

**Univerzita Karlova**

**Filozofická fakulta**

**Ústav etnologie a středoevropských a balkánských studií**



**Bakalářská práce**

Marie Vosáhlová

**Prožívání disociace: Etnopsychiatrická perspektiva a subjektivní reflexe**  
Experiencing Dissociation: An Ethnopsychiatric Perspective and Subjective  
Reflection

Praha 2024

Vedoucí práce: doc. PhDr. Václav Soukup, Csc.

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu práce, konzultantce, rodině a přátelům za velkou dávku trpělivosti a podpory, a hlavně pak všem, kteří se se mnou uvolili v interview sdílet své příběhy.

### **Prohlášení**

*Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia nebo k získání jiného nebo stejného titulu.*

V Praze dne 4. 8. 2024.

Marie Vosáhlová

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se v obecné rovině věnuje specifické oblasti antropologického bádání – etnopsychiatrii, oboru, který zkoumá propojení mezi kulturou, duševním zdravím a psychopatologií. Práce nabídne přehled vývoje etnopsychiatrie jako disciplíny a jejích klíčových badatelů, se zvláštním důrazem na to, jak různé kulturní kontexty ovlivňují chápání a léčbu duševních poruch. Zvláštní pozornost bude v práci věnována disociaci a její interpretaci v českém prostředí. Cílem práce je porozumět reflexi a prožitku disociativních stavů u jedinců, kteří s tímto jevem mají osobní zkušenost. Za využití metody narativního interview je záměrem přispět k hlubšímu porozumění stavů disociace a jejich prožívání z emické perspektivy. Práce ukáže, jak jednotlivci vnímají a interpretují své vlastní zkušenosti s disociací v kontextu osobních, kulturních a sociálních vlivů.

Klíčová slova: antropologie medicíny, etnopsychiatrie, disociace, duševní zdraví

## **Abstract**

The bachelor thesis generally focuses on a specific area of anthropological research—ethnopsychiatry, a field that examines the connection between culture, mental health, and psychopathology. The thesis provides an overview of the development of ethnopsychiatry as a discipline and its key researchers, with particular emphasis on how different cultural contexts influence the understanding and treatment of mental disorders. Special attention is given to the concept of dissociation and its interpretation in the Czech context. The aim of the thesis is to understand the reflection and experience of dissociative states in individuals who have personal experience with this phenomenon. By employing the method of narrative interviews, the study seeks to contribute to a deeper understanding of dissociative states and their experience from an emic perspective. The thesis will illustrate how individuals perceive and interpret their own experiences with dissociation within the context of personal, cultural, and social influences.

Keywords: medical anthropology, ethnopsychiatry, dissociation, mental health

## Obsah

1. Úvod.....	5
1.2 Cíl práce .....	5
2. Historický exkurz do dějin etnopsychiatrie .....	6
2.1 Počátek vědeckého zájmu .....	7
2.2 Kritika transkulturní psychiatrie a nová směřování .....	10
2.3. Psychiatr proti psychiatrii.....	13
3. Kdo je tu normální: sociální hranice normality, stigma a vyloučení.....	14
3.1 Všechny myslitelné normality .....	14
3.2 Stigmatizují, tedy jsem (členem společnosti) .....	16
3.3 Co dělá stigma stigmatem.....	16
3.4. Sociální role, aneb jak správně být nemocným .....	18
4.1. Mýtus vědeckosti a vědeckost mýtu .....	19
4.2. Nemoc jako morální a monetární kategorie.....	20
5. Disociace: když se mysl odpojí.....	22
5.1 Metodologie výzkumu .....	23
5.2 Disociace jako únik před traumatem .....	25
5.3 Subjektivní vnímání prožitku emocí.....	29
5.4 Reflexe vlivu disociace na sociální vztahy .....	32
5.5 Psychedelická zkušenost .....	33
5.6 Závěr .....	34

## 1. Úvod

"Zde jsme všichni potrhlí. Já jsem potrhlá. Vy jste potrhlá."

- Lewis Carroll, Alenka v říši divů

Bakalářská práce se zaměřuje na etnopsychiatrii, specifickou oblast antropologického bádání, která zkoumá propojení mezi kulturou, duševním zdravím a psychopatologií. Etnopsychiatrie je subdisciplínou, která přináší jedinečný pohled na to, jak kulturní kontexty ovlivňují nejen chápání duševních poruch, ale i jejich diagnózu a léčbu. Vzhledem k rostoucímu zájmu o kulturně citlivé přístupy v péči o duševní zdraví je tento výzkum nejen akademicky zajímavý, ale i prakticky důležitý. Práce se zaměří na propojení mezi antropologií, kulturou a duševním zdravím, přičemž bude kladen důraz na disociativní stavy a jejich porozumění v českém kontextu.

První část práce představí historický exkurz do dějin etnopsychiatrie. Tato kapitola poskytne přehled vývoje disciplíny, klíčové badatele a významné milníky, které formovaly současné chápání etnopsychiatrie. Cílem je ukázat, jak se etnopsychiatrie vyvíjela v průběhu času a jak se její zaměření proměňovalo ve vztahu k měnícím se společenským a vědeckým kontextům.

V druhé části práce se zaměřím na specifický fenomén disociace. Budou zde prezentovány výsledky hloubkových rozhovorů s respondenty, kteří mají s těmito stavy osobní zkušenost. Tato kapitola se zaměří na subjektivní reflexi těchto stavů, přičemž budou analyzovány různé způsoby, jakými jednotlivci interpretují své zážitky s disociací v kontextu svého kulturního prostředí. Pozornost bude věnována konkrétně výpovědím narátorů ohledně jejich zkušeností s disociací ve vztahu k traumatu, reflexe jejich emočního prožívání a otázce toho, jestli a případně jakým způsobem disociativní stavy ovlivňují jejich sociální interakce.

### 1.2 Cíl práce

Cílem je přispět k hlubšímu porozumění disociativních stavů z perspektivy samotných jedinců, kteří tyto stavy prožívali nebo prožívají, a to v rámci jejich osobních a sociálních kontextů. Práce se snaží o komplexní přístup k tématu, které je důležité nejen pro antropologii, ale i pro praxi v oblasti duševního zdraví. Spojením teoretického a praktického bádání chce práce alespoň dílčím způsobem přispět k přinesení nových poznatků, které mohou obohatit naše chápání duševních stavů v různých kulturních kontextech.

## 2. Historický exkurz do dějin etnopsychiatrie

Etnopsychiatrie spadá pod širší antropologickou kategorii etnomedicíny, kterou zde zevrubně představím jako první. Etnomedicína vznikla v rámci partikularizace antropologických

zkoumání. Lze se setkat též s alternativním označením medicínská antropologie, antropologie medicíny, či antropologie zdraví. Lze ji popsat jako takovou oblast antropologie, která se zaměřuje na různé způsoby vnímání zdraví a nemoci u odlišných společností, a to včetně toho, jak ohledně zdraví a léčení nemocí lidé myslí a jednají. Medicína – podobně jako jazyk, hudba a politika – je vnímána jako součást širší kultury. Medicína každé společnosti a každý typ a odvětví medicíny je potenciálním místem pro etnomedicínské zkoumání, neboť každé místo má kulturně ovlivněné představy o duševním a fyzickém zdraví. Medicínští antropologové reflektují, že kultury jsou dynamické, a to, co lidé považují za "tradiční" medicínu není statické, ale mění se napříč generacemi (Quinlan 2022: 317).

Termín "etnomedicína" má v akademické literatuře odlišné významy. V americké antropologii ta druhá část slova, "medicína" v pojmu "etnomedicína" obvykle odkazuje na znalosti a představy o zdraví a péči o něj. V evropské antropologii a v přírodovědné literatuře odkazuje k medikaci a léčebným praktikám. Anglické slovo "medicine" není přesný, ale spíše obecný termín, který má ve slovnících více významů a je spojován se zdravím, tělem, příčinami nemocí, prevencí, diagnózou a léčbou. Prefix "etno" pak odkazuje ke snaze o emický pohled (Quinlan 2022: 317–318). Na rozdíl od západní biomedicíny pojem etnomedicína označuje nativní systémy znalostí a dovedností, které jsou spjaté se zdravím, nemocemi a jejich léčením.

Etnomedicína si vytyčuje dva cíle. Zprv, zkoumá teorie spojené se zdravím a znalostí, které lidé získávají a učí se tím, že v dané kultuře žijí. To formuje medicínskou logiku, kterou lidé užívají k vysvětlení a léčení svých nemocí. Druhým cílem etnomedicíny je překlad. Chceme nejen rozumět medicínskému myšlení určité skupiny, ale též komparovat tyto představy mezikulturně pro regionální i globální porozumění (Quinlan 2022: 318). V této práci budu biomedicínu považovat za jednu z etnomedicín. Nebude tedy v protikladu s nezápadním pojetím, ale bude vnímána jako jedna z mnoha ekvivalentních přístupů v nakládání s duševním i tělesným zdravím.

S pojmem etnomedicína souvisí užší pojem etnopsychiatrie – odvětví a tematická oblast kulturní antropologie, která je zaměřena na studium kultur a jejich vlivu na psychické zdraví a nemoci. Jedná se o relativně novou antropologickou subdisciplínu, jejíž počátky můžeme sledovat zpět do první poloviny 20. století. Následující část práce se pokusí popsat stručnou historii etnopsychiatrie s důrazem na přínos zakladatelských postav antropologa a psychoanalytika *George Devereux*, psychiatra a historika medicíny *Henri Ellenbergera* a antropologa *Arthur Kleinmana*.

Etnopsychiatrie své výzkumné pole vymezuje jako studium psychických chorob podle etnických nebo kulturních skupin, do kterých pacient patří (Delille 2020: 18). Zkoumá také kulturní pohled na psychické nemoci, a lokální praktiky které je obklopují (Quinlan 2022: 324).

Rozdělování nemocí na fyzické a duševní v sobě stále nese reziduum antické filozofie. Toto dělení stále přetrvává a lze jasně pozorovat, že západní civilizace má už od starověku zvyk oddělovat věci, které jsou viditelné od těch, které nikoliv. Tato představa jde zpět až k Platónovi a jeho "dualismu duše a těla" a také ke "karteziánskému dualismu". Západní

biomedicína tak rozděluje patologie na psychické a fyzické, a dokonce i antropologie se tradičně dělí na kulturní (sociální) a fyzickou (biologickou) (Quinlan 2022: 324).

V dílech antických filozofů a lékařů lze najít zmínky popisující kulturní rozmanitost tak, jak je reflektoval antický svět. Nejde pouze o zmínky materiální kultury, v textech můžeme najít též zmínky o duševních kulturně specifických nemocech. Už Hippokrates ve svém pojednání *O vzduchu, vodách a místech* (*On Airs, Waters, and Places*) popisuje tzv. "Skythskou nemoc". Jedná se pravděpodobně o transvestitismus, který byl registrován u nomádských barbarů na stepích Skythie (nyní severní Rusko), kde údajně někteří muži začali mluvit ženským hlasem a též si osvojili ženský způsob života. Hippokratés příčinu tohoto jevu vysvětloval vlhkým, mízným klimatem Skythie, stravou a skythským způsobem života (Delille 2020: 131).

Zmínky o podivných a nezvyklých nemocech kultur "těch druhých" se neomezují pouze na antické dějepisce. Ve středověku tak byla například u skandinávských bojovníků (Vikingů) popisována podivná nemoc známá jako "zuřivost berserků". Silného válečníka v bitvě popadla taková nadpřirozená zuřivost, že byl schopen zabít obrovské množství nepřátel ve velmi krátkém čase (Delille 2020: 142).

V sedmnáctém století se objevila nová exotická nemoc pojmenovaná "Anglická nemoc", v té době popisovaná jako směs opravdových organických symptomů a hypochondrie. Projevovala se jako znechucenost životem a větší náchylností k sebevraždě. Na vině měla dle tehdejších lékařů být hustota a vlhkost vzduchu v Anglii (Delille 2020: 142). V tomto období byla popsána také "Švýcarská nemoc" pozorovaná u vojáků sloužících cizím velitelům. Voják se stal netečným ke všemu ve svém okolí, zatímco bez ustání snil o návratu do své země. Jeho stav se stále více zhoršoval a pokud voják nebyl propuštěn ze služby, mohl končit smrtí (Delille 2020: 142–143).

## 2.1 Počátek vědeckého zájmu

Badatelé stojící u zrodu antropologie jako moderní vědní disciplíny se ještě před ustanovením samostatné subdisciplíny a tematické oblasti označované jako etnopsychiatrie okrajově věnovali problematice odlišných, kulturně podmíněných projevů duševních onemocnění. Výraznou osobností byl z tohoto hlediska Franz Boas, jeden ze zakladatelů americké kulturní antropologie. Zajímal se o vztah mezi kulturou, jazykem, myšlením a osobností. Jako zastánce doktríny kulturního determinismu byl přesvědčen, že kultura hraje zásadní roli při formování lidského chování a duševních procesů. Zásadní pro antropologii byl také Boasův koncept kulturního relativismu, podle kterého hodnoty, normy a ideje mají smysl pouze v kontextu té kultury, která ji vytvořila. Tento přístup vyústil v kritiku evropocentrismu a naopak požadoval studium každé kultury jako unikátního, jedinečného a neopakovatelného fenoménu, který nelze hodnotit prostřednictvím kulturních standardů společnosti reprezentované antropologem (Soukup 2011: 428).

Reflexi nestandardního chování a vnímání jiných kultur můžeme sledovat i v pracích Boasovy žačky Ruth Benedict. Ve své slavné knize *Kulturní vzorce* (1934) popisuje tři odlišné



kmeny a jejich příslušníky v kontextu různých kultur. Benedict vypracovala typologii indiánských kultur, kde s odkazem na Friedricha Nietzscheho a jeho knihy *Zrození tragédie z ducha hudby* užíla pojmosloví typické pro antický svět (Soukup 2011: 445). V odkazu na protikladné atributy řeckých bohů Apollóna a Dionýsa u obyvatel kmenů Zuniů a Kwakiutlů nalezla odlišné osobnostní charakteristiky, které se těmto božstvům připisují. Zunijskou společnost označila za apollinskou kulturu, neboť její příslušníci vykazovali sdílené osobnostní rysy, jako jsou racionalita, umírněnost, trpělivost a rituální obřadnost. Oproti nim byli dichotomicky postaveni indiáni kmene Kwakiutlů, které Benedict označila za dionýský typ kultury. Mezi charakteristické osobnostní rysy příslušníků této kultury patří individualismus, agresivita, výstřednost a soutěživost. Posledním typem je kultura, kterou Benedict označila jako paranoidní (Soukup 2011: 450–451). Její příslušníci, obývající tichomořský ostrov Dobu, pod vlivem nepříznivého ekologického prostředí, neustálého nepřátelství a válek, kanibalismu a víry ve vražednou moc čarodějnictví, vykazují všudypřítomný stav úzkosti, podezřavosti a ohrožení. Oceňovanou osobností je zde ten, kdo má na svém kontě mnoho úspěšně vedených sporů, a přesto se mu v životě daří dobře (Soukup 2011: 451). Tuto klasifikaci kultur lze dnes považovat za poněkud kontroverzní a je otázkou, nakolik do sdílených osobnostních charakteristik nezápadních preliterárních společností Benedict promítla evropské vnímání a charakteristiky patologií.

Symbolické datum oficiálního vzniku etnopsychiatrie je spjato se životem a dílem německého psychiatra Emila Kraepelina (1856–1926). Tento badatel se zásadním způsobem podílel na vzniku tzv. komparativní psychiatrie (Delille 2020: 24). U zrodu její koncepce byla jeho několikaměsíční cesta po Asii, během které se začal zajímat o lokální názvy pro duševní poruchy (Delille 2020: 24). Významnou roli při vzniku etnopsychiatrie sehrála také etnopsychoanalýza. Tu paralelně s komparativní psychiatrií rozpracoval americký antropolog maďarského původu Géza Róheim (1891-1953), který byl studentem psychoanalytika Sándora Ferencziho (Delille 2020: 24-25).

V 50. a 60. letech 20. století se jednou z vůdčích osobností na poli etnopsychiatrie a etnopsychoanalýzy stal *George Devereux*. Narodil se jako György Domó 13. října 1908 v Lugoji, židovské komunitě v Banátu v tehdejší regionu Rakousko-Uherské monarchie, později části Rumunska (Delille 2020: 35). Roku 1926 se jako student rozhodl opustit Rumunsko a odešel studovat do Francie. Později během studií se rozhodl změnit předmět svého studia a z oboru chemie přešel na sociologii, etnologii a antropologii pod vedením Marcela Mause. Zaujala ho zejména kultura indiánů kmene Mohawků. Fascinován jejich duchovní kulturou věnoval zvýšenou pozornost analýze a interpretaci jejich snů, což prohloubilo jeho zájem o psychoanalýzu Sigmunda Freuda. Podstoupil proto psychoanalytický výcvik a stal se terapeutem (Delille 2020: 36). Při svém studijním pobytu v tehdejší Francouzské Indočině si plně uvědomil důležitost dialogu mezi antropologickým a psychologickým přístupem pro porozumění lidskému chování a prožívání. Proto se rozhodl své vědecké směřování orientovat právě tímto směrem (Cerea 2018: 299).

Devereux studoval vztah mezi nevědomím, osobností a kulturou, čímž navázal na výzkumy a teorii kultury Gézy Róheima. Usiloval zejména o potvrzení univerzálnosti nevědomí a psychoanalytických interpretací kultury (Stitou 2016: 1660). Poprvé použil termín

'transkulturní psychiatrie' ve své knize *Reality and Dream* (1951), který se posléze široce rozšířil. Později se nicméně od tohoto termínu distancoval a nahradil jej termínem 'etnopsychiatrie'. Vymezil se tak neokraepériánskému pohledu, který se začal šířit po Druhé světové válce, a sice že transkulturní psychiatrie je psychiatrií pro "kulturně odlišné". Sám Devereux termín transkulturní vnímal jako "nad jakoukoliv partikulární kulturou" (Cerea 2018: 300–301). Jeho výzkumným záměrem nebylo etablovat psychopatologii založenou na studiu specifických lokálních kultur, ale šlo mu spíše o studium samotného konceptu 'kultury *per se*', jako univerzálního lidského fenoménu. Jinými slovy, chtěl najít novou teorii psychopatologie, schopnou vzít v potaz roli kultury v procesu strukturování psyché, a to zdravé i patologické (Cerea 2018: 301).

V návaznosti na teorii psychické jednoty lidstva Devereux vysvětluje – jak už zdůrazňovali jeho dva mentoři Mauss a Freud – podobnosti mezi mýty, rituály sny a symptomy. Tak si vysvětloval i relevanci psychoanalýzy. Tyto ekvivalence ukazují, jak ty samé psychické obsahy mohou být v určité kultuře potlačené, zatímco v jiné naopak aktualizované, a to v souladu s univerzálními psychodynamickými procesy (jako sublimace nebo represe) (Cerea 2018: 301).

Všechny kultury Devereux vnímá jako "organizační struktury chování", "standardní sady obrany" (jako například mýty a rituály) a "boxy s nářadím", které člověku dovolují fungovat jako jednotlivci v rámci dané společnosti. Mentální patologii vnímá jako neúspěch tohoto procesu diferenciaci, individuace a sublimace (Cerea 2018: 302). Devereux, v opozici k britskému kulturnímu antropologovi Bronislawu Malinowskému, se pokusil ukázat, že Oidipův komplex, nesporně univerzální fenomén, může na sebe brát různé formy díky procesu změny (Stitou 2016: 1660). Devereuxova metoda byla zaštiťována univerzalistickými nároky a vedla ho ke zkoumání variant, které ukazují k univerzalizmu skrytému za kulturními pluralitami (Stitou 2016: 1660).

Významnou roli při budování základů etnopsychiatrie sehrál *Henri Frédéric Ellenberger*. Narodil se 6. listopadu 1905 v oblasti Nalolo, v britské kolonii tehdy známé jako Severní Rhodesie, dnes Zambie (Delille 2020: 8). Vystudoval medicínu a když roku 1934 pracoval jako lékař zaměřený na nervové poruchy v Poitiers, začal se zajímat o lokální folklor v rodinné tradici; následoval metody francouzského antropologa a religionisty Arnolda van Gennepa. Publikoval též několik článků zaměřených na lidovou medicínu (Delille 2020: 9). Roku 1970 Ellenberger publikoval zásadní knihu *The Discovery of the Uncconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*, v níž encyklopedickou formou zmapoval historii psychiatrie. Tato publikace silně kontrastovala s již existující tematickou literaturou díky své bohaté dokumentaci a kritickému hodnocení zdrojů (Delille 2020: 11).

V publikaci *Ethnopsychiatry* (1965) Ellenberg formuloval teorii, podle níž neexistují specifické duševní nemoci, ale spíše specifické formy univerzálních duševních poruch. Podle jeho názoru je při studiu forem duševních poruch a jejich léčbě nutné brát v úvahu, že symptomy mají "patoplastický" aspekt – nebo specifičtěji, prostředí (klíma, etnicita, společnost, kultura, sociální třída, rurální nebo urbánní prostředí atd.) má "patoplastický" efekt (Delille 2020: 79) Jednoduše, i když etiologie duševní nemoci je biologická a univerzální, symptomy takové nejsou (Delille 2020: 80). Ve své knize dále upozorňuje na to, že popis

duševních onemocnění je v klasických dílech a učebnicích založen pouze na zkoumání pacientů ze Západu bez ohledu na fakt, že nemoc může mít v odlišné populaci jiné symptomy. Studium patogenních faktorů u odlišných populací umožňuje etnopsychiatrii analyzovat roli etnických a kulturních faktorů ve vzniku duševních nemocí. V neposlední řadě též zdůrazňuje, že z praktického hlediska je znalost etnopsychiatrie nezbytná pro psychiatrickou práci v nových, kulturně odlišných populacích. Umožňuje to odborníkovi lepší porozumění a léčbu pacientů, a též vyhnout se mnohým nedorozuměním (Delille 2020: 133–134).

## 2.2 Kritika transkulturní psychiatrie a nová směřování

Kvalitativní zvrat v dějinách etnopsychiatrie je spjatý se jménem amerického profesora medicínské antropologie a psychiatrie Arthura Kleinmana, který představil tzv. "novou mezikulturní psychiatrii" (new cross-cultural psychiatry) (Kleinman 1977: 3). Vymezil se tak vůči staršímu přesvědčení, že deprese má stejné transkulturní projevy. Tento tradiční přístup označil "stará transkulturní psychiatrie" (old transcultural psychiatry) a v opozici k ní předložil svůj inovativní, modifikovaný koncept. Kritizoval především předpoklad, že západní diagnostické kategorie jsou entity nevázané na kulturu a depresivní reakce jsou identické napříč kulturami. Naopak tvrdil, že se jedná o explanační modely specifické pro západní kontext; kultura není ani tak něco co ohýbá již existující přírodní fenomén, ale spíše kontext, v němž je vymyšlena idea nemoci (Littlewood 1990: 308). Navrhl změnu teoretického a metodologického paradigmatu s cílem vytvořit přístup, který by dokázal vzít v úvahu lokální významy spolu s širším okruhem souvisejícího chování, předtím, než dojde k pokusům o jejich mezikulturní komparaci (Littlewood 1990: 308). Přesunutí důrazu ze zkoumání mezikulturního srovnávání psychiatrických kategorií ke zkoumání psychiatrické epistemologie a klinické praxe v různých společnostech vedlo některé vědce k užívání termínu 'nová psychiatrie' spíše než 'nová mezikulturní psychiatrie' (Littlewood 1990: 309).

Hlavní chybou "staré transkulturní psychiatrie" je tedy to, že spoléhá na externí, západní psychiatrické kategorie, které jsou západními lékaři a epidemiology používány tak, jako by byly fenomény nezávislé na kulturním prostředí, navzdory tomu že to jsou kulturně specifické kategorie. Další výtky patří přílišnému soustředění se na kulturogenezi místo zkoumání toho, jak která kultura formuje fenomén nemoci (Kleinman 1977: 4). "Nová transkulturní psychiatrie" si klade za cíl přistupovat k tématu více interdisciplinárně, s širším využitím antropologických a novějších psychiatrických výzkumů týkajících se kultury a nemoci. V první řadě je tu sofistikovanější užití psychiatrické epidemiologie. Koncentrace na témata, jak kultura ovlivňuje percepce, klasifikaci, proces nálepkování, explanaci, zažívání symptomů nebo prožívání a léčbu nemoci (Kleinman 1977: 5). Jednou z hlavních výhod je vytvoření medicínských antropologických studií, v nichž jsou studovány nemoci s biologickým základem, a rozšiřují tak rámec pojetí nemoci. Přinesly také zjištění, že při studiu nemocí na široké škále literární nezápadní společnosti ukazují více vyhovujících srovnání s podobnými studii na Západě než ty, provedené na malé škále preliterárních společností. Jako nejdůležitější přínos autor vnímá to, že na to konto vzniklo mnoho etnografických prací, které se soustředí na vztah normativního chování a deviance v nezápadních společnostech. Tyto

antropologicky koncipované studie programově zkoumají komplexní mechanismy, kterými kultura ovlivňuje emoce a psychopatologii (Kleinman 1977: 5).

Podobně se vyjadřuje též srílanský antropolog Gananath Obeyesekere. V článku *Depression, buddhism and the work of culture* s jistou dávkou nadsázky relativizuje negativní vnímání světa očima člověka trpícího depresí, které dává do kontrastu se světonázorem každého poctivého buddhisty. Tvrdí zde, že to, co je v západním kontextu diagnostikováno jako patologické depresivní smýšlení a prožívání, je v buddhistickém myšlení akceptováno a vnímáno jako známka dobrého věřícího. Propůjčuje si západní definici deprese popisované jako ztráta zdroje pozitivních hodnot, pocitu beznaděje, rozrušení a hanby nebo hněvu. Beznaděj se v této definici podle něj zdá být nejdůležitější složkou. Buddha by dle jeho zkušeností šel ještě dále a řekl by, že beznaděj neleží v něm ale ve světě, a spasení leží v porozumění a překonání této beznaděje. Smutek a utrpení lze podle buddhismu překonat tím, že člověk přestane lpět a toužit, a to většinou pomocí meditace (Obeyesekere 2017: 157). Tvrdí, že to, co je v západní společnosti míněno depresí, je bolestivá řada afektů týkajících se zármutku a je způsobena řadou předcházejících podmínek – genetickými, sociokulturními a psychologickými faktory. Tyto afekty nejsou ukotveny v žádné ideologii nebo hodnotovém či normativním systému, proto je jednoduché je označit za nemoc. To ovšem nemusí být případ nezápádních společností (Obeyesekere 2017: 157).

Kleinman navrhl změnu teoretického a metodologického paradigmatu s cílem vytvořit přístup, který by dokázal vzít v úvahu lokální významy spolu s širším okruhem souvisejícího chování, předtím, než dojde k pokusům o jejich mezikulturní komparaci (Littlewood 1990: 308). Navrhl rozdělení užívání termínů *disease*, tedy biologické a fyziologické poruchy, a *illness*, osobní, mezilidské a kulturní reakce na nemoc (Littlewood 1990: 308). Přesunutí důrazu ze zkoumání mezikulturního srovnávání psychiatrických kategorií ke zkoumání psychiatrické epistemologie a klinické praxe v různých společnostech vedlo některé vědce k užívání termínu 'nová psychiatrie' spíše než 'nová mezikulturní psychiatrie' (Littlewood 1990: 309). V této souvislosti je zajímavé, že vnímání normality a abnormality se může lišit i v rámci západního pojetí – šamani a šamanské praktiky byly vnímány psychiatry jako abnormální, ale antropology, kteří s nimi pracovali, byly nahlíženy jako normální (Littlewood 1990: 310).

Historické a kulturní variace syndromů samozřejmě nebrání možnosti toho, že jsou biologicky determinované. Psychiatrie balancuje mezi dvěma dominantními akademickými paradigmaty: přírodovědeckým, podle něhož biologické faktory a procesy determinují chování a zkušenosti, a paradigmatem zakotveným v humanitních a sociálních vědách, podle něhož si konkrétní společnosti prostřednictvím kulturních konstrukcí různým způsobem popisují, klasifikují a amplifikují určité aspekty přírodního světa (Littlewood 1990: 310). O relativizaci výsostného západního pojetí psychiatrie jako vědecké disciplíny, dlouhou dobu vnímané jako studium lidské psychiky z pozice přírodních věd, se zasloužil Thomas S. Szasz. Ač sám psychiatr, vytáhl na křížovou výpravu proti monopolu psychiatrické legitimacy. Bývá označován za průkopníka tzv. antipsychiatrie. Více než čtyřicet let tento, původem z Maďarska a ve Spojených státech vyrůstající psychiatr systematicky napadal filozofický základ konceptu "psychické nemoci." Jeho zásadní práce *The Myth of Mental Illness* (1961) vcelku nepřekvapivě sklídila většinou nepřátelské přijetí ze strany psychiatrické obce (Cresswell

2008: 24). Szasz tvrdí, že psychiatrie "narazila na velké zmatení" a to proto, že smísila objekty a metody přírodních a sociálních věd (Cresswell 2008: 24). Trvá na tom, že lidské chování není přírodní záležitostí, a že v sociálních vědách "jazyk fyzikalismu je zjevně falešný." Tento fyzikalismus, aplikovaný na lidské chování a prožívání, navíc vede k mechanomorfismu, jako zákeřný proces kdy "moderní člověk 'věcifikuje' osoby" tím, že je koncipuje podle modelu *stroje* (Cresswell 2008: 24). Dle Szasze je největším prohřeškem psychiatrie to, že tvoří dualismus mezi "fyzickou" a "mentální" říší. To jej vede k závěru, že velká logická a epistemologická chyba psychiatrie leží v pokusu být rozkročen v tomto dualismu. Údajná lživost psychiatrie, její 'věcifikace' lidí je podle Szasze odkazem "otců zakladatelů", Emile Kraepelina, Eugene Bleulera a Sigmunda Freuda, které Szasz charakterizuje jako "dobyvatele a kolonizátory myslí člověka". Použili podle něj epistemologický trik a redefinovali kritéria nemoci, z histopatologie do psychopatologie – tedy z abnormální tělesné struktury do abnormálního chování jedince (Cresswell 2008: 25).

Kleinman na rozdíl od Szasze nepatří ke kritikům psychiatrie jako celku, jeho výtky směřují k zastaralosti určitých aspektů disciplíny označované jako transkulturní psychiatrie. Hlavní chyba "staré transkulturní psychiatrie" je dle něj ve zkratce to, že spoléhá na externí, západní psychiatrické kategorie, které jsou kliniky a epidemiology používány tak, jako by byly nezávislé na kulturním prostředí, navzdory tomu že to jsou kulturně specifické kategorie. Další výtka patří přílišnému soustředění se na kulturogenezi místo zkoumání toho, jak která kultura formuje fenomén nemoci (Kleinman 1977: 4). Proto se rozhodl definovat "novou transkulturní psychiatrii". Ta si klade za cíl přistupovat k tématu více interdisciplinárně, s širším využitím antropologických a novějších psychiatrických výzkumů týkajících se kultury a nemoci. V první řadě je tu sofistikovanější užití psychiatrické epidemiologie. Soustředí se na témata, jako kupříkladu jak kultura ovlivňuje percepci, klasifikaci, proces nálepkování, explanaci, zažívání symptomů nebo prožívání a léčbu nemoci (sickness) (Kleinman 1977: 5). Psychiatrické kategorie jsou spojené s kontextem profesionálních západních psychiatrických teorií a praxe. Psychiatrie se musí naučit od antropologie, že kultura dělá daleko více, než jen tvaruje nemoc (illness) jako zkušenost, tvaruje i to, jak si představujeme nemoc. Je důležité, aby si každá komparativní studie tento vhled uvědomila (Kleinman 1977: 4). Další tradiční postoj psychiatrie je ten, kdy je nemoc (disease) nahlížena jako nějaká entita, věc, která musí být "objevena" ve své čisté podobě pod nánosem kulturní kamufláže. Takový předpoklad vede ke scestné víře, že deviace může být zkoumána v odlišných společnostech nezávisle na kulturních normách a lokálních specifikách normativního chování. Nový přístup říká, že nemoc je explanační model, nikoliv věc (Kleinman 1977: 4).

Je třeba soustředit se nejen na deskripci a taxonomii nemoci, ale i na její význam pro jednotlivce a společnost. "Význam nemoci pro jednotlivce je zakotven v – ačkoliv není redukovatelný jen na – síť významů, které má nemoc v dané kultuře: metafory asociované s nemocí (illness), etnomedicínské teorie, základní hodnoty a konceptuální formy, a postupy péče které formují zkušenost nemoci (illness) a reakci okolí na trpícího člověka" (Littlewood 1990: 312).

Antropologové se vždy zajímali o to, jak jejich informátoři klasifikují přírodní svět i lidské instituce – o konstrukci tzv. folktaxonomií. V 19. století, že nezápadní společnosti mají jiný typ myšlení. Tento postoj byl vyvrácen poznáním, že všichni lidé mají deduktivní i induktivní logiku, konkrétní i abstraktní myšlení, které je ale ovlivněno normami dané společnosti (Littlewood 1990: 313).

Jinými slovy, kultury se neodlišují kognitivními kvalitami, ale soustředěním se na různé body svého zájmu (Littlewood 1990: 314). Jakákoliv konceptualizace nemoci (*sickness*), ale zvláště psychické nemoci (*illness*), nebo její analogie v nezápadních společnostech, zahrnuje určité předpoklady o jednotlivci a jeho vztahu k sdíleným hodnotám a percepčním, a k ostatním (Littlewood 1990: 315). Jedním z hlavních přínosů nových antropologických přístupů ke zdraví a nemoci je vytvoření medicínských antropologických studií, v nichž jsou studovány nemoci s biologickým základem, a rozšiřují tak rámec pojetí nemoci (*illness*). Přinesly také zjištění, že při studiu nemocí (*illnesses*) na široké škále literární nezápadní společnosti ukazují více vyhovující srovnání s podobnými studii na Západě než ty, provedené na malé škále preliterárních společností. Jako nejdůležitější přínos Kleinman vnímá to, že na to konto vzniklo mnoho etnografických prací, které se soustředí na vztah normativního chování a deviace v nezápadních společnostech. Tyto studie se soustředí na komplexní mechanismy, kterými kultura ovlivňuje emoce a psychopatologii (Kleinman 1977: 5).

Kleinman na příkladech svých čínských pacientů a jejich tendenci k somatizaci upozorňuje na důležitost rozlišení dvou propojených aspektů *sickness*, a to na *disease* a *illness*. *Disease* může být brána jako špatné fungování nebo špatná adaptace biologických nebo psychologických procesů. *Illness* je personální, interpersonální a kulturní reakce na *disease*. *Illness* je ze své definice kulturním konstruktem. *Disease* se může vyskytovat bez *illness*, ale v případě většiny *sicknesses* se *disease* a *illness* objevují spolu a navzájem se ovlivňují (Kleinman 1977: 9).

### 2.3. Psychiatr proti psychiatrii

Již dříve zmiňovaný profesor psychiatrie Thomas Szasz tvrdí, že psychiatrie "narazila na velké zmatení" a to proto, že smísila objekty a metody přírodních a sociálních věd (Cresswell 2008: 24). Trvá na tom, že lidské chování není přírodní záležitostí, a že v sociálních vědách "jazyk fyzikalismu je zjevně falešný." Tento fyzikalismus aplikovaný na chování navíc vede k mechanomorfismu, jako zákeřný proces kdy "moderní člověk 'věcifikuje' osoby" tím, že je koncipuje podle modelu *stroje* (Cresswell 2008: 24). Tyto tendence pojmout člověka jako „myslící stroj“ lze nalézt již v tzv. karteziánském obratu. Tento motiv implikující, že když se v člověku něco porouchá tak stačí najít a spravit určitou rozbitou součástku, lze v medicínském myšlení nalézt dodnes.

Dle Szasze je tedy největším prohřeškem psychiatrie to, že tvoří dualismus mezi "fyzickou" a "mentální" říší. To jej vede k závěru, že velká logická a epistemologická chyba psychiatrie leží v pokusu být rozkročen v tomto dualismu. Pokud má být fyzická nemoc nahlížena jako deviace od jasně definované normy – "strukturální a funkční integrity lidského

těla... v daných anatomických a fyziologických termínech" – tak "velké zmatení" psychiatrie je pašování těchto představ do mentálního prostředí (Cresswell 2008: 24). Údajná lživost psychiatrie, její 'věcifkace' lidí je podle Szasze odkazem "otců zakladatelů", Emile Kraepelina, Eugene Bleulera a Sigmunda Freuda, které Szasz charakterizuje jako "dobyvatele a kolonizátory mysli člověka". Použili podle něj epistemologický "trik" a redefinovali kritéria nemoci, z *histopatologie* do *psychopatologie* – tedy z *abnormální tělesné struktury* do *abnormálního chování jedince* (Cresswell 2008: 25).

Szasz argumentuje, že "psychická nemoc není věc nebo fyzický objekt", ale je to *teorie*, a jako taková potřebuje *empirickou* podporu (Cresswell 2008: 26).

Psychiatrie dle něj konceptuálně žongluje se třemi třídami konceptů – mozkem, myslí a chováním, a všechny sdružuje dohromady v kontextu biologického řádu. Což vede v počítačové analogii k míchání software (mysl, chování) a hardware (mozek) (Cresswell 2008: 28).

### 3. Kdo je tu normální: sociální hranice normality, stigma a vyloučení

„Evropský člověk má od hlubokého středověku vztah k čemusi, co neurčitě nazývá Šílenstvím, Slabomyslností, Pomateností. Právě této temné přítomnosti vděčí možná západní rozum za něco ze své hloubky.“ (Foucault 1994: 7)

#### 3.1 Všechny myslitelné normality

Po krátké exkurzi do historie etnopsychiatrie je nasnadě vydat se i za historií pojmu šílenství. Pro pohled filozofie využijí francouzského filozofa Michela Foucaulta. Sociologické prizma zde zajišťuje neméně slavný vědec, a to Erving Goffman. Ačkoliv se západní psychologie již oprostila od soustředění své odborné pozornosti pouze na patologie a jejich projevy, stále je to jeden z jejích hlavních zájmů. Obecně lze konstatovat, že jedním z úkolů psychopatologie je v psychické oblasti definovat patologické (tedy chorobné a nezdravé) jevy a mentální procesy z pohledu vědecké odbornosti. Vymezuje tak „nenormální – chorobné, patologické“ oproti „normálnímu – zdravému, fyziologickému“. Nelze ale zapomínat, že není zdaleka jediná norma, a hranice mezi žádoucí normou a abnormitou zdaleka nemusí být ostrá. Vyvíjí se a mění společně s vývojem a změnami společnosti (Orel 2012: 12). Je zřejmé, že to, co bylo v minulosti definováno jako nežádoucí, nevhodné nebo patologické, může postupem času a v rámci kulturních změn ve společnosti změnit svůj dříve deviantní status a stát se normálním nebo dokonce žádoucím. Zásadní je též kontext sledovaného chování. Zde si lze vypomoci metodou zhuštěného popisu představeného antropologem Cliffordem Geertzem. Kupříkladu člověk, který působí jako v transu a mumlá nesrozumitelná slova bude, pravděpodobně na ulici nebo v obchodním domě považován za blázna. Naopak v kostele při mši letniční církve za

požehnaného, neboť jeho chování bude nejspíš interpretováno jako důkaz přítomnosti Ducha svatého.

Michel Foucault ve své slavné publikaci *Dějiny šílenství* určité formy pomatenosti dává do rituálního kontextu. Uvádí, že lidé považovaní za blázny například nesměli do kostelů, ačkoliv přijímat svátost jim církev nezakazovala. Netrestala nijak ani kněze, který ztratil rozum, ale – jako kdyby se posvátností osoby nečistota ještě násobila – při jedné události byl z Norimberku slavnostně vyhnán pomatený kněz, přičemž mu občané přidělili peníze na cestu. Někdy byli pomatení veřejně bičováni a v jakési hře na pronásledování vyhnáni z města metlami. To dle autora naznačuje rituální povahu exilu (Foucault 1994: 14–15). Při popisu této události si nelze nevzpomenout na biblické vyhánění obětího beránka za brány města.

Symbolická antropologie na tuto problematiku nabízí rovněž zajímavý pohled. Britská antropoložka Mary Douglas se ve svých odborných pracích zabývala kategoriemi „čisté“ a „nečisté“ v sociokulturním kontextu. Podle ní nemusí být špína nutně pouze fyzická nebo biologická. Například jen to, co je zkažené nebo zamořené škodlivými mikroby. Nabízí širší pohled a nečistotu definuje obecně jako "něco, co není na svém místě" ("out of place") (Douglas 2002: 36). V jednom z nejznámějších příkladů poukazuje na to, že boty v botníku vnímáme jako čisté, saháme na ně při obouvání. Pokud by se ale ocitly na stole, zhodnotíme je jako špinavé, kontaminující plochu stolu i nás. Nejsou již na svém místě, tedy v botníku nebo na noze (Douglas 2002: 37). V souladu s Foucaultovým tvrzením o sepětí šílenství a rituálu ve své knize *Purity and danger* Douglas uvádí příklad lidí Nyakyusa žijících v Tanzánii u jezera Nyasa. Tito lidé explicitně spojují šílenství se špinou. Rozlišují dva druhy šílenství, jeden seslaný Bohem a druhý přichází po zanedbání rituálu. Rituál zachovává přičetnost a život: šílenství přináší špinu a je formou smrti (Douglas 2002: 177).

Postoje ke špíně, svatosti a šílenství mohou být velice ambivalentní i v rámci jedné společnosti. Pro ilustraci uvedeme případ srílanských asketiček popsany v publikaci *Medusa's Hair* antropologa Gananatha Obeyesekere. Na pozadí akademické diskuse o soukromých a veřejných symbolech popisuje vnímání žen asketiček, kterým se na znamení svatosti ve vlasech vytvořily tuhé dredy, což si všechny jím zpovídané ženy interpretovaly jako požehnání a (nevědomě) manifestaci božského lingam. Obeyesekere popisuje, že někteří lidé tyto ženy vnímaly jako šílené, ale někdy naopak byly dredy interpretovány jako masité výrůstky a označovány za "znamení krásy". Prakticky všechny asketičky však přitom měly vlasy páchnoucí, špinavé, plné vši a vůbec nevhledné (Obeyesekere 1984: 35).

Co je nenormální, může být v rámci těla vnímáno jako špinavé, v rámci mysli jako šílené. Šílené se poté z mysli manifestuje na těle jako špína. Jedna ze srílanských respondentek potvrdila, že lidé se jejích zacuchaných vlasů a dredu ve tvaru kobry báli, proto si je často zakrývala (Obeyesekere 1984: 30). Všechny jím zpovídané ženy prošly tím, co bychom v západním terapeutickém kontextu nazvali těžkým traumatem. Ať už šlo o domácí násilí v manželství, nevěra ze strany manžela nebo o úmrtí dítěte. Šílenství, posvátno a smrt jsou tedy ve vzájemném vztahu. Smrt neobsahuje nutně jen biologické hledisko, nevratnou zástavu mozkových funkcí a orgánů těla, člověk může zažít i sociální smrt. Ta znamená, že jeho mozek sice funguje, srdce tepe, ale pro zbytek společnosti jako by jedinec již nežil.



Sociální smrt může mít mnoho příčin, jako společného jmenovatele bychom však mohli uvést stigma.

### 3.2 Stigmatizují, tedy jsem (členem společnosti)

Tématu sociálního stigmatu a stigmatizace se systematicky věnoval již zmiňovaný sociolog Erving Goffman, a to ve své slavné studii *Stigma: Poznámky o způsobech a zvládání narušené identity*. Stigma zde definoval jako zvnějšku připsaný atribut, který silně diskredituje svého nositele (Goffman 2003: 11). Stigmata rozdělil do tří různých kategorií. Do první zařadil „ošklivosti tělesné“, tedy různá znetvoření těla. Na druhém místě uvedl vady charakteru, vnímané jako slabá vůle, dominantní či nepřírozené vášně, falešná a nesmlouvavá přesvědčení a nepoctivost. Posledním typem pro něj byla kmenová stigmata rasy, národa a náboženství. Ačkoliv s některými jeho kategoriemi nemusíme již dnes souhlasit, neboť jsou v rámci vývoje společnosti velmi proměnlivé, vyplývá z nich jedna důležitá pointa. Ve všech těchto případech, jak uvádí Goffman, najdeme tytéž sociologické rysy: jedinec, který by byl v běžném společenském styku bez problémů přijat, může být nositelem charakteristického rysu, jenž se může vnutit do naší pozornosti a způsobit, že ti z nás, kteří se s ním setkají, se od něj odvrátí (Goffman 2003: 12-13). Zvládání stigmatu v oblasti sociální interakce lze nahlížet jako něco, co se týká zejména veřejného života, kontaktů mezi cizími či pouhými známými, tedy té části kontinua, na jehož protilehlém pólu leží intimita (Goffman 2003: 65). V kontextu tématu duševních nemocí je nezbytné zmínit ještě jeden Goffmanův poznatek, a to tzv. "propůjčenou", sekundární stigmatizaci. Do této kategorie řadí rodinu a blízké stigmatizovaného jedince, na které dopadá část jeho hanby (Goffman 2003: 42). Jak uvidíme dále, pokud společnost přijímá jedince negativně, stigmatizuje ho, přispívá tím k sociální izolaci jeho samého i jeho blízkých.

### 3.3 Co dělá stigma stigmatem

Goffmanova práce rozvinula bohatou a plodnou odbornou diskusi. O její shrnutí se pokusili například sociologové Bruce Link a Jo Phelan článkem *Conceptualizing Stigma*. Autoři se pozastavují už u samotné definice stigmatu a poukazují na to, že v různých vědeckých pracích je zacházení s tímto pojmem velmi variabilní. Někteří badatelé dokonce nepředkládají jeho explicitní definici vůbec. A když už je stigma přesně definováno, je často užívána právě Goffmanova definice (Link & Phelan 2001: 364). Hlavní důvody toho, proč je definice stigmatu tak obtížná autoři uvádějí dva, nijak překvapivé, důvody. V první řadě tento koncept sám o sobě byl aplikován na velmi široké pole. Druhým důležitým důvodem je, že výzkum stigmatu je multidisciplinární a každá vědní disciplína k tomuto fenoménu přistupuje trochu jinak, za použití jiných nástrojů (Link & Phelan 2001: 365). Bruce Link a Jo Phelan se proto na danou problematiku rozhodli podívat z jiného úhlu. Raději, než definicí se zabývali otázkou, z čeho všeho se sociální jev musí skládat, aby se o něm dalo hovořit jako o stigmatu. V jejich konceptualizaci stigma existuje, pokud se sejdou následující komponenty:

ZprvÉ, pokud lidé a společnost rozlišují a *nálepkují* rozdíly mezi jedinci. Většina odlišností bývá mezi lidmi ignorována, nahlížena jako nedůležitá, a je tedy sociálně irelevantní. NěkterÉ se však jeví jako sociálně důležité (Link & Phelan 2001: 367–368). Etikizační teorie (též teorie nálepkování) se zaměřuje na vnímání deviace, kterou vymezuje jako proces interakce mezi deviantní a nedevariantní částí populace. Hlavním zdrojem etiket jsou podle ní ti, kdo představují síly zákona a pořádku, nebo jsou schopni jiným vnutit svá měřítka konvenční mravnosti. Etikety tak odrážejí mocenskou strukturu společnosti (Giddens 1999: 195). Pro vytváření skupin, které jsou esenciální při rozlišování "my" a "oni", je třeba podstatně zjednodušit složitou sociální realitu. Jako klasický příklad lze uvést kategorii "bílí" a "černí", která ignoruje větší variabilitu a nejasné hranice mezi tím, kde jedna kategorie končí a druhá začíná. Link a Phelan zdůrazňují, že ústřední role sociální selekce lidských odlišností a jejich významnost se liší v čase a prostoru. Stejně tak jednotlivé kultury se odlišují v tom, jaké charakteristiky vnímají jako sociálně důležité (Link & Phelan 2001: 367–368).

Zadruhé, převládající kulturní přesvědčení spojují onálepkované lidi s nežádoucími charakteristikami – *negativními stereotypy* (Link & Phelan 2001: 367). Jak zdůrazňoval už Goffman, onálepkované odlišnosti jednotlivců nebo určitých skupin lidí jsou propojovány s negativními stereotypy (Link & Phelan 2001: 368). U tohoto bodu je možno zmínit i příklad příbuzné vědy kriminologie. Lze říci, že její zakladatel Cesare Lombroso nově vznikající vědu v 19. století na nálepkování a negativních stereotypech postavil, když začal pátrat po fyziologii typických kriminálků. Tento italský lékař a antropolog vyslovil hypotézu o rozeném zločinci, podle níž delikventi představují jakousi zvláštní odrůdu lidského druhu. Na základě svých pozorování a s užitím (dnes již dávno překonané) metody frenologie vytvořil typologii zločinců na základě jejich fyziologických rysů, které jsou dle něj úzce spojeny s duševními charakteristikami. Vnější fyzické znaky pak spojil s konkrétními typy trestné činnosti, a tak měli dle něj například hrbatí lidé sklony ke žhářství, zatímco lidé tmavých očí a hustých, černých kudrnatých vlasů byli typičtí lupiči (Tomášek 2010: 128–129).

Zatřetí, onálepkování lidé jsou zařazeni do *odlišných kategorií*, které umožňují uplatnit distinkci mezi "my" a "oni". (Link, Phelan: 367) Důležité je zdůraznit, že lidé onálepkování negativně se fundamentálně liší od těch, kteří onálepkování nejsou. Jsou vnímáni jako úplně jiní lidé. V extrémních případech mohou být vnímáni jako ne-lidé (Link & Phelan 2001: 370). Goffmanovými slovy: „My normální zcela samozřejmě věříme, že osoba se stigmatem není tak docela člověkem. O tento předpoklad opíráme různé formy diskriminace, jejichž prostřednictvím de facto – jakkoli často nevědomky – snižujeme její životní šance“ (Goffman 2003: 13). Komplementárně lze mluvit o vnímání lidí onálepkovaných jako o postižených (disabled) jako o nesamostatných, nedostatečně vyspělých lidech, o které je třeba se neadekvátním způsobem starat.

Začtvrté, onálepkování lidé zažívají *ztrátu statusu a diskriminaci*, která vede k nerovným výsledkům (outcomes) (Link & Phelan 2001: 367). Téměř okamžitým důsledkem negativního onálepkování a stereotypizace člověka je jeho snížení pozice na statusovém žebříčku. Daná osoba je spojena s nežádoucími charakteristikami, které snižují její status v očích stigmatizujícího (Link & Phelan 2001: 371).

A konečně, stigmatizace závisí na *přístupu k* sociální, ekonomické a politické síle, která dovoluje identifikaci odlišnosti, konstruování stereotypů, separaci onálepkovaných lidí do odlišných kategorií a plné uplatnění nesouhlasu, odmítnutí, exkluze a diskriminace (Link & Phelan 2001: 367).

Autoři studie shrnují, že stigma existuje v tu chvíli, kdy jsou přítomné elementy nálepkování, stereotypizace, separace, ztráty statusu a diskriminace, a objeví se dohromady ve chvíli, kdy jim to situace nerovným rozdělením moci dovoluje (Link & Phelan 2001: 377). Vyjmenovávají též tři zásadní důsledky, které může stigmatizace jednotlivců či určitých skupin přinést: Zaprvé, stigma zahrnuje ztrátu statusu a nižší pozici v hierarchii. Zadruhé, strukturální diskriminace může přinést negativní důsledky, které mají jen málo společného s původními stereotypy, které strukturální diskriminaci započaly. Zatřetí, snaha stigmatizovaných lidí vymanit se z negativních stereotypů může mít negativní následky, které jsou zdánlivě nesouvisející se stereotypem (např. Afroameričané pracující příliš tvrdě, aby unikli stereotypu o své lenosti) (Link & Phelan 2001: 379).

Je důležité mít na paměti i to, že kulturní stereotypy ovlivňují mysl jak stigmatizujících, tak stigmatizovaných. Pro ilustraci lze uvést několik příkladů. Afroameričané vědí, že na ně bývá nahlíženo jako na násilné a méně inteligentní, gayové ví, že se předpokládá že jsou promiskuitní, a lidé s duševní nemocí, třeba schizofrenií, tuší že si o nich ostatní často budou myslet, že jsou agresivní a nepředvídatelní. To ovlivňuje jejich chování a celkově přístup k sociálním interakcím (Link & Phelan 2001: 374). Onálepkovaný člověk se může dostat až do stavu tzv. sekundární deviace, kdy přijme etiketu, kterou obdržel, a začne sám sebe vnímat jako deviantního (Giddens 1999: 195) v intencích teorie „sebenaplňujícího proroctví“.

### 3.4. Sociální role, aneb jak správně být nemocným

Ústřední motiv etnopsychiatrické práce George Devereuxe je zasazen do konceptuálního rámce umožňujícího porozumění formám šílenství pozorovaných ve společnosti. Devereux se inspiroval teorií sociálních statusů a rolí, kterou rozpracoval americký kulturní antropolog Ralph Linton. Z této perspektivy šílenství hrají role, které se od šílenství společensky očekávají. V každé kultuře jsou určité vzorce chování, které se promítají do mýtů, obyčejů a zvyků, a tedy i normativní modely šílenství které vedou k distribuci role šílence ve společnosti (Delille 2020: 37).

Zásadní proměnnou v této „dramaturgické“ koncepci světa je tu pojem sociální role. Její definici si opět vypůjčím od E. Goffmana, který ji popsal jako předem stanovený vzorec jednání, který je předváděn během představení a který může být prezentován či odehrán i při jiných příležitostech. (Goffman 2003: 28). Robert F. Murphy byl antropolog, který podnikl jeden z nejdrsnějších terénních výzkumů vůbec. Totiž výzkum na svém vlastním těle, které se vinou nádoru tlačícího na míchu pomalu měnilo v tělo kvadruplegika. V knize *Umlčené tělo*, která tuto zkušenosti mapuje, se mimo jiné rozepsal i o sociálním statusu, jenž se u člověka klasifikovaného jako nemocný radikálním způsobem mění: „Talcott Parsons říká, že jakmile člověk onemocní, jsou jeho běžné sociální role – matky, otce, právníka, pekaře, studenta atd.

- na čas odloženy. Stává se „nemocnou osobou“, což ho osvobozuje od některých nebo – v závislosti na vážnosti onemocnění – od všech běžných povinností“ (Murphy 2001: 24).

#### 4.1. Mýtus vědeckosti a vědeckost mýtu

Je třeba mít na paměti, že kulturně konstruované mytické světy obsahují znalosti, které jsou zkušenostně, ale nikoliv nutně empiricky pravdivé (Dow 1986: 61). S tímto poznáním pracuje jak šaman, tak psychoterapeut. Psychologie již identifikovala mytické základy západní psychoterapie. Terapeutova víra ve svou sílu léčit je odvozena od jím absolvovaného tréninku a filozofie psychologické školy, ke které se hlásí. Je učen věřit, že emoční útrapy nebo anomální chování se vyvinou na základě určitých systematických a vědeckých principů. Též je učen, že podobné principy mohou být použity, aby napravily tyto abnormality (Dow 1986: 60). A komplementárně pokud pacient věří v terapeutovu sílu pomoci, je schopen změny a nalezení nových možností adaptace (Dow 1986: 60). Zásadní je tedy již zmiňovaný terapeutický vztah, který sám o sobě má obrovský léčebný potenciál. Též víra v umění léčit a důvěra v proces, který je v dané společnosti považován za hojivý a terapeutický. Tato víra by měla být sdílená léčitелеm i pacientem, měla by odpovídat pravidlům sdíleného mytického světa všemi účastníky léčebného procesu.

Významnou roli v léčebném procesu hraje sociální restrukturalizace. Při bližším pohledu se symboličtí léčitelé často zaobírají i rodinou a dalšími sociálními problémy. Léčení proto může a často také probíhá za účasti skupiny. V této souvislosti se můžeme setkat s názorem, že nemoc samotná je důsledkem porouchaných sociálních vztahů (Dow 1986: 58).

Předpokládá se, že existují psychologické procesy, jejichž prostřednictvím symboly působí na "mysl", která poté ovlivňuje tělesné funkce a stav organismu. Pro tyto procesy se v různých kulturách používají různé termíny. V té západní je to třeba "ego," "duše," "láska," "požehnutí" nebo "spasení." Tyto termíny označují kulturní konstrukty, které popisují psychologické procesy, jejichž fyzické a behaviorální projevy jsou nejasné. Jsou to konstrukty zkušenostní, nikoliv empirické. Jsou založeny na tom jak mysl, zahrnující afektivní i kognitivní funkce, reaguje na danou zkušenost (Dow 1986: 59). Důležitým faktorem při zkoumání tohoto fenoménu je jeho vnímání společností. V západním kontextu je charakterizován jako psychická porucha, která spadá do kompetence psychologie a psychiatrie. Člověk, jenž vykazuje tyto znaky je vnímán jako nemocný, jako pacient. A se statutem pacienta souvisí jeho izolování od zdravé, tzv. „normální“ populace.

Izolace člověka, který má osobní zkušenosti s duševní nemocí, je v naší kultuře poměrně vysoká. Zkušenosti se "slyšením hlasů", "ztráty pojmu o čase", amnézií, depersonalizací a derealizací a s ostatními disociativními stavy bývala klasifikována jako schizofrenie a v minulosti bývala základem strachu sociálního odmítnutí ze strany většinové společnosti (Hegeman 1995: 34). Teprve nedávno byly tyto symptomy překlasifikovány jako typ kompenzační strategie na extrémní zneužívání a jako výsledek reálných životních situací, namísto bizarního výsledku zjitřené fantazie (Hegeman 1995: 34). V jiných kulturách se místo

izolace a stigmatu často lidé setkají s jinými zkušenostmi, a trauma může být základem pro zkoušení nového chování, šance pro vybudování nové identity (Hegeman 1995: 36).

## 4.2. Nemoc jako morální a monetární kategorie

Nemoci a jejich léčení jsou staré jako lidstvo samo. Rozlišení mezi hříchem a nemocí, mezi uzdravením vírou a lékařským ošetřením byl pomalý historický proces, který stále není uzavřený. Vědecko-materialistický pohled na léčení – západoevropská idea – je méně než dvě staletí starý (Szasz 2006: 325). Léčení duše i těla dříve patřilo pod jurisdikci náboženství. Když náboženství nahradila medicína jako dominantní instituce zabývající se léčením těla (přičemž spirituální léčení bylo náboženství ponecháno), šílenství se reinkarovalo jako tělesná nemoc (Szasz 2006: 331).

V antickém Řecku je nemoc chápána jako nadpřirozený trest, posedlost démonem a výsledek nadpřirozených příčin. Antičtí lékaři již ale také poukázali na vliv prostředí na organismus nebo na význam tělesných šťáv (krev, hlen, světlá žluč, černá žluč) pro fungování lidského těla. Nemoc mohla být nezaviněná, ale i zasloužená – například za chybu jednotlivce, kolektivní přestupek nebo zločin spáchaný předky. S příchodem křesťanství a tím pádem i větším moralizováním se postupně vyvíjela užší souvislost mezi nemocí a její „obětí“, od představy nemoci jako trestu až k názoru, že může být trestem obzvláště náležitým a spravedlivým (Sontag 1997: 45). Klasickým příkladem může být biblické utrpení Jobovo – zkouška víry ve formě odporné nemoci, cílená přímo na trpícího jednotlivce.

Szasz se ve svém tažení proti psychiatrii a farmacii a farmaceutickým firmám nebojí přirovnávat monopol těchto společností, které mají kontrolu nad definováním nemoci a její léčby, k antickým despotickým vládcům i moderním vládnoucím lídrům. Popisuje, jak se Západní společnost v průběhu několika málo set let transformovala z teokracií k demokraciím a posléze k tomu, co nazývá farmakracie (Szasz 2006: 327). Lékařská péče je vládní monopol, nikoliv věda. Jen licencovaní lidé se mohou nazývat lékaři, a mohou provozovat léčení pouze prostředky schválenými vládou a léky, které uznala jako legální. Odchýlení se od těchto schválených norem je nahlíženo jako kriminální jednání. Szasz tyto postupy nazývá "monomedicína" (Szasz 2006: 328). Zde se ovšem nezastavuje. Ke třem známým ideologiím legitimizace kromě teokracie (vláda ve jménu boha), demokracie (vláda ve jménu lidu) a socialismu (vláda s odkazem na ekonomickou rovnost a „sociální spravedlnost“) řadí i čtvrtou legitimizační strategii, kterou označil jako „terapeutický stát“. Mezi jeho atributy patří lékařské symboly hrající roli, kterou dříve hrály symboly patriotismu. Dále pravidla medicíny a „terapie“ nahrazující pravidla práva a trestu (Szasz 2001: 486).

Szasz si též všiml rétoriky týkající se nemocí, které jsou analogické s rétorikou vojenskou. Náš systém bránící se mikrobům je analogický k národu bránícímu se vetřelcům. Mluvíme o mikrobech „útočících“ na tělo, o antibiotikách jako o magických „kulkách“ a o doktorech, kteří „bojují“ s nemocemi (diseases), které metaforicky vnímáme jako vojáky, kteří brání zemi před nepřátelskými vetřelci. A v tu chvíli, ať už mluvíme o válce s drogami nebo válce s nemocí, užíváme metaforu, v níž stát funguje jako lékař, který používá doktory jako

vojáky, chránící lidi před sebou samými (Szasz 2001: 488). Tuto metaforu lze ještě rozšířit na samotného pacienta, který je patogenem v sociálním těle. Z tohoto důvodu musí být lokalizován, izolován a vyléčen, tedy „spraven“ aby nebyl nebezpečný pro sebe a hlavně okolí, jemuž by ohrožení znemožnilo nebo minimálně ztížilo správné fungování v rámci společnosti.

V případě nemoci (illness) je nezbytné oddělit složku veřejnou a soukromou. Máme „právo být nemocní“, ovšem pokud to přímo neohrožuje ostatní (Szasz 2001: 494). Tento přístup je dobře patrný i v léčbě psychických chorob. Deprese jako nemoc ovlivňující primárně nemocného člověka je považovaná za méně nebezpečnou než kupříkladu paranoidní schizofrenie. Schizofrenici jsou často v médiích vykreslováni jako extrémně nebezpeční vraždící šílenci, jako hrozba pro celou společnost. V extrémních případech se metafora nemoci užívá i při dehumanizaci určitých nechtěných menšin nebo subkultur. Rétoriky přirovnávající nepřítele k nádoru nebo vředu jenž je nezbytné vyříznout jsou dobře známy.

Filozofka a spisovatelka Susan Sontag věnovala svou publikaci *Nemoc jako metafora* primárně rakovině. Ta podle její teze nastoupila na místo dřívější tuberkulózy, neboť zdělila její znaky, skrze které ji popisovala a vnímala společnost. Konkrétně šlo (a do jisté míry stále jde) o aureolu tajemnosti, skrytých příčin, utajeného napadení nemocného člověka a děsu (Sontag 1991: 11). Na mnoha příkladech z literatury ukazuje, že vnímání obou nemocí je silně spojeno s psychologickými výklady osobnosti a charakteru člověka. Tuberkulóza s příliš nespoutanou vášní a sexualitou nemocného, naopak rakovina s jejím potlačením a nedostatkem spontánnosti. Rakovina je považována za daň za potlačení citů a jediným způsobem, jak se vyléčit je podle starších názorů přestat potlačovat sexualitu, podle novějších agresivitu (Sontag 1997: 26).

Sontag také objevila zajímavé podobnosti též při porovnávání tuberkulózy a šílenství. U obou chorob, píše, jsou postižení vyčleňováni ze společnosti a posíláni do sanatoria. Pacient, jenž tam odchází, vstupuje do jiného světa se zvláštními pravidly. Bloudění duše šílence je metafora, která navazuje na romantickou představu cestování do cizích končin za účelem uzdravení, jež byla spojována s tuberkulózou. Ve dvacátém století se metafory spojované původně s tuberkulózou stále hojněji přenášejí na šílenství. Nemocný je vnímán jako neklidný, plný vášnivých krajností, příliš citlivý na to, aby mohl snést hrůzy vulgárního, vnějšího světa (Sontag 1997: 38–39).

V posledních dekádách se moralizující přístup k nemocem změnil. Choroba není vnímána primárně jako trest proti mravnosti jednice, ale za vyjádření vnitřního „já“. Je to však přinejmenším stejně moralistický přístup, jenž také klade vinu oběti. U chorob moderní doby se romantická představa posunuje o stupeň dále: nemoc už není jen vyjádřením charakteru člověka, ale je přímým důsledkem toho, že se náležitě neprojevil. Vášně směřuje dovnitř, zasahuje a postihuje tělo až k těm nejskrytějším buňkám (Sontag 1997: 47). Prolíná se však též s nemocemi duše – tuberkulóza ve své romantizující podobě byla spojována s melancholií, kdežto rakovina s neromantickou depresí. A deprese je melancholie bez toho, co ji činilo zajímavou – vzrušení ze záchvatů (Sontag 1997: 51).

Myslím si, že k šílenství se nepojí příliš mnoho romantizujících představ, ale spíše pocitů ohrožení ze strany většinové společnosti. Představa šílence ohrožujícího a překračujícího normy a pravidla společnosti, ohrožující její křehké základy opírající se o racionalitu je neviditelným strašákem. V době individualismu je zde plíživá hrozba jedince, schopného narušit sepětí jednotlivce se zbytkem společnosti skrze relativizaci toho, co podléhá ráci a co ne.

## 5. Disociace: když se mysl odpojí

V následující části práce bych se ráda věnovala konkrétně pojmu disociace. Disociace je termín užívaný k popisu jak chování a zkušeností zahrnujících funkcionální změny paměti, percepce a identity, tak i psychofyzilogických procesů u nichž se předpokládá, že jsou příčinou těchto fenoménů (Seligman & Kirmayer 2008: 31). Pod termín disociace lze tedy zařadit širokou paletu psychických stavů jedince. Od velmi běžného jevu známého jako denní snění, který někdy zažil prakticky každý, až po její závažné formy, například stavy depersonalizace, derealizace nebo disociativní poruchu osobnosti (dříve známou jako mnohočetná porucha osobnosti).

Psychopatologie řadí stavy disociace mezi neurotické poruchy. Rozpoznává jich pestrou škálu, jejich společným znakem však je dezintegrace psychických a/nebo tělesných funkcí. Úplně nebo částečně je narušena integrace mezi vzpomínkami, vědomím vlastní identity, aktuálními pocity a tělesnými funkcemi. Tyto stavy se mohou objevovat například v souvislosti se stresovými událostmi, narušenými vztahy, problémovými situacemi (Orel 2012: 147).

Termín disociace jako psychiatrický koncept poprvé použil Pierre Janet, aby popsal „odlišné“ stavy svých hysterických pacientů, u kterých bylo zjištěno sexuální zneužívání v dětství (Perren-Klinger 2002: 1). Disociace je opakem asociace, tedy každodenního stavu vědomí, v němž vnímáme svět svými smysly a přímo na něj emočně reagujeme. Běžně se schopnost disociace objevuje v pubertě. Psychiatři ovšem dokládají, že děti zažívající extrémní, repetitivní trauma si tuto schopnost vybudují daleko dříve, jako techniku přežití (Perren-Klinger 2002: 1). Důležitým aspektem se zdá být ono odpojení od prožívání emocí, což je mechanismus chránící jedince před jejich potenciálně negativním a zničujícím dopadem na psychiku v danou chvíli. V krátkodobém časovém horizontu se tento mechanismus tedy zdá jako užitečná a funkční strategie vyrovnání se s traumatem. Potenciálně se může stát maladaptivním nástrojem ve chvíli, kdy je užívána dlouhodobě a zamezuje zdravému zpracování a integraci emocí jedince.

Výše nastíněné definice nezahrnují celou šíři tohoto fenoménu, soustředí se pouze na jeho chápání v rámci západní psychiatrie. Disociativní stavy lze však dohledat všude na světě. Širší, antropologicky užitečnější definice disociace je taková, že se jedná o zážitek, kdy mysl může vytvořit alespoň dva nezávislé proudy vědomí proudící souběžně, kdy dovoluje určitým myšlenkám, pocitům a jednáním objevit se zároveň, nebo mimo uvědomění si (Sommer 2006: 213).



Badatelé Seligman a Kirmayer ve své studii *Dissociative Experience and Cultural Neuroscience: Narrative, Metaphor and Mechanism* vymezili tři hlavní kontexty tohoto stavu. V prvním z nich to může ve shodě s předchozí definicí být odpověď myslí jednotlivce na akutní stres nebo trauma. Tyto stavy se však mohou vyskytovat i v jiných, v západním světě méně obvyklých případech. Mohou to být například rituály a léčebné praktiky, které jsou spojeny s náboženskými systémy významu, nebo při uměleckých performancích. Poslední kategorii autoři vymezili jako spontánní fluktuaci při obyčejné vědomé zkušenosti, která většinou zůstává nerozeznána, pokud nerezonuje s místním systémem významů (Seligman & Kirmayer 2008: 32).

Pro účely této práce se při chápání disociativních stavů opřu o psychiatrickou definici a srovnám ji s reálnými prožitky respondentů. Americká psychiatrická asociace tento jev definuje jako „narušení obvykle integrovaných funkcí vědomí, paměti, identity nebo percepce okolí.“ Charakterizuje ji pět komponent: depersonalizace, derealizace, amnézie, zmatení identity a alterace identity (Holmes 2005: 2).

## 5.1 Metodologie výzkumu

Následující část se zaměří na metodologický rámeček výzkumu. Zvláštní pozornost bude věnována použití narativního rozhovoru jako hlavní metody sběru dat. Inspiraci a teoretický základ pro tuto metodologii čerpám z knihy "Chápající rozhovor" od J.-C. Kaufmanna a článku "Narrative Interviewing" od C. Anderson a S. Kirkpatrick.

Narativní rozhovor je specifický typ kvalitativního rozhovoru, který se zaměřuje na vyprávění příběhů účastníků výzkumu. Tento přístup je z mého pohledu obzvláště vhodný pro studium disociativních stavů, protože umožňuje hlubší porozumění osobním zkušenostem a subjektivním realitám zpovídaných jednotlivců. Takto pojednané rozhovory jsou prostředkem ke shromažďování informací o vlastních příbězích lidí, o jejich zkušenostech se zdravím a nemocí a mohou výzkumníkům pomoci lépe porozumět zkušenosti a chování lidí, je to cesta, jak sbírat příběhy o jejich bezprostředních zkušenostech (Anderson 2016: 631).

Jean-Claude Kaufmann ve své knize "Chápající rozhovor" zdůrazňuje důležitost empatického a neodsuzujícího přístupu ze strany výzkumníka. Dle Kaufmanna je klíčové, aby se účastníci cítili bezpečně a byli motivováni sdílet své příběhy bez obav z hodnocení či nepochopení. Řízené rozhovory Kaufmann považuje za málo efektivní a výzkumníkům doporučuje, aby si při kladení otázek ponechal relativní svobodu, ale zároveň si při vedení rozhovoru musí dát pozor, aby jakkoliv ovlivnili dotazovaného (Kaufmann 2008: 23).

Chápající rozhovor má tedy zcela jinou dynamiku než klasický řízený rozhovor. Tazatel se zde aktivně zapojuje do otázek, aby vzbudil zájem dotazovaného, a interpretace se stávají důležitým prvkem výzkumu (Kaufmann 2008: 23).

Anderson v článku "Narrative Interviewing" zdůrazňuje, že narativní rozhovor umožňuje výzkumníkům zachytit dynamiku a komplexitu lidských zkušeností. Tento přístup je obzvláště



vhodný pro studium fenoménů, které nejsou snadno kvantifikovatelné nebo popsatelné tradičními výzkumnými metodami. Narativní rozhovor tedy poskytuje rámec, ve kterém mohou být disociativní stavy zkoumány ve své plné šíři a hloubce.

Design narativního rozhovoru v rámci tohoto výzkumu bude zahrnovat několik klíčových fází:

Zásadní jsou kritéria výběru účastníků. Účastníci budou vybráni na základě kritérií, která zohledňují jejich zkušenosti s disociativními stavy a jejich kulturní a sociální zázemí. Nezbytným předpokladem je ochota k dobrovolnému vyprávění svého příběhu a hovoru o citlivých tématech z minulosti nebo současného života.

Pro výběr participantů jsem zvolila položení veřejné otázky: „Setkali/y jste se někdy s pojmem disociace, znáte ho případně na vlastní kůži? Byli/y byste případně ochotni k osobnímu rozhovoru na toto téma?“ v uzavřené skupině Psychiatrická kužárna na platformě Facebook.

Samotné rozhovory byly vedeny v prostředí, které je pro účastníky pohodlné a bezpečné, výběr vhodného a subjektivně bezpečného místa byl zcela na participantech. Při rozhovoru samotném byly použity otevřené otázky a aktivní naslouchání, aby bylo podpořeno spontánní vyprávění a umožněno účastníkům plně vyjádřit své zkušenosti. Kaufmann zdůrazňuje důležitost minimalizace intervence ze strany výzkumníka, což znamená, že otázky by měly být co nejméně direktivní a co nejvíce podporovat plynulé vyprávění.

Všechny rozhovory byly nahrávány a následně přepisovány pro účely analýzy. Participantů byli anonymizováni a výsledný text jim byl předán ke kontrole správnosti obsahu, případně k připomínce o vynechání příliš osobních částí, které by mohly být participantům nepříjemné.

Anderson a Kirkpatrick rozdělily průběh narativního rozhovoru do čtyř kroků kterých jsem se při vedení vlastních rozhovorů snažila držet:

- 1) Úvod a vysvětlení výzkumu – např. zdali bude součástí audio nebo video záznam, že by tazatel rád slyšel příběh vyprávět vlastními slovy, souhlas s rozhovorem atd.
- 2) Příběh – Narativní rozhovor typicky začíná otevřenou otázkou. Dotazovaný začne vyprávět příběh, tazatel by jej měl neverbálně podporovat v tom, hovořit otevřeně. Tazatel by se měl zdržet přerušování, dokud dotazovaný nedává jasně najevo, že příběh skončil.
- 3) Fáze otázek – kombinace narativního rozhovoru a polostrukturovaných otázek. Zde začne být užitečné aktivní naslouchání v předchozí fázi, tazatel může použít jazyk dotazovaného k otázkám vyplňujícím mezery, nebo mířícím více do hloubky.
- 4) Závěr – tazatel uzavře rozhovor, vysvětlí další kroky, např. přepis rozhovoru (Anderson 2016: 632).

Vzhledem k velké citlivosti tématu disociativních stavů a kulturním aspektům etnopsychiatrie je zřejmé, že je nezbytné věnovat zvláštní pozornost etickým otázkám. Účastníci byli plně informováni o cílech výzkumu, průběhu rozhovorů a způsobu nakládání s jejich daty. Byla

zajištěna jejich anonymita a důvěrnost sdělených informací. Každému jsem taktéž před začátkem rozhovoru sdělila, že mají možnost kdykoli odstoupit z výzkumu bez jakýchkoli následků, případně v jakoukoliv chvíli přerušit rozhovor nebo odmítnout odpovědět na jakoukoliv kladenou otázku.

Z analýzy rozhovorů s narátory vyplynulo několik témat, kterým bych se v následujících podkapitolách ráda blíže věnovala.

- 1) Trauma a jeho reflexe
- 2) Subjektivní vnímání emocí
- 3) Vliv disociace na sociální interakce
- 4) Psychedelické zážitky

## 5.2 Disociace jako únik před traumatem

Trauma a akutní stres jsou vnímány jako spouštěče a dlouhodobé evoluční příčiny disociace jako adaptivního mechanismu. Mnoho badatelů z oborů psychologie a psychiatrie věří, že slouží jako jakýsi obranný mechanismus pro přežití traumatu, který slouží k blokaci uvědomování si traumatické zkušenosti, se kterou si neumí sami poradit. Další funkce disociace je psychické uniknutí ze situace, ze které v danou chvíli nelze uniknout fyzicky. Chrání tedy před prožíváním extrémních emocí a traumatických událostí (Seligman & Kirmayer 2008: 36).

Nejprve bych se ráda zastavila u pojmu trauma, jeho chápání a významu. Trauma, jak ho dnes chápeme, není pro antropologii novým tématem. Antropologové se dlouhodobě zabývají lidskými činnostmi, které jednotlivce tlačí na hranici existence, a sledují, jak se tito jedinci vracejí zpět, často transformovaní touto zkušeností (Lester 2013: 753). Jak již bylo naznačeno, traumatická událost je charakteristická tím, že nás odpojí od našich spojení s ostatními lidmi, od naší předpokládané sociální podpory a základního pocitu bezpečí. Takové události mohou zahrnovat sexuální zneužívání, válku, smrt, mučení, přírodní katastrofy či jiné krizové situace, které narušují každodenní lidské vztahy a přivádějí nás tvář v tvář limitům vlastní existence (Lester 2013: 754).

Přístup psychiatrie se často kloní k funkcionalismu, tedy co disociace je a k čemu je, což ale zčásti přispívá k reifikaci tohoto fenoménu. Dominující vysvětlení ji spojuje s prožitým psychickým traumatem. Starší práce disociaci spojovaly hlavně s dětskými traumaty, která pomáhala skrze amnézii nebo potlačení zapomenout. V poslední době se zdůrazňuje asociace mezi extrémním stresem (například sexuální a fyzické zneužívání, znásilnění, zkušenosti s válkou, přírodními katastrofami, přepadením nebo autonehodami) (Seligman & Kirmayer 2008: 35). Využití tohoto stavu jako reakce na extrémní stres ve formě sexuálního zneužití dokládá prožitek narátorky Evy, která s ním popsala svou osobní zkušenost.

Převládající psychiatrický a psychologický pohled na trauma často nahlíží tuto zkušenost jako událost, která rozdělí život člověka na "před" a "po" traumatu. Trauma je v tomto kontextu definováno pocitem ztráty schopnosti jednat, pocitem bezmoci, zranitelnosti a strachu o vlastní existenci, který člověk prožívá před něčím mnohem mocnějším – ať už jde o násilníka, politický režim nebo přírodní sílu. V reálném životě je však tato dynamika mnohem složitější. Není vždy snadné jednoznačně rozlišit mezi tyranem a obětí, mezi špatným a dobrým člověkem, stejně jako je vztah jednotlivce k vlastnímu traumatu daleko komplexnější (Lester 2013: 756).

V současném užívání slova „trauma“ se často předpokládá existence jasného časového předělu: život před traumatem, traumatickou událost a následnou posttraumatickou odpověď. Tento model uzavírá trauma do určitého časového rámce, i když trauma samo mohlo být výsledkem dlouhodobého procesu. I přes tento zjednodušený přístup je však trauma vnímáno jako vývojový oblouk, který zasahuje mnohem dále než jen do jedné konkrétní události v minulosti. Traumatizovaní jedinci mohou prožívat traumatickou událost opakovaně, často se stejnou intenzitou a fyziologickou reakcí jako při jejím prvním prožití. V tomto smyslu trauma není pouze něčím, co se stalo v minulosti, ale stává se nedílnou součástí každodenní zkušenosti člověka, ovlivňuje jeho vztahy, interpretaci nových zážitků i plánování budoucnosti (Lester 2013: 757-758).

Následující část práce se zaměřuje na popis rozhovorů s narátory, kteří mají osobní zkušenost s disociativními stavy jako způsobem úniku před traumaty. Cílem je prozkoumat, jakým způsobem disociace slouží jako obranný mechanismus, jak se projevuje v jejich každodenním životě a jak ovlivňuje jejich vnímání sebe sama a svého okolí.

Má první narátorka Eva P. dle svého vyprávění zažila několik traumatizujících událostí, na které reagovala stavy disociace. Primárně se týkaly dětství a dospívání v prostředí, které nazvala ne zcela ideálním. Z pozdějšího vyprávění toto označení považují za eufemismus.

Eva P. (29 let): *„Mám pocit, že jsem to začala používat čím dál častěji (pozn. disociaci). Nevědomě teda. Máma si našla ještě většího idiota, než je můj otec, kterej nás obě psychicky tejlal. Byl to narcis jak z učebnice. Vlastně ještě pořád je... Ale to už mě naštěstí nemusí zajímat (smích). Když byl doma, šířilo se po celým domě takový jakoby... hmatatelný, nechutný dusno. Jako by tě někdo dusil neviditelným polštářem. Když to nebylo tak hrozný, utíkala jsem hodně ke knížkám, do toho nereálného, zajímavějšího světa. Když ne, prostě se občas stalo, že jsem odlítla. Třeba když křičel, vztekal se, nadával. Je to úžasnej proces, z takovýho nesnesitelného tlaku najednou do klidného prázdna ve svý hlavě. Kam vlastně nikdo jinej nemůže. (usmívá se)“*

E.P.: *„No... a pak přišel další silnej zážitek, kdy jsem tenhle skill potřebovala. Moje máti má svůj typ chlapů, který jsou dementi a očividně si je vybírá pořád dokola a dokola. Mně se to bohužel teda taky nevyhnulo, máme to nejspíš v rodině (smích). V osmnácti jsem měla poprvý vážný vztah, velká láska... Byl skvělej. Až na to že nebyl. To je ale ze začátku dost těžký poznat, žejo. Byla jsem zamilovaná, všechno bylo růžový. Pak se postupně začal vybarvovat... No a*

*součástí tohoto super vztahu byl i jeden případ... nekonsenzuálního sexu. Nechci to detailně popisovat, jestli ti to nevadí.“*

*M.V.: „Určitě nevadí, netlač se do ničeho, co by ti bylo nepříjemný.“*

*E.P.: „No... (ošívá se) prostě jsem v tu chvíli zamrzla a odlítla. Protože to se přece nemůže stát, žejo. Aby ti něco takového udělal člověk, kterej tě má milovat. Takže se to přece nemohlo stát. Ale stalo se to. Ale nemohlo. Takže jsem to prostě vytěsnila. Pohřbila nějak v sobě... Ráno mě našla spolubydlící, jak sedím ve společný chodbě, totálně mimo. Mám to dost v mlze, nepamatuju si vůbec moc nějakou časovou souslednost. Jenom si pamatuju, že tam sedím na tý zemi, necítím vůbec zimu, netuším, jak dlouho to bylo. Ale muselo to bejt pár hodin. On mezitím nějak odešel a já absolutně nemohla pochopit, že se něco takového mohlo stát. Byla jsem mimo své tělo, protože tomu tělu se jakoby stalo něco hnusného a kdyby si to přiznala hlava, realita by se rozbila. Asi. Dost to zhoršilo celkové vztah mě k mému tělu. Měla jsem dost problémy něco fyzicky cejtít... Až po pár letech terapie se to nějak zlepšilo.“*

Můj druhý narátor stavy disociace zažil při dobrovolném třítydenním pobytu ve tmě. K této terapii tmou se dle svých slov rozhodl jednak kvůli odpočinku od náročné práce, ale také kvůli duchovní transformaci a zkoumání svého nitra. Asi po týdnu smyslové deprivace se mu začaly objevovat vizuální halucinace a jednu z nich si spojil s traumatem z dětství.

*Vladimír L. (44 let): „Pro mě to bylo velký trauma, naši se rozvedli, když jsem byl ve druhý třídě, po x letech jsem si vyžádal rozsudek moc si z toho nepamatuju, to co jsem z něho zjistil. No tak jakože si z toho moc nepamatuju, ale po X letech jsem si sehnal ten rozsudek a něco jsem z něho zjistil. Od mámy jsem se toho nikdy moc nedozvěděl a s otcem jsem se přestal stýkat, po delší době od toho rozvodu jsme se přestali vídat. Ale hlavně jsem si vždycky myslel, že to byla otázka jakoby chvíle... A později se to proměnilo, že jsem... najednou... a jak jsem zjistil, že koukám na takovej trávník a nemůžu pohnout hlavou tak ani tak. A postupně se ten obraz rozšiřoval a rozšiřoval, až jsem na konci zjistil, že to je prostě nějaké... ta tráva, na konci jsou nějaký stromy, pak nějaké plot, a jsou tam minimálně tři postavy, který se spolu bavěj. A já si myslím, že to bylo u nás na zahradě ještě na tom domě, než se naši rozvedli.“*

*Vladimír L.: „...tady jsem nebyl v tom pokoji, tady jsem byl... někde prostě u lesa, nebo já nevím, někde v zahradě. A jestli to nebyl ten koncentrák a byla to naše zahrada, s takovým drátěným plotem a byli tam moji rodiče a o něčem se bavili, tak to třeba chtělo, aby si můj mozek vzpomněl na nějakou vzpomínku, akorát jsem k tomu nedošel (smích).“*

Třetímu narátorovi se stavy disociace začaly objevovat též v dětství, díky psychoterapiím si po určité době uvědomil, že to byla jeho podvědomá reakce na smrt matky.

*Pavel B. (38 let): „Někdy mě zajímalo, kde se to bere, a tak jsme došli v tý terapii k tomu, že mi umřela máma, když mi bylo osm... deset... možná osm. A ona se mě ptala (pozn. terapeutka), jak jsem to prožíval, tenkrát na začátku terapie, jaký to pro mě bylo... říkal jsem, že to bylo v pohodě, jsem byl chvíli trochu smutnej a pak to bylo dobrý. Máma měla rakovinu a asi tak*

*dva roky jsem ji zažil že ležela jenom na posteli. Ale většinou jsem nechtěl o tom mluvit, vždycky mě k tomu přivedla ona.“*

Čtvrtá narátorka Anna prožívá stavy disociace též od dětství. Jako dítě je dle svých slov začala používat jako obranný mechanismus vůči své matce, kterou označila za narcistickou, a podvědomě v této technice pokračovala do té doby než si ji na terapiích zvědomila. Nyní se k ní sice stále uchyluje, ale snaží se si tyto stavy zvědomovat a neuchylovat se k nim tak často.

*Anna F. (31 let): „Myslím, že moje disociace jsou způsobeny mojí matkou a jejím chováním v mém dětství. Ona je hroznej narcis, i když teda za to nemůže, její matka je taky dost příšerná. Ale chovala se ke mně hrozně, zároveň na mě strašně visela, potřebovala se vším pomoci, poradit... Ale pak bylo všechno špatně a všechno bylo dycky moje vina. Pak si domů vodila různý týpky, což byli taky hrozný magoři. Jeden mi třeba pouštěl porno, když mi bylo třináct. A jindy mi zas vyhrožoval že mě zabije, když budu odsekávat a odmlouvat. A ona se mě nezastala... vždycky byla na jejich straně. A cokoliv bylo špatně, byla moje vina. Tak jsem se nějak hodila do stavu, kdy se mi vypnuly ty emoce, prostě to bylo moc příšerný.“*

*A.F.: „Ono je to užitečný, že se člověk odsekne, umí unést větší stres, ale má to pak následky toho malýho prožívání věcí. Ale ty následky... nic si neužíváš. Ale zase si nějak zvládneš zpracovat trauma. Ale kdybych nedisociovala, když probíhala kauza ve škole na ZUŠce, tak to asi nedám. Ředitel na jedný pracovní akci zneužil opilou kolegyni, já jsem se jí pak zastala, řešila se starostou, aby ho dostali z vedení, ale skončilo to tak, že se to zametlo pod koberec a teď to ředitel o mě ví...“*

Dana, pátá narátorka, se do disociativních stavů utíká už od dětství. Ani si dle svých slov nepamatuje, že by to měla jinak. Po chvíli rozhovoru odhaluje, že tento únik nejspíš začala používat, když její emočně distancovaní rodiče nebyli schopni adekvátně reagovat na její intenzivní emoční projevy.

*Dana C. (49 let): „Já si to pamatuju už od dětství. Vlastně si nepamatuju, že bych to měla jinak. Prostě jsem pořád snila, co vim. Vlastně jo, předtím jsem ty emoce prožívala hrozně moc, bylo to k nesnesení, tak jsem si řekla, že nechci cítit. To bylo super, pak jsem nic necítila. Dlouho. Ale to bylo už když jsem byla dospělá. Byla jsem nějaký přecitlivělý dítě, rodiče mi to dávali dost najevo, i ostatní děti. A to pak bolelo ještě víc, tak jsem se to rozhodla prostě vypnout. A ono to fungovalo. Oni mí rodiče byli... takový distancovaní. A pak zpětně na terapii mi došlo, že jak byli takový dost chladní, tak jsem o to víc já byla emoční, asi abych z nich něco vyždímala, nějakou reakci. A když to nešlo, tak to hrozně moc bolelo, a to je přece lepší vypnout, takhle bolestivý věci. Tak jsem si řekla, že už nechci.“*

## **Shrnutí**

Ačkoliv situace popsané narátory se v každém příběhu velmi liší, spojujícím prvkem je zde trauma v dětství. Ve dvou případech se jedná o jednání a chování rodičovských postav, které

byly shodně označeny jako narcistické osobnosti. Nepříjemným situacím, ze kterých nebylo úniku, se narátoři ubránili alespoň mentálním vzdálením se:

Eva P.: „*Terapeutka říká, že jsem prostě neměla na výběr, dítě utýct z toho místa nebo odstěhovat se prostě nemůže.*“

Všichni participanti reflektují intenzivní pocity bezmoci a ztráty kontroly nad situací, tedy jeden ze základních pilířů situací, která je dělají traumatizujícími. Zásadní jsou sociální vztahy v rodině. Trauma a reakci na něj participanti vnímají jako kontinuum, které dlouhodobě ovlivňuje jejich prožívání světa a sociálních vztahů.

### 5.3 Subjektivní vnímání prožitku emocí

Druhým tématem, které se u dotazovaných objevovalo, bylo téma emocí. V sociálních vědách dlouhodobě dominuje materialistické paradigma studia emocí. Emoce jsou v tomto kontextu vnímány jako materiální jevy, které jsou biologicky konstituovány. Tento přístup se zaměřuje na fyziologické aspekty emocí, jako jsou pohyby svalstva obličeje, zvýšený krevní tlak, hormonální a neurochemické procesy a instinktivní reakce. Jedinci jsou zde primárně považováni za ty, kteří se musí vypořádat s emocemi danými jejich materiální podstatou. Tento materialistický pohled je zvláště rozšířen mezi evolučními a často také psychodynamickými přístupy (Lutz 1986: 407).

Neurofyziologie disociace je blízce spojena se stresovou reakcí. Pozorování ukazují, že lidé všude na světě reagují na masivní stres stejně, neboť jsou mobilizovány stresové hormony skrze osu kortikálního hypotalamu. Tělo reaguje větší aktivací svalů a menší senzibilitou. Na psychické úrovni je zvýšená a koncentrovaná pozornost, zatímco emocionalita je snižena (Perren-Klinger 2002: 4). Perceptuální soustředění a změny v citění jsou pro disociativní stavy základem. Ale percepce, sociální kontext a interpretace a akceptování těchto stavů závisí na prostředí, kultuře a jejím nakládání s tímto fenoménem (Perren-Klinger 2002: 4).

V posledních letech však vzniká alternativní pohled na emoce, který je považuje nejen za psychobiologická fakta, ale také za ideje nebo hodnotící soudy. Tento přístup klade větší důraz na volní a kognitivní aspekty emocí, čímž je posouvá do oblasti vědomých a sociálně ovlivňovaných jevů. Vnímáme-li emoce jako soudy, je důležité si uvědomit, že tyto soudy potřebují sociální validaci nebo vyjednávání, aby se plně realizovaly. To znamená, že emoce nejsou pouze individuální záležitostí, ale jsou úzce propojeny se sociální strukturou a mocenskými vztahy (Lutz 1986: 407).

Emoce hrají klíčovou roli při antropologickém studiu emocí a disociativních stavů. Pochopení emocí nejen jako biologických reakcí, ale také jako sociálně konstruovaných jevů, umožňuje hlouběji analyzovat, jak lidé v různých kulturách vnímají a interpretují své emocionální zážitky. Toto porozumění může být zvláště užitečné při zkoumání disociativních stavů, kde emoce mohou hrát roli jak v jejich vzniku, tak v jejich prožívání a reflexi. Zohlednění kognitivních a volních aspektů emocí může pomoci odhalit, jak sociální struktury a mocenské

vztahy ovlivňují prožívání disociace, a umožňuje zkoumat, jak se tyto stavy liší v závislosti na kulturním kontextu.

Dotazovaní v rámci interview reflektovali své pocity vztažené k disociativním stavům, častou poznámkou bylo, že si tuto techniku zcela zvědomili s pomocí terapeuta.

Narátorka Eva vypráví první prožitek disociace, který si vybavuje. Stalo se to kolem jejích šesti nebo sedmi let, kdy se dozvěděla, že její pes náhle zemřel. Jak později v rozhovoru poznamenala, v terapii později přišla na to, že nejspíš nebyl jejím prvním, pravděpodobně tyto stavy zažívala už od raného dětství a byly tedy automatickou podvědomou reakcí na stresovou situaci.

Eva P.: „...No a máma mi teda řekla že najednou (pozn. pes) umřel, obejmula mě, byla celá smutná a říkala, že to je hrozný, že musím být taky smutná, a že je v pořádku, když budu brečet. No a já v tu chvíli odlítla. Jako by se mi vypnuly všechny emoce, chápeš, jako prožívání. A najednou jsem sledovala mě a mámu, jak mě objímá a utěšuje jakoby zvenku, shora... Jako v divném filmu.“

Druhý zásadní traumatizující zážitek, tedy sexuální zneužití od bývalého přítele, měl dle jejích slov za následek dlouhodobější „odlétnutí“, tedy využití stavu disociace pro přežití traumatizující události. Tento stav využila k překonání kognitivní disonance, kdy se navzdory této události s násilníkem nerozešla.

Eva P.: „Tím jsem se asi ještě o dost víc odstříhla od prožívání těch svých emocí, teda tak to říká terapeutka. A nejspíš má pravdu, emoce byly dost bolestivé. O dost jednodušší bylo plout si na takovém bezemočném obláčku, hrozně těžko se to popisuje, ale jako bych svůj život sledovala jako nějaký film. Nezúčastněně. Bylo to vlastně hrozně úlevné, takovýhle emoce by přece nechtěl prožívat nikdo... Tohle odpojení pak začalo mít na svědomí postupný narůstání depresivních stavů a jako bonus přišly i záchvaty úzkosti.“

Narátor Pavel reflektuje, že jeho absence prožívání emocí je funkční mechanismus krátkodobě, v dlouhodobém časovém horizontu ovšem zasahuje do jeho plného prožívání života.

Pavel B.: „Já si tak jako odpluju na obláčku. No... ze začátku je to docela příjemný, ale když to trvá nějakou delší dobu, tak už to příjemný moc není. Jako kdybych ztratil úplně svůj život a jen tak jako existoval, jenom ta myšlenka. A pak se z toho někdy dostávám do úzkostí, protože nic necítit je peklo. Je to takový zvláštní prázdno, ale to prázdno není tichý, ani příjemný, ani bezpečný.“

P.B.: „A je to vlastně hrozně svůdný, vlastně se vznést do těch mých vzdušných zámků, protože tam je skvěle. Ale pak se to krásno najednou strašně zatáhne a já cítím, jak to bolí. Ale to bych řekl že už je právě ta úzkost. Protože nemůžete být dlouho v těch zámcích, i když je tam krásně. A hlavně mě pak nic nebaví, nic nechci dělat, maximálně hrát nějaký počítačový hry.“

Anna v průběhu rozhovoru často reflektovala rozdíl svého užití disociativních stavů před terapií a v poslední době, kdy terapie postupuje a je z nich nadšená. Mluvila o tom, že už je jí tento mechanismus spíše nepříjemný, nicméně zatím jeho podvědomému užívání nedokáže zabránit.

Anna F.: „*Dřív jsem utíkala furt. Ted' mě to spíš sere, je to trochu divný, kéž by to šlo odstříhnout. Člověk si kolikrát přijde fakt divně, že prostě nic necítí.*“

A.F.: „*Já docela dokážu logicky simulovat co dokážu prožívat, třeba partner to moc nikdy nepoznal. Víš, co se děje, logicky, ale nevíš, co s tím. Občas to přijde nečekaně, taková docela krutá disociace, nemůžu to ovlivnit, ale dokážu to simulovat, co bych cejtla a jak bych se v tu chvíli chovala. Lidi ti třeba říkaj, že něco cítěj, jsou z něčeho smutný, a já na to ve své hlavě, že je mi to jedno, vůbec se nemůžu napojit na to, aby to se mnou něco dělalo.*“

M.V.: „*Takže ty svoje disociace vnímáš jako nepříjemný?*“

A.F.: „*Ne nutně, ale spíš, aby člověk přežil. Pak je blbý, když člověk přestává. Ted' jsem ji měla od negativních pocitů, akorát není přínosný, když v tom člověk zůstává. Pak když ten stav zůstává moc dlouho, je to divný. Něco nemůžeš prožívat. Pak je disociační afterglow, prostě si přijdeš úplně tupá, že neprožíváš věci, nedokážou se k tobě dostat, podobný jak deprese. Prostě odseknutí od negativních i pozitivních emocí. Ale vnímám to neúměrně, ty negativní tě opruzujou, ale kdyby se člověk odstříhl od všeho...*“

Dana svůj disociativní únik zpočátku vnímala jako velmi pozitivní, ale po několika letech se popisovaná absence emocí začala překlápět do nepříjemných stavů a depresí.

D.C.: „*Ještě jak jsem si řekla, jak nebudu nic prožívat, protože emoce strašně bolejí. Tak jsem si řekla, že je nebudu prožívat, že se od nich vzdám. Protože mě zklamaly. Tak po nějakou dobu to bylo docela fajn, třeba pár let. No ale pak jsem si přišla jako žízňavej na poušti. Tam fakt nic nebylo, jenom ta poušť, a to příšerný slunce, který pálilo. Hlavně hrozná žízeň. To mě pak přivedlo asi do depresí. To je prostě něco, kde nic není jenom ten tlak. Když se na vás řítí kovadlina a vy vůbec nemáte sílu ani zdvihnout pírkó.*“

## **Shrnutí**

Čtyři z dotazovaných uvedli, že ačkoliv tyto stavy považují za krátkodobě velmi užitečné, setrvávání v „útěku“ před emocemi dlouhodobě přináší negativa v podobě omezeného prožívání i potenciálně pozitivních situací, případně též depresivní a úzkostné stavy. Úzkost je v psychopatologii definována jako subjektivně prožívaný nepříjemný pocit ohrožení, obav či „bezejmenného strachu“ bez reálného nebezpečí (Orel 2012: 142).



## 5.4 Reflexe vlivu disociace na sociální vztahy

Pokud tedy v této práci zacházíme s emocemi jako s hybatelem sociálních interakcí, jejich absence má zásadní vliv na sociální interakce dotazovaných. V rozhovorech se toto téma objevovalo opakovaně. Narátor Pavel B. si všímá situací, kdy se utíká do stavů disociace při přehlčení vjemy. Zároveň ale poukazuje na to, že není schopen a ochoten k interakcím s přáteli, což má velký vliv na jeho chování.

Pavel B.: *„Hodně se mi to stává, když je někde moc lidí a je tam moc podnětů, tak se odpojím od toho svého prožívání a ten stav je strašidelný. Jako kdybych nebyl ve svém životě, jako kdybych se odpojil od modulu.“*

Pavel B.: *„Vlastně jsem si všimnul, že to je, když jsem v nějaký větší společnosti, a necítím se tam moc dobře. Třeba když se máme sejít s kamarádama na pivo, tak někdy i kvůli tomu odcházím dřív, protože mám pocit, jako by ta konverzace šuměla kolem mě, ale já se na to díval nějak shora, takže jsem odpojenej nejen od sebe, ale i od lidí. Ta prázdnota prostě bolí strašně. Uplně se zařezává.“*

Podobné situace popsala též Anna. V rozhovoru popsala svou nechuť k interakci se svou sociální bublinou a nezájem o prožívání emocí ostatních lidí. Též jí přišlo až alarmující, jak málo emocí v disociaci cítí ke svému příteli, v těchto chvílích dokonce uvažuje o rozchodu. Snížené prožívání emocí se též projevuje chováním, které označuje až za kruté.

Anna F.: *„Je divný, že když jsem v disociaci, tak ani moc sociálně nechci komunikovat s ostatníma lidma, takže se disociuju a podporuju si vlastní disociaci. Až tak, že bych se i rozešla, straním se společnosti, ale ty pocity tomu neodpovídaj. Taková zvláštní schýza. Ty komunikace s lidma mi nic nepřinášej, dělám to strojově.“*

A.F.: *„Hlavně necítíš nic kladného k přítelovi... necítíš, že bys měla někoho ráda, dochází ti to logicky, dokážeš to nasimulovat. Víím, že v těchto chvílích není dobrý dělat velký rozhodnutí. Víím, že to přejde. Ale třeba na přitele si myslím, že jsem v těch chvílích krutější, neomalenější, myslím, že se to promítá do toho vztahu. Myslím si, že nějaký vzorce, který nemám ráda se projevujou víc, jsi odsekutá od toho lidského prožívání, který by tě zbrzdilo chovat se tak, jak jinak moc nechceš.“*

Narátorka Eva popsala stavy, kdy pod vlivem deprese, která dle jejích slov nejspíš byla vyvolaná disociací, necítila emoce spojené s přátelskými vztahy:

Eva P.: *„A z té my záchranný strategie se stala taková, která mě začala tahat do spirály těch hnusných depresí. Až k nějakým suicidálním stavům, ale to už moc není k tématu. (zasměje se) Jak jsem přestala cítit ty emoce, bylo to hodně znát třeba i v přátelských vztazích. Racionálně jsme věděla, že ty lidi mám ráda, ale... prostě jsem to necítila. To bylo docela strašidelný.“*

Poslední zpovídáná, Dana, se pod vlivem „vypnutí“ emocí přestala v dětském věku emočně vztahovat ke svým rodičům.

Dana C.: *„Jenom jsem pak byla klidnější, míň po nich (rodičích pozn.) vyžadovala nějakou pozornost. Takže se jim to asi líbilo, že nejsem už tak náročný dítě a nemusej mi věnovat tolik pozornosti... (krčí rameny) Asi byli spokojenější. Ale já jsem potom vlastně přestala cejtít i nějaký emoce k nim.“*

Také se často utíkala do denního snění a četby knih. Dle svých slov se v době dospívání a hledání své identity ztotožňovala s různými knižními hrdiny, a to až do té míry, že si „převlékala“ jejich identitu, aby pro ni bylo jednodušší komunikovat s lidmi.

D.C.: *„Já jsem v té době taky hledala svoji identitu, tak jsem si je mohla zkoušet jako různý převleky, potřebovala jsem vědět tenkrát... to bylo téma no. Já jsem nevěděla, kdo jsem, tak jsem střídala všechno, různě proměňovala, potřebovala jsem zjistit svý místo v životě a jakej je ten smysl... toho života. A zároveň mi nebylo tak nepříjemný být mezi lidma, když jsem měla ten převlek toho jinýho člověka.“*

## Shrnutí

Většina narátorů vnímá vliv disociativních stavů na prožívání svých sociálních stavů. Ať už tento stav používají jako únik z nepříjemných, nebo příliš náročných sociálních situací, nebo reflektují to, že nejsou schopni cítit nic pozitivního k ostatním lidem, ani k těm, kteří jsou jim blízcí.

## 5.5 Psychedelická zkušenost

Dva narátoři popsali disociativní stavy vyvolané změněnými stavy vědomí. Zajímavé je, že oba nezávisle na sobě popisovali zážitek sestupu do jeskyně.

Eva prožila stav depersonalizace a derealizace, který tedy můžeme řadit k disociativním stavům, pod vlivem psychoaktivní látky LSD.

Eva P.: *„Ten pocit jakoby... reálnosti a nereálnosti určitých věcí se mi úplně změnil. Třeba když jsem zavřela oči, byla jsem najednou v takový jeskyni, na stěnách byly jakoby pravěký malby. Bylo to zvláštní, najednou jsem měla v ruce pochodeň a utíkala jsem co mi síly stačily, protože jsem věděla, že za mnou něco běží a musím tomu utýct. Neviděla jsem to něco, ale zato hodně slyšela... Mručelo to a slyšela jsem dusání, jak to běželo za mnou. Ty jakoby stíny od mihotající se pochodně toho moc neukazovaly, ale zahlídla jsem ty malby pravěkých zvířat vždycky. A jak jsem tak pádila, tak jsem se dostávala dál a hlouběji do té jeskyně, až jsem se najednou dostala na místo, o kterým jsem nějak věděla že je to dno, že už dál to nejde. Prostě už nebylo kam běžet, tak jsem se schovala za nějaký kámen a čekala a doufala, že to něco divnýho za mnou nepříjde. No a pak mi to došlo. To, co mě tak pronásledovalo, to jsem byla já sama. A chtěla jsem sebe tu malinkou postavičku vytáhnout z té jeskyně na světlo, ale ještě jsem na to nebyla připravená, proto jsem tolik utíkala. A došlo mi, že malá postavička jako já*

*prostě potřebuje víc času v tý jeskyni, je jakoby zraněná a k smrti vyděšená, a prostě že se ještě bojí vylézt na světlo a má z toho hroznou hrůzu. A že ji musím nechat bejt, vyleze sama, až bude připravená. To pro mě byl dost úlevnej pocit vlastně...“*

Navzdory svému strachu z odmítnutí tento zážitek poté přinesla na terapeutické sezení, kde ho spolu s terapeutkou rozebrala. Dle svých slov jí zážitek samotný, ale také jeho reflexe na terapii pomohla slevit ze svých nároků na rychlé uzdravení se.

Vladimír se k sestupu do jeskyně dostal asi po týdnu zrakové deprivace při pobytu ve tmě. Byl to postupný zážitek trvající několik dní. Bohužel se nedostal až na dno své jeskyně, neboť ho z pobytu vyrušila uklízečka, která nevěděla, že jeho pobyt stále probíhá a vešla dovnitř a rozsvítila.

Vladimír L.: *„A druhej zážitek byl... ten začal později, to mi pak říkal ten týpek, co to provozuje, že jak se ten mozek nejdřív na to připravuje, na to, co přijde, že já jsem se ocitl najednou v takové... v takovém sklepe kamenným, kde vedly takový nějaký roury dolů... a... to bylo všechno. Druhej den jsem byl zase hlouběji, nebo v nějaké už jeskyni kamenné, a tím vlastně máš sestupovat do svého podvědomí. Každý den byl jinej, nejdřív to byl jenom ten sklep, potom jeskyně. Další den to byla nějaká lidma opracovaná jeskyně z kamenů nebo já nevím. Pak už to byla vysloveně jenom jeskyně bez ničeho. A bylo to vždycky na chvíli, třeba na pět minut. Uvnitř té jeskyně se můžeš rozhlížet, a ty víš že seš v tom pokoji, a najednou se díváš po jeskyni.“*

## **Shrnutí**

Oba popsané zážitky ve změněném stavu vědomí spojovalo téma sestupu do jeskyně. Tento archetypální motiv lze zaznamenat v mnoha mytologických příbězích, ale také v jungiánské psychologii, kde jej lze interpretovat jako symbolický sestup do podvědomí jedince. V hlubinách podvědomí se tak lze setkat s temnými, nevědomými aspekty osobnosti člověka, nebo zažít transformaci.

## **5.6 Závěr**

Disociativní stavy, jak ukazuje analýza rozhovorů, představují v krátkodobé perspektivě adaptivní reakci na extrémní stres a trauma, které jedinci prožili. Trauma často vychází ze sociálních vztahů a kontextu, zejména z prostředí, kde by měla existovat podpora a bezpečí. V příbězích narátorů je opakovaně zdůrazňována role rodinného prostředí a vztahů v rodině, zejména s rodiči a v partnerských vztazích. Tito jedinci často čelili chování a jednání, které narušovalo jejich základní pocit bezpečí a přinášelo intenzivní pocity bezmoci. Disociace se v těchto případech ukazuje jako mechanismus úniku, který umožňuje psychické přežití v situacích, kde fyzický únik není možný.

Sociální vztahy, zejména ty v dětství a v rodině, hrají klíčovou roli v tom, jak jedinci reagují na traumatické události. Trauma není izolovanou událostí, ale kontinuálním procesem, který zasahuje do každodenního života a ovlivňuje vnímání světa a mezilidské vztahy. Tento dynamický proces, který rozdělí život člověka na "před" a "po" traumatu, je vnímán v sociálním kontextu jako zásadní zlom, který formuje další životní cestu jedince.

Jedním z klíčových aspektů disociativních stavů, jak vyplynulo z rozhovorů, je otázka sebestigmatizace a vnímání sebe sama. Většina narátorů reflektuje disociaci nejen jako obranný mechanismus, ale také jako zdroj dlouhodobého odcizení se od vlastního těla a emocí. Tento proces může vést k sebestigmatizaci, kdy jedinci sami sebe vnímají jako neúplné nebo dysfunkční, což dále prohlubuje jejich odtržení od vlastního prožívání a zvyšuje míru vnitřního konfliktu.

Jak lze z rozhovorů vypožorovat, disociace může být paradoxně vnímána jako jakýsi dvojsečný meč: na jedné straně chrání jedince před neúnosnými emocemi, na straně druhé však brání plnému prožívání života a může vést k dlouhodobým psychickým obtížím, jako jsou deprese nebo úzkosti. Což si narátoři do jisté míry uvědomovali a lze konstatovat, že ačkoliv se každý z nich nachází v odlišné fázi cesty za uzdravením a opuštěním tohoto obranného mechanismu, je to dlouhá cesta.

Emoční prožívání je u respondentů silně ovlivněno jejich disociativními stavy. Jak ukazuje rozhovor s narátory, kteří tento stav prezentují jako obrannou reakci na trauma, disociace umožňuje únik od bolestivých emocí, avšak dlouhodobě vede k odcizení od vlastních pocitů a potlačení schopnosti plně prožívat radost a smutek. Emoce jsou zde vnímány nejen jako biologické reakce, ale také jako sociálně konstruované jevy, které vyžadují sociální validaci a kontext pro své plné vyjádření.

Disociace tak představuje specifický druh reakce na trauma, který nejenže ovlivňuje emocionální prožívání, ale také mění způsob, jakým jedinci interpretují své zážitky a interakce s okolním světem. Tento stav, ačkoli může krátkodobě přinést úlevu, zcela jistě zanechává dlouhodobé následky na psychické pohodě jedince a jeho schopnosti fungovat ve společnosti.

Výpovědi respondentů ukazují na hluboký vliv sociálního kontextu na vznik a udržování disociativních stavů. Trauma, zejména to spojené s narušenými rodinnými vztahy a nedostatkem podpory, vede k rozvoji disociace jako obranného mechanismu, který jedince chrání před neúnosnými emocemi. Tento stav však současně komplikuje jejich schopnost prožívat a zvládat své emoce, což může vést k sebestigmatizaci a dlouhodobým psychickým obtížím. Studium těchto jevů je zásadní pro lepší porozumění tomu, jak trauma a disociace ovlivňují jedince nejen na biologické, ale také na sociální a emoční úrovni.

Bibliografie:

- ANDERSON**, C. a Susan Kirkpatrick. 2016. "Narrative Interviewing". *International Journal of Clinical Pharmacy*. 38(3), 631-4.
- CEREA**, A. 2018. "Culture and Psychism: The ethnopschoanalysis of Georges Devereux." *History of Psychiatry*. 29 (3), 297–314.
- CRESWELL**, M. 2008. "Szasz and His Interlocutors: Reconsidering Thomas Szasz's "Myth of Mental Illness" Thesis." *Journal for the Theory of Social Behaviour*. 38 (1), 23–44.
- DELILLE**, E. (ed.). 2020. *Ethnopsychiatry*. McGill-Queen's University Press.
- DOUGLAS**, M. 2002. *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*. Routledge.
- DOW**, J. 1986. "Universal Aspects of Symbolic Healing: A Theoretical Synthesis." *American Anthropologist*. 88, 56–69.
- FOUCAULT**, M. 1994. *Dějiny šílenství*. Praha: Lidové noviny.
- HEGEMAN**, E. 1995. "Groups and the mediation of dissociative experience: A Western And Non-western Comparisson." *Group*. 19 (1), 31–44.
- HOLMES**, E. et al. 2005. "Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications." *Clinical Psychology Review*. 25, 1–23.
- GIDDENS**, A. 1999. *Sociologie*. Argo.
- GOFFMAN**, E. 2003. *Stigma: Poznámky o způsobech a zvládání narušené identity*. Praha: SLON.
- KAUFMANN**, J.-C. 2010. *Chápající rozhovor*. Sociologické nakladatelství.
- KLEINMAN**, A. M. 1977. "Depression, somatization and the "new cross-cultural psychiatry". *Social science & medicine*. 11 (1), 3–10.
- LESTER**, R. 2013. "Back from the edge of existence: A critical anthropology of trauma." *Transcultural Psychiatry*. 50(5), 753–762.
- LINK**, B. G., & **PHELAN**, J. C. 2001. "Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*." 27, 363–385.
- LITTLEWOOD**, R. 1990. "From Categories to Contexts: A Decade of the 'New Cross-Cultural Psychiatry'." *British Journal of Psychiatry*, 308–327.
- LUTZ**, C. a Geoffrey White. 1986. "The Anthropology of Emotions." *Annual Review of Anthropology*. 15, 405-436.
- MURPHY**, R. F. 2001. *Umlčené tělo*. Praha: SLON.

- OBEYESEKERE, G.** 1984. *"Medusa's Hair: An Essay on Personal Symbols and Religious Experience."* University of Chicago Press.
- OBEYESEKERE, G.** 2017. *The Buddha in Sri Lanka.* Routledge India.
- OREL, M.** 2012. *Psychopatologie.* Praha: Grada.
- QUINLAN, M. B.** 2022. Ethnomedicines: Traditions of Medical Knowledge. In P. Erickson, M. Singer, C. **Abadía-Barrero** (Eds.), *A Companion to Medical Anthropology*, 2nd Edition (pp. 316-341). Blackwell/Wiley Publications.
- SELIGMAN, R. & KIRMAYER, L. J.** 2008. "Dissociative Experience and Cultural Neuroscience: Narrative, Metaphor and Mechanism." *Culture, Medicine and Psychiatry.* 32, 31–64.
- SOMER, E.** 2006. "Culture-Bound Dissociation: A Comparative Analysis." *The Psychiatric Clinics of North America.* 29, 213–226.
- SONTAG, S.** 1997. *Nemoc jako metafora: AIDS a jeho metafora.* Mladá fronta.
- SOUKUP, V.** 2011. *Antropologie: Teorie člověka a kultury.* Portál.
- STITOU, R.** 2016. "Psyche and culture: Perspectives based on the contributions and limits of ethnopsychiatry." *The International Journal of Psychoanalysis.* 97 (6), 1657-1675.
- SZASZ, T.** 2006. "Defining disease: The Gold Standard of Disease versus the Fiat Standard of Diagnosis." *The Independent Review.* 10 (3), 325-336.
- SZASZ, T.** 2001. The Therapeutic State: The Tyranny of Pharmacy." *The Independent Review.* 5(4), 485-521.
- TOMÁŠEK, J.** 2010. *Úvod do kriminologie.* Praha: Grada.