsme schopní se pozastavit a uvědomit si, po čem kráčíme a čím jsme obklopeni. Možná právě obrazy by měly návštěvníka vtáhnout zpátky do něčeho, co ztrácíme – schopnost si jako lidé hrát a objevovat, vrátit se trochu do dětství.

Jako dítě jsem milovala realistické krajiny, holandské mistry a Zdeňka Buriana. Nerozuměla jsem ještě abstrakci, ale vyrůstala jsem v rodině, kde visely originály obrazů, a příkládaly se jim nějaké významy. Nebyli to žádní špičkoví modernisté, byly to prostě krajiny, které sbíral dědeček. Člověka ovlivní, když vnímá reálný obraz.

V čem vidíš rozdíl mezi obrazem a kresbou?

Kresba je pro mě bílá plocha papíru a rychlý proces – čistím tím svoji mysl. Když pracuji na obraze, je to něco závažnějšího, je to dlouhodobý proces, obraz vzniká měsíce či roky. Obraz buduji tak, abych byla spokojená a aby něco předal. Je těžké říct, kdy je hotový. Může se

zdát, že obraz je nekonečný a pořád bych mohla přidávat víc a víc detailů – je těžké nechat obraz dýchat a nedoslovovat všechno, co člověk chtěl říct, nechat prostor pro dalšího člověka, který k němu přistoupí a bude mít možnost dál pokračovat.

Často se mi stává, že i mě samotnou obrazy překvapí. Například obraz Melancholie – může to být planeta nebo vstup do jiné dimenze, ale když se podíváš ještě jednou, zjistíš, že bys mohla proletět tou světlou planetou a můžeš objevit ještě další prostor nad tím. Zjistíš, že ta hvězdokupa má další díru dál a možností, jak obraz číst, je mnoho. Jsem ráda, když se mi podaří člověka v obraze trochu zmást a není tak jasné, kam a jakou cestou se ubírat. Obrazy jsou trochu labyrinty.

Kresba vyvažuje malbu

Líbí se mi, že necháváš diváka vejít do tvého světa a zároveň mu dáš prostor stát se na moment součástí tvých obrazů.

Snažím se tam dostat i humor, ale to se podaří spíš v odlehčenějších kresbách. Kresba vyvažuje malbu. Zvláště u instalací, kdy pracuji s obrazem a kresbou. Kresby k tomu patří a jsou právě takové, jak jsi říkala, jako by se ty bytosti mohly pohybovat v obrazech. Díváš se na stěnu s kresbami a řekneš si: „Ten človíček z kresby by se mohl potulovat na vodní hladině támhle v tom obraze.“

Celá výstava sálá snovou atmosférou. Zdají se ti sny o obrazech nebo jsou tvé sny v obrazech?

Často maluji před spaním, a když jdu spát a nemůžu usnout, maluji v duchu. Představuji si, že maluji obraz, a to mi dělá moc dobře – mám pocit, že se tím uklidňuji a dostávám se do procesu spánku. Někdy si druhý den pamatuji, jaký obraz jsem namalovala před spaním

v duchu, a říkám si, že by bylo dobré ho namalovat i ve skutečnosti. A ta vzpomínka mi umožní udělat základ pro úplně jiný obraz.

Obrazy samozřejmě snové jsou, protože jdou trochu mimo realitu, ale zároveň trochu realitu připomínají. Jak popisovala Dita ve zprávě k výstavě, obrazy jsou neuchopitelné a nezařaditelné v rámci datace. Někdo by pak mohl říct, že to už tady bylo před sto lety, jenže surrealismus byl prostě trochu jiný, pracovalo se mnohdy se symboly a realismem a já pracuji s abstrakcí a iluzí. Je to práce s lidským okem. Když lidé přicházejí k obrazu, na první pohled vidí krajinu a pak přicházejí blíž a blíž a zjistí, že jsou to spíš různé fleky. Nebo naopak přicházejí k fleku a najednou začnou odkrývat, že to není flek, ale je tam nějaký achát a nebe a strom a najednou se začínají radovat, že to vlastně pochopili, ale pak je tam zase vzhůru nohama něco úplně jiného.

Obrazy vznikají dlouho a různě je přetáčím, někdy jsou vzhůru nohama a podobně. Občas se mi stává, že mám řadu obrazů. Například jsem malovala sny na bílých plátnech (tady na výstavě mám dva z nich). Tehdy jsem si říkala, že je to skvělé téma a musím ho využít a nápad rozvinout. Když cítím, že obraz má na to, aby mohl mít další souputníky, udělám je. Vždycky, když maluji velký obraz, vznikají k němu menší obrazy a kresby v ateliéru – ty pak využívám na výstavách. Mám jeden hlavní obraz a k němu třeba pět menších, které skvěle fungují dohromady. Jeden podpoří druhý.

Maluješ tak, že plátno leží na zemi?

Když začínám, většinou leží na zemi, protože začínám akrylem a jemnými barvami. Čtu z kávové sedliny. Jako když se člověk se zastaví nad nějakou kaluží a vidí tam spoustu věcí nebo se dívá na mraky.

Musím si dobře rozmyslet, jaká barva s jakou reaguje a jakou barvu nechávat, aby byla co nejvíc v hloubce. Během tohoto procesu se dostane obraz úplně jinak. Jsem sama překvapená, co vzniká, a je to obohacující.

Moje obrazy zaujaly jednoho psychoterapeuta. Říkal také, že má v ordinaci tři obrazy, a když se začne jeho pacient uzdravovat, všimne si: „Jé, vy tady máte obrazy!“ Ale ty obrazy tam byly už dávno, jenže pacient si až v nějaké fázi uzdravování začne všimát okolí a nejenom vlastních problémů.

Moje obrazy také slouží k jakémusi sebepoznání. Čím déle člověk zůstane před mým obrazem, tím víc si z něj vezme, protože já na něm pracuji mnoho let a on má čas třeba minutu, ale když zůstane dvě minuty, dostane mnohonásobně víc nazpátek. Pokud si bude chtít užít toho světa, má možnost nalézt v něm i svoje vlastní odpovědi.

Čím jsem starší, tím čas plyne rychleji

Jak vnímáš čas?

Mám pocit, že se zrychluje, čím jsem starší. Uvědomuji si, že se člověk nesmí zabývat věcmi, kterým nevěří, nebo které považuje za nedůležité. Žila jsem čtyři roky v Kanadě, a když jsem se vrátila po letech do ateliéru, řekla jsem si: „Už budu jenom cizelovat obrazy, které tu mám.“ Pomyslela jsem si, že je to skvělý úkol na dožití, že z toho ateliéru nevyjde nic, za čím bych si nestála. Tím pádem se mi s časem pracuje dobře, protože věřím, že dělám něco smysluplného. Je to moje vlastní terapie. Všichni umělci potřebují tvorbu k životu.

Potom čas zapouzdřený v obrazech – je tam uchovaný, zaznamenaný, jsou to takové otisky či deníky. Obrazy jsou pro mě jako děti, vypipláš je, něco do nich vložíš, něco se ti podaří a najednou jsou sami o sobě a ty je vypustíš do světa. Snažím se, abych čas trochu zpo-

malila i pro diváky. Aby prožili bezčasu a před obrazem se dostali do stavu, že na něj zapomenou. Aby ho nevnímali lineárně – proto jsou v obrazech různé prostory a smyčky a člověk se může vracet a ztrácet.

Obrazy si žijí vlastním životem

Jak vnímáš archetyp muže a ženy?

Jako studentka na akademii jsem kreslila velké bezpohlavní plešaté bytosti. Zjistila jsem, že se vůbec nevymezují mezi ženskou a mužskou identitou. U kreseb si dělám legraci z mužského i ženského světa, jsou tam penisy a vagíny a hodně tělesné věci.

Pár lidí mi řeklo, že neví, jestli obraz malovala žena nebo muž. Jak to vnímáš ty? Je to ženské umění nebo mužské?

Já bych nad tím asi vůbec nepřemýšlela. Pro mě to není nic důležitého. Od dětství jsem věřila v individualitu každého, v tom mi přišel svět zajímavý.

Říká se, že se dnes hodně vystavují a upřednostňují ženy umělkyně. Jenže neustále funguje to, že například sběratelé jdou často jen po mužích, ženám tolik nevěří. Já se umění usilovně věnuji celý život, tak mě akceptují. Ale často mi řeknou, to je hrozné, vy máte každý obraz jiný. Ale pro mě je důležité, aby se člověk hnul z místa, aby se vyvíjel. Nechci dělat umění jako business a sekát to jak Baťa cvičky, pro mě umění představuje můj život, otisk, svědectví jednoho „živůtku“ tady na planetě. Když už si někdo pořídí obraz ode mne, musí se seznámit i s tím, jak obrazy vznikají, jak dlouho na nich pracuji a jakou mají legendu. Každý je jen jeden.

Měla jsem obraz „Louka se zlatým pylem“ – byly na něm náprstníky, nádherné květiny, latinsky se jmenují digitalis, jsou jedovaté a zároveň léčí srdce. Rostou

u nás na chalupě v Krušných horách a já jsem namalovala obraz těchto náprstníků a opravdu se mi povedl. Byla jsem ve špatné životní situaci a musela jsem obvolat pár kamarádů a pozvat je do ateliéru. Přišel první z nich a říkal: „To je krásný obraz, koupím ho své ženě.“ Za hodinu přišel druhý a říká: „Já chci taky tyhle náprstníky!“ a ukázal na plátno, které jsem právě rozmalovala, byl to ten samý formát. Nakonec jsem poprvé v životě namalovala něco na zakázku. Ale ty druhé náprstníky jsem udělala s kořeny. Byly podobné, ale ne stejné a já je pak vystavila společně vedle sebe. Pak ale přišla ještě jedna paní a říká: „Prosím vás, já od vás chci taky ty náprstníky, ale potřebovala bych menší, nemám tolik peněz.“ Takže jsem malovala menší náprstníky a ty už byly plné smrtek – ten květ je složený z takových zvonečků, v nich jsou kuličky a ty v sobě měly smrtky schované. Ty poslední náprstníky si paní dala do bytu na Praze 6, přičemž ty původní byly o dvě patra výš. Obrazy se takhle dostaly k sobě, žijí si vlastním životem.

Na komentované prohlídce jsi mluvila o Bedřichu Dlouhém, jak tě ovlivnil?

Bedřich Dlouhý, můj první malířský ateliér, kam jsem šla po kresbě a poprvé se setkala s médiem malby a vlastně to byl velký propad. Bedřich Dlouhý tehdy odcházel ze školy a nebyl na tom moc dobře. Řekl mi tenkrát, že jsem byla jeho velká profesorská prohra: „Ty jsi byla nadějný student u Jitky Svobodové, dělala jsi velkolepé kresby, všude jsi vystavovala a najednou u mě to byl propadák.“ Jenže já jsem za ten propadák ráda, kdybych byla úspěšná kreslířka velkých formátů, možná bych se nedostala k malování. Mě zajímá další vývoj. Profesoři z akademie mi dali třeba jednu větičku, takových těch pár rad, co dostaneš do života od lidí, kterých si vážíš.

Chtěla jsem se později zeptat na zlomové okamžiky v tvé tvorbě, tak možná je to i tohle?

Na konci studia na AVU jsem diplomovala se serií deseti velkých abstraktních obrazů nazvanou „Jedno v druhém“, asi i proto, že jsem se ten samý rok stala matkou krásné dcery. Každý obraz obsahoval další obraz – takové neustále se vrstvicí téma. Jako kdybych z toho obrazu vyjmula jenom pravý horní roh a namalovala ho do dalšího obrazu, ale úplně nějak jinak, zevnitř. Někdy jsem obraz uzavřela do žlutého vejce s modrou plochou, bylo to až trochu „malichovské“.

Po pár letech jsem dostala akrylové barvy a malé formáty pláten a zkusila jsem si jen tak něco lehkého a začala jsem malovat krajiny. Najednou jsem z té abstrakce a změní organických obrazů úplně přešla do lineárních a horizontálních krajin. Jako bych se potřebovala vyčistit. Do pruhů jsem zasazovala malé bytosti, abych tomu dala měřítko. Potom jsem se tím promalovávala zpátky k abstrakci, ale už s tou zkušeností – malovala jsem horizonty, krajiny a vrstvicí se horizonty. Přišlo mi to jako páternoster. Chtěla jsem zachytit sedimenty, plynoucí myšlenky, barevné vrstvy.

Je pro tebe reálná krajina důležitá?

Velmi důležitá.

A co tvoje vize a sny?

Když má člověk velkou výstavu, vidí svoje věci v jiném prostředí. Může se tak nějak odstráhnout, udělat si pomlku a říct si: „Tak, co bych mohla ještě dodat.“ Nicméně mám pořád rozdělanou práci v ateliéru, takže pořád probíhá nějaký proces.







Smysl kvěru

Jaroslav Veis

Předvánoční vražedný útok šíleného střelce na pražské Filozofické fakultě traumatizoval českou společnost a zároveň vyvolal spoustu vzrušených debat a vznesl neméně podstatných otázek. Jednak konkrétních, týkajících se způsobu policejního zásahu a bezpečnosti na školách, ale i obecnějších, k nimž patří přehodnocení české legislativy regulující možnost občanů vlastnit střelné zbraně.

Na konci ledna pak prošla třetím čtením nová verze zákona o zbraních a střelivu zkracující desetiletý interval přezkumu zdravotní způsobilosti držitelů zbrojního průkazu na polovinu a dávající kromě jiného možnost lékařům nahlédnout do centrálního registru zbraní a tak si ověřit, zda třeba duševně nemocný pacient nemá doma náhodou malou zbrojnici. Je to vítaná změna, vždyť dosud žádnou takovou možnost neměli.

Změna prošla i přesto, že se jedna z nejorganizovanějších českých lobbystických organizací Liga LIBE, sdružující majitele (ne všechny) zbrojních průkazů pokusila jakýmkoli změnám v omezování možnosti vlastnit i nosit zbraň zabránit, v čemž byla v minulosti hodně úspěšná. Kromě jiného petici vy-

zývající vládu České republiky, aby nereagovala na „emotivní volání po omezení práva vlastnit a držet střelné plané zbraně“.

Liga LIBE připomíná proslulé americké sdružení National Rifle Association, s nímž si to nechce rozházet dostatečně velká část americké politické scény, aby nikdy neprošlo žádné volání po zrušení druhého dodatku americké ústavy. Volají po tom po každé tragické školní střelbě američtí rodiče, žel marně. Formálním důvodem je odkaz na druhý dodatek americké ústavy, na který ostatně rádi poukazují i zdejší majitelé pistolí a poloautomatických pušek. Ti ovšem obvykle netuší, co v něm vlastně stojí. Je nejstručnější ze všech a zní takto: „Dobře udržovaná domobrana je pro bezpečnost státu nezbytná a právo lidu držet a nosit zbraně nesmí být porušováno.“ Nepředpokládám, že by zdejší majitelé zbrojních průkazů měli na srdci to, co otcové zakladatelé americké demokracie: že totiž občané mají mít právo držet a nosit zbraň, aby se mohli postavit potenciálním uzurpátorům politické moci.

V minulosti se spolku Liga LIBE už minimálně jedna petice osvědčila. Když v roce 2020 měla naše

sněmovna schvalovat senátní návrh vložit do Listiny základních práv a svobod (tedy do ústavy) právo bránit svůj život či život jiného člověka i se zbraní, dostavili se před jednáním členové spolku Liga LIBE s obří rouškou (bylo to v časech covidu) naplněnou archy s celkem 110 tisíci podpisy petice, která toto právo žádala. Náklad převzal tehdejší předseda sněmovny Vondráček a nechal se u toho vyfotit taky premiér Babiš a zmocněnkyně pro lidská práva Válková – ta asi proto, že ono LIBE v názvu spolku znamená lidská práva a bezpečnost. Mezi podepsanými nechyběl premiér s předsedou sněmovny, ani předseda Senátu a tehdejší prezidentský pár. Byla to nerozsáhlejší petice, jaká kdy u nás byla, chlubili se petenti – a taky žádnou jinou nepodepsali všichni nejvyšší ústavní činitelé, jeden dokonce s chotí!

Aby ukázali, kolik těch podpisů je, vyfotila se viceprezidentka Ligy s horou krabic s peticemi. Každá byla přelepena velikým kruhem s pozadím v národních barvách. Do kruhu se sápara modrá ruka se zlatými hvězdičkami na hřbetu, která se snažila uchopit samopal se sklopnou pažbou a zahnutým zásobníkem. Slogan „Mně na kvér nesahej!“ prozrazoval, že to není modrá ruka tašky Šmouly, co si v tom kruhu zapomněl svou útočnou pušku pro osobní obranu a sportovní střelbu, ale bruselský spár zase omezující naši suverenitu.

Po třetím čtení ve sněmovně se zdá, že tentokrát petice už tak úspěšná nebude. Liga LIBE se s počty petentů ani nechlubila. Česká společnost je po předvánoční tragédii méně ochotná věřit tomu, že by právo vlastnit i držet zbraň nemělo být revidováno a omezeno, tak jak tomu je v zemích západní Evropy.

Podíval jsem se na stránky Ligy LIBE, jestli tam nenajdu něco, jako byl ten terč s modrým spárem „Mně na kvér nesahej!“ Nenašel jsem ho. Místo toho tam nabízejí ke stažení gif do mobilu s textem „Nenosím zbraň, abych děsil lidi. Nosím ji, protože miluju život a lidi, kteří mu dávají smysl.“

No, mně moc smysl nedává právě tohle.

VITA NOSTRA REVUE: Časopis 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.
Vychází 4× ročně v českém jazyce.

Vydavatel a sídlo redakce: Univerzita Karlova, 3. lékařská fakulta,
Ruská 87, 100 00 Praha 10. IČO: 00216208; www.lf3.cuni.cz.

Ročník 34, číslo 1, únor 2024

Redakční rada:

Předseda: prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc., FCMA

Členové: prof. MUDr. Michal Anděl, CSc., FCMA; prof. MUDr. Monika Arenbergerová, Ph.D.; Jolana Boháčková;
PhDr. Martina Hábová; MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.; Jaroslav Veis.

Šéfredaktorka:

Jolana Boháčková, 3. lékařská fakulta UK, Středisko vědeckých informací,
Ruská 87, 100 00 Praha 10, e-mail: vnr@lf3.cuni.cz, jolana.bohackova@lf3.cuni.cz

Grafický návrh: Carton Clan, Petrohradská 3, Praha 10

Sazba: Jan Murdych

Tisk: TIGIS, spol. s r.o.

Expedice: SEND Předplatné, spol. s r.o., Ve Žlábku 1800/77, Praha 9

Objednávky na distribuci a inzerci: přijímá šéfredaktorka

Časopis je zájemcům zasílán bezplatně.

Fotografie a ilustrace bez uvedeného zdroje: archiv 3. LF UK a autoři příspěvků

Registrace: MK ČR E15377

ISSN 1212-5083

Web časopisu: <http://www.lf3.cuni.cz/vnr>