

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra kulturologie

Bakalářská práce

Vlivy kultury na pojetí duševních chorob

Influence of culture on the conception of mental illness

Martina Janíková

Praha 2013

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Karel Hnilica, CSc.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

.....
Martina Janíková

Klíčová slova (česky):

kultura, duševní nemoc, duševní zdraví, psychopatologie, koncepce, diskurz, kulturně vázaný syndrom

Klíčová slova (anglicky):

culture, mental illness, mental health, psychopathology, conception, discourse, culture-bound syndrome

Abstrakt:

Tato bakalářská práce pojednává o sociokulturním aspektu duševní nemoci. Jejím cílem je postihnout, jakým způsobem se kultura podílí na utváření sdílených explanatorních modelů nemoci a činí tak z nestrukturovaných fyziologických jevů strukturovanou zkušenost. Obsahy, kterými tyto biologické kategorie naplňuje stojí v základu celého systému zdravotní péče, laických koncepcí, předsudků i specifického postavení duševně nemocných ve společnosti. Přitom právě vztah společnosti k jejím nonkonformním jedincům vypovídá mnoho o ní samé. Práce proto nastiňuje historické i mezikulturní proměny duševních nemocí na pozadí širších sociálních souvislostí. Popisuje systém zdravotní péče jako svébytnou součást sociální a symbolické reality a upozorňuje na vliv majoritního psychiatrického diskurzu. Pozornost je věnována rovněž způsobům, jakými o duševní nemoci referují média, jejichž selektivní výběr zveřejňovaných informací posiluje negativní stereotypy. Jak se ukázalo, duševní nemoc opravdu není všude stejná. Přestože základní psychiatrické syndromy se objevují všude na světě, mají mnohdy odlišný průběh a prognózu. Kultura skutečně může podporovat vznik některých typů onemocnění a symptomů spíše než jiných. Každé onemocnění je tedy do jisté míry kulturně ovlivněné.

Abstract:

The aim of this thesis is to describe sociocultural aspects of mental illness. The thesis concerns with sociocultural influences on formation and conceptualization of illness explanatory models that shape unstructured physiological phenomenon into structured experience. Specific cultural content of biological categories is the foundation of health care systems, lay conceptions and prejudices and determines social status of the mentally ill. Also attitudes of society towards its deviant members reflect her essential characteristics. Therefore, this thesis outlines historical and cross-cultural transformations of mental illness within the broad social context. Describes health care system as a specific layer of social and symbolic reality and points out the influence of dominant psychiatric discourse on the conception of illness. Attention was also paid to media selective portrayals of mental illness that were proved to strengthen negative stereotypes. Mental illnesses, how was shown, differs cross-culturally. Though basic psychiatric syndromes occur in every society, culture promotes and shapes particular symptoms, so that progress and prognosis can be very different. We can, therefore, conclude that every illness is in a way culture-related.

Obsah

1	ÚVOD	6
2	DUŠEVNÍ NEMOC A DUŠEVNÍ ZDRAVÍ V ZÁPADNÍ PERSPEKTIVĚ	7
2.1	Definice duševního onemocnění.....	7
2.2	Definice duševního zdraví.....	7
2.3	Kritéria definice psychologické normality.....	8
2.3.1	Sociokulturní norma.....	9
2.3.2	Mediální norma.....	9
3	HISTORICKÉ PROMĚNY DUŠEVNÍ NEMOCI	11
3.1	Na úsvitu dějin.....	11
3.2	Od božského k tělesnému.....	12
3.3	Spoutání „svobodného“ šílenství.....	15
3.4	Počátky moderní psychiatrické nozologie.....	20
4	SYSTEM ZDRAVOTNÍ PÉČE JAKO SOUČÁST SOCIÁLNÍ A SYMBOLICKÉ REALITY	22
4.1	Základní funkce klinické reality.....	24
4.2	Diskurz.....	25
4.2.1	Symbolické násilí a legitimizace moci.....	26
4.2.2	Psychiatrický diskurz.....	26
4.2.3	Psychiatrická diagnóza jako performativní výpověď.....	28
4.2.4	Média a diskurzivní diskriminace.....	29
4.3	Sociální konstrukce duševní nemoci.....	32
5	PODOBY PSYCHOPATOLOGIE	34
5.1	Kam zmizela hysterie?.....	34
5.1.1	Konverzní symptomy v moderní neurologické praxi.....	38
6	DUŠEVNÍ NEMOC NAPŘÍČ KULTURAMI	40
6.1	„Kulturně vázané“ syndromy.....	41
6.2	Odlišné jako patologické.....	43
6.3	Atribuční styly a domorodé léčebné techniky.....	45
6.4	Vliv kultury na pojetí duševních onemocnění.....	48
7	ZÁVĚR	50
8	SEZNAM LITERATURY	53

1 Úvod

Duševní nemoc je centrální kategorií moderní psychiatrie západního typu. Když se psychiatrie koncem 18. století začala prosazovat jako samostatná lékařská disciplína (Hoff, 2009; Praško, 2011), bylo nutné, aby po vzoru ostatních lékařských odvětví, ustanovila svůj předmět a své metody. První vážné debaty o nosologických jednotkách se objevily v průběhu osvícenství a postupně se tak z nestrukturovaného šílenství stala strukturovaná nemoc. Definice duševní nemoci přesto zůstává i nadále problematická. Historická bádání (Foucault, 1993; Porter, 2002) ukázala, že pojetí duševní nemoci a postavy „blázna“ prošlo v průběhu dějin závažnými proměnami, mezikulturní výzkumy (Cawte, 1974; Kleinman 1980; Kleinman & Good, 1985) pak, že se toto pojetí liší napříč kulturami i v současnosti. Jedná se tedy o pojem, jehož obsah je značně variabilní, a tedy do určité míry sociokulturně podmíněný.

Přes snahu moderní medicíny o vědeckost a objektivitu nejsou její kategorie pouhými neutrálními popisy biologických změn a dějů v těle. Jsou součástí sociální a symbolické reality, již ovlivňují a již jsou ovlivňovány; jsou nositeli významů (Kleinman, 1980). Kleinman (1980) upozorňuje na to, že celý systém zdravotní péče vytváří vlastní vrstvu sociální reality, která ovlivňuje naše smýšlení o nemocech. Podléhá jí veškeré naše (laické i odborné) vědění o tom čím jsou různá onemocnění způsobena, jak se projevují a prožívají (Kleinman, 1980). V našich myslích se pak utváří jakýsi prototyp nemocného, skrze něhož nazíráme, jak se má tou či onou nemocí „správně“ stonat (Komárek, 2005). Sociokulturní konstrukce nemoci v sobě však nezahrnují jen tato porozumění, ale i doporučené způsoby léčby a vědomí, na koho se v případě potřeby obrátit (Kleinman, 1980).

V této práci se proto pokusím odpovědět na otázku, jakým způsobem kultura¹ ovlivňuje zdánlivě objektivní psychiatrické kategorie a jaké důsledky z toho vyplývají pro nemocné i jejich okolí. Budu se zabývat otázkou, jestli určité rysy kultury mohou podporovat vznik některých psychopatologických jevů a do jaké míry se tyto jevy, včetně jejich prevalence, liší v závislosti na sociokulturním prostředí. Problematiku duševní nemoci přitom pojednám z historické, mezikulturní i západní perspektivy. V práci budu vycházet zejména z historických analýz, mezikulturních srovnávacích výzkumů a filozoficko-teoretických základů medicínského myšlení.

¹ Pojmu kultura je v této práci používáno v antropologickém smyslu; jedná se tedy o „systém artefaktů, sociokulturních regulativů a idejí sdílených a předávaných členy určité společnosti“ (Soukup, V., 2005).

2 Duševní nemoc a duševní zdraví v západní perspektivě

Na problematické aspekty psychopatologie upozornil ve své monumentální práci „Obecná psychopatologie“ již Karl Jaspers. Její omezení spatřuje v tom, že *„lidská bytost a její podstata nemůže být s konečnou platností analyzována v celé své šíři, neboť čím více se ji snažíme popsat pomocí typických znaků a redukovat na abstraktní normu, tím více si uvědomujeme, že v každém jednotlivci se skrývá cosi nepoznatelného.“* (Jaspers, 1959/1997, pp.1). V centru zájmu lékaře by tedy měl stát pacient, jako individuální, jedinečná bytost, a nikoli abstraktní soubor symptomů a rozpoznatelných obecných principů (Jaspers, 1959/1997).

Přes naznačenou problematičnost vytvoření univerzálně platných definic a diagnostických kritérií je nicméně nutné se nejprve podívat, jak jsou ústřední koncepty psychiatrie, tj. duševní nemoc a duševní zdraví definovány v západním sociokulturním kontextu.

2.1 Definice duševního onemocnění

Duševní nemoc (nebo také psychická porucha) je v širším pojetí označení pro některé psychobiologické procesy, projevující se v myšlení, prožívání a chování člověka, znesnadňující jeho fungování ve společnosti (Hartl & Hartlová, 2000). Podle Velkého lékařského slovníku (4rd ed.) ji lze popsat jako *„onemocnění postihující vyšší nervovou činnost, které není podloženo makroskopickým strukturálním poškozením mozku; je relativním protikladem somatické choroby“*. Jednoduše řečeno se tedy jedná o stav, který způsobuje závažná poškození v lidském chování a prožívání a snižuje schopnost postiženého fungovat ve společnosti (Raboch, 2012). Z laické perspektivy je pak tento stav nejčastěji spojován se ztrátou kontroly nad svým chováním a prožíváním, nepředvídatelností (Höijer & Rasmussen, 2005), neschopností vykonávat běžné každodenní činnosti a naplňovat své sociální role (Williams, 2013).

2.2 Definice duševního zdraví

Definice duševního zdraví je částečně obsažena v obecné definici zdraví podané Světovou zdravotnickou organizací. Duševní zdraví podle WHO (2010) znamená *„mnohem*

více než pouhou nepřítomnost nemoci“. Jedná se o „stav celkové tělesné i duševní pohody, v němž si je jedinec vědom svých schopností i limitů, je schopen čelit každodennímu stresu, produktivně pracovat a být prospěšný svému okolí“*“*. Do definice duševního zdraví můžeme dále zahrnout schopnost užívat si života, čelit nepřízni osudu a schopnost sebeaktualizace (Holmes, 2010).

2.3 Kritéria definice psychologické normality

Psychologickou normu lze pojednávat z různých perspektiv. Nakonečný (1997) uvádí trojí pojetí psychické normality:

Podle statistické normy, která identifikuje normu s četností: normální je to, co je obvyklé. Statistická norma se orientuje podle Gaussovy křivky a ztotožňuje se s pásmem středních hodnot (Nakonečný, 1997). Toto pojetí normality je relativně nejexaktnější a nejobjektivnější, ale může být rovněž do jisté míry zavádějící. Vágnerová (1999) upozorňuje na to, že zaměření pouze na četnost znaku může opomíjet jeho kvalitativní složku. Pokud ale ve společnosti vzrůstají agresivní projevy, nepovažujeme je jen pro jejich četnost za novou normou chování. Je tedy nutné nezapomínat na hodnotící aspekt, který bývá většinou implicitně obsažen v našich promluvách a soudech o tom, co je a není normální (Vágnerová, 1999). Problematickou je rovněž otázka relativně vzácných krajních hodnot s pozitivní konotací. Například vysoce nadprůměrná inteligence je ze statistické perspektivy abnormální, ze sociálního hlediska se ale vyznačuje vysoce pozitivní hodnotou, která jí dává punc jakési „lepší normy“ (Vágnerová, 1999). Na druhou stranu některé duševní nemoci (v jejichž případech máme tendence hovořit o abnormalitě) se statisticky vyskytují relativně často (WHO, 2004)².

Podle ideální normy, která představuje stav dokonalosti, jehož dosažení je chápáno jako žádoucí. Jedná se o optimální stav, kterého je ještě reálné dosáhnout (Vágnerová, 1999). Rozdíl mezi normalitou a abnormalitou je v tomto případě kvalitativní (Nakonečný, 1997).

Podle funkcionální normy je za normální považován takový stav jedince, který odpovídá jeho cílům a výkonům a umožňuje optimální míru jeho fungování (Vágnerová, 1999). K funkčnímu pojetí se pojí i pragmatický přístup, který spatřuje normu v úspěšném dosažení cíle bez ohledu na prostředky. Opomíjení typu a kvality prostředků, jež mohou být

² Podle výzkumu Světové zdravotnické organizace představují duševní poruchy významnou zdravotní zátěž pro 13,1% světové populace (WHO, 2004).

v mnoha případech společensky nežádoucí je ovšem zároveň největším nedostatkem tohoto přístupu (Vágnerová, 1999).

2.3.1 Sociokulturní norma

V sociokulturní perspektivě je za normální považováno to, co je v určité kultuře a společnosti obvyklé a schvalované (Vágnerová, 1999; Fischer & Škoda, 2009). „*Normou je to, co společenská kritéria jako normální vymezují, obyčejně ve vztahu k tradici*“ (Vágnerová, 1999, pp.9). Odvíjí se od hodnot a postojů dané doby, místa a skupiny a odráží se rovněž ve stereotypch a předsudcích³. Sociokulturní chápání normality a abnormality přitom nemusí odpovídat neschopnosti jedince normálně fungovat. Chování lidí bývá tím více považováno za abnormální, čím více se vymyká běžnému očekávání (Benedictová, 1999; Vágnerová, 1999; Fischer & Škoda, 2009; Meadová, 2010). Každá kultura totiž vytváří odlišný typ tzv. „modální osobnosti“, která v sobě integruje povahové rysy charakteristické pro danou společnost (Malina, 2009). Benedictová (1999) uvádí, že pokud se například v kultuře vyznávající agresivitu, bojovnost, touhu po prestiži a sebeprosazení objeví mírumilovný, neprůbojný jedinec, bude považován v lepším případě za hlupáka, v horším za podivína nebo blázna. Stejný princip platí v opačném případě. Normalitu tedy nelze posuzovat mimo kulturní kontext, neboť jako nezávislá, objektivní kategorie neexistuje.

2.3.2 Mediální norma

Vágnerová (1999) rovněž poukazuje na vzrůstající roli médií jakožto zásadního zprostředkovatele povědomí o tom, co spadá do normy a co je žádoucí. Reklama využívá selektivního zobrazování nadprůměrných charakteristik, které vydává za normu, a tímto způsobem navozuje u diváků pocit vlastní nedostatečnosti a abnormálnosti. V souvislosti s těmito fakty se hovoří o tzv. mediální normě, tedy o souhrnu toho, co je opakovaně prezentováno jako standardní (Vágnerová, 1999). Podobný vliv má i často zobrazované násilí, které vyvolává dojem, že násilné jednání je v podstatě běžnou reakcí. (Vágnerová, 1999) To, že lidé, kteří tráví před obrazovkami nadprůměrné množství času, se domnívají, že svět je relativně nebezpečné místo a trpí vyšší úzkostností a strachem z napadení, potvrdil ve svých výzkumech Georg Gerbner. „Silní“⁴ televizní diváci mají rovněž tendenci ve svých

³ Zejména v jejich emočním náboji (Vágnerová, 1999)

⁴ Lidé, kteří tráví před televizní obrazovkou více než čtyři hodiny denně (Schiappa, 2008)

odhadech počet reálně spáchaných trestných činů nadhodnocovat (Gerbner & Gross, 1976 podle McQuail, 2009; Jirák & Köpplová, 2009).

To, jakou roli hrají média ve zprostředkování laického povědomí o duševní nemoci je podrobněji popsáno v kapitole 4.2.4.

3 Historické proměny duševní nemoci

3.1 Na úsvitu dějin

Duševní nemoc jakožto samostatná kategorie se objevuje teprve před dvěma stoletími. V předcházejících dobách byli duševně nemocní lidé označováni jako posedlí, hříšní, šílení nebo jednoduše podivínští (Giddens, 1999). Přesto se zdá, že doprovází lidstvo od počátku jeho historie. Archeologické objevy trepanovaných lebek, jejichž stáří je datováno do období až 6000 let před Kristem⁵, ukazují na možné archaické pokusy léčit duševní nemoci chirurgickými prostředky (Šedivec, 2008; Porter, 2002). Jeden z diskutovaných výkladů⁶ těchto operací předpokládá, že otvory v lebce sloužily k tomu, aby démoni, o nichž se věřilo, že posedli nemocného, mohli opustit jeho tělo.

Ve starých mýtech je šílenství většinou zobrazeno jako forma osudu nebo trestu⁷ (Porter, 2002; Šedivec, 2008). Babyloňané a Mezopotámci věřili, že některé nemoci byly způsobovány zlými duchy a démony, čaroději, ale také uhranutím nebo porušením některého tabu. Posednutí tedy bylo zároveň soudem i trestem (Porter, 2002). V asyrském textu z období cca 650 let před Kristem můžeme objevit popis epileptických symptomů, jejichž původ je připisován d'áblům (Porter, 2002, pp. 12-13):

„V období jeho posedlosti, když pouze sedí a levé oko tika mu do strany, rty se chvějí, srašťují, z koutku úst mu kane slina a celá jeho levá polovina těla s sebou škube jako ovce jdoucí na popravu, je to „migtu“. Pokud je mysl posedlého během posedlosti probuzená, může démona vypudit, v opačném případě démon zůstává uvnitř.“

⁵ V současné době nejstarší nalezené trepanované lebky spadají do období neolitu; jejich stáří je odhadováno na více než 7000 let (Costandi, 2007)

⁶ Lisowski (1967) rozdělil trepanaci podle účelu do tří kategorií na zákrok z léčebných, magicko-léčebných a magicko-rituálních důvodů (podle Aufderheide & Rodríguez-Martín, 1998). Trepanace byly prováděny při úrazech hlavy bez fraktur, nádorech a syfilitických procesech. Přítomnost těchto patologických změn na nalezených trepanovaných lebkách potvrzuje, že byl tento zákrok často využíván právě k léčebným účelům (Wölfel, 1937a; 1937b).

⁷ Klasickým příkladem je biblický příběh o babylonském králi Nabukadnezarovi, kterého Bůh ztrestal tím, že na něj seslal šílenství (Porter, 2002; Šedivec, 2008; Vacek, 1996). Podobný osud, který je popsán v I. knize Samuelově, stihl i krále Saula, u nějž se projevovaly melancholické i manické stavy (Šedivec, 2008; Vacek, 1996).

Připisování původu šílenství nadpřirozeným silám bylo v archaických dobách univerzálním jevem. Ebersův papyrus, nejstarší⁸ nalezený dokument obsahující popis duševní nemoci, připisuje příčinu „šílenství“ zlým duchům, kteří způsobují posedlost a uvádí rovněž modlitby k jejich zařikávání (Raboch, 2012). V hinduismu existuje specifické božstvo - démon *Grahi* („ta, jež se zmocňuje“), které u pozemšťanů údajně způsobuje epileptické záchvaty (Porter, 2002). Univerzálním jevem bylo také časté spojování šílenství s „psími“ rysy a víra v lykantropii, což se odráželo například v rozšíření pověr o vlkodlacích, přeměnách lidských bytostí ve zvířata (Černoušek, 1994; Porter, 2002), ale i ve vžitém označení „černý pes“⁹ pro symptomy deprese (Porter, 2002). Obecně byly s šílenstvím asociovány zejména násilné a agresivní sklony, silný zármutek, prudké změny nálad, touha po krvi a kanibalismus (Porter, 2002).

V raném řeckém pojetí světa byli lidé, alespoň podle dobových mýtů a eposů, pouhými loutkami osudu, jimž se věci dějí do značné míry bez jejich kontroly. V Illiadě ještě nenajdeme slovo, jehož význam by odpovídal dnešnímu pojetí „osobnosti“ nebo „Já“ jakožto subjektu vědomého si sama sebe a odpovědného za svoje činy. O osudu starých Řeků bylo předem rozhodnuto „shora“, přičemž střípky jejich budoucnosti jim čas od času mohly být vyjeveny skrze sny, věštby nebo proroctví (Porter, 2002). Duševní nemoc byla tedy nejčastěji pojímána jako boží trest, a tudíž nejspolehlivějším lékem na ni bylo zařikávání, modlitby a oběti bohu Asklépiovi¹⁰. V této době se však již uplatňovalo také lidové léčitelství a první snahy o lékařské přístupy k duševním nemocem (Raboch, 2012). Využívané byly zejména rostlinné a živočišné látky. V chrámech zasvěcených bohu Asklépiovi se postupně rozvinulo chrámové lékařství a role lékařů připadla kněžím (Raboch, 2012). Již v této době sloužily některé chrámy jako azyly pro duševně nemocné (Raboch, 2012).

3.2 Od božského k tělesnému

Modernější myšlení o duši se v řeckém prostředí začalo vyvíjet v 5. a 4. století př.n.l. (Porter, 2002). První, kdo vyzvedl úlohu mozku jako centra celé nervové soustavy byl Pythagorův žák Alkmaon, jehož práce přispěly k tomu, že byl mozek postupně uznán jako

⁸ Jeho původ je datován do 15. století př.n.l. (Raboch, 2012).

⁹ V originále „*the black dog*“; jedná se o rozšířenou metaforu deprese v anglosaských zemích.

¹⁰Bůh lékařství v řecké mytologii

centrální zdroj představitosti, rozumu a paměti¹¹ (Šedivec, 2008). V *Corpus Hippocraticum* můžeme nalézt popis „svaté nemoci“¹² jako nemoci mozku. (Porter, 2002).

Hippokratovská medicína tak přenesla původ nemocí od Bohů k lidem, z Olympu do nitra našich těl a učinila z nich nikoli posvátný a nadpřirozený, ale přírodní a přirozený proces (Porter, 2002).

V antice převládající humorální teorie zobrazovala duševní stavy jako volné pokračování stavů fyzických, přičemž zdraví bylo spatřováno v rovnováze tělních substancí, zatímco nemoc ve vychýlení do extrémů. K nerovnováze¹³ docházelo, pokud jedna tělní tekutina v organismu převážila nebo její obsah v těle naopak příliš poklesl. Za základní tělní tekutiny, které byly spojovány i s temperamentem, tělesnými znaky a povahou čtyř kosmických živlů¹⁴, byly považovány krev, hlen, žluč a černá žluč (Porter, 2002). Popisy somatických i duševních nemocí se z důvodu omezeného empirického poznání vnitřních tělesných dějů omezovaly zejména na analogické a symbolické vztahy, které v medicíně přetrvávaly až do 18. století (Foucault, 1994, Porter, 2002) a v hovorovém jazyce se udržely dodnes¹⁵. Krev byla považována za zdroj vitality; do kategorie „hlen“ spadaly všechny bezbarvé tělní tekutiny, včetně slin, potu a slz; žluč bylo možné nalézt v žaludečních šťávách, zatímco černá žluč představovala hutnou, tmavou tekutinu, která se téměř nikde nevyskytovala v čistém stavu, ale byla zodpovědná za „potemňování“ jiných tekutin, včetně tmavé bary vlasů, očí a kůže (Porter, 2002). Převaha černé žluči pak podle dobových, například Galénových představ, způsobovala melancholii tím, že přesprávil ochladila ostatní tělesné šťávy, zatímco mánie byla podněcována vlivem dráždivých šťáv, zejména žluté žluči (Šedivec, 2008).

Léčba se tehdy orientovala celostně a obsahovala v sobě i některé moderní psychosomatické přístupy. Zaměřovala se jednak na pročištění organismu a znovuoobnovení

¹¹ Emoce byly však až do novověku spojovány se srdcem (Šedivec, 2008)

¹² K pojetí božského původu nemoci se později navrátil Platón. Kromě nemocí, jež mají tělesný původ rozlišoval rovněž ty, které se rodí z „náboženské extáze, během níž proudí do lidské duše božský duch a dochází k přímému poznání Boha.“ Šílenost je tak v podstatě „božským darem vyvoleným“ (Šedivec, 2008, pp. 15).

¹³ Nerovnováha tělních tekutin byla chápána jako jedna z příčin rozličných onemocnění. Tato teorie pocházela zřejmě již od Empedokla (asi 500 – 430 př.n.l.), který hledal příčiny nerovnováhy v zevních vlivech: nesprávné životosprávě, špatné výživě a sezónních vlivech (Šedivec, 2008). Představa vnitřní nerovnováhy jako původce nemocí se však nevázala jen na evropský a islámský svět. V Číně byl kupříkladu kladen důraz na rovnováhu mezi pricipy jing a jang (Komárek, 2005).

¹⁴ Vzduchem (krev), vodou (hlen), ohněm (žluč) a zemí (černá žluč) (Porter, 2002)

¹⁵ Hovorová označení jako „má horkou krev“ nebo „hnul mi žlučí“ vycházejí z původní představy jednoty tělesných a duševních dějů (Porter, 2002).

tělesné rovnováhy pomocí odvodu tělních tekutin a škodlivých substancí z organismu¹⁶, jednak na dietetická opatření, včetně doporučených úprav životosprávy.(Šedivec, 2008; Komárek, 1997). V úvahu byly brány i vlivy prostředí, jehož změna se v některých případech doporučovala (Komárek, 1997). Celsiův spis „O lékařství“ obsahuje popis duševních nemocí jako onemocnění tělesných, jejichž původ nelze nalézt v žádné jednotlivé části těla. Objevuje se zde rovněž první vydělení typů duševní nemoci: první *frenesis* představuje akutní formu onemocnění doprovázeného silným neklidem a zmateností¹⁷. Jedná se ale pouze o stav přechodný; druhá je delšího trvání, způsobená černou žlučí a projevuje se silným pocitem smutku¹⁸; třetí má dlouhodobý průběh doprovázený klamnými představami nebo poruchami paměti a rozumu¹⁹. Popisy duševních nemocí, které ovlivnily lékařské smýšlení až do poloviny 19. století, můžeme nalézt ve spisu řeckého lékaře Aretaea z Kappadocie „O příčinách a příznacích akutních a chronických nemocí a jejich léčení“. Zachovalé části díla obsahují charakteristiky, projevy a způsoby léčby melancholie, mánie, epileptické duševní poruchy a hysterie²⁰ (Šedivec, 2008). V jeho spise se rovněž objevuje jeden z prvních ucelených popisů toho, co dnes známe jako bipolární poruchu²¹. Všiml si, že někteří jeho melancholičtí pacienti prožívali v těžkých fázích nemoci záchvaty mánie, které postupně přecházely opět do melancholie. Z těchto pozorování usoudil, že mánie není samostatnou chorobou, ale je spíše jakousi variantou melancholie (Porter, 2002) Podrobný popis duševních nemocí je obsažen i Galénových spisech, jehož dílo se pro svou obsáhlost a encyklopedický charakter stalo jedním ze základů scholastického medicínského myšlení, a díle arabského lékaře Avicenny. K léčbě Galén zavedl a používal, kromě obvyklých metod antického lékařství, tzv. galenika, tedy výtažky z rostlin (Šedivec, 2008). Domníval se totiž, že je nutné podávat léčivé látky upravené tak, aby byly pro organismus snadno vstřebatelné (Rabišková, 2006).

¹⁶ Časté bylo pouštění žilou, používání projímadel, dávidel, ale i „šňupavých prášku“ k pročištění hlavy (Šedivec, 2008)

¹⁷ Sem byly zřejmě řazeny všechny akutní manické stavy (Šedivec, 2008).

¹⁸ Odpovídá dnešnímu zjednodušenému popisu deprese (Šedivec, 2008).

¹⁹ Zde můžeme odhalit rané popisy schizofrenie a demence (Šedivec, 2008).

²⁰ Tehdy byly hysterické záchvaty chápány jako nemoci související s děložou, při nichž docházelo ke strnutí a náhlé ztrátě vědomí podobně jako u epilepsie, ovšem bez doprovodných křečí (Šedivec, 2008; Porter, 2002)

²¹ Bipolární afektivní porucha je charakteristická cyklujícími manickými a depresivními epizodami. Obvykle se primárně projevuje depresí a lze o ní tedy hovořit teprve tehdy, když se u pacienta rozvine alespoň jedna manická (BAP I), případně hypomanická (BAP II) epizoda (Pavlovský, Raboch et al., 2012)

3.3 Spoutání „svobodného“ šílenství

V antice a ještě dlouho do středověku²² byli „blázni“ svěřováni primárně do péče rodiny, případně vesnické komunity (Porter, 2002; Foucault 1993; Černoušek, 1990). Platón ve svých Zákonech upozorňuje na povinnost rodiny, jakožto zákonných zástupců, zodpovídat za svého duševně nemocného příbuzného. (Platón, 1997 podle Porter, 2002; Šedivec, 2008). Pokud ten něco poškodí, nemá být potrestán sám, ale trest a pokuta připadá právě na jeho opatrovníky (Platon, 1997 podle Šedivec, 2008). V křesťanské Evropě tomu nebylo jinak. O „blázny“ se starali ostatní rodinní příslušníci, stejně jako o děti a „vesnické idioty“. Ti, u nichž se projevoval silný neklid, byli zavíráni doma, ostatním bylo dovoleno volně se pohybovat po kraji (Porter, 2002). Často byli ovšem „blázniví“ příbuzní rodinou zanedbáváni, ubytování se jim dostalo pouze ve chlívě nebo sklepních prostorech a byli vystavováni posměchu a krutostem, neboť šílenství jednoho poskvřovalo počestnost a společenskou prestiž celého rodu²³ (Porter, 2002).

Foucault (1993) připomíná všudypřítomný ambivalentní postoj společnosti k duševní nemoci, který se nejostřeji vyjevuje v současném výskytu dvou „přednemocničních“ institucí: lodi bláznů a tzv. „*Narrenturme*“, tedy věži bláznů, kde byli pomatení zavíráni a za úplatu ukazováni jako jakási podivná „zoologie“²⁴ (Foucault, 1993; Černoušek, 1990). Tyto dvě instituce představovaly protichůdné reakce, jimiž se středověká společnost vypořádávala s duševní nemocí – vyhoštění a internaci (Foucault, 1993). Přes to, že je problematické skutečnou existencí takovýchto lodí bláznů dokázat²⁵, důležitá je zejména jejich symbolická hodnota (Černoušek, 1990). Loď bláznů se rodí ze starodávného symbolického spojení vody a šílenství; „*voda odnáší pryč, ale také očišťuje*“ (Foucault, 1993, p. 15) a blázen plující na svém „opilém korábu“ je vydán řece napospas, „*je věznem na té nejsvobodnější, nejotevřenější ze všech cest, přikován na nekonečném rozcestí*“ (Foucault, 1993, p. 15). Akt nalodování tak v sobě skrývá vyobcování rituální povahy, jehož předobraz můžeme nalézt ve starořeckém rituálu „*pharmakos*“ (Černoušek, 1990) nebo rituálu „obětního beránka“,

²² V Japonsku až do 20. století (Porter, 2002)

²³ Šílenství s sebou neslo odpradávná určitá stigma dopadávající nejen na nemocného, ale částečně i na jeho příbuzné. V některých domorodých společnostech lékaři léčí (i v případě somatických a psychosomatických chorob) s nemocným i celou jeho rodinu (Castillo, 2001). Ve středověku bylo stigma šílenství spojováno zejména s přízrakem posedlosti a, řečeno moderní terminologií, s „nekvalitními“ geny v rodu postiženého (Porter, 2002).

²⁴ Zvyk, který se pravděpodobně uchoval i do dalších století a rozšířil po celé Evropě (Foucault, 1993)

²⁵ Foucaultovu tezi reálné existence lodí bláznů zpochybnili Maher a Mahlerová (1985 podle Černoušek, 1990). Sovětský historik psychiatrie Avgust Mojsejevič Šereševskij, naopak dokládá pravděpodobnou existenci takovýchto lodí i v dějinách Rusi (Černoušek, 1990).

v různých formách přítomného téměř v každém společenství (Frazer, 2012). Frazer (2012) například poukazuje na to, že obětní beránci byli ve starověkém Řecku vybíráni z vyvrženců, odpadlíků a obecně neužitečných lidí, kteří byli v poklidných dobách živeni z městských prostředků. V období válek, pohrom a morů byli z těchto osob vybráni dva jedinci (jeden za muže, jeden za ženy) a obětováni jako zástupná oběť pro blaho ostatních²⁶. Foucault (1993) potom upozorňuje na to, že pomatení byli někdy veřejně bičováni a vyháněni z města ven metlami. Takovéto chování vůči „šilencům“ se však zřejmě týkalo jen cizinců, případně lidí, kteří byli pro okolí nějakým způsobem nebezpeční. O vlastní občany se města většinou starala a nemocní byli někdy přijímáni i do nemocnic. Vyhrazená lůžka měli například v pařížském špitálu Hôtel-Dieu (Foucault, 1993). Jindy byli jednoduše zavíráni do vězení, kde sdíleli přístřeší s jinými vydědenci společenského řádu (Foucault, 1993).

Představa, že duševní nemoc je kromě přirozených příčin způsobována také posedlostí démony, d'áblem a zlými duchy, se mezi lékaři ujala teprve v průběhu 16. století²⁷ (Šedivec, 2008). Tomáš Akvinský ve své Sumě Teologické podává rozdělení psychopatologických jevů podle původu na přirozené a nadpřirozené (Černoušek, 1994). V souladu s těmito představami se částečně proměnil i způsob léčby. Případy posedlosti byly předávány do péče teologům a léčeny exorcismem. Ještě předtím ale nemocní podstupovali somatickou část léčby, během níž probíhaly pokusy o odstranění černé žluči, jež byla podle dobových představ „lázní pro d'ábla“ (Šedivec, 2008, p. 23). Teologové měli na starost zejména určitý druh převýchovy nemocných a zajišťovali tak, spíše než tělesné, sociální „uzdravení“ nemocného (Šedivec, 2008). Je ovšem třeba nezaměňovat novověký koncept posedlosti s fenoménem čarodějnictví. O čarodějnicích se, na rozdíl od posedlých, věřilo, že se s d'áblem spolčily dobrovolně. Tyto myšlenky byly rozpoutány a šířeny církví v období krize stávajícího feudálního řádu, a jednalo se tedy o fenomén čistě sociální povahy (Šedivec, 2008)

První snahy o institucionální péči o duševně nemocné se v Evropě prosazují od XV. století. Nejstarší domov pro duševně nemocné, Bethlem (hovorově „Bedlam“), byl založen roku 1247 jako opatství řádu Svaté Marie z Bethlehemu. Přestože původně nebyl určen k internaci „šilenců“, postupně se přeměnil na jednu z nejslavnějších specializovaných

²⁶ Většinou byli nejprve voděni po městě a potom vyhnáni za hradby a ukamenováni (Frazer, 2012).

²⁷ V rozporu s rozšířenými mylnými představami, že duševní nemoc byla v období před vznikem přírodních věd spojována pouze s posedlostí a nadpřirozenými silami (Vacek, 1996; Černoušek, 1990). Ve skutečnosti nebyla démonologie jedinou, ani převládající koncepcí „šilenství“ (Kroll & Bachrach, 1984 podle Černoušek, 1990). Scull (1975, podle Černoušek 1990) potom upozorňuje, že tendenci současné psychiatrie podceňovat přístupy svých předchůdců je možné vysvětlit snahou o to, aby se současné, moderní praktiky jevily, ve světle vlastní pohnuté historie, o to působivěji.

institucí tohoto typu (Andrews, Briggs, Porter, Tucker, & Waddington, 1997). Další podobné následovaly ve Valencii, Zaragoze, Seville, Toledu nebo Barceloně (Porter, 2002; Raboch, 2012).

V průběhu novověku však ještě duševně nemocní nebyli drženi ve specializovaných institucích. Velké internační budovy se stavěly po celé Evropě od třináctého století. V roce 1656 vyšel dekret o založení pařížského Všeobecného špitálu, podle nějž různá, již existující zařízení připadla pod společnou správu a měla sloužit k ubytování a obživě chudých (Foucault, 1993). O dobré chování a spořádanost se však mělo pečovat i v případě těch, kteří se dovnitř z jakéhokoli důvodu nedostali. To vše spadalo pod pravomoc doživotně jmenovaných správců, kteří byli obdařeni svrchovanou mocí nad veškerou pařížskou chudinou, přičemž příkazy vydané jimi uvnitř špitálu měly být vykonány bez odvolání (Foucault, 1993). Všeobecný špitál tedy, jak Foucault (1993) upozorňuje, představoval represivní absolutní moc, jejímž úkolem nebylo léčit, ale udržovat veřejný pořádek a městský řád a omezovat zahálku. Tento, původně společensko-ekonomický účel internace, se znovu objevoval kdykoli, kdy z důvodu válek a krizí počet chudých a nezaměstnaných rapidně vzrostl. Převezení nemajetných vrstev z ulice do internačních zařízení a pracovních domů rovněž pomáhalo předcházet vzniku možných občanských nepokojů, které by přemnožení chudiny v ulicích mohlo vyvolat (Foucault, 1993). Zákony o chudině, které zakazují žebrotu ve městech a doporučují stíhat „*všechny, kdo žijí v zahálce, nechtějí pracovat za rozumnou mzdu nebo utrácejí své prostředky v krčmách*“ (Foucault, 1993, pp.46) vycházejí nejen ve Francii, ale i na Britských ostrovech, kde se objevuje myšlenka odesílat chudinu za prací do nových kolonií v Indii (Foucault, 1993). Po celé Evropě se začaly stavět tzv. „pracovní domy“ a chovanci byli nuceni pracovat i v ostatních útulcích. Pracovní povinnost ovšem nevytvářela jen z důvodů ekonomických, ale také z požadavku mravní „nápravy“ žebráků, jelikož právě s odříkáním a mravní čistotou byl tehdejší imperativ práce spjat. Špitály tak představují i svého druhu etickou, mravokárnou instituci, jejímž úkolem bylo zejména „*trestat, postihovat mravní nedostatky, které nepatří přímo před soud, ale mohou se napravit jen přísným pokáním*“ (Foucault, 1993, p. 51). A tak byla duševní nemoc poprvé nahlédnuta z hlediska zahálky jako morální provinění, jako lenost, a tedy jeden ze smrtelných hříchů. 17. století uzavřelo „blázný“ po boku ostatních vrstev populace, které se z ekonomických důvodů ocitly na ulici, a právě zde je také odhalilo v jejich jinakosti (Foucault, 1993). Nemocní duchem se totiž od ostatních odlišovali právě tím, že s nimi nebyli schopni udržet stejné pracovní tempo a zapojit se do kolektivního života (Foucault, 1993). V tomto světle se také

mění vztah společnosti k „šilencům“: stávají se z nich narušitelé buržoazního řádu bez sebemenší snahy se polepšit.

Šílenství, které je v některých svých formách pomocí běžných nápravných prostředků nezkratitelné a „nenapravitelné“, postupně ztrácí svou lidskost. Člověk zbavený rozumu ztratil to, co jej činilo lidským, stalo se z něj zvíře obnažené ve své animalitě (Foucault, 1993). Právě úvahy o tom, že blázen vlastně není člověk, se staly živnou půdou pro velmi kruté zacházení s chovanci ústavů. Podle dobových představ byli duševně nemocní díky svému pádu do světa zvířat vybaveni, stejně jako ona, odolností vůči všem nepříznivým vlivům: zimě či dešti, hladu i bolesti. Takto se rodí známé výjevy z osvícenských věznic a útulků, v nichž spí „šilení“ v temných sklepeních nazí na slámě, připoutáni řetězy ke stěně (Foucault, 1993). V této éře účelem internace zcela zřejmě nebylo duševně nemocné vyléčit, ani je morálně napravit, ale pouze zkrotit „zvíře v kleci“. Takovéto „péče“ se dostávalo zejména nemocným trpícím silným neklidem, jelikož ještě nebyly k dispozici jiné než pohyb omezující, restriktivní prostředky, které umožňovaly dostat chování nemocného pod kontrolu (Raboch, 2012).

Když se potom v 18. století objevily snahy vyčlenit pro „bláznů“ samostatné prostory, v nichž by mohli být internováni nikoli již po boku zločinců, žebráků a libertinů, nebylo to z důvodu vzrůstající empatie a obav o jejich osud, ale proto, aby neobtěžovali ostatní vězně a nenarušovali spořádaný chod útulků a žalářů (Foucault, 1993). Umístování zdravých lidí mezi „bláznů“ bylo pocíťováno jako potupa a šílenství samo se postupně stalo nejděsivějším symbolem internační moci. Umístění do žaláře totiž představovalo reálnou hrozbu zešílení i pro duchem zdravé jedince²⁸ a stalo se tak dalším z možných trestů, mnohem obávanějším než většina ostatních (Foucault, 1993). V 19. století se situace obrátila. Vzrůstalo všeobecné pohoršení nad tím, že se s nebohými „pomatenými“ zachází hůř než s právoplatně odsouzenými kriminálníky, a tak byli segregováni znovu, ale poprvé za účelem léčby (Foucault, 1993).

Ve špitálech, ústavech a žalářích předchozích staletí se duševní nemoc, jak již bylo řečeno, neléčila, ale mimo ně ano (Foucault, 1993). Až do 17. století přetrvávala teorie fluid inspirovaná antickou humorální teorií. Melancholie byla v této perspektivě nahlížena jako choroba způsobená melancholickým mokem, jemuž byly symbolicky připisovány tytéž

²⁸ Což nebylo, vzhledem k podmínkám panujícím v internačních zařízeních, při dlouhodobém pobytu nijak nemožné. Foucault připomíná Mirabeauův dopis, v němž vyslovuje názor, že většinu „bláznů“ internovaných v ústavech a věznicích do tohoto stavu uvrhlo hrubé zacházení a neutuchající samota (Mirabeau, 1788 podle Foucault, 1993)

vlastnosti a projevy, jaké náležely nemoci samotné: byl hutný, suchý, studený a černý a působil tak, že zkaloval a zahušťoval ostatní fluida, čímž způsoboval jejich nehybnost, ochlazoval je a zbavoval jasu. Mánie byla oproti tomu charakterizována nespoutaným, zmatečným pohybem fluid a spojována s představou hořčnatosti a celkové vyprahlosti. A. Menuret se například domníval, jak píše Foucault (1993), že manický stav vzniká z vysušení cév a vláken vlivem příliš velkého úbytku tělesných šťáv. Pomalost, skleslost, odtážitost a jakýsi emoční chlad na straně jedné a excitace, vřelost, impulzivita a zrychlené jednání, mluva i myšlení na straně druhé, představují symbolické struktury mánie a melancholie, které přetrvaly do dnešních dní; jen z pojmů fyziologických se staly pojmy psychologické (Foucault, 1993)²⁹.

Z analogického pojetí abstrahovaných vlastností prvků a jejich terapeutických účinků se zrodily mnohé svérázné léčebné metody. Věřilo se, že rozličné substance mohou přenést svoje pozitivní vlastnosti na člověka, a tak bylo doporučováno například polykání železných pilin za účelem zpevnění a posílení organismu, namáčení maniaků a frenetiků do studené vody s cílem zchladit jejich vroucí organismus a navrátit jim tak duševní rovnováhu nebo léčení mánie pomocí telecích transfuzí, které měly nahradit ztěžklou, zčernalou melancholickou krev krví svěží a lehkou. Zajímavý „léčebný“ postup představovalo rovněž infikování maniaků svrabem, neštovicemi, boláky či způsobování povrchových řezných ranek, jimiž měla nemoc vystoupat z nitra člověka na povrch jeho těla, kde byla přece jen lépe kontrolovatelná (Foucault, 1993).

V 17. a 18. století dochází v souvislosti s rozvojem přírodních věd k rozšíření tzv. iatrofyziky a iatrochemie, které vysvětlují veškeré tělesné procesy, včetně zdraví a nemoci, mechanicky pomocí fyzikálních a chemických jevů (Šedivec, 2008). Zakladatel iatrochemie, Jean Baptiste van Helmont se například domníval, že veškeré chorobné procesy v těle jsou způsobeny kvašením, které je nutno zastavit sníženým přívodem kyslíku. K léčbě duševních chorob opět indikoval především potápění pacienta pod vodu (Raboch, 2012). Ve světle nových objevů na poli chemie popsal anglický lékař Thomas Willis kvašení jako základní tělesný proces (Šedivec, 2008), přičemž chemické výpary stoupající z krve do mozku považoval za hlavní příčinu melancholie (Foucault, 1993). Thomas Willis je rovněž označován za hlavního objevitele cirkulující povahy deprese a mánie, kterou rozpoznal pouze na základě jejich vnitřní spřízněnosti (Foucault, 1993).

²⁹ V době před vznikem psychologie jako samostatné vědní disciplíny nebyl psychologický aspekt léčby oddělován od fyziologického (Foucault, 1993).

V průběhu 18. století byla rovněž opuštěna déle než dva tisíce let používaná diagnóza *frenitis*, což zřejmě souviselo se zavedením pravidelného měření tělesné teploty. Tím se zjistilo, že *frenitis* ve skutečnosti se zvýšenou teplotou spojená není a příznaky dříve spojované s tímto pojmem se přesunuly do konceptu mánie (Šedivec, 2008). S opuštěním tohoto pojmu byla v podstatě zahájena reorganizace celé psychiatrické teorie, která pokračovala v průběhu 19. a 20. století. Koncem 18 století rovněž dochází k vydělení psychiatrie³⁰ jako samostatné lékařské disciplíny (Šedivec, 2008).

3.4 Počátky moderní psychiatrické nozologie

Moderní vědecká psychiatrie se začala rodit na přelomu 18. a 19. století. Koncem 18. století osvobodil Philippe Pinel nemocné z okovů v Bicêtre a Salpêtrière a William Tuke založil yorský Retreat jako první moderní léčebnu pro duševně nemocné. Podobné snahy se objevovaly i jinde po Evropě a cesta pro rozvoj mladého lékařského oboru tak byla připravena (Pavlovský, Raboch et al. 2012). V této atmosféře se s novou silou ozval požadavek ucelené klasifikace duševních chorob, která nebyla ani v průběhu 19. století sjednocena. Koncepce různých autorů se významně lišily a zrcadlily dobové představy a převládající názorová paradigmatata (Raboch, 2012). K rozvoji moderní psychiatrické nozologie přispěl mimojiné Philippe Pinel, který také zavedl terapeutický režim pro duševně nemocné v podobě psychologické a pedagogické intervence, ergoterapie a psychodramatu (Pavlovský, Raboch et al. 2012).

Jako první nozologická jednotka byla vyčleněna progresivní paralýza, jejíž popis uveřejnil roku 1822 Antoine Laurent Jesse Bayle (Praško et al., 2011; Vacek, 1996). V druhé polovině 19. století se ujala představa Wilhelma Griesingera, který si celé spektrum duševních chorob představoval jako různorodá stádia těžké choroby, jenž nazval „insanie“. Fáze „insanie“ pak rozlišoval podle dvou hlavních kategorií: vyléčitelnosti (melancholie, monomanie) a nevléčitelnosti (demence) (Griesinger, 1910 podle Černoušek, 1994). Emil Kraepelin později vymezil dodnes platné nozologické jednotky: maniodepresivní onemocnění a tzv. „dementiu praecox“, tedy „předčasnou demenci“ (Kraepelin, 1926 podle Černoušek, 1994), kterou Eugen Bleuer následně nazval schizofrenií (Černoušek, 1994; Praško et al., 2011). Kraepelin budoval svoji nozologii na předpokladu, že pro diagnózu je rozhodující spíše klinický průběh než klinický obraz. Tím upoutal pozornost k individuálnímu průběhu nemoci, v němž se

³⁰ Psychiatrie byla dříve součástí všeobecného lékařství (Šedivec, 2008)

vyjevují obecné znaky umožňující sestavit prognózu a rozpoznat podstatné souvislosti (Šedivec, 2008). Kromě závažných psychiatrických onemocnění byly v 19. století již klasifikovány i neurózy. Carl Westphal uvedl již téměř moderní popis agorafobie a George Miller Beard zavedl pojem neurastenie, pod nějž byly ve své době s oblibou zařazovány všechny úzkostné poruchy (Praško et al., 2011).

Teorii nevědomí ještě před Freudem koncipoval sorbonnský profesor Pierre Janet. Zabýval se sugescí a léčbou pomocí hypnózy (Praško et al., 2011), kterou aplikoval zejména na hysterické případy (Černoušek, 2004). Popsal rovněž dodnes platný a užívaný symptom disociace, často přítomný u neurotických poruch (Praško et al., 2011). Komplexní teorii neuróz vypracoval počátkem 20. Století Sigmund Freud, který přenesl centrální část motivační složky člověka do nevědomí, v němž byla podle jeho názoru uložena převážná většina psychických obsahů. Vypracoval vlivnou teorii osobnosti, komplexní teorii nevědomých procesů a vnitřních obranných mechanismů. Upozornil rovněž na významnou roli raného psychického vývoje a jeho vliv na tvorbu interpersonálních vztahů v dospělosti. Svoji koncepcí psychoterapie ovlivnil myšlenkové i umělecké proudy své doby a zejména rozvoj dalších psychoterapeutických směrů v průběhu celého 20. století (Praško et al., 2011, Storr, 1996).

Dvacáté století představovalo pro psychiatrii skutečnou revoluci. Od poloviny století došlo k rychlému rozvoji farmakologických, psychoterapeutických i zobrazovacích metod, což mělo velmi příznivý dopad na kvalitu léčby duševních chorob. Byly vypracovány obsáhlé diagnostické manuály³¹, které usnadňovaly diagnostiku i komunikaci mezi jednotlivými lékaři. Do centra pozornosti psychiatrické péče se konečně dostává pacient a kvalita jeho života: dochází ke vzniku komunitní péče, domů na půl cesty a chráněných dílen. Po druhé světové válce je převládající biologická psychiatrie stále více ovlivňována rozvíjejícími se psychoterapeutickými směry, čímž nabývá na významu sociální kontext onemocnění. Terapie duševní nemoci se tak začíná soustředit na holistickou léčbu, zahrnující nejen akutní symptomy, ale rovněž dlouhodobě přítomné psychosociální konflikty v pacientově životě a jeho bezprostředním okolí. Deinstitucionalizace psychiatrické péče, která v některých zemích³² probíhala v 60. letech, vyjevila nutnost zaměření pozornosti zejména na pomoc nemocným v postupném znovuzачlenění do společenského života (Praško et al., 2011).

³¹ MKN 10 a DSM-V

³² Zejména v USA a Velké Británii

4 Systém zdravotní péče jako součást sociální a symbolické reality

V předchozí kapitole jsem nastínila, jak se v průběhu historie proměňovalo pojetí duševních onemocnění, jejich etiologie a od ní se odvíjející způsob léčby a společenské postavení duševně nemocných. Porozumění tomu, do jaké míry je lékařský diskurs poplatný své době znamená, že v historii psychiatrie nelze spatřovat jen postupný vývoj poznání od mýticko-magických představ k empirické vědě, ale i proměny sociokulturní reality, která je té psychiatrické nadřazená a pro ni určující. Duch doby se odráží ve vztahu společnosti k nemocným, ve vztahu pacienta a lékaře, ale i pacienta ke své nemoci a s ní souvisejícím prožitkům. Odráží se v metodách léčby, diagnostickém popisu jednotlivých syndromů a společenských důsledcích nemoci. To vše se navzájem ovlivňuje a utváří typický ráz konkrétní epochy. Komárek (2005) upozorňuje na to, že povahu doby nejlépe poznáme podle jejich „hrdinů“ a elitních vrstev, do nichž společnost projikuje své nevědomé tužby. Stejný princip by tedy měl platit pro její „jungovský stín“, „dno společnosti“: kriminální živly, devianty všeho druhu, ale i slabé, nemocné a nemajetné. Právě vztah společnosti k těmto vrstvám vypovídá mnoho o ní samé. Postavení „zaháleče“ je totiž přeci jen jiné než postavení nebohého nemocného, jemuž jeho útrapy způsobuje „chemická nerovnováha v mozku“. Nemoc tak může být chápána jako hřích, morální provinění, ale také může z jakékoli odpovědnosti „vyviňovat“³³ (Komárek, 2005); takovou moc³⁴ má právoplatný soudce - ať je jím lékař, šaman nebo kněz.

Jakkoli se nám některé archaické léčebné postupy mohou zdát dnes absurdní, v intencích své doby a soudobých ideových schémat byly smysluplné a leckdy i (alespoň částečně) účinné³⁵ (Černoušek, 1994). Způsoby léčby se sice proměnily, ale základní mechanismus zůstal stejný. Rituální povaha lékařského vyšetření se totiž nevytratila. Lékař přicházející v bílém plášti, promlouvající v tajemných latinských formulích, předepisující pacientovi léky, které musí užívat v přesně stanovenou dobu (Komárek, 2012). Johann Heinroth, stoupenec „psychiků“, který se domníval, že i somatická léčba působí především

³³ A to dokonce i z trestní

³⁴ Jedná se nicméně o moc do značné míry omezenou, neboť lékař, který diagnostikuje, vynáší nad pacientem soud, který byl již předem vyřčen (v dobových paradigmatech, učených knihách a psaných i nepsaných zákonech).

³⁵ Černoušek (1994) poukazuje na zajímavý fakt počáteční účinnosti mnohých obskurních lékařských praktik. Jejich pozitivní působení ovšem samozřejmě nebylo dáno metodou jako takovou, ale jejím psychotherapeutickým efektem podpořeným charizmatickým vlivem lékaře a všeobecným nadšením z vědeckého pokroku.

psychicky (Šedivec 2008), se příliš nemýlil. Jistě není mým úmyslem popírat zjevnou účinnost většiny moderních léků, nicméně pravdou zůstává, že se i na účinnosti biologicky orientované léčby podílí psychologický efekt rituálu spojeného s návštěvou lékaře. Přes mnohé odlišnosti konkrétních projevů napříč historií i kulturami zde nacházíme podobnosti základních struktur (Kleinman, 1980).

V každé společnosti, jak uvádí Kleinman (1980), se objevují typické role lékaře a pacienta, kteří představují základní součást systému zdravotní péče. Jsou ukotveni v souboru specifických vztahů a významů, mimo něž jim nemůžeme správně porozumět. Systém zdravotní péče pak můžeme chápat jako specifickou vrstvu sociální a symbolické reality. Stejně jako jsme si navykli uvažovat o jazyku jako o kulturním systému, musíme tak uvažovat i o medicíně. „*Tak jako jazyk spojuje myšlenku a způsob jejího vyjádření, systém zdravotní péče spojuje onemocnění a způsob jeho léčby. Oba jsou formou symbolické reality, zakotvené v universálně sdílených sociokulturních systémech víry, sociálních rolích, ale i individuálních zkušenostech*“ (Kleinman, 1980, p. 43). Celý zdravotní systém pak vytváří kontext pro porozumění nemoci a legitimizuje některé projevy a způsoby léčby oproti jiným (Kleinman, 1980). Kulturní vzorce ovlivňují interpretaci znaků a symptomů různých onemocnění. Procesy interpretace a připisování významu tělesným pocitům jsou zprostředkovávány kognitivními modely, odrážejícími kulturní vědomí a obecně schvalované způsoby jednání. Transmise významů vztahujících se k nemoci tak skrze sociální porozumění psychickým i fyziologickým dějům vytváří společensky sdílené explanatorní modely onemocnění³⁶, které následně ovlivňují konkrétní způsoby jejich manifestace (Kirmayer & Bhugra, 2009).

Kleinman (1980) nicméně upozorňuje, že přestože jsou systémy zdravotní péče konstruovány pomocí kolektivně sdílených vzorců, přístupy k nim se liší na úrovni odlišných sociálních skupin, rodin, ale i jednotlivců. „*Sociální faktory, jako je společenská třída a sociální kontakty, vzdělání, náboženské přesvědčení, etnicita nebo druh pracovní činnosti ovlivňují způsob vnímání a využívání zdravotnické péče v téže lokalitě a podporují tak vznik mnoha odlišných klinických realit v rámci jednoho zdravotnického systému*“ (Kleinman, 1980, pp. 39). Pokud se takovéto rozdíly nacházejí i v rámci jedné lokality, o to zřetelněji je můžeme pozorovat napříč regiony³⁷. Odráží se v nich odlišné tradice, systémy věr o příčinách nemocí i přesvědčení o tom, co spadá do kompetence lékaře, potažmo medicíny jako takové

³⁶ Explanatorní modely, tedy to, jakým způsobem a v jakých souvislostech si lidé vysvětlují vlastní onemocnění, ve svém díle rozpracoval zejména Arthur Kleinman (1978; 1980)

³⁷ Nejvýraznější rozdíly se objevují mezi městským a venkovským obyvatelstvem a odlišnými sociálními třídami (Kleinman, 1980)

(Kleinman, 1980). Kleinman (1980) v této souvislosti upozorňuje na současnou tendenci, patrnou v západních společnostech, zahrnovat pod medicínskou problematiku jevy, které dříve spadaly do sociální patologie a do oblasti sociálně právní, například alkoholismus nebo narkomanií. Irving Zola (1972) hovoří o tzv. „medikalizaci“ moderní společnosti, která se projevuje v tendenci postupného přesunu jevů z různých sociolokálních systémů do kompetence zdravotnické péče. Tato proměna s sebou rovněž nese zvýšené nebezpečí využívání medicíny a zejména psychiatrie jako prostředků sociální kontroly³⁸. Kleinman (1980) oproti tomu upozorňuje na fakt, že tento jev se netýká jen západu, ale je relativně běžný v tradičních společnostech, kde jsou právě zdravotnické systémy nejdůležitějším aparátem sociální kontroly³⁹. Na druhou stranu došlo i k de-medikalizaci některých jevů. Příkladem může být homosexualita, která byla vyškrtána z Diagnostického a statistického manuálu duševních chorob (DSM-II) v roce 1973 (American Psychiatric Association (APA), 1973).

4.1 Základní funkce klinické reality

Pro lepší porozumění tomu, jak se systém zdravotní péče podílí na konstruování sociální reality, je vhodné uvést několik jeho základních funkcí, jak je vymezil Arthur Kleinman ve své práci *„Patients and Healers in the Context of Culture“* z roku 1980 (pp. 71-72). Těmito základními funkcemi „klinické“ reality jsou:

- 1) Kulturní konstrukce nemoci jako psychosociální zkušenosti
- 2) Stanovení obecných kritérií, usnadňujících výběr nejvhodnějšího poskytovatele lékařské pomoci a optimálního způsobu léčby, který, ve své obecné struktuře, existuje před a nezávisle na individuálním průběhu onemocnění.
- 3) Porozumění vlastnímu prožitku nemoci skrze řečové akty napomáhající pojmenování a pochopení toho, co se s člověkem děje.
- 4) Vlastní léčebné úkony zahrnující všechny typy terapeutické intervence od léků přes chirurgické zákroky, psychoterapii, podpurnou léčbu až k tradičním ozdravným rituálům.

³⁸ Na povahu psychiatrie a psychiatrických institucí jako totalitních nástrojů sociální kontroly upozornili již v 60. letech Foucault (1993), Erving Goffman (1961) a představitelé antipsychiatrického hnutí.

³⁹ Kleinman si během svých výzkumů povšiml, že v čínské kultuře hrají zdravotní systémy obecně mnohem důležitější roli, než na západě, a zahrnují v sobě mnohem více jevů. Číňané věnují více času otázkám spojeným se zdravím a jeho udržováním (Kleinman 1976 podle Kleinman 1980).

- 5) Způsoby vypořádávání se s výsledky léčby, a to jak kladnými, tak negativními, včetně selhání léčebné terapie, rekurentního návratu problémů, chronicity onemocnění a úmrtí pacienta.

Z výše uvedených souvislostí vyplývá, že onemocnění, jakožto biologický proces, se objevuje v určitém kulturním kontextu a je konfrontováno s jemu vlastním systémem sdílených významů a kategorií vážících se ke konkrétním nemocem. Fyziologický proces („*disease*“), pokud je uvědoměn, je vždy reflektován a prochází proměnou: z neutrální, objektivní kategorie se stává kategorie hodnotově zatížená („*illness*“). Fenomén nemoci tak v sobě zahrnuje jak primární onemocnění jakožto fyziologický stav organismu, tak sekundární osobní i sociální reakci na tento stav (Kleinman, 1980). Konkrétní způsob tohoto sociokulturního vypořádávání se s fyziologickou realitou stojí v základu vzniku všech systémů zdravotní péče, které představují jakousi kolektivní, nadindividuální zkušenost nemoci. Důležitým „nástrojem“, který z nestrukturovaných vjemů činí strukturovanou zkušenost, je právě jazyk, jenž skutečnost nejen reflektuje, ale také ji utváří⁴⁰. Veškerá tato zkušenost pak podléhá převládajícímu diskurzu, který marginalizuje všechny konkurenční narace a sám se o to častěji manifestuje v konkrétních řečových aktech, čímž svoji dominantní pozici upevňuje (Crowe, 2000) a stává se jakousi sebenaplňující předpovědí.

4.2 Diskurz

Pojem „diskurz“ se v postmoderní filozofii objevuje zejména v souvislosti s dílem Michela Foucaulta, který ve svých pracích *Řád diskursu* (1994) a *Archeologie vědění* (2002) předkládá historickou analýzu diskurzů (Nekvapil, J., 2006), které tvoří jakousi strukturu, která ovlivňuje způsoby, jimiž se v různých epochách hovoří či nehovoří o různých věcech (Matonoha, 2003). Představuje tedy způsoby porozumění skutečnosti, které generují nadindividuální nepsaná pravidla, podobná gramatice, jež ovlivňují a omezují možnosti vyjadřování každého aktéra rozmluv či autora textů a umožňují tak „*legitimizaci a institucionalizaci vědění a společenské praxe*“ (Matonoha, 2003). Diskurz lze tedy chápat jako to, „*co tvoří pozadí každé promluvy, která jej nutně „opakuje“, pohybuje se v prostoru*

⁴⁰ Připomeňme si Sapphire-Whorfovu teorii lingvistického relativismu, podle níž jazyk realitu nejen popisuje, ale částečně i vytváří (Soukup M., 2009)

jím vymezeném; je to zároveň to, co nám umožňuje mluvit, respektive co naše mluvení legitimizuje, a zároveň to, co nám tímž pohybem něco říct znemožňuje“ (Matonoha, 2003).

V obecné rovině pak můžeme pojem diskurs přeložit jako výklad, rozmluvu či rozpravu; jedná se tedy o jakýkoli text či jazykový projev (Malina et al., 2009). Většinou rovněž nehovoříme o jednom diskurzu, ale o pluralitě diskurzů⁴¹, které spolu koexistují. Jeden a týž předmět může být nahlížen z perspektivy několika diskurzů zároveň, přičemž jejich koncepce mohou stát ve vzájemném rozporu (Matonoha, 2003).

4.2.1 Symbolické násilí a legitimizace moci

Pierre Bourdieu ve svém díle *„Reprodukce: Prvky teorie vzdělávacího systému“* (1970) přichází s konceptem symbolické moci, která se podílí na konstrukci reality a ustanovení jednotného pojetí veškerých jevů. To umožňuje vytvoření jednotné koncepce světa, což usnadňuje vzájemné porozumění napříč všemi společenskými třídami a skupinami (Malina et al., 2009). *„Sdílené symboly jsou tedy nástroji sociální integrace par excellence ... a jako takové umožňují všeobecný konsensus, který přispívá k reprodukci ustanoveného sociálního řádu“* (Bourdieu, 1991, p. 166). Tato reprodukce je umožněna právě jen díky ustáleným a všemi akceptovaným vzorcům myšlení a jednání, které se podílejí na zachování stávajících mocenských struktur. Tyto legitimní vzorce jsou prezentovány jako přirozený stav věcí a integrovány, kromě privilegovaných vrstev jejichž zájmům slouží, i všemi ostatními, kteří tak sami sebe nevědomě udržují v podřízeném postavení (Malina et al., 2009).

Zde se opět dostávám k roli dominantních diskurzů v distribuci moci ve společnosti a selektované prezentaci vybraných skutečností na úkor jiných. Nejhlouběji se v této části budu zabývat tím druhem diskurzu, který je pro téma této práce nejpodstatnější, tedy diskurzem psychiatrickým.

4.2.2 Psychiatrický diskurz

Obecně sdílené představy o duševních nemocích jsou v dnešní společnosti majoritně utvářeny v rámci lékařského psychiatrického diskurzu. Tento systém znalostí stojí v základu moderní psychiatrie, které jakožto vědecké autoritě, náleží dominantní postavení v rámci diskurzů o duševní nemoci. Všechna alternativní vysvětlení a popisy duševních nemocí jsou systematicky marginalizovány a potlačovány, čímž dochází k ustanovení normalizované

⁴¹ Existuje např. diskurz historický, sociologický, psychologický, filozofický apod. (Matonoha, 2003).

zkušenosti duševní choroby („*illness*“). Tyto normy ne-normality⁴² jsou následně adoptovány pacienty, kteří skrze ně vysvětlují vlastní chování a myšlenkové pochody⁴³ i zdravotnickým personálem, který jejich prizmatem nahlíží a klasifikuje chování druhých (pacientů) (Crowe, 2000).

Snad nejpřesvědčivějším důkazem vlivu psychiatrického diskurzu na interpretaci a misinterpretaci chování je Rosenhanův experiment, který uveřejnil v roce 1973 pod názvem „*On Being Sane in Insane Places*“ a který otřásl všeobecnou důvěrou v psychiatrické instituce a psychiatrii vůbec. V rámci tohoto experimentu se David Rosenhan rozhodl prozkoumat, jak se všeobecně sdílené představy o tom, co je a není duševní zdraví uplatňují v praxi. V základu celého experimentu stála jedna zásadní otázka: „*Spočívají klíčové charakteristiky, jež vedou k diagnostice nemoci, v pacientovi samém nebo spíše v prostředí či specifickém kontextu, v němž se diagnostický proces odehrává?*“ (Rosenhan, 1973, p. 251). Aby získal odpověď, rozhodl se otestovat schopnost psychiatrického personálu rozpoznat přítomnost duševního zdraví či nemoci u potenciálních pacientů. Sestavil proto skupinu osmi zdravých lidí, kteří se, pod záminkou auditivních halucinací⁴⁴, přihlásili k příjmu do dvanácti psychiatrických léčen v okruhu celých Spojených států. Všechny ostatní údaje⁴⁵ vážící se k jejich osobní historii zůstaly nezměněny. Přesto byli všichni bez problémů přijati; jeden s diagnózou maniodepresivní psychózy, ostatní s diagnózou schizofrenie. Ihned po přijetí přestal každý z nich vykazovat jakékoli známky nemoci. Běžným způsobem komunikovali s ostatními, bez protestů se podřizovali radám a nařízením personálu a na otázku, jak se jim daří, odpovídali, že dobře a že veškeré hlasy již ustaly. I když všichni pseudopacienti nevykazovali po celou dobu hospitalizace žádné známky nemoci⁴⁶, průměrná doba jejich pobytu v nemocnici činila 19. dnů⁴⁷. Poté byly propuštěni s diagnózou „schizofrenie v remisi“.

⁴² Pojem „ne-normalita“ je zde použit jako slovní hříčka, neboť v sobě sice obsahuje negaci běžných norem (v tomto případě norem vztahujících se ke zdraví), ale rovněž přijetí nových norem, vztahujících se k nemoci. „Nenormalita“ nicméně nemůže být ztotožňována s (duševní) nemocí, většinou bývá chápána jako pojem jí nadřazený, přičemž duševní nemoc může být v určitých případech chápána jako přirozená („normální“) odpověď na nezdravé podmínky ve společnosti (Jahodová, 1958 podle Syřišťová, 1972).

⁴³ Přetváří laické explanatorní modely: například „Jsem nešťastný, protože jsem ve všem, co jsem kdy udělal, naprosto selhal.“ se s psychiatrickou diagnózou a stručným vysvětlením doprovodných změn v mozku mění na „Jsem nešťastný, protože můj mozek produkuje málo serotoninu“. Dnes již zpopularizované a velmi zjednodušené vysvětlení duševních onemocnění jako nemocí mozku sice ulehčuje pacientovu svědomí tím, že ho zbavuje odpovědnosti za jeho stav, ale zbavuje ho také odpovědnosti za jeho uzdravení.

⁴⁴ Tvrdili že slyší nejasné hlasy, jejichž obsah by bylo možno nejpřesněji vyjádřit slovy jako „prázdný“ či „prázdnota“.

⁴⁵ S výjimkou občanského jména a povolání u těch, kteří byli sami pracovníky psychiatrické či psychologické péče (Rosenhan, 1973).

⁴⁶ Což, jak uvádí Rosenhan (1973), reflektoval v chorobopisech i nemocniční personál.

⁴⁷ Minimální doba hospitalizace činila 7 dní, maximální 52 dní.

Právě zde se nejokřividněji vyjevuje odlišnost psychického a somatického onemocnění. Psychiatrická diagnóza je mnohem častěji vnímána jako nesmazatelné stigma, které se stává bytostnou součástí nemocného, stává se centrálním rysem⁴⁸ jeho osobnosti, prizmatem, skrze nějž jsou nazírána veškerá jeho další konání, vlastnosti či promluvy. To vše pak bývá interpretováno s ohledem na diagnózu tak, aby byla potvrzena její platnost⁴⁹. Jako typicky schizofrenické byly například u Rosenhanových „pseudopacientů“ interpretovány i některé zcela běžné aktivity⁵⁰. Navíc schizofrenik zůstává schizofrenikem napořád; pokud zrovna nejsou přítomny žádné symptomy nemoci, ještě to neznamená, že je zdravý, je jen „v remisi“. Označení diagnózou duševní nemoci představuje tedy velmi závažný zásah do života člověka (Rosenhan, 1973). Rosenhan (1973) upozorňuje na fakt, že lékaři obecně inklinují spíše k tendenci podezírat i zdravého člověka z nemoci než naopak. Je totiž přece jen lepší zaléčit nemoc, která potencionálně přítomná není, než přehlédnout tu, která přítomná je. Nicméně v oblasti psychiatrické péče tato rovnice zcela neplatí, neboť důsledky falešné diagnózy dopadají na člověka jako celoživotní stigma. Psychiatrická diagnóza totiž re-socializuje pacienta do nové sociální role duševně nemocného.

4.2.3 Psychiatrická diagnóza jako performativní výpověď

V této souvislosti je zajímavé zmínit koncept tzv. performativní věty britského lingvisty Johna Austina. Austin (2000) přišel s myšlenkou, že různé výpovědi nemusí jen vnější stav věcí popisovat, ale také do něj aktivně zasahovat, něco činit. Věty, jejichž samotné vyslovení znamená vykonání určitého činu (nebo jeho součást), pak nazval větami performativními. Takovou výpovědí je např. „Ano“ vyslovené při svatebním obřadu, které v této souvislosti nepopisuje, že si druhého bereme za muže či ženu, nýbrž právě skrze něj se tento akt naplňuje (Austin, 2000). Podobně je možné nahlížet i na psychiatrickou diagnózu. Pokud je nějaká osoba označena např. jako schizofrenik, není toto označení pouhým popisem aktuálního duševního stavu, ale aktivním činitelem, který mění sociální statut takto označeného. V západní společnosti, kde je diagnóza centrální kategorií psychiatrického diskurzu, je pak

⁴⁸ Solomon Asch (1946) zdůraznil, že ne všechny osobnostní charakteristiky vnímáme stejně silně. Některé představují tzv. centrální rysy (například polarita vřelý – chladný), které zabarvují vnímání ostatních vlastností i celkového dojmu.

⁴⁹ Rosenhan (1973) v této souvislosti popisuje příklad jednoho pseudopacienta, jehož životní historie byla personálem viditelně pokřivena tak, aby zapadala do diagnózy schizofrenie,

⁵⁰ Např. zaznamenávání poznámek o průběhu hospitalizace, o chování personálu i spolupacientů a denním nemocničním režimu. O jejich obsahu ovšem personál nevěděl, a tak bylo jako patologické interpretováno samotné extenzivní psaní.

člověk nahlížen svým okolím právě skrze prizma „jeho“ diagnózy. Přitom se proměňuje i jeho vlastní sebepojetí. Gregory Bateson (1973 podle Borch-Jacobsen, 2009) zdůrazňuje fakt, že pacienti nejsou pouze pasivními objekty lékařské péče, ale sami aktivně participují na své re-socializaci. Jsou konfrontováni se sociokulturně sdílenými obsahy konkrétní nemoci a často internalizují tyto typické vzorce chování. Právě diagnóza je nejsilnějším nástrojem, jehož vlivem dochází k přerodu nespecifikovaných příznaků („*disease*“) v konkrétní nemoc s typickými obsahy a charakteristikami („*illness*“). Nemocný se tedy, s nadsázkou řečeno, teprve skrze diagnózu, která jeho prožívání pojmenovává a naplňuje specifickými významy, učí, jak „správně“ tou kterou nemocí stonat (Komárek, 2005). Právě rozdílné obsahy spojované s biologickými projevy nemoci stojí zřejmě v základu mezikulturních odlišností pojetí, popisu a prožívání rozličných onemocnění.

4.2.4 Média a diskurzivní diskriminace

Jak již bylo řečeno, převládající způsob jakým je v určité společnosti pojímáno duševní zdraví a duševní nemoc, je definován legitimními nositeli moci v dané oblasti. V případě psychiatrie jsou jimi zejména lékařské authority, ale i média, která rozhodují o tom, jak bude duševní nemoc prezentována širokému okruhu populace. Právě média se nejvýrazněji podílejí na laické koncepci duševní nemoci a přispívají tak ke stigmatizaci nebo destigmatizaci. Selektivní negativní reprezentace duševně nemocných upevňuje stereotypy a zvyšuje míru negativních společenských postojů vůči nim (Angermeyer & Matschinger, 1996). Negativní společenské postoje vůči duševně nemocným přitom mají nepříznivý vliv jak na ně samotné, tak i na jejich schopnost znovu začlenění do společnosti (Grinfeld, 1998 podle Nawková et al., 2007), neboť nemocní pak musí, kromě vlastní duševní choroby, čelit i negativním postojům ze strany veřejnosti (Penn & Wykes, 2003 podle Höijer & Rasmussen, 2005). Přitom, jak se ukázalo, jsou hlasy samotných duševně nemocných, případně jejich příbuzných, zastoupeny v mediálních sděleních jen velmi zřídka⁵¹ (Nawková et al., 2007). Dochází tak k marginalizaci výpovědí duševně nemocných, přičemž tuto roli za ně přebírají renomovaní psychiatři, redaktoři, kriminalisté, či režiséři. Opět zde často narážíme na onen „foucaultovský“ monolog o duševní nemoci, aniž by se k němu sama mohla důrazněji

⁵¹ Podle studie Nawkové et al. (2007) pouze v 10% všech článků pojednávajících o duševní nemoci.

vyjádřit⁵². V otázce diskurzu je ovšem vhodné zaměřit se nejen na to, o čem a jak se hovoří, ale rovněž na to, o čem (a jak) se mlčí (Foucault, 2002) a jakou roli tedy může jazyk sehrávat v úloze diskriminace druhých.

Diskriminace prostřednictvím jazyka může nabývat rozličných forem. Boréus (2006) rozlišila čtyři hlavní typy diskursivní diskriminace. Jsou jimi: 1) exkluze z diskurzu; 2) negativní reprezentace druhých; 3) objektivizace; 4) nepříznivé ne-jazykové zacházení s druhými. V případě mediálního diskurzu o duševní nemoci jsou nejvýrazněji zastoupeny první dva výše zmíněné typy diskursivní diskriminace⁵³.

Exkluze z diskurzu: exkluze pacientů z psychiatrického diskurzu je velmi častý, přetrvávající problém. Nejzřetelněji se objevuje tam, kde převládá biomedicínský přístup k nemoci. Zaměření na biologické aspekty totiž logicky upřednostňuje lékaře jako jedinou autoritu schopnou objektivně hovořit o pacientově nemoci, přičemž hlediska psychoanalytická, psychologická či sociologická jsou opomíjena (Höijer & Rasmussen, 2005). Větší ohled na pacientovu osobní výpověď s náhledem na širší psychosociální souvislosti se objevuje s příklonem k sociálně orientované psychiatrii (Praško et al., 2011). Malé zastoupení hlasů samotných duševně nemocných v médiích⁵⁴ potvrdila např. studie Nawková et al. (2007). Duševně nemocní či jejich blízcí příbuzní se měli možnost vyjádřit pouze v 10% z celkového objemu tematických článků; psychiatři či jiní odborníci z oboru pak v jedné třetině z nich (Nawková et al., 2007).

⁵² Nejen, že je hlas duševně nemocných přehlušován hlasem odborníků, novinářů i filmařů, ale, jak upozornil David Rosenhan (1973), je rovněž možné, že duševně nemocní nejsou považováni za dostatečně důvěryhodný zdroj.

⁵³ V rámci psychiatrických institucí i laických přístupů k duševně nemocným se pak můžeme setkat se všemi čtyřmi typy. Problémy objektivizace a depersonalizace pacientů uvnitř psychiatrických léčen popsal například David Rosenhan (1973). Pacienti byli často přehlíženi, jejich soukromí bylo omezeno na minimum a ze strany personálu nemocnice pociťovali minimální ochotu konverzace a zájmu o svou osobu. Nepříznivé ne-jazykové zacházení pak můžeme vidět například v jednostranném důrazu na biologickou léčbu na úkor psychotherapeutické nebo v umisťování pacientů na velká přeplněná oddělení, v nich někteří setrvávají, i když už by měli být propuštěni nebo přemístěni jinam. Problémem je v tomto případě nedostatek návazné péče, zejména o staré lidi, kteří tak často zůstávají v léčebnách jen proto, že nemají kam jinam jít (Veřejný ochránce práv, 2008).

⁵⁴ Přes velmi malé zastoupení hlasů duševně nemocných v médiích je však třeba zmínit, že na poli uměleckého vyjádření je situace o mnoho optimističtější. Vyšly mnohé autobiografické příběhy pojednávající o autentických zkušenostech s duševní nemocí, které nabízí čtenářům pohled „zevnitř“. Mezi jinými jmenujme např. *Viditelnou temnotu* Williama Styrona, *Prozac Nation* Elizabeth Wurtzel nebo *An Unquiet Mind* Kay Redfield Jamison. Podobné tendence se objevují i v ostatních uměleckých žánrech. Zajímavý je v této souvislosti, ve svém žánru již kultovní, hudební projekt *Diagnose: Lebensgefahr*, který vznikl v rámci terapie Mikaela Nilssona přímo za podpory psychiatrické kliniky ve švédském městě Växjö.

Negativní reprezentace druhých: jak se ukázalo, média často sdílejí a posilují negativní stereotypy⁵⁵, které se nad duševní nemoci odjakživa vznášely (Signorelli, 1993 podle Höijer & Rasmussen, 2005; Nawková et al., 2007; Wilson, Nairn, Coverdale & Panapa, 1999). Bylo potvrzeno, že téma duševní nemoci bývá nejčastěji medializováno ve spojitosti s násilnými činy (Philo, 1999; Nawková et al., 2007), přičemž skutečná či domnělá duševní nemoc pachatelů je zde zobrazována jako hlavní a bezprostřední příčina činu. Nawková et al. (2007) zkoumala v průběhu pěti týdnů výskyt a obsah článků s tematikou duševní nemoci v nejčtenějších českých, slovenských a chorvatských tištěných médiích. Podle výsledků této studie byla duševní nemoc spojována s agresivním chováním v celých 49% článků v Chorvatsku, 40% na Slovensku a 25% v České Republice. Obdobné výsledky byly zjištěny i jinde ve světě⁵⁶. Tato čísla jsou přitom velmi zkreslující, neboť duševně nemocní lidé ve skutečnosti nepáchají trestné činy statisticky častěji než běžná populace (Ward, 1997). Zprávy tohoto typu navíc představují určité „senzace“ a jsou tedy pravidelně umístovány na titulních stranách, což ještě umocňuje působnost jejich sdělení (Philo, 1999; Ward, 1997). Ve filmech, seriálech a televizních pořadech jsou pak duševní nemoci nejčastěji vyobrazovány rovněž stereotypně jako pachatelé násilných činů zaměřených proti sobě nebo ostatním, přičemž byli v převážné většině případů vykresleni zejména jako nebezpeční, asociální, nekompetentní a neproduktivní jedinci (Wilson et al., 1999). Höijer & Rasmussen (2005) pak ve své studii zjistili, že duševní nemoc slouží v případě trestných činů jako absolutní vysvětlení toho, proč pachatel jednal tak, jak jednal. Veškeré chování je tedy připisováno jeho osobnostním dispozicím, zatímco vnější okolnosti, vliv prostředí, pachatelovy sociální situace nebo osobnostní historie jsou opomíjeny. Druhým důležitým faktorem a rovněž bodem kritiky se pak stává institucionální péče a legislativa, jimž je vyčítána jejich nedostatečnost.⁵⁷

Z těchto závěrů vyplývá, že i přes mnohé destigmatizační snahy zůstává společenská situace duševně nemocných stále relativně neutěšená. Zdá se, že je primárně nutné upravit způsob vyjadřování o duševně nemocných v médiích, neboť právě jejich prostřednictvím dochází k masové transmisi pokřivených stereotypů. Bez změny diskurzu nelze smazat

⁵⁵ Duševně nemocný bývá nejčastěji zobrazován jako nebezpečný jedinec, který se může pod vlivem náhlého, nepředvídatelného zvratu mysli dopustit čehokoli (Höijer & Rasmussen, 2005)

⁵⁶ ve Velké Británii je dle výzkumů trestná činnost ve spojitosti duševní nemocí zmiňována ve 46% všech článků pojednávajících o duševní nemoci (Ward, 1997 podle Nawková et al., 2007).

⁵⁷ Hlavními body kritiky byly v tomto případě nedostatek specializovaných odborníků a lůžek na psychiatrických odděleních, deinstitucionalizace a nedostatečná legislativní opatření, která chrání pouze duševně nemocné, ale nikoli již jejich okolí.

stigma duševní nemoci a docílit změny hostilních postojů veřejnosti. Důležité je rovněž vymezit více prostoru hlasům samotných duševně nemocných a zaměřit se nejen na negativní, ale i na „pozitivní“ aspekty, jako je vyléčitelnost nemoci, znovuzачlenění do společnosti po prodělané chorobě, příležitost ke změně a seberozvoji a další. Ačkoli jsou diagnózy zcela jistě efektivními pomocnými koncepty, jejich problematickou stránkou je, že to co popisují, do jisté míry zároveň utváří. Ve světle těchto faktů je tedy zejména nutné dívat se „za“ diagnózy a reagovat na individuální charakteristiky a potřeby každého pacienta. Jen tak je možné zmírnit výše uvedené nedostatky psychiatrické péče i diskurzu o duševní nemoci a přispět k lepšímu sociálnímu postavení a kvalitě života duševně nemocných.

4.3 Sociální konstrukce duševní nemoci

V této kapitole bylo nastíněno, že fyziologické procesy, které stojí v základu většiny onemocnění, nejsou vnímány zcela objektivně samy osobě, ale prostřednictvím obsahů a významů, které jsou jim sekundárně implementovány. Kultura se tedy významně podílí na přerodu nestrukturovaných příznaků („*disease*“) ve strukturovanou nemoc naplněnou konkrétními obsahy a charakteristikami („*illness*“). Platí-li toto pravidlo pro nemoci somatické, tím spíše je potom můžeme konstatovat pro nemoci duše, pro něž jsou mnohdy jejich sociokulturně sdílené významy určující. Z těchto závěrů by nicméně nemělo vyplývat, že somatické nebo psychické nemoci představují pouhou sociální konstrukci. Skutečností spíše odpovídá představa dichotomie „*disease*“ – „*illness*“, kterou v sobě každé onemocnění zahrnuje (Kleinman, 1980). Symptomy a/nebo fyziologické změny v organismu totiž samozřejmě existují i vně našeho porozumění a existují mnohdy i dříve než si jich vůbec povšimneme. Když jsou ale uvědoměny⁵⁸, nutně prochází reflexí a právě zde nastupuje úloha kultury. Každá kultura nabízí soubor pravidel, která určují, jak interpretovat různé symptomy a syndromy a na koho se v případě potřeby obrátit. Můžeme tedy konstatovat, že mezikulturní odlišnosti v pojetí, popisech a prožívání rozličných onemocnění pramení právě z rozdílných obsahů, které jsou s biologickými projevy nemoci spojovány. Tyto obsahy však nemohou být

⁵⁸ Problematickým zde může být fakt, že kulturní vzorce mohou ve skutečnosti uvědomění některých symptomů bránit, a to zejména pokud s sebou nesou určité stigma. Může pak docházet k potlačování myšlenky na to, že potřebujeme pomoc, čímž dochází k odkládání návštěvy lékaře a dalšímu zhoršování příznaků. Toto se týká nejen duševních onemocnění, ale například i těch, v nichž se projevují známky stárnutí a které jsou tak v přímém kontrastu s dnešním kultem mládí a důrazem na výkonnost.

zkoumány vně kultury a historických souvislostí, neboť jen v jejich světle je možné jim porozumět.

5 Podoby psychopatologie

Různá historická období se vyznačují odlišnou prevalencí jednotlivých (duševních) chorob. Téměř by bylo možné říci, že každá doba má nějakou svoji „módní“ nemoc (Komárek, 2005). Samozřejmě lze namítat, že zdánlivé proměny četnosti výskytu jednotlivých duševních onemocnění jsou pouze odrazem tehdejší nedokonalé klasifikace a omezených lékařských znalostí. Stejně tak je ovšem pravděpodobné, že nemoci vždy částečně odrážejí charakteristiky své doby včetně jejích kulturních, sociálních a ekonomických podmínek. Podobné rozdíly jako v historii lze nalézt i mezi současnými kulturami. Každá kultura totiž podporuje určité způsoby chování, které ve svém důsledku mohou vést k některým nemocem spíše než k jiným (Wallace, 1972). V následujících dvou kapitolách se proto zaměřím na sociokulturní souvislosti historických a mezikulturních proměn prevalence, způsobů léčby, manifestace a prognózy vybraných duševních onemocnění.

5.1 Kam zmizela hysterie?

„V psychiatrické léčebně, kam jsem po promoci nastoupil, jsme přijímali nejméně jednou týdně pacientku s velkými hysterickými příznaky. Dnes tam neregistrují jediný takový případ jak je rok dlouhý“ (Honzák, 2013).

Epidemie hysterie, která zachvátila Evropu koncem 17. století (Černoušek, 1994) a jež se udržela se „na výsluní“ po celé 18. a 19. století, v průběhu 20. století téměř vymizela (Shorter, 1992 podle Stone, Hewett, Carson, Warlow & Sharpe, 2008). Co tento náhlý zvrát zapříčinilo? A došlo ke skutečnému vymizení hysterie nebo jen k její transformaci do jiných syndromů, lépe odpovídajícím moderní době?

Prvním metodologickým problémem zůstává samotná definice hysterie (King, 1993). Tím co je charakteristické pro tuto nemoc, je totiž proměnlivost a diverzita jejích projevů (Rousseau, 1993). V jejím základu stojí schopnost brát na sebe podoby téměř veškerých lidských onemocnění (Wright, 1980 podle King, 1993) přičemž způsob konkrétní manifestace bývá určen charakterem té části těla, skrze kterou se projevuje⁵⁹ (Foucault, 1993). Již Willis

⁵⁹ Adler hovořil o tom, že nemoc si v těle hledá „místo nejmenšího odporu“, skrze nějž se nakonec projeví (Adler, 1907 podle Komárek, 2005).

upozorňoval na problematický aspekt diagnózy hysterie, která zřejmě do jisté míry představovala jakousi „sběrnou nádobu“ pro veškerá onemocnění ženského těla, kterým lékaři ve své době nebyli schopni porozumět (Foucault, 1993). Je tedy do jisté míry pravděpodobné, že se pod tzv. hysterickými příznaky skrývala i některá nerozpoznaná organická onemocnění⁶⁰ (Shorter, 1984; Mardsen, 1986 podle King, 1993). Bytostná podstata hysterie, jak si jako první povšiml Thomas Sydenham, nicméně ve skutečnosti nepramení z imitace jiných onemocnění, ale z imitace kulturních a společenských tlaků. Podmínky ve společnosti se v průběhu každé epochy proměňovaly a s nimi i prevalence některých projevů hysterie, neboť jejich povaha byla odrazem sociokulturní atmosféry své doby. Mnohé hysterické symptomy jako náhlé záchvaty mdlob, paralýza končetin, křeče, zažívací poruchy nebo poruchy spánku se vyskytovaly relativně konstantně. Měnily se jen společenské podmínky, na něž tyto projevy reagovaly, způsoby explanace příčin jejich vzniku a uplatňované léčebné postupy (Rousseau, 1993). Zřejmě právě tato schopnost imitace, která činí hysterii tak nejednoznačnou a její příznaky těžko vysvětlitelné, představuje spojovací linii všech „hysterií“ napříč staletími.

Jeden z prvních popisů hysterických příznaků je tradičně připisován staroegyptskému papyru *Kahun*, jehož stáří je datováno do 19. století před naším letopočtem (Černoušek, 1994). Další zmínka se objevuje v *Corpus Hippocratum*, kde je používáno adjektivum „*histerikos*“, jehož význam lze volně přeložit jako „pocházející z dělohy“ (King, 1993). Ze starodávného spojení hysterických příznaků a dělohy byl později odvozen i její dodnes zažitý název⁶¹ (Černoušek, 1994). V antické tradici byly tedy hysterické příznaky spojovány převážně se somatickými jevy a vycházely z předpokladu charakteristické konstituce ženského těla, které bylo od přírody „vlhčí“ než tělo mužské. Přesto v určitých případech mohlo dojít k vyschnutí dělohy, čímž se stala lehčí a mohla volně putovat po těle, aby z jeho jiných částí načerpala dostatek vláhy. Děloha ovšem může putovat po těle i z jiných důvodů, jako je špatná životospráva, nedostatečná strava nebo vysoká únava. V jiné části hippokratovského traktátu se dokonce dočteme, že děloha je u žen původcem všech zdravotních potíží. Tomuto specificky ženskému orgánu byla někdy připisována i živá povaha, takže představovala jakousi „oživenou“ část těla, kterou žena nemá zcela pod

⁶⁰ Na to, že hysterie byla mnohdy chybně diagnostikována i ve 20. století upozornil svým výzkumem Eliot Slater (1965).

⁶¹ Tehdejší popisy se však soustředily spíše na charakteristiku symptomů a vymezení optimálních způsobů léčby než na vytvoření jednotné diagnózy. Proto pojem „hysterie“ jako diagnostickou jednotku v antických textech ještě nenajdeme (King, 1993).

kontrolou (King, 1993). Na tyto problémy pak byly doporučovány různorodé léčebné postupy od koupelí, masží, vykuřování rodidel aromatickými látkami⁶², bandáž těla za účelem udržení dělohy na místě až po sňatek a otěhotnění (Černoušek, 1994; King, 1993). Později byla představa putování dělohy jako původce hysterických symptomů některými mysliteli odmítnuta. Například Soranus své přesvědčení o nemožnosti pohybu orgánu založil na výsledcích pitev, které provedl řecký lékař Herófilos. Stejnou myšlenku zastával i Galén (King, 1993). Hysterie byla však i nadále buď symbolicky nebo fakticky spojována s dělohou, a přestože už Galén upozorňoval na to, že se netýká zdaleka jen žen (Černoušek, 1994), stala se postupně nemocí vycházející z bytostné podstaty ženskosti (King, 1993; Rousseau, 1993).

V renesanci se hrála zásadní roli v demystifikaci čarodějnictví, neboť mnozí lékaři postupně nabyli dojmu, že mnoho domnělých příznaků čarodějnictví a posedlosti jsou spíše úkladem nemoci než d'ábly (Rousseau, 1993). Čelní místo mezi nimi zaujímal holandský lékař Johann Weyer, který ve svém rozsáhlém díle „O podvodech a úskocích démonů“ v němž odlišil „pravou“ posedlost od hysterických příznaků způsobených nemocí (Weyer, 1663 podle Černoušek, 1994). Později byla hysterie obecně spojována zejména s křehkou konstitucí ženského těla. Thomas Sydenham (1784 podle Rousseau, 1993) upozorňoval na to, že se hysterické příznaky sice objevovaly i u mužů, a to zejména u těch, kteří vedli sedavý život, více ale postihovaly ženy, neboť jejich nervový systém byl přirozeně slabší. Těmito úvahami položil základy pro pojetí hysterie jako choroby vlastní výhradně ženám (Rousseau, 1993), čímž byla oddělena od hypochondrie, která se stala jejím „mužským protějškem“ (Foucault, 1993). Sydenham (1784 podle Rousseau, 1993) rovněž pojímal hysterii jako neduh duševní povahy, stejně jako Robert Burton, který ji považoval za formu melancholie (Burton, 1621 podle Rousseau, 1993). Hysterie tak postupně začala být v průběhu 17. století vnímána ve své psychosomatické povaze s důrazem na duševní stav nemocného. Ve stejné době se upravuje i myšlení o příčinách nemoci, za jejichž hlavní zdroj začíná být považován mozek nebo celý organismus (Rousseau, 1993). V 17. století, jak poznamenává Černoušek (1994), dochází k náhlému výskytu mnohých „hysterických“ bolestí hlavy, které přerůstaly až v jakousi módní epidemii. V této době se totiž také pozvolna objevovala nová střední vrstva a s měšťanským způsobem života se rovněž otevřel prostor pro nové tělesné i duševní neduhy. Toto „prázdné“ místo zaujaly právě hysterie a hypochondrie, jež se staly moderními neurózami vyšších vrstev (Černoušek, 1994). Postupně se tak hysterie vyvíjela ruku v ruce se

⁶² Mnohé z těchto technik byly založeny na představě dělohy jako živého „zvířete“. Například vykuřování aromatickými látkami mělo dělohu přilákat zpět na její původní místo (King, 1993).

středostavovskou morálkou a spolu konstitovala požadované normy slušného společenského chování a specifickou křehkou povahu ženskosti obecně. V některých situacích totiž mohlo být pro slušnou ženu „vhodné“ omdlít a bylo pochopitelné, že jí z něčeho, co se pro její oči či uši „nehodí“, rozbolela hlava. Navenek tím vyjadřovala svůj nesouhlas s „nepatřičnou“ situací, který se ve skutečnosti mohl týkat jejího nesvobodného společenského postavení nebo citové nenaplněnosti (Černoušek, 1994).

Až do dob Pinelových, který byl přesvědčen o psychickém a mravním základu hysterie a zařadil ji mezi neurózy, se nikdo psychologickými nebo sociálními aspekty hysterie příliš nezabýval (Černoušek, 1994). Do té doby byly hysterické příznaky interpretovány převážně ve fyziologických souvislostech, jako přebytek krve v ženském těle, který ji vede k vyšší vulnerabilitě k podráždění; přehřátí fluid, které se tlačí jedno na druhé, čímž způsobují hysterické konvulze či naopak jako jejich zpomalení až zastavení vedoucí k chladu a netečnosti (Foucault, 1993). Analýza psychologických aspektů onemocnění nabyla na významu až v díle Pierra Janeta. Janet rovněž přispěl psychologické a psychiatrické teorii svým konceptem disociace, která představovala jakousi fixní myšlenkovou strukturu zakotvenou v hlubších rovinách vědomí. Na jeho myšlenky později navázal Freud svojí koncepcí nevědomí, v němž rovněž spatřoval zdroj neurotických příznaků, které, aby byly překonány, musí být uvědoměny. Z hypnoterapie se tak stává psychoterapie a hysterické příznaky se proměňují v manifestaci vytěsněného traumatu (Černoušek, 1994).

Zdá se, že se Freudovi podařilo rozluštit „kód“ hysterie a učinit její nevědomé poselství, skryté mnohdy i před samotnými aktéry, vědomým a artikulovaným. Osvobodil spoutanou řeč nevědomí, které se již se svojí revoltou vůči stávajícímu řádu nemuselo utíkat do nemoci, ale mohlo se manifestovat vědomě a hlasitě. Z dnešního pohledu je nasnadě interpretovat hysterické symptomy jako somatické manifestace frustrací vyvstávajících z tehdejší neutěšené situace žen, jež disponovaly omezeným přístupem k moci i nedostatkem kontroly nad vlastním životem (Černoušek, 1994). Prevalence výskytu různých hysterických příznaků byla zřejmě ovlivňována morálními principy a sdílenými hodnotami své doby. Hysterie představovala doslova somatizaci sociálních tlaků. Se změnou sociokulturních podmínek se totiž proměňovaly i psychosomatické symptomy, které s nimi interagují (Shorter, 1992 podle McLaren, 2003). Jak poznamenává Edward Shorter (1992 podle McLaren, 2003), na přelomu 18. a 19. století se lékaři běžně setkávali s paralytickými poruchami; některé pacientky ztratily dočasně zrak, další nemohly chodit nebo hýbat rukou a jiné byly celé týdny připoutány na lůžko bez zjevných známek života. Obecně se věřilo, že tyto příznaky jsou

způsobovány poruchou míchy nebo páteře. Přestože některé z nich byly jistě somatického původu, většinu způsobovaly psychogenní faktory.

O sto let později tyto příznaky prakticky vymizely. Medicínské myšlení obrátilo svoji pozornost od páteře k mozku a postupně se zlepšovala i sociální situace žen, které byly během Viktoriánské éry doslova sociálně paralyzované. Psychogenní paralýza totiž představovala integraci vnějších sociálních tlaků a zároveň manifestaci vnější i vnitřní nesvobody. Byla prakticky jediným nástrojem, jímž mohla žena získat alespoň částečnou kontrolu nad situací⁶³ S tím jak ženy postupně nabývaly větších práv a svobod tyto symptomy prakticky ztratily svůj smysl (Shorter, 1992 podle McLaren, 2003). Stejně tak postupně zmizela i „klasická“ hysterie se svými teatrálními projevy. V prvním vydání Diagnostického a statistického manuálu z roku 1952 se již diagnóza „hysterie“ neobjevila (Webster, 1996 podle Webster, 2004). Můžeme nicméně konstatovat, že spíše než k vymizení došlo k přetransformování psychosomatických symptomů tak, aby lépe odpovídaly charakteru moderní doby. Původní hysterie se rozštěpila do několika diagnostických jednotek: disociativních a konverzních poruch a hysteriínských poruch osobnosti. Tyto tři kategorie představují neutrální variantu hysterie, jsou oproštěny od negativních přívlastků, jež jí byly v průběhu staletí přisouzeny (Webster, 1996, podle Webster, 2004). Mimo tyto psychiatrické diagnózy se původní hysterické symptomy dnes projevují i v rozšířených psychosomatických obtížích, např. v bolestech hlavy, zad, kloubů či břicha, vysoké míře únavnosti, závratích a podobně (Shorter, 1992 podle McLaren 2003).

5.1.1 Konverzní symptomy v moderní neurologické praxi

Náhlé „zmizení“ hysterie ze scény moderních neuróz však bylo kromě společenských změn zapříčiněno i změnou v lékařském a laickém přístupu k psychosomatickým obtížím. Zřejmě to nebyly hysterické symptomy, které zmizely, ale spíše zájem lékařů o ně (Stone et al, 2008). S vývojem medicíny došlo k odštěpení psychiatrie od neurologie. Neurologové, kterým se nepodařilo podložit hysterii žádnými organickými procesy, postupně přenechali tuto problematiku psychologům, kteří se pod vlivem psychoanalytických objevů ujali její léčby (Stone et al., 2008). Samotní pacienti se ovšem převážně domnívají, že jejich problémy pramení z neurologické příčiny, takže mají spíše tendenci vyhledávat fyziologickou než psychiatrickou nebo psychologickou léčbu (Binzer, M, Eisemann, M & Kullgren, G.).

⁶³ Ke konverzním symptomům se často váže jistý sekundární zisk, jímž může být například ovlivňování druhých lidí či manipulace jimi pomocí symptomů. Tyto motivy jsou však vždy nevědomé (Pavlovský, Raboch et al., 2012).

Konverzní poruchy se tak díky touze pacientů po „reálném“ vysvětlení příčin jejich problémů oklikou navrátily zpět do neurologických ambulací, přičemž úkolem neurologa je dnes již pouze vyloučit skrytou neurologickou příčinu. Počet těchto pacientů v neurologické praxi se přitom v průběhu času nijak výrazně nezměnil (Stone et al., 2008). Již v roce 1955 upozornil francouzský neurolog Georges Guillain (1955 podle Stone et al., 2008) na to, že se ve své praxi běžně setkává s příznaky, které šedesát let před ním popsal Charcot; jen se jim už neříká „hysterie“. Zdá se tedy, že nedošlo k vymizení hysterie, ale spíše k pozměnění termínů, jimiž o ní hovoříme.

Hysterické symptomy přetrvaly. V roce 1891 byly diagnostikovány 8% z celkového počtu 3168 pacientů Charcotovy kliniky (Guillain, 1955 podle Stone et al., 2008); v londýnské *West End Hospital for Nervous Disease* bylo v roce 1909 léčeno celých 500 pacientů s hysterií (Savill, 1909 podle Stone et al., 2008); v průběhu první světové války byly hysterické symptomy připisovány válečnému stresu a označovány jako „*shell shock*“ (Stone et al., 2008); data z londýnské *National Hospital for Nervous Diseases* vykazují mezi léty 1951 až 1971 konstantní 1% frekvenci hysterických pacientů (Trimble, 1981 podle Stone et al., 2008). Současnější výzkumy ukazují na 9% prevalenci psychosomatických konverzních onemocnění v Německu (Lempert, Dieterich, Huppert & Brandt, 1990), přičemž k podobnému výsledku došli i vědci ve Velké Británii (Parry, Murray, Hart & Bass, 2006).

Přestože se s některými formami hysterie v její nejdramatičtější podobě dnes již téměř nesetkáme⁶⁴, klasické konverzní symptomy jsou v lékařských ordinacích stále častým jevem. Je tedy zřejmé, že došlo spíše k transformaci laického i profesionálního diskurzu o psychosomatických nemocech než k samotnému vymizení těchto symptomů; jen na sebe dnes, tak jak je jejich povaze vlastní, berou „modernější“ podobu. Odrážejí ducha doby včetně jeho stresů a niterných konfliktů. Skutečnost, že v sobě kultura může obsahovat neurotické konflikty, nastínila i Karen Horneyová (2007). Ty pak stojí v základu individuálně realizovaných neurotických symptomů, které mohou být v některých případech interpretovány jako „*kulturně podmíněné problémy ve vyhrocené podobě*“ (Horneyová, 2007, pp. 182).

⁶⁴ Některé typy hysterických záchvatů, popsaných Charcotem, jako například pseudo-epileptická „*la grande hystérie*“, se v některých jiných zemích téměř neobjevovaly a dokonce i ve Francii začaly po Charcotově smrti pomalu mizet (Stone et al., 2008).

6 Duševní nemoc napříč kulturami

Od momentu svého vzniku se transkulturní psychiatrie snažila odpovědět na zásadní otázky vztahu kultury a duševní nemoci. Když se ve 20. století euroamerická psychiatrie rozšířila do koloniálních oblastí, byla vystavena konfrontaci s odlišnými domorodými syndromy, které zpochybnilly universalitu západních psychiatrických kategorií. Tato onemocnění byla v mnoha případech již dříve popsána cestovateli a misionáři, ovšem spíše jako exotické, bizarní způsoby chování než jako psychiatrické kategorie (Littlewood, 2000). Západní psychiatrie, která byla na přelomu 19. a 20. století stále ještě pod silným vlivem etnocentrismu, zpočátku považovala většinu těchto chorob za pouhé varianty již dávno známých západních onemocnění, přičemž rozdílná symptomatologie byla přisuzována zejména nižší úrovni intelektuálního vývoje u domorodých obyvatel (Kraepelin, 1904 podle Littlewood, 2000). Problematické bylo ovšem mnohdy rozhodnout, o varianty jakých onemocnění se vlastně jedná. Tak byl například *amok*⁶⁵ identifikován nejen jako lokální termín pro schizofrenii či depresi, ale rovněž jako projev malárie, hysterie, úzkosti nebo úžehu, zatímco *latah*⁶⁶ jako akutní psychóza, hysterie, neuróza, hysterická psychóza nebo hypnoidní stav (Kiev, 1972, podle Littlewood, 2000). Tyto domorodé koncepty byly tedy považovány za důsledky chybných explanací za nimiž se skrýval jediný univerzální termín, i když nebylo zcela jisté, který (Littlewood, 2000).

V 50. letech 20. století však již bylo jasné, že ne-západní popisy duševních nemocí nemohou být chápány jako primitivní formy objektivních západních kategorií. V této souvislosti se začalo hovořit o tzv. „kulturně vázaných syndromech“, kam spadala všechna onemocnění, která nemohla být plně popsána mimo kontext vlastní kultury (Yap 1951; 1974 podle Littlewood, 2000). Ve světle nových informací se vynořily rovněž nové otázky a pochybnosti, s nimiž se západní psychiatrie musela vypořádat: do jaké míry jsou psychiatrické kategorie univerzální? Je možné, že různé kultury podporují propuknutí a rozvoj některých forem psychopatologie více než jiné? Existují kultury, v nichž se duševní onemocnění vůbec nevyskytují? (Wallace, 1972)

Kleinman (1988) upozorňuje, že většina mezikulturních výzkumů v oblasti psychiatrie byla zahájena právě za účelem dokázat, že podobné psychické nemoci se vyskytují všude na

⁶⁵ Disociativní porucha vyznačující se náhlým výbuchem agresivního a násilného chování vůči druhým (Paniagua, 2000).

⁶⁶ Syndrom objevující se po náhlém šoku, který vede k abnormálnímu chování, jako je imitace ostatních, nekontrolovatelný smích, taneční pohyby apod. Tyto projevy jsou během záchvatu mimo kontrolu postiženého (Paniagua, 2000).

světě a je možné je pomocí standardizovaných technik identifikovat. Koncem 60. let zahájila Světová zdravotnická organizace výzkum schizofrenie pomocí série mezinárodních srovnávacích studií („*the International Pilot Study of Schizophrenia*“ (IPSS) (Kleinman, 1988). Ukázalo se, že základní symptomatologie schizofrenie⁶⁷ je podobná všude na světě (Sartorius, Shapiro & Jablensky, 1974). Přes významné podobnosti⁶⁸ byly však odhaleny i mnohé odlišnosti. Tyto odlišnosti ovšem nenalzáme jen mezikulturně, ale i mezi jednotlivými pacienty v rámci téže kultury. Objevila se tedy nutnost rozlišovat mezi základními biologickým patologickými determinanty a patoplastickými osobními a kulturními variantami (Littlewood, 2000). Toto pojetí se odráží i v současné době uznávaném „biopsychosociálním“ modelu duševní nemoci, který její propuknutí nepřičítá jediné příčině, ale fúzi biologických, psychologických a sociálních faktorů (Praško et al., 2011). Takto je ponechán prostor pro jemné kulturní a individuální variace⁶⁹.

6.1 „Kulturně vázané“ syndromy

. Za kulturně vázané syndromy jsou považovány abnormální vzorce chování, jejichž výskyt byl popsán v rámci ne-západních kultur a o nichž se soudilo, že mimo rámec vlastní kultury nemohou být uspokojivě vysvětleny (Tseng, 2006). Hovoří se o nich od 60. let 20. století, kdy tento termín navrhl jeden z pionýrů transkulturní psychiatrie Pow Meng Yap (1967 podle Tseng, 2006) a nahradil tak původní popisy těchto onemocnění jako specifických, atypických nebo exotických psychických fenoménů. Mnohá z těchto onemocnění byla popsána již koncem 19. a počátkem 20. století západními cestovateli, misionáři, úředníky a lékaři jako zvláštní psychiatrické stavy odlišné od duševních nemocí pozorovatelných v jejich vlasti. Tato onemocnění vstoupila ve známost pod jejich domorodými jmény. Jedním z prvních popsaných syndromů byl *amok*, náhlý záchvat agresivního chování vůči druhým, který byl pozorován mezi malajským obyvatelstvem a popsán v britském časopisu *the Journal of Mental Science* v poslední dekádě 19. století. O

⁶⁷ A nejen schizofrenie, ale i ostatních základních psychiatrických syndromů (Wallace, 1972)

⁶⁸ Kleinman (1988) upozorňuje na některé nedostatky Mezinárodní pilotní studie schizofrenie, přičemž potencionálně nejzávažnější je vyloučení mnoha pacientů z původního vzorku z toho důvodu, že „nezapadali do kritérií“. Je tedy možné, že výsledná míra homogenity byla podpořena tím, že se pracovalo s předem vytvořeným homogenním vzorkem. Vyloučení těch nejvíce heterogenních zřejmě také přispělo k omezení míry nalezených odlišností.

⁶⁹ I v rámci sporu „nature-nurture“ dnes převládá názor, že kultura duševní nemoci přímo nevytváří, ale tvaruje jejich průběh a způsoby manifestace (Jílek, 2001)

několik let později se objevily popisy dalších exotických onemocnění, jako byl *latah*, *pibloktoq* (arktická hysterie)⁷⁰, *ode-ori*⁷¹ nebo *windigo*⁷². Postupně jich byly popsány desítky (Tseng, 2006).

Všechna tato onemocnění byla pojímána jako zvláštní a nestandardní, neboť neodpovídala západním kategoriím. Psychiatrická klasifikace byla založena převážně na anglosaské populaci a vycházela z etnocentrické perspektivy a esencialismu. Vlastní diagnostické kategorie vnímala jako objektivní, kulturně nezávislé entity, zatímco vše cizí, co nezapadalo do jejího rámce, považovala za zvláštní exotické jevy. Zároveň ovšem došlo k pochopení vlivu kulturních faktorů na psychopatologické projevy a inspirovalo vznik interkulturní psychiatrie (Tseng, 2006).

V posledních desetiletích se ovšem objevují kontroverzní aspekty kulturně vázaných syndromů, včetně problematičnosti samotného označení této kategorie. Přestože byl v roce 1994 zahrnut seznam základních kulturně vázaných syndromů do čtvrtého vydání Diagnostického a statistického manuálu duševních onemocnění (APA, 1994), přetrvávají neshody ohledně jejich formální konceptualizace (Tseng, 2006). Pokud totiž vycházíme z „biopsychosociálního“ pojetí duševních onemocnění, přiznáváme kultuře důležitou roli v rámci všech diagnostických kategorií. Potom se tedy zdá zbytečné nadále zachovávat specifickou kategorii kulturně determinovaných syndromů (Hughes, 1998). V tomto světle je vhodné zaměřit pozornost spíše na kulturní aspekty každé nemoci než jim vyhrazovat samostatnou, ale do jisté míry zavádějící kategorii (Tseng, 2006). V rámci sebereflexe západní psychiatrie se začíná hovořit i o západních kulturně vázaných syndromech, a to zejména v souvislosti s mentální anorexií, obesitou, mnohočetnou poruchou osobnosti či premenstruačním syndromem (Tseng, 2006).

Další problematickou stránkou klasických kulturně vázaných syndromů jsou odhalení mnohých dalších, velmi podobných syndromů vyskytujících se v jiných kulturách. Například *amok* byl rozpoznán nejen v Malajsii, ale rovněž na Nové Guinei, jako symptom „divokého muže“ („*wild-man*“), v Laosu, Thajsku a Filipínách. Dnes se podobné agresivní a násilné ozbrojené útoky objevují hojně v USA i Evropě (Tseng, 2006). Dalším příkladem může být

⁷⁰ Arktická hysterie byla popsána zejména u Inuitů. Vyskytuje se zejména u žen a projevuje se sociálním stažením, motorickým vzrušením, podrážděním, konvulzemi, stuporem a následnou amnézií (Paniagua, 2000)

⁷¹ Syndrom původně popsán v Nigérii. Projevuje se pocitem hemžení mravenců či brouků v hlavě, návaly horka, úzkostí a depresí (Paniagua, 2000).

⁷² Víra v posedlost kanibalistickým duchem, která u postiženého způsobuje netkání jíst lidské maso. Těchto případů však bylo popsáno velmi málo a dnes se již v souvislosti s nimi hovoří spíše o mýtu (Littlewood, 2000).

*dhat*⁷³, původně popsáný jako indický syndrom, který je ovšem rozšířený i v Nepálu, na Srí Lance (jako *prameha*), v Bangladéši, Pákistánu (Bhatia & Malik, 1991 podle Tseng, 2006) a na Taiwanu (jako *shenkui*) (Wen, 1995 podle Tseng, 2006). Podobnou myšlenkovou tradici přitom můžeme vystopovat i v Evropě od hippokratovských spisů, až po moralisticky zatížená viktoriánská lékařská doporučení (Sumathipala, Siribaddana, & Bhugra, 2004). Tyto a mnohé další příklady syndromů, které byly původně považované za kulturně vázané, ukazují nevhodnost stávajícího označení. Nejsou totiž, jak se ukázalo, vázány na jedinou kulturu, ale spíše na širší kulturní okruh a především určité, jemu specifické kulturní charakteristiky (Tseng, 2006). Několikrát již proto bylo navrženo hovořit místo o „kulturně vázaných“ syndromech o „kulturně ovlivněných specifických psychiatrických syndromech“ (Tseng & McDermott, 1981 podle Tseng, 2006) nebo „kulturně ovlivněných syndromech“ (Jilek, 2000 podle Tseng, 2006).

6.2 Odlišné jako patologické

Při posuzování psychopatologických aspektů na první pohled podivného, nesrozumitelného chování je nutná důkladná znalost kulturních souvislostí. Bez nich nás úsudek může vést k nepřiměřené patologizaci jevů, které mají na pozadí daných kulturních tradic dobrý smysl nebo alespoň odpovídají obecně sdíleným přesvědčením (Tseng, 2006). Dobrým příkladem zde může být případ nigerijského muže kmene Yoruba:

Asi čtyřicetiletý muž kmene Yoruba přišel jednoho večera se svým devítiměsíčním dítětem do lokální nemocnice s prosbou, aby mu byla ukázána cesta do nemocniční kaple. Pověděl přitom recepční, že má strach o zdraví své dcery a cítí, že potřebuje požehnání od kněze. Když se ho recepční zeptala, proč potřebuje požehnání spíše než lékařské vyšetření, odvětil jí, že se domnívá, že nemoc jeho dítěte byla způsobena vlivem *ju-ju*, tedy černé magie. Pod vlivem této informace zavolala anglická recepční psychiatra, taktéž cizince, jež měl ten večer službu. Promluvil si s otcem a vyšetřil dítě, které bylo skutečně nemocné. Otcova kondice ho ale znepokojila a usoudil, že jeho iracionální strach z čarodějnictví je symptomem paranoidní schizofrenie, takže by mohl být dítěti i sobě nebezpečným. Dítě bylo prozatímně svěřeno do péče sociálních pracovníků a otec byl odveden na akutní psychiatrické oddělení. Ve skutečnosti byla ale víra v čarodějnictví mezi lidmi kmene Yoruba rozšířeným jevem. Otcovo přesvědčení tedy odráželo pouze běžné, tradiční představy a nebylo v rámci svojí kultury ničím patologickým. Když bylo vše uvedeno na pravou

⁷³ Syndrom projevující se úzkostnými pocity, extrémní únavou a slabostí organismu, jehož příčinu postižený připisuje ztrátě semene jakožto zdroje vitální síly (Paniagua, 2000).

míru, kněz požehnal dítěti i otci. Oba se pak navrátili domů a od té doby otec zůstal naprosto zdravý (Lipsedge, 2000).

Tento příklad ilustruje nutnost posuzovat každý případ individuálně v rámci širšího kulturního rámce, neboť evropské kategorie mohou být v jiných kulturách neplatné. Mimoto rádi zapomínáme, že ani moderní západní myšlení není oproštěno od iracionálních prvků, které by bez známých kulturních souvislostí mohly být stejně dobře interpretovány jako patologické. Není totiž příliš velkého rozdílu mezi vírou v judeokřesťanského Boha a vírou v bůžky, démony a čaroděje jiných kultur. Normalita a patologie lidského konání jednoduše neexistují jako objektivní, nezávislé entity.

Stejně tak není možné automaticky považovat za patologické takové jedince, kteří se v rámci vlastní společnosti vymykají standardu. Každá kultura se vyznačuje souborem norem, jímž ukládá svým členům požadované struktury chování, které si každý jedinec musí osvojit, chce-li uspět. Přestože jsou lidé pod vlivem společenských tlaků relativně tvární a přizpůsobiví, vždy jsou ve výhodě ti, „jejichž přirozené reakce mají nejbližší k chování typickému pro příslušnou společnost“ (Benedictová, 1999, p. 194). Nicméně lidé, kteří jsou v něčem odlišní existují v každém společenství a každá kultura má také různé způsoby, jak se s nimi vyrovnat. Mnohdy zaujímají ve společnosti zvláštní postavení. Tak například u severoamerických Indiánů existovala instituce *berdache*, jimiž se stávali zejména homosexuálové, kteří se v období dospívání začali oblékat do ženských šatů a vykonávat ženské práce. Někdy se pak oženili s jinými muži a žili s nimi. Kromě homosexuálů se *berdache* mohli stát i fyzicky slabí jedinci, kteří se obávali, že by v mužské konkurenci neuspěli. V každém případě měli ve společnosti své místo. Mohli vykonávat jak ženské tak mužské práce, a proto byli obvykle bohatší než ostatní. Navíc byli vysoce ceněni pro svou zručnost v ženské řemeslnické výrobě šperků a kůží, jejichž kvalita mezi jinými vynikala (Benedictová, 1999). Tito muži-ženy byli tedy platnými členy společnosti v době, kdy na západě byla homosexualita zahrnuta jako patologie v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních onemocnění (APA, 1973).

Podobně západní společnost nahlíží na změněné stavy vědomí, které spadají převážně do nemoci nebo sociální patologie (Benedictová, 1999). V mnohých domorodých společnostech jsou přitom vysoce ceněny, spojovány s posvátnem, magickými rituály a nadpřirozenou mocí. Ten, kdo je vědomě dokáže ovládat, se zpravidla stává šamanem a zaujímá vysoké společenské postavení. Ze západní perspektivy byly však tyto prožitky hodnoceny jako psychopatologické a šamanům byla přičítána nějaká forma duševní nemoci

od schizofrenie přes epilepsii až po hysterii a neurastenii (Eliade, 1997). Později však začalo být zřejmé, že se šamanské rituální techniky od projevů duševních nemocí kvalitativně liší. Zásadním rozdílem mezi těmito dvěma stavy je šamanova schopnost své prožitky vědomě kontrolovat a využívat je sociálně prospěšným způsobem. To je ovšem umožněno jen v rámci kultury, která spirituální prožitky vysoce oceňuje a ponechává tedy těmto jedincům příležitost k osobnostnímu rozvoji. Je tedy svým způsobem možné a pro západní medicínské myšlení poučné vnímat duševně nemocného jako neúspěšného šamana, spíše než šamana, jako duševně nemocného (Eliade, 1997). Myšlenku, že ne všechny spirituální prožitky musí být patologického původu v posledních dekádách přijala i západní psychiatrie a odlišila tak v roce 1994 v DSM-IV novou diagnostickou kategorií „náboženských nebo duchovních problémů“ (Lukoff, 1998).

6.3 Atribuční styly a domorodé léčebné techniky

V základu veškerých systémů zdravotní péče stojí atribuční styly, kterými si lidé v dané kultuře vysvětlují příčiny onemocnění. Tyto atribuční styly a s nimi spojené systémy věr o zdraví a nemoci se mezikulturně liší, což představuje důležitá východiska pro zdravotnické pracovníky (Vaughn, Jacquez, & Baker, 2009). Helman (2001 podle Vaughn et al.) rozlišuje čtyři hlavní faktory onemocnění, jimž lidé atribuuji příčiny onemocnění: 1) vnitřní individuální faktory, jakými jsou špatné návyky nebo negativní psychická rozpoložení; 2) vlivy životního prostředí, například znečištění nebo bakterie; 3) sociální faktory, například interpersonální stress, činy druhých lidí či sociální normy; 4) nadpřirozené jevy, jako boží zásah, osud, víra v čarodějnictví nebo voodoo. Lidé v západních zemích mají spíše tendence přisuzovat příčiny nemocí prvním dvěma faktorům, tedy vnitřním vlivům nebo vlivům životního prostředí, zatímco lidé z rozvojových zemí vysvětlují příčiny nemocí spíše ve vztahu k nadpřirozeným silám nebo psychosociálním okolnostem (Furnham, Akande & Baguma, 1999 podle Vaughn et al., 2009; Teferra & Shibre, 2012). Rovněž latinskoamerická populace zastává názor, že zdraví a nemoc jsou silně ovlivněny duchovními a náboženskými faktory (Murguia, Peterson, & Zea, 2003).

Aby byla léčba úspěšná, musí vycházet z explanatorního modelu pacienta: kromě objektivní „*disease*“ je nutné léčit i pacientův subjektivní prožitek, zakotvený v jeho přesvědčení o příčinách nemoci. Aby tedy bylo možné efektivně léčit zdravotní problémy,

jinž jsou přisuzovány nadbiologické příčiny, je nutné začlenit kromě základní fyziologické léčby i spirituální prvky, například amulety nebo rituály (Vaughn et al., 2009). Právě opomíjení těchto aspektů může vést k neuspokojivým výsledkům západní biologické léčby a je rovněž důvodem, proč některé skupiny obyvatel vyhledávají alternativní léčitele i přes dostupnost moderní medicíny. Lidové léčebné praktiky totiž kromě přímé fyziologické léčby vnášejí do nemoci smysluplnost. Zatímco západní medicína pohlíží na nemoc jako na zlo, neprávem páchané na pacientovi, v domorodých představách se žádné onemocnění nevyskytuje nahodile. Nemá příčinu samo v sobě, ale v externích okolnostech, jako je porušení tabu, nemorální chování nebo čarodějnické či démonické síly. Je-li tato příčina rituálně odstraněna, pacient pocítuje očištění, které má pozitivní vliv na jeho psychický stav a spolu s ním mnohdy i na somatické symptomy (Castillo, 2001). Léčba rovněž většinou nezahrnuje pouze pacienta, ale i celou jeho rodinu, klan či vesnici. Terapie se tak stává kolektivním procesem, na němž se podílí celé společenství. Dochází k jakési skupinové terapii, což může pomoci vyřešit některé interpersonální konflikty a uvolnit potencionálně přítomné sociální stresory (Castillo, 2001).

Rovněž rituály jsou v podstatě symbolickou psychoterapií, psychodramatem, které umožňuje dohrát s pacientem „jeho hru“ až do konce. Nemoc bývá v závěru přenesena do externích věcí či zvířat a „vyhnána“ z pacientova těla. V jiných případech nemocný naopak přijímá vitální energii v nápojích nebo v potravě. Takto probíhá například šamanská léčba „ztracené duše“ v Nepálu (Desjarlais et al., 1995 podle Castillo, 2001):

Lidé kmene *Yolmo* věří, že duše může opustit tělo pod tlakem náhlého traumatu. Duch pak putuje krajem, zatímco nemocný pocítuje nepříjemné symptomy podle západních kategorií odpovídající depresivní poruše: extrémní únavu, nechutenství, skleslost a nezáměr jakékoli aktivity včetně společenských interakcí. Je k němu tedy povolán šaman, aby provedl rituál, jehož účelem je nalézt ztraceného ducha. Šaman nejprve recituje posvátné texty a potom se uvádí do transu, v němž komunikuje s bohy a táže se na příčinu pacientova stavu. Když získá odpověď, vylétá jeho vlastní duše ven, aby pátrala po duši nemocného. Jakmile ji nalezne, vrací se spolu s ní do pacientova příbytku, kde ji vloží do jídla rozloženého před nemocným. Ten potom pojí z každého pokrmu, čímž se duch navrátí do jeho těla a dochází k uzdravení.

Pacientova nemoc je tedy v rámci rituálu ukončena, což je prvek, který chybí v západní psychiatrické léčbě. Jak upozornil Barrett (1992), veškeré rituální úkony nemocniční praxe, jako diagnostický proces, příjmový pohovor, soupis dokumentace a pacientovy osobní historie apod., se soustředí pouze na iniciaci pacienta do role duševně nemocného. Zároveň

zde ale chybí jakýkoli odpovídající ceremoniál, který by pacientovu nemoc oficiálně „ukončil“. Když se tedy vyléčí z akutní epizody, dostává se do stavu „remise“ a jeho nemoc na sebe bere chronickou podobu: s příjmovým protokolem nemocný podepisuje smlouvu na dobu neurčitou, bez možnosti výpovědi nebo odvolání (Barrett, 1998).

Všeobecně sdílená západní představa duševní nemoci jako nevléčitelné celoživotní záležitosti je zřejmě jednou z příčin odlišného průběhu některých duševních onemocnění v euroamerické civilizaci a afrických a asijských zemích. V případě schizofrenie bylo potvrzeno, že má příznivější průběh nejen v rozvojových zemích (Bresnahan, Menezes, Varma, & Susser, 2003), ale rovněž v Japonsku (Ogawa et al., 1987 podle Jilek, 2001), v Hong Kongu (Lee et al., 1991 podle Jilek, 2001) a Singapuru (Tsoi & Wong, 1991 podle Jilek, 2001), což ukazuje, že nezáleží na míře industrializace, ale spíše na jiných sociálních faktorech, jakými jsou rozpad původních tradic, extrémní nuklearizace rodiny, nejasně vymezená role mladých dospělých ve společnosti, sociální izolace duševně nemocných i přes to, že je veřejně propagován opak a představy o chronicitě duševní nemoci (Jilek, 2001). Dalším z možných vysvětlení těchto rozdílů jsou odlišná sociální očekávání a reakce okolí spojená s diagnózou schizofrenie (Waxler, 1974). Na Mauriciu a na Srí Lance byla například duševní nemoc připisována rozmarům nadpřirozených sil, přičemž pacientovo já bylo považováno za nezměnné. Zotavení pak doprovázel symbolický exorcismus, léčebné rituály a optimistické astrologické predikce (Kleinman, 1988). Podobný rituál doprovázející uzdravení z psychózy byl popsán i u nigerijského kmene Yoruba, během něhož byla nemoc přenesena do obětovaných holubic a odeslána po řece daleko od postiženého (Prince, 1991 podle Gadit, 2003). Zdá se tedy, že tam, kde je schizofrenie pojímána jako akutní narušení psychických funkcí, přičemž se očekává opětovné uzdravení, dostává nemocný od okolí pozitivní zpětnou vazbu, která mu poskytuje podporu a znesnadňuje přijetí role dlouhodobě nemocného. Chronický průběh onemocnění je naopak výsledkem takových sociálních reakcí, které pacienta zbavují pocitu kontroly nad vlastní situací a dlouhodobě ho institucionálně udržují v roli pacienta, čímž posilují jeho pocit závislosti a oslabují víru v možnost definitivního uzdravení (Waxler, 1977; Warner, 1985 podle Kleinman, 1988).

I další výzkumy potvrdily, že se chronická duševní onemocnění vyskytují častěji ve společnostech západního typu. V rozvojových zemích, zejména u afrických a afro-karibských populacích, se objevují spíše akutní psychotické reakce (Jilek, 2001), které byly francouzskými koloniálními psychiatry popsány jako *boufée délirante* (Magnan, 1886 podle Jilek, 2001). Jedná se o náhlé, krátkodobé ataky s paranoidními bludy a halucinacemi, typicky

vyvolané enormním strachem z podlehnutí vlivu čarodějnických sil. Charakteristické jsou pro ně stavy zmatenosti doprovázené silnými emočními reakcemi, na něž navazuje amnézie nebo v některých případech jejich vědomé popírání (Jilek, 2001). Tyto akutní psychotické stavy připomínají přechodné psychózy objevující se v raných fázích industrializace a masové urbanizace v Evropě v 19. století, které však časem postupně vymizely (Morel, 1860; Meynert, 1889 podle Jilek, 2001). Je pravděpodobné, že i *bouffée délirante* je důsledkem razantních sociálních, kulturních a ekonomických změn, během nichž jsou mnozí původní obyvatelé vytrháváni z tradičních kmenových vazeb (Jilek, 2001). Nigerijský psychiatr Adeoye Lambo (1960; 1965 podle Jilek, 2001) se ve svých pracích rovněž přiklání k názoru, že většina těchto psychóz nemá organický základ, ale je způsobena čistě socio-kulturními podmínkami. Je tedy možné, že s dovršením industrializace a stabilizací stávajících společenských změn akutní psychózy rovněž ustoupí a transformují se v psychózy chronické (Sizaret et al., 1987 podle Jilek, 2001).

6.4 Vliv kultury na pojetí duševních onemocnění

Západní medicína přistupuje k duševnímu onemocnění primárně jako k biochemické poruše mozku. Poskytuje tak zdánlivě neutralizovaný explanatorní model nemoci, oproštěný od moralizujících aspektů, jimiž byly dřívější koncepty „šílenství“ zatížené. Učí nás, že duševní nemoc je nemoc jako každá jiná a může tedy potkat kohokoli, stejně jako chřipka nebo fraktura končetiny. Za svou nemoc jednoduše nikdo nemůže a navíc to není nic, co by se nedalo s pomocí moderní farmakologie zvládnout. V tomto kontextu se zdá logické, že stigma duševní nemoci již dávno mělo vzít za své. Přesto, jak bylo ukázáno v kapitole 4.2.4., je realita poněkud jiná. Výzkumy (Read & Harré, 2001) odhalily, že lidé, kteří připisují příčinu duševní nemoci biogením faktorům, vůči ní zaujímají naopak negativnější postoje. Biomedicínský model totiž implikuje esencialistické myšlení o nemoci (Haslam, 2005) a duševně nemocný pak může být vnímán jako bytostně odlišný. Pokud je příčina nemoci biologická, není sice nemocný za svůj stav odpovědný, ale rovněž nad ním nemá žádnou kontrolu. Připisování nemoci nekontrolovatelným příčinám pak implikuje přesvědčení o nepředvídatelnosti, nezodpovědnosti a nebezpečnosti duševně nemocného člověka (Walker & Read 2002). Tento explanatorní model může negativně ovlivňovat i sebepojetí nemocného. V kulturách, kde je původ nemoci připisován externím příčinám zůstává pacientovo „Já“ nezasaženo. Nemoc spočívá přímo ve své příčině, nikoli v pacientovi.

Pokud ale onemocnění vychází z jeho mozku, pacient může pociťovat obavy, zda se vůbec někdy uzdraví, a zároveň bezmoc jakkoli tomu napomoci (Farina, Fisher, Getter & Fischer, 1978, podle Haslam, 2005).

Jak bylo v této kapitole nastíněno, sociokulturně sdílené explanatorní modely duševních onemocnění stojí v základu veškerých systémů psychiatrické péče. Mají přitom významný vliv nejen na způsoby léčby, ale i na laické koncepte konkrétních onemocnění. Nemocný dostává od okolí určitou zpětnou vazbu, která usnadňuje nebo znesnadňuje jeho opětovné uzdravení. Ze všech těchto aspektů se následně odvíjí průběh a prognóza onemocnění. Tseng (2001 podle Tseng, 2006) ukázal, že kultura může ovlivňovat psychiatrické syndromy nejméně šesti způsoby: 1) patogenními vlivy přispívajícími ke vzniku onemocnění; 2) typickými vzorci způsobů zvládnání stresových situací; 3) psychoplastickými faktory, tj. modifikací manifestace klinických symptomů; 4) ustanovením konkrétních rysů, považovaných za příznačné pro daná onemocnění; 5) vlivem na frekvenci výskytu různých chorob a 6) usměrňováním laických reakcí na klinická onemocnění. Způsob jakým kultura svůj vliv manifestuje se u různých onemocnění a různých kultur liší. Obecně je však nutné mít na paměti, že každé onemocnění je více či méně nejen biologickým, ale i kulturním jevem.

7 Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo shrnout a popsat, jakým způsobem se kultura podílí na konceptualizaci duševní nemoci, zhodnotit její vliv na výskyt a interpretaci duševních onemocnění a nastínit, do jaké míry je samotné prožívání nemoci ovlivněno sociokulturním kontextem. Při své práci jsem vycházela z historických analýz a mezikulturních srovnávacích výzkumů, které potvrzují, že psychopatologické projevy jsou v různých kulturách i různých epochách chápány odlišně podle významů, které jim daná kultura přikládá. Ukázalo se, že se v odlišných prostředích liší i prevalence, klinický obraz a průběh mnohých onemocnění. Příčiny některých duševních chorob přitom vycházejí převážně z převládajících společenských tlaků, které mohou určité typy psychopatologie přímo či nepřímo podporovat.

V úvodní kapitole jsem se zaměřila na definice normality, duševní nemoci a duševního zdraví. Ukázalo se, že se jedná o koncepty velmi proměnlivé, sociokulturně podmíněné, přičemž i v rámci jedné kultury není lehké nalézt jednotnou definici.

Dále jsem nastínila proměny vnímání duševní nemoci z historické, převážně západní, perspektivy. Sledovala jsem, jakými změnami prošlo pojetí duševní nemoci i společenské postavení duševně nemocného. Ukázalo se, že psychiatrický diskurs je poplatný své době a že jeho historická analýza nereflektuje jen postupný vývoj empirického poznání, ale i proměny sociokulturní reality. Ta následně určuje vztah společnosti k nemocným, který vypovídá mnoho i o ní samé.

Ve čtvrté kapitole jsem pojednávala o systému zdravotní péče jako o svébytné vrstvě sociální a symbolické reality. Shrnula jsem, jakým způsobem se kultura podílí na sociální konstrukci duševní nemoci a přerodu nestrukturovaných příznaků ve strukturovanou nemoc naplněnou konkrétními obsahy a charakteristikami. Každá kultura nabízí soubor pravidel, která informují, jak interpretovat různé symptomy a na koho se obrátit v případě zdravotních potíží. Mezikulturní odlišnosti v pojetí, popisech a prožívání rozličných onemocnění přitom pramení právě z rozdílných obsahů, které jsou s biologickými projevy nemoci spojovány. Dále jsem nastínila vliv dominantního psychiatrického a mediálního diskurzu o duševní nemoci na laické koncepce. Skrze tyto převládající diskurzy jsou modelovány všeobecné představy o duševní nemoci, přičemž i samotní pacienti mají tendenci integrovat majoritní explanatorní modely. Tímto způsobem diskurz ustanovuje normalizovanou zkušenost dušení nemoci a ovlivňuje její vlastní prožívání. Dochází rovněž k umlčování všech alternativních

výpovědí včetně hlasů samotných pacientů, o něž přitom jde především. Tyto souvislosti potvrdily, že je nutné vytrvat v destigmatizačních kampaních, ponechat v rámci léčby i diskurzu o nemoci více prostoru samotným pacientům a v rámci terapie přistupovat ke každému z nich individuálně.

Pátá kapitola byla zaměřena na sociokulturní souvislosti historických proměn prevalence, způsobů léčby, manifestace a prognóz psychosomatických onemocnění. Výchozí otázkou bylo, kam se vytratila dříve hojně diagnostikovaná hysterie a zda došlo k jejímu skutečnému úpadku nebo spíše transformaci do jiných syndromů. Ukázalo se, že podstatou hysterie je právě její proměnlivost a schopnost imitovat a odrážet přítomné společenské tlaky. Je tedy do jisté míry odrazem niterných konfliktů přítomných v každé kultuře, přičemž s jejich změnou se mění i podoba hysterických symptomů. Konverzní symptomy nicméně stále představují častý jev, jen se nyní vyskytují v méně teatrální, současné době lépe odpovídající podobě.

V závěrečné kapitole jsem se věnovala srovnávacím výzkumům na poli transkulturní psychiatrie. Výsledky těchto studií přináší zajímavé souvislosti jak pro antropologii, tak pro psychiatrii. Podstatným zjištěním bylo, že hlavní psychiatrická onemocnění se sice vyskytují všude na světě, ale v jejich průběhu a manifestaci existují určité odchylky. Tyto odchylky často pramení právě z odlišných sociálních tlaků a různorodých přístupů k duševně nemocným. Kolektivistické společnosti, které nemají tendenci izolovat duševně nemocné, zřejmě nabízí příznivější podmínky pro zotavení. Zajímavá je častější tendence k chronickému průběhu duševních nemocí v západní populaci, což může mimo jiné souviset se stávající politikou psychiatrické péče a jejím vlivem na re-socializaci duševně nemocného do role pacienta. Nakonec nelze opomíjet ani atribuční styly, a to jak kolektivní, tak individuální, jimiž si lidé vysvětlují příčiny onemocnění. Tyto explanatorní modely se odlišují mezi populací v rozvojových a rozvinutých zemích, a proto je zejména v multikulturních společnostech podstatné neopomíjet atribuce pacientů. Pokud totiž má být léčba ve všech směrech efektivní, je nezbytné, aby odpovídala na pacientovy subjektivní potřeby.

Konfrontace s odlišnými přístupy k duševní nemoci nastavuje západní psychiatrii zrcadlo, v němž se odráží mnohé souvislosti, které by jinak mohly zůstat skryté. Upozorňuje na problematyczny aspekt psychiatrie, tedy na to, že sama do jisté míry konstruuje to, co se snaží objektivně popsat (Borch-Jacobsen, 2009). Jako nezbytná se tedy ukazuje opatrnost v zacházení s psychiatrickými kategoriemi a individuální přístup k nemocným, v němž by diagnóza byla používána pouze jako pomocný koncept. Dále je nutné zaměřit se zejména na

reintegraci nemocných do společnosti a omezovat jejich segregaci, která může potencionálně přispívat ke chronizaci onemocnění.

Přestože každá cesta ke změně bývá dlouhá a obtížná, narážející na předsudky, neochotu a, v případě institucionální péče, na nedostatek finančních zdrojů, je nutné pokusit se aplikovat teoretická východiska srovnávacích výzkumů o duševní nemoci v praxi. Jestliže totiž výchozí biologické podmínky ovlivnit nemůžeme⁷⁴, ty sociokulturní zcela jistě ano.

⁷⁴ A pokud ano, opět jen kulturní prostředky

8 Seznam literatury

- American Psychiatric Association (1973). *Homosexuality and Sexual Orientation Disturbance: Proposed Change in DSM-II, 6th Printint, page 44*. Přístup 7.7.2013, z http://www.torahdec.org/Downloads/DSM-II_Homosexuality_Revision.pdf
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, D.C.: Author.
- Andrews, J., Briggs, A., Porter, R., Tucker, P., & Waddington, K. (1997). *The History of Bethlem*. New York: Routledge.
- Angermeyer, M.C. & Matschinger, H. (1996). The Effect of Violent Attacks by Schizophrenic persons on Attitude of the Public Towards the Mentally Ill [Abstract]. *Social Science and Medicine*, 43 (12), 1721.
- Asch, S. (1946). Forming Impressions of Personality. [Electronic version] *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 41 (3), 258-290.
- Aufderheide, A., & Rodríguez-Martín, C. (1998). *The Cambridge Encyklopedia of Human Paleopathology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Austin, J. L. (2000). *Jak udělat něco slovy*. Praha: Filosofia.
- Barrett, R. (1998). The "Schizophrenic" and the Liminal Persona in Modern Society. [Electronic version] *Culture, Medicine and Psychiatry*, 22, 465-494.
- Benedictová, R. (1999). *Kulturní vzorce*. Praha: Argo.
- Binzer, M, Eisemann, M & Kullgren, G. (1999). Illness Behavior in the Acute Phase of Motor Disability in Neurological Disease and in Conversion Disorder: A comparative study [Abstract]. *Journal of Psychosomatic Research*, 44 (2), 657.
- Boréus, K. (2006). Discursive Discrimination A Typology [Abstract] [Elektronic version]. *European Journal of Social Theory*, 9 (3), 405.
- Borch-Jacobsen, M. (2009). *Making Minds and Madness: From Hysteria to Depression*. New York: Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. (1991). *Language and Symbolic Power*. Cambridge: Polity Press.
- Bresnahan, M., Menezes, P., Varma, V., & Susser, E. (2003). Geographical Variation in Incidence, Course and Outcome of Schizophrenia: comparsion of developing and developed countries. V R. Murray, P. Jones, E. v. Susser, & M. Cannon, *The Epidemiology of Schizophrenia* (pp. 18-33). Cambridge: Cambridge University Press.

- Castillo, R. J. (2001). Lessons From Folk Healing Practices. V W.-S. Tseng, & J. Streltzer, *Culture and Psychotherapy: A Guide to Clinical Practice* (pp. 81-102). Washington, D.C.: American Psychiatric Press Inc.
- Cawte, J. (1974). *Medicine Is the Law: Studies in Psychiatric Anthropology of Australian Tribal Societies*. Honolulu: University Press of Hawaii.
- Černoušek, M. (1994). *Šílenství v zrcadle dějin*. Praha: Grada.
- Costandi, M. (13. červen 2007). *An Illustrated History of Trepanation*. Přístup 2.7.2013 z <http://neurophilosophy.wordpress.com/2007/06/13/an-illustrated-history-of-trepanation/>
- Crowe, M. (2000). Constructing Normality: a Discourse Analysis of the DSM-IV. [Electronic version] *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7 (1), 69-77.
- Eliade, M. (1997). *Šamanismus a nejstarší techniky extáze*. Praha: Argo.
- Fischer, S., & Škoda, J. (2009). *Sociální patologie: analýza příčin a možností ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada.
- Foucault, M. (1993). *Dějiny šílenství v době osvícenství*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
- Foucault, M. (2002). *Archeologie věděni*. Praha: Herrmann & Synové.
- Frazer, J. G. (2012). *Zlatá ratolest*. Praha: Československý spisovatel.
- Gadit, A. A. (2003). Ethnopsychiatry - a review [Electronic version]. *Journal of Pakistan Medical Association*, 53 (10), 483-490.
- Giddens, A. (1999). *Sociologie*. Praha: Argo.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2000). Porucha duševní. In *Psychologický slovník*. (pp. 424-425)- Praha: Portál.
- Haslam, N. (2005). Dimensions of Folk Psychiatry [Electronic version]. *Review of General Psychology*, 9 (1), 35-47.
- Hoff, P. (2009). Historical Roots of the Concept of Mental Illness. In I. Salloum, & J. Mezzich (Ed.), *Psychiatric Diagnosis: Challenges and Prospects* (stránky 3-14). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Höijer, B., & Rasmussen, J. (2005). *Media Images of Mental Illness and Psychiatric Care in Connection with Violent Crimes: a study of Dagens, Nyheter, Aftonbladet and Rapport*. Stockholm: Swedish association of social and mental health, Örebro University.
- Holmes, L. (2. březen 2010). *What is Mental Health?* About.com. Dostupné z: <http://mentalhealth.about.com/cs/stressmanagement/a/whatismental.htm>

- Honzák, R. (8. leden 2013). *Hysterie a její vývoj*. Blog.aktuálně.centrum.cz. Dostupné z <http://blog.aktualne.centrum.cz/blog/radkin-honzak.php?itemid=18822>
- Huges, Ch. (1998). The Glossary of "Culture-Bound Syndromes" in DSM-IV: A Critique [Abstract]. *Transcultural Psychiatry*, 35 (3), 413.
- Jaspers, K. (1997). *General psychopathology* (Hoening, J. & Hamilton M. W. Trans.). London: The John Hopkins University Press Ltd. (Originálně publikováno 1959).
- Jilek, W. (červenec 2001). Cultural Factors in Psychiatric Disorders. Internet Mental Health. Dostupné z <http://www.mentalhealth.com/mag1/wolfgang.html>
- Jiráček, J., & Köpplová, B. (2009). *Masová média*. Praha: Portál.
- King, H. (1993). Once Upon a Text: Hysteria from Hippocrates. In S. L. Gilman et al., *Hysteria Beyond Freud* (pp 3-90). Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Kirmayer, L., & Bhugra, D. (2009). Culture and Mental Illness: Social Context and Explanatory Models. In I. Salloum, & J. Mezzich (Ed.), *Psychiatric Diagnosis: Challenges and Prospects* (pp. 29-40). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.
- Kleinman, A. & Good, B. (1985). *Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press
- Kleinman, A. (1988). *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*. New York: The Free Press.
- Komárek, S. (1997). *Dějiny biologického myšlení*. Praha: Vesmír.
- Komárek, S. (2005). *Spasení těla: moc, nemoc a psychosomatika*. Praha: Mladá fronta.
- Komárek, S. (2012). *Obraz člověka v dílech významných biologů a lékařů II*. Přednáška na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy. Praha. 14.11. 2012.
- Lempert, T., Dieterich, M., Huppert, D. & Brandt, T. (1990). Psychogenic Disorders in Neurology: Frequency and clinical spectrum [Abstract] [Elektronic version]. *Acta Neurologica Scandinavica*, 82 (5), 335.
- Lipsedge, M. (2000). Lessons from Anthropology. In V. Skultans, & J. Cox, *Anthropological Approaches to Psychological Medicine* (pp. 271-289). Philadelphia : Jessica Kingsley Publishers.

- Lukoff, D. (1998). From Spiritual Emergency to Spiritual Problem: The transpersonal roots of the new DSM-IV category [Electronic version]. *Journal of Humanistic Psychology*, 28 (2), 21-50.
- Malina, J. et al. (2009). Diskurz. In *Antropologický slovník*. (p. 930). Brno: Akademické nakladatelství CERM.
- Malina, J. et al. (2009). Moc, symbolická. In *Antropologický slovník*. (p. 2555). Brno: Akademické nakladatelství CERM.
- Malina, J. et al. (2009). Násilí, symbolické. In *Antropologický slovník*. (p. 2739). Brno: Akademické nakladatelství CERM.
- Matonoha, J. (květen 2003). Literárněvědecký text jako diskurz, velké vyprávění a výkon moci? *Česká literatura*, 5, 581-585.
- McLaren, C. (podzim, 2003). Borderline Hysteria: the History of Psychosomatick Illness. An interview with Edward Shorter [Electronic version]. *Stay Free!*, 21.
- McQuail, D. (2009). *Úvod do teorie masové komunikace*. Praha: Portál.
- Meadová, M. (2010). *Pohlaví a temperament u tří primitivních společností*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Murguia, A., Peterson, R., & Zea, M. C. (2003). Use and Implication of Ethnomedical Health Care Approaches among Central American Imigrants [Electronic version]. *Health and Social Work*, 28 (1), 43-51.
- Nakonečný, M. (1997). Psychopatologie. In *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia.
- Nawková, L., Adámková, T., Holcnerová, P., Nawka, A., Bednářová, B., Žuchová, S., et al. (2010). Vyobrazení osob s duševním onemocněním v českých, chorvatských a slovenských tištěných médiích [Electronic version]. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 106 (6), 351-356.
- Nekvapil, J. (2006). Úvod k monotematickému číslu "Analýza promluv a textů, analýza diskurzu" [Electronic version]. *Sociologický časopis*, 42 (2), 263-267.
- Paniagua, F. A. (2000). Culture-bound Syndromes, Cultural Variations and Psychopathology. In I. Cuéllar & F. A. Paniagua (Ed.). *Handbook of Multicultural Mental Health* (pp. 140-141). New York: Academic Press.
- Parry, A.M., Murray, B., Hart, Y., & Bass, C. (2006). Audit of Resource Use in Patients with Non-organic Disorders Admitted to a UK Neurology Unit [electronic version]. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 77 (10), 1200-1201.

- Pavlovský, P., & Raboch, J. e. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum.
- Philo, G. (1999). Media and Mental Illness. V G. Philo, *Message Recieved* (pp. 55-61). London: Adison Wesley Longman.
- Porter, R. (2002). *Madness, A Brief History*. New York: Oxford University Press Inc.
- Praško, J. et al. (2011). *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Raboch, J. (2012) *Psychiatrie a společnost*. Přednášky k předmětu Psychiatrie. 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy. Praha. Přístup 6.7.2013 z https://el.lf1.cuni.cz/p5_uvod
- Read, J., & Harré, N. (2001). The Role of Biological and Genetic Casual Beliefs in the Stigmatisation of "mental patients" [Electronic version]. *Journal of Mental Health*, 10 (2), 223-235.
- Rosenhan, D. (19. leden 1973). On Being Sane in Insane Places [Electronic version]. *Science, New Series*, 179 (4070), 250-258.
- Rousseau, G. S. (1993). "A Strange Pathology": Hysteria in Early Modern World, 1500-1800. In S. L. Gilman, *Hysteria Beyond Freud* (pp. 91-221). Berkeley a Los Angeles: University of California Press.
- Sartorius, N., Shapiro, R. & Jablensky, A. (zima, 1974). The International Pilot Study of Schizophrenia [Electronic version]. *Schizophrenia Bulletin*, 1 (11), 21-34.
- Schiappa, E. (2008). *Beyond Representational Correctness: Rethinking Criticism of Popular Media*. New York: State University of New York Press, Albany.
- Slater, E. (1965). Diagnosis of "Hysteria" [Electronic version]. *British Medical Journal*, 1, 1395-1399.
- Soukup, M. (2009). *Základy kulturní antropologie*. Praha: Akademie veřejné správy.
- Soukup, V. (2005). *Dějiny antropologie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum.
- Stone, J., Hewett, R., Carson A., Warlow, Ch., & Sharpe, M. (2008). The "Disappearance" of Hysteria: historical mystery or illusion? [Electronic version]. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 101 (1), 12-18.
- Storr, A. (1996). *Freud*. Praha: Argp.
- Sumathipala, A., Siribaddana, S., & Bhugra, D. (2004). Culture-bound Syndromes: the Story of Dhat Syndrome [Electronic version]. *The Brithish Journal of Psychiatry*, 184, 200-209.
- Syřišťová, E. (1972). *Normalita osobnosti*. Praha: Avicenum.

- Šedivec, V. (2008). *Přehled dějin psychiatrie: přehled názorů na duševní nemoc od nejstarších dob až po současnost*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Teferra, S. & Shibre, T. (2012). Percieved Causes of Severe Mental Disturbance and Preffered Interventions by Borana Semi-nomadic Population in Southern Ethiopia: a qualitative study [Electronic version]. *BMC Psychiatry*, 12. Přístup 10.7.2013 z <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-12-79.pdf>
- Tseng, W.-S. (2006). From Peculiar Psychiatric Disorders through Culture-bound Syndromes to Culture-related Specific Syndromes [Electronic version]. *Transcultural Psychiatry*, 43 (4), 554-576.
- Vacek, J. (1996). *O nemocech duše: kapitoly z psychiatrie*. Praha: Mladá fronta.
- Vágnerová, M. (1999). *Psychologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál.
- Vaughn, L., Jacquez, F., & Baker, R. (2009). Cultural Health Attributions, Beliefs and Practices: Effects on Healthcare and Medical Education [Electronic version]. *The Open Medical Education Journal*, 2, 64-74.
- Vokurka, M.; Hugo, J. (2004). Duševní choroba. [Electronic version]. *Velký lékařský slovník* (4th ed.). Přístup 22.6.2013 z <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/dusevni-choroba>
- Walker, I. R. (2002). The differential effectiveness of psychosocial and biogenetic causal explanations in reducing negative attitudes toward "mental illness" [Electronic version]. *Psychiatry*, 65 (4), 313-325.
- Wallace, A. (1972). Mental Illness, Biology and Culture. In F. Hsu (Ed.), *Psychological Anthropology* (pp. 363-402). New Yersey: General Learning Press.
- Ward, G. (1997). *Making Headlines: Mental Health and the National Press*. London: Health Education Authority.
- Waxler, N. (1974). Culture and Mental Illness [Electronic version], *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 159 (6), 379-395.
- Webster, R. (2004). *Hysteria, medicine and misdiagnosis*. Dostupné z <http://www.richardwebster.net/freudandhysteria.html>
- World health organization (2004). *The Global Burden of Disease* [Electronic version]. Region by income. Přístup 2.7.2013 z <http://apps.who.int/gho/data/node.main.925?lang=en>
- World health organization (2010). *Mental health: strenghtening our response*. Přístup 18.6.2013 z <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

- Williams, Ch. (2013). What is Mental Illness? *The Social Context of Mental Health and Illness*. University of Toronto. Class Coursera. Přístup 5.7.2013 z <https://class.coursera.org/mentalhealth-002/lecture/35>
- Wilson, C., Nairn, R., Coverdale, J., & Panapa, A. (1999). Mental Illness Depictions in Prime-time Drama: Identifying the Discursive Resources [electronic version]. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33 (2), 232-239.
- Wölfel, D. (červenec 1937a). Metody pravěké a primitivní trepanace. *Ciba*, 7 (40), 1375-1382.
- Wölfel, D. (červenec 1937b). O smyslu trepanace. *Ciba*, 7 (40), 1370-1374.
- Zola, I. (1972). Medicine as an Institution of Social Control [electronic version]. *Sociological Review*, 20 (4), 487-504.

