

Univerzita Karlova v Praze

Husitská teologická fakulta

Diplomová práce

Praha 2007

Regina Fictumová

Univerzita Karlova v Praze

Husitská teologická fakulta

Diplomová práce

**Duševně nemocní lidé a jejich postavení ve společnosti (od
starověku po současnost)**

**Mentally ill persons and their social status (from antiquity till
present)**

Katedra psychosociálních věd a etiky

Studijní obor: Husitská teologie v kombinaci s psychosociálními studii

Forma studia: Prezenční

Vedoucí práce: MUDr. Jiřina Ondrušová

Autor: Regina Fictumová

Praha 2007

Poděkování

Při této příležitosti bych chtěla poděkovat vedoucí diplomové práce MUDr. Jiřině Ondrušové za cenné rady a připomínky v průběhu zpracování problematiky a za její trpělivé odborné doprovázení. Děkuji také Františkovi Erbenovi za pomoc při překladu anotace a shrnutí diplomové práce do anglického jazyka.

„Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem Duševně nemocní lidé a jejich postavení ve společnosti (od starověku po současnost) napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů a souhlasím s jejím prezenčním zpřístupněním v knihovně UK HTF“.

V Praze dne 28. 7. 2007

Podpis:

Regina Fickumová

Anotace

Tato práce obsahuje hlubokou analýzu postavení duševně nemocných lidí od starověku po současnost. Je v ní podrobně rozebráno chápání abnormálních psychických projevů v dějinách.

Psychické poruchy jsou staré jako lidstvo samo. Společnost na ně odjakživa reagovala. S jejich nositeli se vyrovnávala způsoby, které odrážejí kulturní vyspělost dané společenské formace. V práci jsem tyto pro každou dobu specifické reakce společnosti na choromyslné lidi systematicky rozebrala. O každém období jsem pojednala natolik podrobně, aby v něm bylo sociální postavení lidí s duševní poruchou zjevné.

Zabývala jsem se také soudobými přístupy k duševně nemocným lidem a sociálními důsledky psychického onemocnění. Toto téma nebylo možné zpracovat bez rozkrytí prastarých představ o nemoci a postavení choromyslných lidí v minulosti. V práci průběžně odkazuji na změny, k nimž v zacházení s duševně nemocnými lidmi docházelo. Chtěla jsem poukázat na utrpení duševně chorých před tím než došlo k poznání, že v nemoci jsou si všichni lidé rovni. Předkládám také úvahy nad alternativami tradiční ústavní péče.

Jednou z možností, jak pochopit svět psychicky nemocného člověka, je projekce, kterou umožňuje krásná literatura. Proto jsem vypracovala esej o literárních postavách, které duševní nemocí trpěly.

Jednotlivá témata jsem zpracovávala na základě dlouhodobého studia odborné literatury.. Vycházela jsem ze seriózních informací. Varovala jsem se obskurních literárních pramenů, které psychiatrickou problematiku účelově zkreslují. Do práce jsem také začlenila eseje, v nichž reflektuji prožitky duševně nemocných, tak jak jsou zaznamenány v hodnotných dílech domácí i světové provenience. Beletrii jsem použila jako sekundární literaturu.

Přihlédla jsem také ke zkušenostem ze stáží v organizacích, které se zabývají sociální rehabilitací lidí, již mají zkušenost se schizofrenií.

Klíčová slova: Vyobcování, loď bláznů, posedlost, internace, psychiatrická léčebna, duševní poruchy, dějiny psychiatrie, stigmatizace, stereotyp duševně nemocného, totální instituce, duševně nemocný v rodině, fenomén šílenství v literatuře, komunitní péče, sociální rehabilitace, transformace psychiatrie.

Anotace v anglickém jazyce:

Annotation

This work contains a deep study of status of mentally ill persons from antiquity till present. It closely analyses the understanding of abnormal mental manifestations during the ages.

Mental disorders are as old as the mankind itself. The society has always responded to them. It has coped with their bearers by ways reflecting cultural maturity of a given social group. I have methodically examined these specific reactions of society to insane persons in every era. I have discussed every period so elaborately so that their social status is clear.

I have also dealt with present-day approaches to mentally ill persons and social consequences of mental illness. It was not possible to elaborate this theme without covering age-old conceptions of illness and status of mentally ill persons in the past. In my work I continuously make references to changes that occurred in treatment with mentally ill people. I intended to point out suffering of mentally ill persons before it came to understanding that all people are equal. I also present considerations of alternatives of traditional hospital treatment.

One of the possibilities how to get to understanding of a mentally ill persons is the projection given by imaginative literature. Therefore I have worked out an essay on literal characters that suffered from a mental illness.

The compilation of the individual themes is based on my long time study of professional books. I have proceeded from respectable information and avoided obscure literal sources that intentionally distort the psychiatric problems.

In my work I have also integrated essays which reflect experiences of mentally ill persons as written in valuable pieces of home and foreign provenience. The imaginative literature has been used as a secondary literature.

I have also taken into consideration my experience from short-term attachments in organizations occupying with social rehabilitation of persons that have experienced schizophrenia.

Key words: excommunication, ship of the fools, possession, obsession, internment, mental hospital, mental disorders, history of psychiatry, stigmatization, stereotype of mentally ill person, total institution, mentally ill person in family, phenomenon of insanity in literature, care in community, social rehabilitation, transformation of psychiatry.

Obsah

Úvod.....	16
1. Postavení duševně nemocných jedinců ve starověku – úvod.....	19
2. Nejstarší představy o duševních nemocech, jejich léčení + postavení psychicky nemocných lidí od starověku po středověk.....	22
2. 1 Představy o duševních nemocech a sociální status lidí s psychickou poruchou ve starověké Mezopotámii.....	22
2. 2 Zacházení s duševně nemocnými lidmi ve starověkém Egyptě.....	26
2. 3 Duševně nemocný v judaismu.....	27
2. 3. 1 Zacházení s duševně chorými lidmi v židovské pospolitosti.....	29
2. 3. 2 Choromyslný člověk jako objekt materiální podpory.....	32
2. 4 Duševně nemocní v antické společnosti.....	32
2. 4. 1 Lidé s psychickými poruchami a starořecké lékařství.....	34
2. 4. 2 Fenomén šílenství v antických mýtech.....	36
2. 4. 3 Fenomén „moudrých bláznů“ mezi antickými filozofy.....	39
2. 4. 4 Postavy předstírající šílenství v antické literatuře.....	41
2. 4. 5 Přístup antických lékařů k duševně chorým jedincům v „evropské psychiatrii“ na počátku n. l.	42
3. Lidé s duševními poruchami v Novém zákoně.....	45
3. 1 Duševně nemocný člověk jako objekt Ježíšova uzdravování (teologický význam uzdravování posedlých).....	45
3. 1. 2 Sociální postoje k lidem s duševními poruchami ve světle Ježíšova evangelia.....	48
4. Postavení duševně nemocného člověka ve středověku.....	49
4. 1 Duševně nemocný posedlý démonem.....	51
4. 1. 1 Schizofrenici jako možné oběti čarodějnických procesů.....	53
4. 2 Blahoslavení chudí duchem.....	55
4. 2. 1 Závěr.....	60
4. 3 Lykantrop bloudící středověkým lesem a vyděděnec.....	60
4. 4 Středověká internační zařízení pro duševně nemocné.....	63
4. 5 Choromyslní lidé jako otloukanci.....	64
4. 6 Blázen jakožto aktér středověkých lidových slavností a veselic.....	65
4. 7 Duševně nemocný jako objekt zájmu středověkých lékařů.....	67

5. Role, do nichž mohl vstoupit duševně chorý člověk	
v renesanci + lodě bláznů.....	69
5. 1 Renesanční lodě bláznů.....	70
5. 2 Duševně nemocný člověk a moře.....	72
5. 2. 1 Pozitiva nalodování choromyslných lidí.....	72
6. Vliv reformačních zásad na péči o duševně choré.....	73
7. Protireformace.....	74
8. Postavení duševně chorých lidí v evropských zemích	
v době osvícenské.....	79
8. 1 Poznámky o životě duševně nemocných ve Francii na konci 17. stol....	80
8. 2 Německo.....	81
8. 3 Anglie.....	81
8. 3. 1 Anglické soukromé	
„blázince“.....	82
8. 4 Choromyslný člověk jako objekt léčebných spekulací.....	82
9. Internace v průběhu 18. stol. a její dopad na život duševně	
nemocných v osvícenské éře.....	87
9. 1 Zacházení s duševně chorými ve Francii 18. stol. a v Německu.....	87
9. 2 Změny v zacházení s duševně nemocnými lidmi	
a v jejich postavení ve Francii	
na konci 18. a v 19. stol.....	89
9. 3 Péče o duševně nemocné v Anglii ke konci 18. a v průběhu 19. stol.....	96
10. Vývoj péče o choromyslné v Čechách na konci 18. stol.,	
v 19. stol. a změny v zacházení s duševně nemocnými lidmi.....	103
Úvodní shrnutí.....	103
10. 1 Stěžejní proměny v péči o choromyslné	
v době vlády císaře Josefa II.....	105
10. 1. 2 Pražský Tollhaus („blázinec“)......	106
10. 2 Nový ústav pro choromyslné.....	110
10. 2. 1 Náznaky spirituality v institucionální péči o duševně nemocné.....	112
10. 2. 2 Nedostatky kateřinského ústavu a jejich řešení.	
Postavení tzv. Nového domu.....	112
10. 3 Činnost a zásluhy dr. Riedela.....	114
10. 4 Opatrovnická služba a její reformy.....	117

10. 5 Chovanec ústavu sv. Kateřiny a Nového domu (pražského ústavu) jako objekt omezovacích prostředků a vybrané dobové způsoby terapie duševních nemocí prováděné v kateřinském azylu.....	119
10. 6 Pražský ústav pro choromyslné do vzniku psychiatrické kliniky a první psychiatrické léčebny v Čechách.....	121
10. 7 Česká psychiatrická klinika v Praze a její slavní lékaři.....	123
10.8 Pražský ústav pro choromyslné v Bohnicích.....	126
10. 8. 1 PL Bohnice dnes.....	127
10. 9 Nemocniční mimopražská psychiatrická oddělení.....	127
Závěrečná reflexe o prvních institucích k léčbě duševně chorých a léčebných ústavech.....	128
11. Inspirativní alternativa tradiční ústavní péče o duševně nemocné... 132	
11. 1 Co je podstatou heterofamiliární péče („rodinné opatery“).....	132
11. 2 Dějiny heterofamiliární péče.....	132
11. 2. 1 Heterofamiliární péče o psychicky nemocné lidi podle belgického vzoru.....	133
11. 2. 2 „Rodinná opatera“ v Čechách a na Slovensku.....	134
11. 3 Výhody heterofamiliárního ošetřování.....	136
11. 4 Pokus o realizaci „rodinné opatery“ v psychiatrické léčebně Praha-Bohnice.....	137
11. 5 Heterofamiliární péče jako efektivní alternativa tradiční kustodiální péče v psychiatrických léčebnách?.....	137
12. Osudy duševně nemocných lidí ve 20. stol. 139	
Úvodní stručné shrnutí dosavadních poznatků.....	139
12. 1 Pojednání o stěžejních směrech, jimiž se ubíral vývoj psychiatrie od konce 19. stol. a ve 20. stol.	141
12. 2 Nové metody v léčení duševních chorob a společenské postoje k choromyslným lidem ve 20. stol.	144
12. 2. 1 Šokové léčení duševních poruch.....	144
12. 2. 1. 1 Terapie „elektrickým šokem“.....	145
12. 2. 2 Lobotomie.....	147

12. 2. 3 Duševně nemocní lidé jako „vřed na společnosti“	149
12. 2. 3. 1 Jak doléhala nacistická politika euthanasie na německé rodiny?	155
12. 2. 3. 2 „Očistné akce“ v nacistických táborech smrti.....	156
12. 2. 3. 3 Závěrečná úvaha.....	158
12. 2. 4 Éra moderních psychofarmak a vliv jejich objevu na postavení duševně nemocných ve společnosti.....	160
12. 2. 4. 1 Stinné a světlé stránky farmakoterapie duševních chorob.....	163
12. 2. 4. 2 Revoluční přínos psychofarmakoterapie.....	164
12. 2. 4. 3 Dva extrémní pohledy laiků na psychofarmaka.....	164
12. 3 Analýza postřehů stěžejních představitelů tzv. antipsychiatrického hnutí.....	165
12. 3. 1 Teze Thomase Szasze.....	165
12. 3. 2 Názory Thomase Scheffa.....	166
12. 3. 3 Výsledky šetření Ervinga Goffmana a Goffmanova „totální instituce“.....	166
12. 3. 4 Rosenhahnův pokus.....	168
12. 3. 5 Antipsychiatrické snahy v Itálii – Franco Basaglia.....	170
12. 3. 6 Závěrečná úvaha o antipsychoiatrii.....	171
13. Člověk s duševní poruchou a jeho postavení v současné společnosti.....	172
13. 1 Definice klíčových údajů a vybrané statistické informace.....	172
13. 2 Postavení člověka s duševním onemocněním ve společnosti.....	177
13.2. 1 Historicko-filosofické kořeny stigmatizace psychicky nemocných osob.....	179
13. 2. 2 Stereotypní postoje k duševně nemocným lidem a jejich důsledky.....	181
13. 2. 3 Vnímání duševně nemocných podle Výzkumu názorů na schizofrenii provedeném v r. 2004.....	183
13. 2. 4 Duševně nemocný člověk v rodině.....	185
13. 2. 4. 1 Duševní nemoc jako spouštěč vzájemného obviňování jednotlivých členů rodiny.....	186
13. 2. 4. 2 Obavy rodiny z jejího psychicky nemocného člena.....	188

13. 2. 5 Vybraná témata týkající se právního postavení duševně nemocného člověka v České republice.....	188
13. 2. 5. 1 Duševní nemoc a právo.....	188
13. 2. 5. 2 Omezující prostředky v psychiatrii.....	190
13. 2. 6 Pracovní a sociální rehabilitace lidí s duševním onemocněním.....	194
13. 2. 6. 1 Návrat k původnímu životu a role pracovní a sociální rehabilitace.....	195
13. 2. 6. 1. 1 Dojmy ze stáže v o. s. Green Doors.....	196
13. 2. 6. 1. 2 Postřehy o klientech.....	197
13. 2. 6. 1. 3 Postřehy o všech projektech o. s. Green Doors.....	198
13. 2. 7 Sociálně rehabilitační formy péče o lidi s duševním a/nebo mentálním hendikepem v plzeňském regionu.....	199
14. Transformace české psychiatrie.....	203
14. 1 Komunitní péče o duševně nemocné a její realizace v českých podmínkách.....	205
14. 1. 1 Další překážky, s nimiž se proces „přestavby“ psychiatrické péče v Čechách potýká.....	207
14. 2 Aktuální kauza týkající se poskytování péče duševně nemocným lidem.....	207
15. Fenomén šílenství v domácí a světové beletrii.....	209
Úvodní reflexe.....	209
15. 1 Vybrané literární postavy, které trpěly duševní chorobou.....	210
15. 1. 1 Viktorka.....	210
15. 1. 1. 2 Co způsobilo, že se Viktorka pomátla na rozumu?.....	215
15. 1. 1. 3 Interakce mezi šílenou Viktorkou, babičkou, dětmi a pospolitostí, v níž se Viktorka narodila.....	216
15. 1. 1. 3. 1 Viktorčina smrt.....	216
15. 1. 1. 4 Kdo byla skutečná Viktorka, jejíž osud přizpůsobila Němcová svým uměleckým záměrům?.....	217
15.1. 2 Bertha Rochesterová.....	217

15. 1. 3 Metoda doktora Téra a profesora Péra.....	219
15. 1. 4 Předčasný pohřeb.....	221
15. 1. 5 Fenomén šílenství v ruské literatuře ve 2. pol. 19. stol.....	223
15. 1. 5. 1 Pavilón č. 6.....	223
15. 1. 5. 2 Další postřehy k Čechovově povídce Pavilón č. 6.....	227
15. 1. 6 - 1. pol. 20. stol. – „Choromyslní“ v díle Michaila Bulgakova.....	228
15. 1. 7 Jerzy Krzysztón – Trilogie Šílenství (1980) (Oblęd).....	231
15. 1. 8 Pan Theodor Mundstock.....	241
15. 1. 9 Viditelná temnota.....	243
15. 1. 10 Postava Nathana Landaua.....	249
15. 1. 11 „Schizofrenické zhroucení z přepracování“.....	251
15. 1. 12 Duševně nemocný jako anděl všehomíra.....	252
16. Závěr.....	256
Seznam použitých pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.....	260
Shrnutí.....	275
Summary.....	278
Vysvětlivky.....	281
Přílohy: Příloha č. 1 a příloha č. 2	
Seznam pramenů k přílohám	

Seznam používaných zkratek:

aj.	a jiné
akkad.	akkadsky
B.	bůh, Bůh
Boh.	bohyně
BT	Babylónský Talmud
Cit.	citováno
CKI	Centrum krizové intervence
č.	číslo
ČLS JEP	Česká lékařská společnost J. E. Purkyně
ČR	Česká republika
Čes. a slov. Psychiat.	časopis Česká a slovenská psychiatrie
Čs. Psychiat.	časopis Československá psychiatrie
ČT	Česká televize
č. z.	český zemský
Da	kniha Daniel
Dosl.	doslova
DPS	Denní psychiatrické sanatorium
Dt	kniha Deuteronomium
Enc.	Encyklopedie
EU	Evropská unie
Ex	kniha Exodus
Ez	kniha Ezechiel
fce	funkce
Git.	Gittin (traktát BT)
Gn	kniha Genesis
Hal.	halucinace
Chag.	Chagiga (traktát BT)
i. m.	intramuskulární (nitrosvalová)
In	nachází se v:
Iz	kniha Izaiáš
J	Janovo evangelium
JIP	Jednotka intenzivní péče
kap.	kapitola
Karl uni.	Karlova univerzita
kol.	kolektiv
Kraep.	Kraepelin
kt.	který, -á, -é
L	Lukášovo evangelium
Lék. fak.	Lékařská fakulta
Lv	kniha Leviticus
Mk	Markovo evangelium
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize

Mt	Matoušovo evangelium
n.	a následující
nakl.	nakladatelství
např.	na příklad
nauč.	naučný
Nem.	nemocnice
n. l.	našeho letopočtu
Nu	kniha Numeri
Obr.	obrázek
odst.	Odstavec
o. p. s.	obecně prospěšná společnost
o. s.	občanské sdružení
Ottův sl. nauč.	Ottův slovník naučný
par.	paralely
2 Pa	2. kniha Paralipomenon
PL	psychiatrická léčebna
pol.	polovina
pozn.	Poznámka
prof.	profesor
př. n. l.	před naším letopočtem
př. Kr.	před Kristem
Přel.	přeložil, -a
Příl.	příloha
Psych.	psychiatrický, -á, -é
psychosoc.	psychosociální
resp.	respektive
roč.	ročník
s.	strana
1 S	1. kniha Samuelova
Sb.	Sbírka
Sk	Skutky apoštolské
Sl.	slovník
sr.	srovnej
stol.	století
sz.	starozákonní
Sz.	Starý zákon
SZO	Světová zdravotnická organizace
TC	terapeutické centrum
tzv.	tak zvaný
tj.	to je
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvaný, -á, é
uč.	učebnice
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

ÚSP
viz
všeob.
všeob. nem.
vyd.
vysvětl.
WPA

Zj
Ž

ústav sociální péče
podívej se
všeobecný, -a, -é
všeobecná nemocnice
vydání
vysvětlivka
Word Psychiatric Association
(Světová psychiatrická společnost)
kniha Zjevení
Žalmy

Motto:

„V mých očích jsou zdi, které oddělují zdravé a nemocné, jen výrazem slepoty vůči skutečné hodnotě člověka, která je tam i zde stejná.“

F. Kafka

Úvod

Ve své magisterské práci se zabývám postavením duševně nemocných lidí ve společnosti od starověku po současnost. Činím tak proto, že jsem o psychických problémech i lidech, kteří je prožívají, mnoho četla. S některými z nich jsem v rámci své praxe v o. s. Green Doors, jež poskytuje sociální rehabilitaci mladým lidem, kteří onemocněli schizofrenií, měla možnost pracovat.

Pochopit sociální postavení psychicky nemocného v dnešní době vyžaduje zaměřit pozornost na minulost a pokusit se toto postavení vymezit historicky. Fenomén duševní nemoci je sám o sobě velmi zajímavý a neméně pak exkurz do dějin psychiatrie.

Na tuto mimořádně lákavou cestu jsem se vydala proto, že duševní nemoc má své dějiny a některé postoje k lidem s duševní poruchou, které v sobě chová soudobá veřejnost, mají kořeny v dávné minulosti. Do dějin psychiatrie jsem se odvážila vydat také proto, že tento medicínský obor od nepaměti svými tématy přesahuje do společenských věd jako je sociologie, psychologie či praktická teologie.

Zásadní myšlenkou, která prolíná touto prací je, že šílenství bylo jednou z mnoha nepříznivých sociálních situací a společnost se s ním od nepaměti potýkala a vyrovnávala různými způsoby. K sociální skupině pomatených a posedlých zaujímala rozličné postoje.

Lze říci, že při podrobnější filosoficko - sociologické analýze postavení duševně nemocných v určité době, shledáváme mnohé o úrovni dané společnosti, o její mentalitě i způsobech myšlení, které v ní panují. „Jedním z vysoce validních kritérií pro určení úrovně společnosti je, jak se daná společenská formace nebo později jednotlivé státy starala a starají o své staré, nemocné a duševně choré jedince“ (Haškovcová, 1989, s. 158). I proto pokládám dějinné vymezení postojů společnosti k jejím duševně nemocným členům za mimořádně zajímavé a přínosné.

V práci se také zabývám psychosociálními důsledky duševních onemocnění i možnostmi jejich kompenzace.

Příběhy lidí, kteří mají zkušenost s vážnou duševní nemocí, obzvláště psychózou¹ a depresí,² jsou zpracovány v některých literárních a filmových dílech. Jelikož tato díla zachycují, mnohdy s pozoruhodnou přesností, zkušenosti a pocity jednotlivých hrdinů z doby, kdy jejich život ovládla duševní choroba, rozhodla jsem se, že jako samostatnou kapitolu zpracuji stať, v níž budu životní osudy těchto postav, tak jak jsou reflektovány ve vybraných literárních textech příslušné doby, podrobně analyzovat.

Osobní výpovědi duševně nemocných aktérů o svých zkušenostech s psychickou poruchou jsou laikům jinak velmi těžko dostupné.

Fenomén duševní nemoci patří k citlivým tématům, o nichž se i s nejbližším člověkem hovoří velmi těžko. Právě proto „je jednou z možností jak pochopit svět duševně nemocného člověka, projekce, kterou umožňuje krásná literatura“ (Höschl in Janíček, 2004, s. 70). Z toho důvodu bych chtěla vybraným literárním výpovědím o lidech, kteří trpěli vážnou duševní nemocí, v této práci věnovat zvláštní pozornost.

Duševní nemoc stále funguje jako silné sociální stigma (Vágnerová, 1999, s. 168). Z vyprávění některých klientů, kteří po zaléčení psychózy podstoupili sociální rehabilitaci v některém z programů o. s. Green Doors, jsem nabyla přesvědčení, že veřejnost vůči psychicky nemocným udržuje v době vzplanutí jejich onemocnění a mnohdy i po jeho odeznění určité odmítání nebo i v dnešní době stále znatelný odstup (někdy je dán už pouhou zmínkou o kontaktu s psychiatrií). Tento odstup nabývá konkrétní podoby zejména v okamžiku, kdy se psychicky nemocný člověk uchází o práci a prozradí svoji zkušenost s psychiatrickým onemocněním či důvod pobírání invalidního důchodu. Po vyposlechnutí

¹ „Psychóza je onemocnění charakterizované závažnou poruchou procesu vnímání a poznávání (např. halucinace, bludy), neschopností odlišit realitu od fantazie, poškozeným posuzováním reality a poruchou chování.“ (Praško a kol., 2001, s. 84). Psychotické poruchy jsou různorodé. Nejčastější a nejzávažnější z nich je schizofrenie. (tamtéž, s.14).

² „Stavy vyznačující se smutkem, beznadějí, pocitem viny, vlastní špatnosti, nedostačivosti, somatickými a vegetativními potížemi, sebevražednými myšlenkami a případně pokusy, poruchami spánku (nеспavostí i nadměrnou spavostí), sexuálními dysfunkcemi, úzkostí, pesimismem, nezájmem o věci okolo sebe, nesoustředěností, bolestmi, pocity tíže, nechutenstvím či přejídáním, zpomalením psychomotorického tempa či naopak tělesným neklidem, někdy i obsedantními (nutkavými), paranoidními a derealizačními příznaky (pocity neskutečna)“ apod. (Höschl, in Kovář, 1996, s. 187). „Základním a všepřonikajícím příznakem je chorobně smutná (depresivní) nálada, která je většinou neodklonitelná vnějšími událostmi“ (Švestka, 2000, s. 5). Je intenzivnější ráno, zatímco večer se zmírňuje (tamtéž). Podle závažnosti se deprese dělí na lehké, středně těžké a těžké (tamtéž, s. 7). „Zejména u mužů deprese často probíhá tak, že je problém zvnitřněn“ (Höschl, in Havlíková, 2000, s. 35). „Dotyčný sám tomu nerozumí jako chorobě, kterou by bylo třeba léčit. Připadá si skutečně špatný a spíš to před okolím tají nebo se za to stydí. Stydí se za to, že je tak nedostatečný, že nemůže živit rodinu, že selhal v životě, v povolání, v mezilidských vztazích“ (Höschl, tamtéž).

několika příběhů jsem sice nabyla dojmu, že ve velkoměstě je situace duševně nemocného v některých ohledech snazší než na venkově, přesto jsem zaregistrovala konkrétní obavy, plynoucí především ze strachu o duševní nemoci otevřeně mluvit. Zaznamenala jsem také tendenci psychické potíže úzkostlivě zastírat.

Ke svým čtenářům o vlastních trampotách s duševní nemocí výstižně promlouvá např. Jiří Pavel, syn spisovatele Oty, slovy: „Jenomže o rýmě můžeš s kýmkoli mluvit. Říct sousedovi, jak ti pořád teče z nosu, postěžovat si známé, jak v noci nemůžeš dýchat, a navíc zalaškovat, že léčená rýma trvá sedm dní, zatímco neléčená týden. Ale s maniodepresivitou?³ Vždyť tu nemoc ani nikdo neumí pořádně vyslovit.“ (Peterová, 2001, s. 82). Právě proto jsem se rozhodla rozebrat sociální postoje k psychicky nemocným lidem také v současnosti.

Sepsáním této práce chci kromě jiného přispět k „odtabuizování“ tématu „vážná duševní nemoc“ a „vážně duševně nemocný člověk mezi námi“.

³ Maniodepresivita patří mezi afektivní poruchy (poruchy nálady). Spočívá ve střídání elace (patická euforie, chorobně veselá a rozjařená nálada), zvýšené energie a aktivity (mánie: nespavost, nerozumné nákupy, pohlavní nezdrženlivost, nadnesené hodnocení vlastní osoby atd. a hypomanie-mánie mírnějšího stupně) s depresivní fází (skleslá nálada, smutek, ztráta zájmů, úvahy o smrti apod.) (in Duševní poruchy a poruchy chování, MKN-10, s. 121; Praško a kol., 2001, s. 81).

1. Postavení duševně nemocných jedinců ve starověku – úvod

Vymezit postavení duševně nemocných jedinců ve starověkých civilizacích není neproblematické. Duševně nemocní ve starověku netvořili konkrétní skupinu, která by se vydělovala z masy ostatních hendikepovaných jedinců a byla objektem zvláštního zájmu, nýbrž spadali do kategorie sociálně znevýhodněných společně s žebráky, tělesně postiženými, vdovami a sirotky, tedy s ostatními lidmi na okraji společnosti.

V žádném z období, jimiž se budu zabývat, nebyl postoj k duševně nemocným vyhraněně jednoznačný. Vždy existovaly různé postoje a různé způsoby, jimiž se ta která společnost s duševně nemocnými vyrovnávala. Ty byly určovány především evidentními projevy postiženého, dle nichž se veřejnost orientovala a reagovala na ně vesměs (pro každý případ individuálně specifickým způsobem).

Pro starověké civilizace je v přístupu k sociálně potřebným jedincům rozhodující institucí patriarchální paternalismus (Tomeš, 2001, s. 33). Na vrcholu takovéto instituce stojí náčelník, despota, feudál či diktátor, který přiděluje role a prostředky všem, tedy i sociálně potřebným (tamtéž).

Nedělejme si však iluze o tom, že v nejstarších dobách existoval automaticky zájem o všechny praceneschopné. Je totiž skutečností, že první podpory byly vyhrazeny lidem, jejichž existence byla pro stát významná a kteří byli pro stát z tehdejších hledisek skutečně potřební. K takovým lidem patřili především váleční veteráni, kteří podle Chammurapiho zákoníku⁴ (18. stol. př. Kr.) dostávali přiděly půdy, čímž byli zajištěni pro stáří (Tomeš, 2001, s. 34). Poživatelkami konkrétního zajištění byly v babylónské kultuře také vdovy, v případě, že jim po zemřelém manželovi zůstal nezletilý syn (tamtéž). Že by podobné podpory v této době náležely i jiným skupinám znevýhodněných lze téměř stoprocentně vyloučit.

V asyrsko-babylónské kultuře v zásadě nemůžeme vystopovat nějaký oficiální postoj k tak specifické skupině hendikepovaných, jakou jsou duševně nemocní lidé. Těžko mohu hovořit o systému solidarity s jedinci duševně chorými, který by byl dokonce zakotven v systému vlády. Oprávněná je nejspíš pouze domněnka, že o zcela neschopné jedince, kteří si nemohli zajistit vlastní obživu, pečovala rodina.

⁴ Chammurapi (1792-1750) byl nejvýznamnější král tzv. I. Babylónské dynastie (1894-1595 př. n. l.). během 43-leté vlády se mu podařilo rozšířit teritorium a upevnit moc babylónského státu. Tzv. Kodex krále Chammurapiho je nejdůležitějším zákoníkem starého Předního východu. Obsahuje předpisy regulující různé oblasti hospodářského a společenského života země. Je dochován na čedičové stéle (dnes v pařížském Louvru). (Prosecký a kol., 1999, s. 128 a 420; hesla Chammurapi a Zákony).

V případě, že jedinec znevýhodněný v obstarávání prostředků k životu rodinu neměl, mohl, jak tomu pravděpodobně zcela běžně bylo, zemřít, třeba v důsledku kachexie z dlouhotrvajícího hladovění, bez jakékoli pomoci.

V některých kulturách byli jedinci, kteří evidentně vykazovali všechny známky toho, že v budoucnosti nebudou schopni zabezpečovat své potřeby, předem odstraňováni zabitím (např. Spartáné, Slované).

Náznaky organizovanějšího sociálního myšlení lze postřehnout v kultuře antické. Ani zde však nebyli duševně choří lidé objektem zvláštní sociální péče ačkoliv zmínky o způsobu zacházení s nimi dokládají, že byli objektem hodným zvláštního zřetele. Zastávám přesvědčení, že na ně tehdy bylo pohlíženo podobně jako na „tělu škodící vřed“ či obtížný balast. V XI. Knize Zákonů Platónⁱ (427-347 př. n. l.) ve stručné zmínce doporučuje, aby se šílení lidé v obci raději neukazovali a aby byli podrobeni jakési „domácí internaci.“ (1997). Domnívám se, že Platónova zmínka o organizaci života duševně nemocných vyplývá spíše z určité obavy, že by tito jedinci mohli svým chováním narušovat integritu obce a budit v ní neúčelné pozdvižení.

Z Platónových představ o dokonalém sociálním zřízení zachycených v Ústavě (2001) lze také vyčíst, že filosof uvažuje o nemocných a zraněných občanech stran jejich léčení, jsa dosti ovlivněn otázkou jejich konečné prospěšnosti pro stát. Vážně duševně nemocní lidé, u nichž se (také kvůli dosud ještě neodborné lékařské péči) dala těžko předpokládat změna k lepšímu, mohli být v souladu s Platónovými představami snadno řazeni k ostatním nevléčitelně nemocným, na něž se nahlíželo jako na osoby, které nejsou užitečné ani samy sobě, natož pak obci. Z uvedených myšlenek se lze oprávněně domnívat, že byli duševně nemocní, a mezi nimi obzvláště jedinci agresivní a nebezpeční svému okolí, spontánně likvidováni. Platónovy návrhy počítají s extrémní formou eugenického přístupu, který je neetický. Nejspíš jej posvěcovala samotná vládní moc.

Represivní přístup se obvykle nedotýkal „klidných“ duševně nemocných a neškodných pomatenců, kteří byli vesměs tolerováni. (viz. 2. 4).

V antické společnosti také existovaly jakési sociální požitky v podobě přidělu lístků do divadla a na zápasy a požitky v podobě veřejných hostin a přidělu obilí (známé jako „chléb a hry“ za a po Augustovi v Římě na poč. n. l.) (Tomeš, 2001, s. 36). Na trojcestích byly stavěny sochy bohyně Hekaty („boh. vybavená mocí na zemi, na nebi i v podsvětí“)ⁱⁱ, jež měly tři obličejové obrácené do tří stran (tamtéž, 2003, s. 108-109). Na konci měsíce se k nim nosilo jídlo a pití, které si pak odnášeli chudí (tamtéž).

Tyto požítky však nebyly adresovány jednotlivci, nýbrž davu a konaly se pochopitelně jen v určité době. Z toho vyplývá, že nepřetržitě rozprostřená sociální síť, jež by poskytovala v případě nouze alespoň minimální záštitu každému sociálně potřebnému, vpravdě neexistovala.

Ať už byly požítky jakékoli druhy, nemohly být nikým nárokovány, jelikož se pouze přidělovaly (Tomeš, 2001, s. 36). V existenci těchto požítků nelze spatřovat ani jakoukoliv morální povinnost pomáhat všem chudým, jelikož nesvobodní občané, tedy otroci a barbaři, je využívat nesměli (tamtéž). Výstižný je v tomto ohledu závěr, že v soucitné lásce k bližnímu být Řecko vzorem nemůže (Vašek, 1941, s. 12).

Opravdovou sounáležitost s druhými, která byla čím dál tím více společensky potřebná, akcentuje judaismus a křesťanství.

V následující části podniknu exkurz do historie péče o duševně nemocné, v němž se budu podrobněji věnovat nejstarším představám o duševních nemocech a ze zjištěných dat pak budu vyvozovat závěry o postavení duševně nemocných lidí v určité společnosti.

2. Nejstarší představy o duševních nemocech, jejich léčení + postavení psychicky nemocných lidí od starověku po středověk

2. 1 Představy o duševních nemocech a sociální status lidí s psychickou poruchou ve starověké Mezopotámii

Zdokumentovat postavení duševně chorých v asyrsko-babylónské kultuře je stejně jako v kulturách ostatních útvarů předkřesťanského starověku obtížné. Zprávy, dle nichž si mohu udělat určitou představu o vztahu společnosti k duševně chorým v tomto údobí, jsou totiž poněkud zlomkovité, nebo pojednávají o lidech s psychickou poruchou pouze nepřímo. Protože je však toto období z hlediska historického i náboženského mimořádně zajímavé, rozhodla jsem se mu věnovat podrobněji.

Postavení řadového asyrského člověka, jenž z našeho pohledu vykazoval rysy duševně chorého, bylo značně ovlivněno obecným názorem na nemoci a jejich příčiny v této době. Asyrsko-babylónská kultura se v pohledu na nemoci nelišila od ostatních starověkých národů (Egypt, Indie, Čína), protože ve svém nazírání nemoc kladla do souvislosti s osobním hříchem postiženého.⁵

Můžeme shrnout, že celému archaickému myšlení lidstva je vlastní chápání nemoci jako trestu, který bohové seslali na člověka za to, že porušil mravní zákon (Entralgo, 1995). O tomto nazírání svědčí i výraz „šertu“, kterým byla kromě nemoci automaticky míněna i mravní poskvrna, hněv bohů a trest (Entralgo, 1995, s. 21).

Josef Klíma ve své práci o životě v Mezopotámii uvádí nejrůznější zkazky z hliněných destiček, které dokládají, že již v tehdejší době vznikaly rozličné zprávy o léčebných postupech a zajímavé popisy „diagnóz“ (1976, s. 277, 278, 279). Identifikace konkrétních onemocnění je však poněkud obtížná, protože si dochované lékařské texty všimají spíše jednotlivých symptomů určité nemoci (např. horečky, bolesti, krvácení) (Prosecký a kol. 1999, s. 267). Z nemocí duševních se předpokládá výskyt schizofrenie, epilepsie a patrně alkoholické paralýzy mozku. (Prosecký a kol. 1999, s. 268).

⁵ Učení, že utrpení je trestem za hříchy, zatímco bohabojnost vede ke štěstí, odporovalo lidské zkušenosti. Vyvolávalo otázku, proč trpí také lidé spravedliví a bezúhonní. Z hlediska víry v Hospodina je „téma utrpení spravedlivého“ reflektováno ve starozákonní knize Jób (6. stol. př. n. l.). Tázání po smyslu utrpení bezúhonného je obsaženo už v textech akkadského mudrosloví. Jedná se o „Monolog trpícího spravedlivého“ - „Chci chválit pána moudrosti“ (akkad. „Ludlul bél némeqi“) (pravděpodobně 2. tisíciletí př. n. l.) a o tzv. Babylónskou theodiceu („Dialog trpícího s jeho zbožným přítelem“) (1. pol. 11. stol. př. n. l.) (Prosecký, 1995).

Není pravdou, že v Mezopotámii neměli trpící k dispozici „odborníky“ k léčbě rozličných neduhů, jak mylně informuje řecký historik Hérodotos (484–430 př. n. l.) slovy: „Nemocné vynášejí na tržiště, neboť nemají lékařů. Prodělal-li někdo stejnou nemoc, jakou má nemocný, nebo viděl jiného nemocného, přistupuje k němu a radí mu, jak se léčit“; (Hérodotos, 2003, str. 92).

Nemocný Asyřan měl naopak při vyhledávání pomoci, v rozporu s tvrzením Hérodota, hned několik možností: Buďto mohl vyhledat asúa (akkadsky „vodičkář“ či „písař odborně školený v léčení“; od 2. tis. př. Kr. lékař se vzděláním), nebo ášipua („zaříkávač“) (Klíma, 1976, s. 274, s. 277).

Prvý se opíral o nalezené symptomy a hledal způsob léčby ve vyzkoušených prostředcích, druhý provozoval zaříkávání a exorcismy (Klíma, 1976, s. 278).

Prosecký a kol. uvádí ještě třetího „odborníka“, a to věštce („bárú“) (1999, s. 207).

Ačkoliv se terapeutické postupy lékařů, zaříkávačů a věstců lišily, všichni usilovali o jediné, totiž o vyléčení člověka (Klíma, 1976, s. 277). O činnosti „zaříkávačů“, vlastně expertů v magii, se nám dochovalo podstatně více zpráv než o činnosti lékařů, kteří se v rámci tehdejších možností ubírali cestou „vědeckého poznání.“ (Klíma, 1976, s. 277). Pozoruhodná je však skutečnost, že Chammurapi se ve svých zákonech o zaříkávačích a duchařích vůbec nezmiňuje a upravuje pouze postavení lékaře (Klíma 1976, s. 275).

Protože byly všechny nemoci dávány do souvislosti s působením zlých duchů (démonů), jimž je člověk vydán všanc poté, co se dopustil určité nepravosti, směřovalo úsilí zaříkávačů k jejich zaklínání. Jeho prostřednictvím měla být zajištěna toužebně očekávaná úleva. Samotné zaříkávání působilo na nemocného hlavně psychologicky, poněvadž slova, která vycházela z úst kněze, o němž nemocný věděl, že jej má zbavit zlých démonů, mohla působit sugestivně. (Klíma, 1976, s. 279).

Zvláštní pozornost byla v rituálech zaměřena na jakési „kouzlo“ či „kletbu“ (akkadsky mámítu), jež člověka zbavilo jeho ochranného božstva (Prosecký, 1995, s. 68). Byl-li člověk opuštěn ochranným božstvem, dostal se do sféry vlivu zlých démonů, jejichž zneškodnění vyžadovalo kultické úkony.

K ujasnění představy o zaklínáních, která byla součástí kultických úkonů, mám k dispozici jejich sbírku, tzv. Šurpu. Není bez zajímavosti, že velkou část II. tabulky zaklínání Šurpu, jejíž překlad uvádí ve své práci Prosecký (1995, s. 71-75), utváří výčet provinění a hříchů, vlastně jakési „zpovědní zrcadlo“. Objevují se v něm otázky typu: Stavěl se proti nadřazenému? Oblékl si oděv bližního svého? (Dopustil) se (vůči) stařešinovi týrání? Pil

z poháru prokletého? Jest tím (kdo) ústy (říká) „ano“, srdcem (říká) „ne“?.. Tyto obširné dotazníky jsou, jak zajímavě postřehl Entralgo, jakousi obdobou dnešní přípravy věřících na zpověď (1995, s. 21).

Poté co se věřící přiznal k nějakému přestupku, přikročilo se k usmiřujícímu aktu. V úvahu přicházel obětní dar, modlitba nebo rituální oběť. Sugestivní slova zaklínače jsou doložena následujícími texty: „Jsem zaklínač, velekněz Eův (bůh moudrosti a magie, bůh plodnosti)..., jakmile vstoupím do domu nemocného, Šamaš (sluneční bůh a dárce světla) je přede mnou, Sín (měsíční bůh) za mnou, Nergal (bůh podsvětí) po pravici, Ninurta (bůh války) po levici. Jakmile se přiblížím k nemocnému, jakmile mu položím ruku na hlavu, ať dobrý duch, ať příznivý strážce je mi po boku!.. (Klíma 1976, s. 279). Některá zaklínání v II. tabulce Šurpu se obrací k Mardukovi slovy: „Každou kletbu, jež postihla člověka, syna svého Boha, zruší Mardukⁱⁱⁱ, zaklínač bohů (II. 193 n., Prosecký, 1995, s. 75). Tolik tedy k upřesnění představy o pojetí chorých, ať už tělem, nebo duchem, v této době.

Duševní nemoc svými projevy mohla mezi obvyklými somatickými potížemi zaujímat zvláštní místo. Obecně byla pokládána za posedlost démony (Vencovský, 1983, s. 17), proto se s duševně nemocnými nejspíš nakládalo podobně jako s lidmi, kteří trpěli nemocemi tělesnými. Trest v podobě nemoci často působil zlý démon Asakku, jenž vyvolával kromě všech tělesných bolestí hlavně bolesti hlavy. (Vencovský, 1983, s. 17).

U duševních nemocí se předpokládalo přímé působení tzv. „ruky ducha“ (quat etemni) či „úderu démona“. Black se zmiňuje o duchu zemřelé osoby, který se pro nepohodu zakoušenou v podsvětí, navrácí mezi živé, jež pak pronásleduje a trýzní (1999). V jeho moci je dokonce vstoupit do těla uchem. Mezi duchy, kteří se navraceli obzvláště často, patřily oběti vraždy. Může tu být náznak výčitek svědomí, které dokážou člověka dohnat až k šílenství.

Protože asyrsko-babylónská civilizace ještě neznala nemocnice ani útulky pro duševně choré, osud takto hendikepovaných patrně dosti závisel na rodinných vztazích a péči rodiny vůbec. Neporušená rodina o ně sice pečovala, ale většinou je skrývala (Prosecký a kol., 1999, s. 208). Společnost vnímala tyto jedince buďto jako trvale dementní, přechodně nemocné, nebo jako demoralizované (Klíma, 1976, s. 282).

Zvláštní postavení zaujímal mezi ostatními „blázny“ (akkad. „sakku“, „lá múdú“, Prosecký a kol., 1999, s. 208) osoby slabomyslné, tedy mentálně retardované (Klíma, 1976, s. 282).

Toto postavení souvisí s jejich uplatněním při některých dvorských příležitostech (či kultovních slavnostech), kde hrály vladařova dvojníka (tamtéž). „Až dojde v Akkadu k zatmění Měsíce, bude slabomyslný postaven na místo krále, aby neblahé dny proběhly pro krále bez ohrožení.“ (tamtéž).

Tato pozoruhodná role souvisí s vnímáním duševně nemocného jako osoby, kterou je možné využít jako zástupný objekt v situaci, která je pro „zdravého“ člověka nějak ohrožující či znevýhodňující.

Osoby, vykazující svými projevy psychotické příznaky (trpěly vizuálními halucinacemi), bývaly zase využívány k nejrůznějším věštbám a k zaříkáváním, jak o tom svědčí známá rukojeť: „Jestliže je někdo dlouho nemocen a blouzní, že vidí berana, zůstane nemocen a zemře... Jestliže někdo je dlouho nemocen a blouzní, že vidí gazelu, tento nemocný se uzdraví.“ (in Klíma, 1976, s. 282).

I přes všechny pokusy o zaklínání a vyhánění zlých démonů, kteří byli pokládáni za podstatu neduhů rozličného typu (jak somatického tak psychického), obecně platilo, že tělesné i duševní zdraví je vůlí bohů (Boha) a tudíž nezměnitelným osudem (Prosecký a kol, 1999, s. 208).

Že se duševní nemoci již tenkrát nevyhýbaly ani vznešeným vladařům, dobře potvrzuje postava babylónského krále Nabukadnezara II.^{iv} (604-562 př. Kr). Nabukadnezar, pyšný vládce a slavný válečník, měl podle knihy Danielovy (4. kap.) zvláštní sen, který byl jakousi výstrahou a předzvěstí jeho pozdějšího zbědovaného stavu. Ve snu Bůh pyšnému králi ohlásil, že pokud nevyslyší Boží povolání k nápravě a před Hospodinem se nepokoří, vejde v platnost Boží trest. Vzpurnému králi byla dána roční lhůta, během níž se měl před Hospodinem osvědčit. Této lhůty však Nabukadnezar nevyužil a nakonec byl stížen strádáním, před nímž byl varován. Vykladači v Nabukadnezarově strádání odjakživa spatřovali duševní poruchu, ale zdůrazňovali, že v textu jde spíše o demonstraci důsledků pýchy a vzpoury proti Bohu (Bič a kol. Starý zákon, Překlad s výkladem. Knihy Daniel a Ezechiel, 1984).

I když v tomto zvěstném biblickém příběhu skutečně nejde o přesnou specifikaci určité nemoci,⁶ popis podivného králova chování a jeho celkového osudu o duševní nemoci nejspíš zřejmě skutečně svědčí. Lze se dočíst, že od něj odešlo království, že byl vyhnán z lidské pospolitosti (byl vyhnán pryč od lidí), že pojídal trávu jako dobytek. Na jeho tělo padla nebeská rosa, až mu narostly vlasy jako peří orlům a nehty jako drápy ptákům (Da 4, 29n). Po sedmi letech pozvedl oči k Hospodinovi a rozum se mu navrátil (Da 4, 31 a 4, 33). Julius Preuss uvádí, že v králově chování byla spatřována jakási zvířecká animalita, psychóza analogická starověké lykantropii (prostými lidmi chápána jako fenomén vlkodlaka) (1911, s. 356). Zároveň se však domnívá, že ve světle dnešního poznání je pravděpodobnější spíše paranoia.

Prof. Vencovský, který se zabýval historickým vymezením duševních chorob, z popisu nemoci Nabukadnezarovy v souladu s poznatky soudobého lékařství vyvozuje, že se nejspíš jednalo o anxiozně agitovanou melancholii s občasnými rapt⁷ (afektivní psychózu) (1983, s. 18). Tyto potíže nejspíš nevedly k závažnému rozvratu králova intelektu, protože je známo, že za Nabukadnezara II. babylónská říše dosáhla největšího rozkvětu a rozmachu.

2. 2 Zacházení s duševně nemocnými lidmi ve starověkém Egyptě

Mé představě o postavení duševně chorých ve starém Egyptě poslouží Ebersův papyrus, který pochází z 15. stol. př. Kr. V tomto papyru jsou duševní choroby v souladu s představami, které se táhnou jako červená nit celým starověkem, vysvětlovány působením zlých duchů (Vencovský, 1983, s. 15). Zákeřným démonem je Tin způsobující bolesti hlavy, Labartu způsobující noční můry a Labasu, jemuž jsou na vrub přičítány záchvaty bezvědomí (Vencovský, 1983, s. 15). Není bez zajímavosti, že tento, patrně nejstarší lékařský dokument, již obsahuje popis tak specifického syndromu jako je deprese (Zvolský, Mečíř, in Zvolský a kol., 2001, s. 5).

Prvním útočištěm a zároveň léčebnou institucí pro duševně nemocné byly chrámy (Mühlpachr, 2001, s. 9). Některé fungovaly dokonce jako azyly a střediska, do nichž byli

⁶ „Bible neuvažuje nikdy o nemoci a uzdravování z hlediska lékařského nebo vědeckého, ale z hlediska náboženského, tj. ze zvláštního vztahu, který nemoc a uzdravení vytvářejí nebo odhalují mezi nemocným a Bohem.“ Pojmy užívané k označení rozličných nemocí jsou často neurčité. Neumožňují přesné zařazení. O nemoci se v Bibli mluví obecně („soužení“, „trápení“...) nebo v narážkách (horečka, krvácení, duševní nemoci, nervové potíže přičítané ďábelské posedlosti...) (Roux, in Allmen, 1991, s. 163-164).

⁷ Raptus je poněkud zastaralé lékařské označení pro záchvat šílenství (Klimeš, 1995, s. 632, heslo „raptus“). V soudobých odborných publikacích je tento termín vymezen jako „náhlé prudké jednání se silným afektivním nábojem (úzkost, zlost).“ (Horáček a kol., 2003, s. 192). Nahromaděnou tenzi může subjekt vybit útočením proti svému okolí nebo proti vlastní osobě. (tamtéž).

přijímání výhradně duševně choří (např. chrámy v Memfidě, Sais a Thébách) (Vencovský, 1983, s. 15). Léčba spočívala v rozptylujících tělesných cvičeních, projížďkách po Nilu a ve všemožném povzbuzení mysli nejrůznějšími dobrodružstvími a překvapeními, jejichž smyslem snad bylo odvrátit pozornost trpícího od rozličných duševních strastí a bolavého nitra k „mysl obveselujícím“ jevům (Vencovský, 1983, s. 15-16; podobně též Janíček, 2005, s. 122). Egypťané zkrátka v léčbě duševních nemocí dali hodně na působení příjemného a harmonického prostředí. Bylo naprosto běžné využívat při léčbě zpěvu a hudby a provozovat tak jakousi muzikoterapii (Janík, 1978, s. 116). Pokud došlo ke zlepšení stavu, pokládalo se toto zlepšení za boží dobrodiní a za znamení božské přízně (Vencovský, 1983, s. 16).

2. 3 Duševně nemocný v judaismu

Také v izraelské kultuře bylo na duševní zdraví nahlíženo jako na Boží vůli a nejrůznější neduhy byly dávány do souvislosti s tím, že se člověk Bohu vzdálil (zpravidla hříchem) a v důsledku toho byl za trest vydán zlovůli zlých duchů. Bolest a utrpení se objevily jako následek pádu (Gn 3, 16-19) (Roux, in Allmen, 1991, s. 164). Nemoci a neduhy jsou tedy obvyklým údělem hříšného člověka.⁸ Ve své zostřené formě je však přímý vztah mezi nemocí a trestem zmíněn jen výjimečně (tamtéž).

Ve 4. knize Mojžíšově hrozí Hospodin reptajícimu lidu morovou ránou a usmrcením (Nu 14, 11n). Judský král Joram^v onemocněl proto, že „se dopouštěl toho, co je zlé v očích Hospodinových“, těžkou a nevyléčitelnou střevní chorobou (2 Pa 21, 12- 15; 21, 18-19).

Odlesk interpretace nemoci jako údělu hříšníka se objevuje také ve spojitosti s psychickými poruchami, a to ve starozákonním vyprávění o králi Saulovi^{vi} (1020-1000 př. n. l.). Toho přepadl zlý duch (šílenství) poté, co se Bohu vzdálil svým jednáním. Prof. Janík na základě projevů Saulova chování, jež jsou výmluvně popsány ve Starém zákoně, usoudil, že se v Saulově případě jednalo o psychózu (1978).

Podle mého mínění hraje v Saulově příběhu stěžejní roli jeho zoufalý boj o moc a touha po absolutním prvenství mezi všemi, která se vyvíjí až ve stihomam.

⁸ Tradiční učení spojující zdraví a štěstí s vírou a neštěstí s hříchem, vyvolávalo od nepaměti otázku, proč jsou lidé spravedliví a dobří postiženi strádáním, zatímco lidé zjevně zlí dosahují bohatství a štěstí. Tato tematika se stala jádrem starozákonní knihy Jób (6. st. př. n. l.). Z knihy Jób vyplývá, že schéma hřích-odplata (pobožnost-odměna) na Boží jednání s člověkem beze zbytku aplikovat nelze. Přesvědčení, že utrpení a nemoc je vždycky důsledkem hříchu (v knize jej zastávají Jóbovi přátelé), se ukazuje jako neúnosné a nepravdivé: „Lidský život je velmi složitý a všechno se v něm nedá vypočítat a určit podle všeobecně platného pravidla“. (Sládek in Šourek, 1991, s. 113).

Svědčí o tom např. 22. verš 24. kap. I. knihy Samuelovy, kde Saul žádá Davida,^{vii} aby při Hospodinu odpřísáhl, že „nevyhubí jeho potomstvo a nevyhladí jeho jméno z domu jeho otce.“

Preuss spatřuje v občasných projevech Saulova chování, obzvláště zachycených v 1 S 19, 24, kde se dočítáme, že se Saul bez šatů vrhl na zem a celý den a noc ležel nahý, epileptické záchvaty, které snad vyvolával zlý duch seslaný na Saula Hospodinem (1911, s. 357).

Epileptické záchvaty skutečně mohly budit zdání šílenství, což dokládá zmínka Hérodotova o perském králi Kambýsovi^{viii} (6. st. př. n. l.), který „byl od narození těžce nemocen nemocí, kterou někteří lidé nazývají svatou.“ (2003, str. 179). Svatou nemoc zde totiž Hérodotos dává, z dnešního pohledu zcela nepochopitelně, do souvislosti s tím, že se Kambýsos dopouštěl šílených skutků, neboť praví: „Nebylo tedy nic divného, že ani duch nebyl zdrav, když tělo trpělo těžkou nemocí.“ (tamtéž).

Postava krále Saula je z hlediska psychiatrického vůbec dosti zajímavá, a to především v souvislosti s léčebnou procedurou – vlastně jakousi muzikoterapií, kterou běsnícího krále při jeho záchvatech uklidňoval sám David. David hrou na citaru využíval hudby jakožto magického prostředku, který měl ovlivnit zlého ducha (1 S 19, 10). Patrně se tu vycházelo z představy, že ďábel je bytost, která vytváří disharmonii, na niž je možné působit jen dokonalou harmonií, kterou může navodit právě ona hra na citaru (Janík, 1978, s. 116). Muzikoterapie je velmi prastarou metodou, s níž se lze setkat i v jiných starověkých kulturách (Preuss, 1911, s. 357).

Ačkoliv víra starých Izraelců počítala s působením démonů, jimž byl člověk vydán v důsledku hříchu, objevuje se tu jedno zvláštní specifikum: „Boží vůlí není, aby hříšník zemřel, ale aby se obrátil a byl živ.“ (Ez 18, 23; 18, 32) (Roux, in Allmen, 1991, s. 164). Nemoc je stavem hříchu, který je určen k přemožení příchodem Mesiáše. Obsahem mesiášských zaslíbení je proto naděje, že příchod „Krále spravedlnosti“ bude spojen s uzdravením nemocných a s osvobozením vězňů (Iz 42, 1-2.7; 61, 1-2; Iz 35, 5-6; Iz 26, 19) (Roux, in Allmen, 1991, s. 164; podobně též Porter, 1999, s. 158). Na tato mesiášská proroctví evidentně odkazuje svými uzdravovacími zázraky Ježiš (Porter, 1999, s. 158). Jeho přístup k duševně nemocným rozpracuji v kapitole o lidech s psychickou poruchou a jejich roli v Novém zákoně.

2. 3. 1 Zacházení s duševně chorými lidmi v židovské pospolitosti

O postavení duševně nemocných v judaismu si mohu učinit určitý závěr ze skutečnosti, že Židé v souladu s ustanoveními Tóry zdůrazňovali povinnost pomáhat chudým a trpícím. Sociální aktivita ve prospěch hendikepovaných a dobročinnost je v židovství ceněna natolik, že ji lze pokládat za synonymum pro spravedlnost i zbožnost (Newman, Sivan, 1998, s. 25-26). Židovství je známé svým důrazem na Boží lásku a z ní vyplývající lásku k bližnímu. Prikázání „Milovat budeš bližního svého jako sebe samého“ (Lv 19, 18) samozřejmě pamatuje také na sociálně znevýhodněné a hendikepované, mezi něž duševně nemocní nepochybně patří.

Toto starodávné prikázání mělo v židovském pojetí omezený význam. Vztahovalo se pouze na soukmenovce, členy Božího lidu (Schillebeeckx, Jesus, s. 220-227, in Sázava, 1988, s. 50) a nepočítalo s láskou k nepřítelům. Ježíš později tato omezení zrušil a požadavek lásky k bližnímu aplikoval i mimo židovskou komunitu. Do pojmu bližní zahrnul také „zjevné nepřátele, které měli Izraelité nejen dovoleno, ale dokonce prikázáno nenávidět“ (Mt 5, 43) (Matoušek, Šustová, 2001, s. 36).

Je pravděpodobné, že hlavní záštitu nacházel duševně chorý Žid ve své rodině, v níž měl zázemí a která byla jeho stěžejním poskytovatelem péče. Pokud měli rodiče jediné dítě, které bylo nositelem nějakého postižení, s velkou pravděpodobností tuto skutečnost vnímali jako obrovské neštěstí. Postižení lidé nemívají potomky. Pro židovskou rodinu však bylo hojné potomstvo požehnáním a příslibem pokračování života zesnulých rodičů v předcích až do několika pokolení. Absence vnoučat mohla být prožívána jako velká ztráta.

V Písmu sv. se nacházejí místa (Lv 21, 17-24), při jejichž podrobné analýze zjišťuji, že postoj Izraelců vůči jedincům s postižením (řeč je hlavně o tělesně postižených), není zcela neproblematický. Z kněžského úřadu byl totiž vyloučen každý „muž, který měl na sobě nějakou vadu.“ (Roux, in Allmen, 1991, s. 164). Na izraelského kněze, který byl slepý, chromý, znetvořený, hrbatý či zakrnělý apod., se vztahoval zákaz přinášet Bohu zápalné oběti. Z toho vyplývá, že bylo tehdy postižení kněze chápáno jako určité oslabení svatosti, pokud tato osoba obětovala. Ani obětina nesměla vykazovat defekt: Každé obětní zvíře muselo být bez vady, podobně jako kněz“ (Bič a kol. Starý zákon. Překlad s výkladem. Exodus a Leviticus, 1975, s. 316).

Zmínky ve Starém zákoně svědčí spíše pro znevýhodnění nositelů postižení tělesných, a to ve smyslu kultickém (nesměli Bohu přinášet oběti) – v souvislosti s tím však vzniká otázka, jak tomu bylo s duševně postiženými jedinci. Je nasnadě domnívat se, že se akcent na onu

„bez – vadnost“ mohl týkat i jedinců hendikepovaných duševně. Jak tomu tedy bylo? Ukazuje se následující:

Vada, vlastně jakési oslabení, mohla hrát roli především v souvislosti s chrámovým kultem (tedy ve vykonávání kněžské funkce). Přímý vliv na život kněze pravděpodobně neměla a dotyčného v pospolitosti výrazně nestigmatizovala. Patrně ve svých důsledcích nevedla k vyloučení, v čemž se židovská kultura od antické poněkud liší.

Náboženská představa, podle níž je v pozadí abnormity či bezmocnosti člověka jeho osobní provinění, v judaismu nebyla spjata s ostrakismem, který by hendikepované izoloval od ostatní společnosti (Ondok, 2005, s. 186). Z Lv 21, 17-20 vyplývá, že postižení pouze nesměli Bohu přinášet oběti. Patrně se tak dělo z kultických důvodů, nejedná se tedy o diskriminaci.

Ani další texty Starého zákona nenaznačují, že by se v židovské pospolitosti s postiženými lidmi jednalo s despektem. V příkazu „Bud' proklet, kdo svádí slepce z cesty!“ je vyjádřena skutečnost, že Hospodin má o postižené zájem a že jsou součástí jeho stvoření (Dt 27, 18). Je však pravděpodobné, že se lidé choromyslných, kteří upadli do záchvatů zuřivosti, ze strachu stranili.

Důraz na „bytí bez vady“, dobře čitelný v Lv 21, 17-20, je poněkud v rozporu s tím, že celá řada biblických postav ve skutečnosti určitý hendikep vykazuje. Např. Sára^{ix} byla dlouhou dobu svého života neplodná, Jákob^x po zápase s Bohem kulhal, Mojžíš^{xi} podle všeho trpěl určitou vadou řeči, pro niž mu jeho bratr Áron^{xii} musel pomáhat při komunikaci s lidmi (Walter, 1999, s. 69). To, že Hospodin vážně počítá i s jedinci, kteří mají nějaké postižení, je nádherně demonstrováno právě na biblických hrdinech a hrdinkách, kteří jsou jeho nositeli. Člověk může Hospodina v jeho láskyplném postoji k hendikepovaným napodobovat. Mají totiž stejně jako ostatní lidé „inherentní důstojnost a hodnotu, kterou je třeba respektovat“ (Ondok, 2005, s. 188).

Talmud,⁹ pokladnice židovského zákona, vědění a moudrosti, o níž se tvrdí, že pojednává o každém aspektu života (Newman, Sivan, 1992, s. 222), pochopitelně nepouští ze zřetele ani jedince s postižením. Na některých místech jsou zmíněny zvláštnosti v jejich sociálním postavení.

⁹ Talmud – dosl „učení, studium“, autoritativní celek židovského zákona a tradice. Babylónská verze Talmudu (Talmud Bavli) odráží diskuse v babylónských akademiích. Obsahuje 37 traktátů Mišny (ústní zákon, kt. byl zapasán a kodifikován kolem r. 200 n. l.). Asi 2/3 BT tvoří agada (neprávní materiál). BT měl vždy větší vliv než Jeruzalémský. Byl dokončen asi v 6. st. n. l. (Newman, Siwan, 1998, s. 221-222, heslo „Talmud“).

Talmudu je znám člověk, jenž v noci vychází ze svého příbytku, protože jej přepadla melancholie; ví se v něm o člověku, který roztrhal svůj oděv, protože byl posedlý i o člověku, který spí v hrobech a spočívá na něm nečistý duch (BT, Chag., 3b-4a).

Jako jeden celek jsou v Talmudu projednávání jedinci, kteří se narodili hluchí (chereš), jedinci s psychiatrickými problémy či mentální vadou (šote) a ti, kteří nedosáhli věku zletilosti. (Walter, 1999, s. 71).

Pozoruhodné je, že rabíni používali označení šote nejen pro ty, kteří trpěli psychotickou poruchou, ale rovněž pro osoby mentálně retardované (Henkin, 1983, in Walter). Není však správné spatřovat v tomto nedostatku rozlišování nějaký záměr a interpretovat jej v neprospěch rabínského vnímání takto postižených. Vždyť s nedostatkem rozlišování se běžně setkáváme i dnes. Je tedy možné domnívat se, že již tehdy, stejně jako je tomu v současnosti, plynula určitá nejednoznačnost z překrývajícími se charakteristik těchto poruch (Walter, 1999, s. 72).

Některá místa v Talmudu reflektují problematiku týkající se postižených a mezi nimi i duševně nemocných s důrazem na zcela specifické aspekty, které ve Starém zákoně zmíněny nejsou. Významně tak obohacují naši představu o sociálním postavení lidí s psychickými poruchami v židovské pospolitosti.

Rabíni např. řešili otázku, koho označit za chereš (tedy hluchého, BT, Chag. 2b) a koho za člověka s problémem psychiatrického rázu, či mentálně retardovaného (Walter, 71-72, Babylónský Talmud, Chag. 3b-4a). Diskuse na takové téma (koho zařadit k chereš a šote) byly vedeny proto, že zařazení člověka do některé z uvedených skupin mělo dalekosáhlé důsledky.

Tyto důsledky přehledně specifikuje ve své esaji již zmíněný Walter (1999, s. 73): Podle židovského práva nenesli šote a chereš spolu s další kategorií, kterou byli nezletilci, zodpovědnost za své činy. Bylo tomu tak kvůli jejich předpokládanému mentálnímu postižení (tamtéž, in např. BT Meilá 21a). Rabi Eleazar na jejich adresu prohlásil: „Bei diesen ist es ebenso, wie beim Olivenbottlich“ – „Mají stejné postavení jako kád' oliv“ (BT, Meilá 21a). Zvláštní přirovnání naznačuje, že chereš a šote mohou být manipulováni podobně jako je tomu s olivami v kádi, mají –li být k užítu.

V talmudických textech lze také vyčíst, že osoby chereš a šote měly omezenou způsobilost k právním úkonům, což se projevovalo např. v tom, že byly tyto osoby omezeny v nabývání majetku (Walter, 1999, s. 73 a 74). Takové opatření Židé praktikovali také z ryze

pragmatických důvodů - u zmíněných kategorií lidí může hrozit eventuální nezodpovědnost jakožto důsledek nedostatku chápání či změněných stavů vědomí.

Zmíněné osoby nebyly odpovědné ani za spáchané trestné činy či majetkové škody, z čehož usuzují, že rabíni chápali jejich postižení jako polehčující okolnost.

Omezená způsobilost k právním úkonům se projevovala i v mnoha dalších ohledech, např. v tom, že tyto osoby nesměly sloužit jako svědci, nesměly kupovat nebo vlastnit nemovitosti či jednat v řízeních o převodu vlastnictví apod. (BT Git. 23a in Walter, 1999, s. 73).

Ačkoliv byli chereš a šote v důsledku hendikepu omezeni v nabyvání majetku všeho druhu, existovaly určité výjimky, které upozorňovaly na nutnost pomoci a podpory jedincům, již spadají mezi tzv. sociálně potřebné (mají obtíže zaopatřit se sami).

2. 3. 2 Choromyslný člověk jako objekt materiální podpory

V knize Leviticus (19, 9-10) nalézáme doklad o zvláštních aktech dobročinnosti. Jedná se o tzv. leket neboli paběrky (Newman, Sivan, 1992, s. 97). Rolník je podle této biblické perikopy zavázán k tomu, aby ponechal paběrky, které zbudou po sklizni obilí, nemajetným. Podobné opatření se týkalo vinařů, jimž bylo přikázáno zanechat nějaké ovoce a hrozny (šichecha – dosl. zapomenuté plodiny – snopy na poli, spadané hrozny na vinici) „pro cizince, sirotka a pro vdovu“ (Dt 24, 21). Ve srovnání s ostatními zákoníky starověké společnosti jsou tato opatření naprosto výjimečná (Newman, Sivan, 1992, s. 97).

Minimální náznak podobného sociálního zaopatření praceneschopných jedinců se vyskytuje, jak jsem už naznačila, pouze v akcentu na zaopatření válečných veteránů v Chammurapiho zákoníku a v řeckých „dobročinných akcích“ jménem „chléb a hry“. Skutečný soucit s bližním a pomoc slabším a nemocným občanům však Řekové za kladnou hodnotu nepovažovali (Tomeš, 2001). Základy toho, co si dnes představujeme pod pojmem filantropie, přinesl judaismus a křesťanství. Za vše hovoří především skutečnost, že postavení zchudlé masy svobodných občanů se ve starověkém Řecku začalo řešit teprve v době, kdy hrozilo riziko, že hladovějící lidé bez jakéhokoli zabezpečení napadnou a ohroží samotný stát. (Athény za Perikla [v čele athénské demokracie v letech 461-429 př. n. l.]; in Tomeš, 2001, s. 36).

2. 4 Duševně nemocní v antické společnosti

V řecké kultuře, která bývá někdy vyzdvihována pro svůj střízlivější, ba dokonce odmytologizovaný pohled na psychická onemocnění, společnost zaujímalá k duševně chorým ambivalentní postoje. Ty byly dosti ovlivněny projevy postiženého.

V případě, že byl dotyčný jedinec v podstatě neškodný a nepředstavoval svým bláznovstvím pro obec závažné ohrožení, mohl být ponechán „na svobodě“. Černoušek ve své studii v této souvislosti zmiňuje Herakleita z Pontu (338-310), který se bludně domníval, že všechny lodi připlouvající z Pirea, jsou jeho osobním majetkem a proto každou slavnostně vítal a vyprovázel ji při odplutí (1990, též 1994, s. 45). Opakuje se tu téma, s nímž jsme se již setkali v kultuře asyrsko-babylónské. Slabomyslní a neškodní podivíni, které společnost shledává „lehkými blázný“ jsou v podstatě tolerováni, jelikož pro ni nepředstavují velké zlo.

Společenskému povědomí však byli od nepaměti známi rovněž šílenci zuřiví, kteří mohli představovat ohrožení především narušováním společenské integrity. Že byla jejich přítomnost v obci, která měla být uspořádána co nejúčelněji, skutečně znepokojující, dokládají slova Platóna, který se k těmto jedincům vyjadřuje asi v tomto smyslu: „Duševně choří, kteří jsou zuřiví a nevyлéčitelně nemocní se mají zahubit, je tomu tak lépe pro ně samotné, tak pro stát“ (in Mühlpachr, 2001, s. 10).

V ostrém kontrastu se situací sociálně nepřijatelných jedinců je však Platónův názor na klidné duševně nemocné, který odpovídá obecně vžitému postoji, jímž byla již zmíněná tolerance. Tito duševně nemocní měli být svěřeni příbuzným, kteří jsou povinni je hlídat a opatrovat, v případě nedbalosti zaplatí pokutu, jejíž výši filosof přesně vymezuje (Platón, Zákony, XI., str. 319). V praxi to mohlo znamenat, že nejen klidní nemocní, ale i duševně choří, kteří představovali potencionální ohrožení, byli zkrátka podrobováni domácí internaci a tímto chráněni před vězněním, pranýřem a dalšími perzekucemi.

Nevím nakolik byla v antické společnosti uplatňována přímá fyzická likvidace jejich duševně hendikepovaných členů, mohu však doložit, že represivní postoj vůči nim existoval, a to v nejrůznějších podobách.

Posedlý člověk mohl být zlikvidován nepřímou, a to vyobcováním, které bylo takřka totožné s rozsudkem smrti, protože jím byly zpřetrhány veškeré životně důležité vazby na pospolitost, v níž člověk žil. V některých případech končilo vyobcování ukamenováním (Černoušek, 1994, s. 46).

Zásadní skutečností, na kterou ve svých studiích upírají pozornost mnozí historici i religionisté je, že se duševně nemocný tímto vyobcováním stává obětním beránkem. Fenoménu obětního beránka se ve své teorii obšírně věnuje René Girard (1997). Tento religionista uvádí, že ve všech kulturách, nejen tedy v kultuře antické, probíhá jakýsi „výběr za obět“, která je pak vystavována nějaké formě diskriminace, či přímo perzekuce. Girard dokonce pojmenovává univerzální rysy pro výběr těchto obětí, jimiž jsou také čistě fyzická

kritéria typu nemoci, vrozené viditelné vady, zmrzačení a v neposlední řadě šílenství. Zvláštní pozornost pak zaměřuje na pojmenování perzekučních stereotypů v mýtickorituálních společnostech. Královskou cestou k dešifrování těchto stereotypů jsou antické mýty, konkrétně např. mýtus o Oidipovi.

Duševně nemocný je identifikován s obětním beránkem pro jakousi purifikaci obce od zla, které je přeneseno na postavu šílence (Černoušek, 1990). Tomu odpovídá, že perzekuční mechanismus se obvykle spouští v době nějaké závažné společenské krize, jež může být způsobena epidemií (mor), přírodní katastrofou (sucho, záplavy), či jinou pohromou. Protože je obětní beránek v představách pronásledovatelů za pohromu v obci odpovědný, je obviněn a obětován za účelem znovuoživení narušeného řádu (Girard, 1997).

Téma vyobcování duševně chorého, který se zdá být škodlivým balastem a tendence duševně nemocného radikálně společensky izolovat se bude objevovat v různých obměnách i v dalších epochách civilizačního vývoje lidstva. Není bez zajímavosti, že rituál vyobcování mohl souviset se středověkým přístupem k duševně nemocným, který je názorně ztvárněn v existenci podivuhodných „lodí bláznů“, na něž byli duševně choří vykazováni s přáním, aby odcestovali někam hodně daleko a už se do pospolitosti nikdy nenavrátili. Smysl této zvláštní instituce se vyobcování a principu obětních beránků dosti podobá a jeho přetrvávající ráz lze vystopovat až do současnosti.

Někteří religionisté nahrazují mechanismus obětního beránka výrazem „farmakos“ (Vernant in Girard, 1997). Míjí jím očišťování obce od zla a hříchu vyobcováním šílence z lůna společnosti (Černoušek, 1994, s. 46). Tento rituální farmakos má hluboké kořeny v dávnověku lidské civilizace (viz. např. Frazer). „Farmakos“ mohl mít méně krutou podobu (1994, s. 46-47). Jeho mírnější formou bylo např. „plivání pod nohy šíleného“, o němž se zmiňují Plinius a Theophrastus. (tamtéž, s. 47).

Další možnost v osudu duševně chorého nastala tehdy, když vyobcování neskončilo násilnou smrtí a nakonec došlo na svobodné putování chorého jedince neobydlenou krajinou (Černoušek, 1994, s. 47).

2. 4. 1 Lidé s psychickými poruchami a starořecké lékařství

Kromě zmíněných přístupů, jimiž se řecká společnost vyrovnávala s fenoménem šílenství, existovala pochopitelně stejně jako v ostatních starověkých kulturách snaha duševní choroby nějak ovlivňovat, a to léčbou nebo zařikáváním a exorcismy.

Léčebnými institucemi starého Řecka byla asklépieia, která byla nemocnicemi a svatyněmi zároveň. Nejslavnějším bylo asklépieion v Epidauru. Další věhlasné instituce této doby se nacházely na ostrově Kós a v Pergamu (Vencovský, 1983, s. 28).

Chrámová léčba spočívala v sugestivním působení na nemocné, které bylo založeno na neotřesitelné víře v léčivou moc Asklépia^{xiii} a jeho kněží. Počítalo se s jeho zjevením, proto byl kněžími v noci mezi nemocné posílán zřízenec, který se jich dotýkal holí s obtočeným hadem. Buďto bůh k nemocnému projevil svou libost a onen na boží intervenci zareagoval, nebo bůh projevil nelibost a léčba nemocného dopadla neúspěšně, čímž se kněží prozíravě kryli před případným napadením jejich léčebných kompetencí zhrzenými nemocnými. V pozadí těchto léčebných přístupů bylo stále dosti silné pojetí nemoci jako důsledku božího hněvu. Uzdravení bylo chápáno podobně, tedy jako boží dobrodiní.

Starořecké lékařství, reflektujeme-li ho v jeho vztahu k duševně nemocným, nepochybně vrcholí u Hippokrata^{xiv} (460-377). Právě od něho pochází zajímavé popisy mánie i melancholie, delirantních stavů, a dokonce psychózy v šestinedělí (Dörner, 1999, s. 280). Připisuje se mu rovněž termín hystéria (Vencovský, 1983, s. 33). Podstatným přínosem jeho učení bylo, že nehledal vysvětlení duševních neduhů v rovině démonologické, nýbrž obrátil svoji pozornost na lidský mozek (Pavlovský, Historický vývoj názorů na duševní nemoci, Časopis lékařů českých, 2002, 141, 10, s. 327). Ve své humorální koncepci již tehdy vystihl myšlenku platící v podstatě dodnes: že totiž lidská nálada je vnitřním stavem, který může kolísat nezávisle na vnějších okolnostech.

Je-li mozek zaplaven černou žlučí, vzniká nemoc projevující se smutkem a trudnomyslností, pro niž použil názvu melancholia (Höschl, in Kovář, 1996, s. 186). Manie vzniká naopak zaplavením mozku žlutou žlučí (tamtéž). Měla-li nastat úleva od projevů těchto patických stavů, musela být znovuobnovena vyváženost tělesných šťáv, čehož lékař dosahoval pouštěním žilou, projímadly, močopudnými látkami a dávidly. Ordinovány bývaly také nejrůznější bylinné odvary, uspávací léky (např. zaschlá šťáva z makovic, blín) a teplé zábaly hlavy. Doporučovalo se omezit pití vína. (Vencovský, 1983, s. 34).

Hippokrates byl ve svém hledání anatomických příčin duševních (či dnešních nervových) nemocí skutečně důsledný, což se projevuje také v tom, že ve svém traktátu „O božské nemoci“ v podstatě upřel epilepsii posvátný charakter (Dörner, 1999, s. 280).

Je třeba uvést, že vědecká péče a ošetření v této době nebyla samozřejmou nabídkou pro všechny, nýbrž byla vyhrazena svobodným a bohatým občanům. Otroci mohli být podle názoru Platóna léčeni neodborně, tedy nevědeckým zaříkáváním (Mühlpachr, 2001, s. 10).

Skutečnost, že se některým duševně chorým dostávala lékařská péče, samozřejmě v rámci tehdejších možností, je však neopomenutelná.

2. 4. 2 Fenomén šílenství v antických mýtech

Hippokratovu racionalistickému přístupu dlouhou dobu předcházela magicko-náboženská interpretace duševních strastí, která odpovídá tehdejším mýtickým představám o duševním životě i jeho patologii. Protože mýty dokumentují nejstarší představy lidstva o rozličných fenoménech a protože jsem fascinována jejich výmluvností, rozhodla jsem se jejich obrazem šílenství zabývat podrobněji. Svoji pozornost zaměřím na mýty, v nichž nějak figuruje člověk vykazující rysy duševní nemoci. Zároveň budu dokumentovat nejstarší představy související s šílenstvím jakožto obecně lidskou možností a vyvozovat možné závěry týkající se statutu duševně nemocných v antickém starověku.

Pozoruhodnou postavou stíženou šílenstvím, která figuruje v antické báji, tak jak ji zachytil Ovidius ve svých *Proměnách*, je dcera říčního boha Ínacha jménem Ió (1969, I., s. 33-39). Ío zešílela, protože se dopustila urážky bohyně Héry, a to tím, že se nechala svést Héřiným manželem, samotným Diem. Šílenství bylo sesláno jako trest za přestupek vůči bohům, což je téma, které se v nejrůznějších obměnách ve starověkých mýtech neustále opakuje. V mýtickém jazyce bylo šílenství personifikováno v podobě obrovského střečka, který nebohou Ió trýznil natolik, že byla nucena putovat po celém světě (Ovidius, I., s. 38; Houtzager, 2003, s. 142). Svého trápení byla zbavena až na přimluvu Dia, který obměkčil Héřino srdce a utišil její hněv (Ovidius, I., s. 38).

Z celého příběhu lze vyčíst několik základních poznatků: Podstatou šílenství je boží trest. Šílenství se projevuje ztracením, utrpením, zoufalstvím a bezcílným putováním, k úlevě od vší strastí, proti níž je sám člověk neschopný cokoliv podniknout, je třeba ukonejšit boží hněv zásahem jiného boha a s rozlíceným božstvem se smířit. Útrapy působené střečkem mohou být symbolickým vyjádřením působení výčitek svědomí.

Šílenství jakožto trest za nevěru hraje zvláštní roli rovněž v jedné antické vyprávěnce, kterou zmiňuje Platón (*Zákony* II, s. 60). Smilstva s Diem, Héřiným manželem, se tentokrát měla dopustit Semélé, která dle vyprávění dokonce s Diem otěhotněla.

Rozlícená bohyně Héra potrestala svým hněvem i Dionýsa^{xv} (b. vína a vegetace), syna Semélé, a to tak, že ho zbavila rozumu. Potrefený bůh se nakonec vyrovnává se svým hendikepem tak, že se mstí na lidech, kterým dal víno, aby se jeho pitím vrhali do bakchického vytržení a šílených rejů.

Z Platónova textu vyplývá, že uvedené vyprávění bylo lidem známo (snad prostřednictvím ústního tradování). Jako běžný mýtický motiv se však nevyskytuje (Výkladové poznámky k Platónovým Zákonům, Praha, 1997, pozn. č. 83).

Dalšími mýtickými postavami, které propadají melancholii, a dokonce bludům, a to v důsledku urážky hned několika bohů, jsou Proitovy dcery Lýsippa, Ífina a Ífianassa (kolektiv autorů Antické knihovny, 1974). Tyto dcery byly ztrestány Dionýsem pro nevázaný život a zpupnost. Všechny tři byly původně velmi krásné. Duševní choroba však změnila jejich chování natolik, že v poblouznění, a snad v jakémsi mylném obluzení, v němž si představovaly, že jsou krávy, společně s dalšími ženami táhly krajem a ohrožovaly lidi i dobytek. Byly natolik šílené, že dobytek, který se jim připlétl do cesty, rozsápaly a pojídaly jeho syrové maso. Král Proitos, otec šílených dcer, oslovil bájného věštce Melampoda, který se uvolil šílené ženy choroby zbavit, ovšem za velmi vysokou cenu. Měl dostat dvě třetiny království, k čemuž ubohý král svolil až tehdy, když se stala situace v zemi chováním zuřivých bytostí neudržitelnou. Melampús při léčbě postupoval tak, že připravil odvar z čemeřice,¹⁰ který měl dohnat šílené sestry do stavu úplného vyčerpání.

Z dnešního pohledu to byl jakýsi předstupeň léčby šokem,¹¹ protože je známo, že čemeřice kromě těžkých průjmů způsobuje epileptoidní záchvaty a křeče (Černoušek, 1994, s. 98). Černoušek z toho všeho vyvozuje, že Melampús byl vlastně jakýmsi zakladatelem biologické léčby duševních chorob a ještě k tomu archetypálním předobrazem dnešního psychiatra, který se donekonečna pokouší různými přípravky ovlivnit šílenou mysl a učinit tak přítrž halucinacím (1994, s. 99). Melampús byl nakonec úspěšný. Svým jednáním věrně dokumentuje odvěký smysl veškeré psychiatrie, totiž snahu nějak změnit osobnost a s ní související chování nemocného.

Závažné, až zvířecké, projevy chorých sester vybízejí k závěru, že „zuřivé šílenství“ bylo chápáno jako stav animality, při němž dochází k převládnutí lidských pudových složek, což se projevuje agresivitou a záchvaty vzteku. Člověk svým projevem prostě může v záchvatech šílenství budít zdání zvířete, o čemž svědčí právě rozebraný mýtus.

¹⁰ Lat. Helleborus – rod rostlin z řádu pryskyřníkovitých (Ranunculaceae) a z čeledi Helleboreae (čemeřicovitě). Jedná se o vytrvalé byliny se silným šikmým oddenkem. Všechny druhy čemeřice jsou prudce jedovaté. Jejich kořeny se odpradávně užívaly v lékařství; staří Řekové a Římané jimi léčili duševní choroby (helleborismus). Z vodného výtazku kořene čemeřice černé (niger) lze připravit glukosid helleborein. Ten působí narkoticky, zvlňuje srdeční činnost a dráždí ke kýchání. Kořen čem. zelené obsahuje ještě toxičtější glukosid helleborin. Oba dva druhy této byliny rostou v horských polohách ve stří. a již. Evropě (nejlepší čem. prý vykvétá na Antikyře). V Čechách pouze divoké nebo sázené (Ottův sl. nauč., 1897; 1904, 11. a 21. díl, s. 68-69 a s. 294, hesla: helleborus, helleborein, helleborin; Ranunculaceae).

¹¹ Stavby po vyšších dávkách čemeřice připomínají elektrošokové konvulze (záchvaty křečí) (Roubíček, 1946, s. 6-7). O léčebných úspěších při podávání čemeřice se zmiňuje Hippokrates. (tamtéž, s. 6).

V mýtickém světě antického starověku hrají důležitou roli ve spojitosti se šílenstvím také bohyně pomsty Erínye, u Římanů známé jako Furie (Fink, 1996). Tyto zosobněné výčitky svědomí pronásledovaly lidi, kteří závažným způsobem překročili meze mravného jednání. Jejich oblíbeným terčem byli vrazi a křivopřísežníci.

Také Orestés^{xvi} byl těmito mstitelkami pronásledován, protože se jim zadlužil matkovraždou a místo toho, aby svůj zločin splatil, požadoval soud v naději, že bude dluhu zbaven. Erínye však nebyly ochotny jakkoliv smlouvat a nenechaly se zaplašit ani tím, že se Orestés odvolal k Apollónovi a bohyni Pallas Athéně. Mýtická řeč názorně vyjadřuje kletbu, v níž je vysloveno, že Orestés běsněním zlého svědomí zešílí a v důsledku šílenství propadne zhoubné životní situaci a sociální izolaci:

„Ani Apollón, ani mocná Athéna tě nezachrání před tím, že se budeš potloukat beze vší péče (bez péče bohů i lidí, tedy všemi opuštěn a zapomenut), nebudeš znát ve své mysli žádnou radost a staneš se bezkrevnou pastvou démonů, stínem! (podobně jako v babylónské kultuře – šílenství je sesláno bohy, kteří člověka vydávají všanc nejrůznějším zlým živlům). Toto je píseň zpívaná nad obětí, pomatení, rozum ničící zešílení, Hymnus od Erínyjí rozum svazující, žalostný (je možné, že jejich zpěv doprovázela píšťala), vyschnutí lidí (představa zešílení byla spjata s poblouzněním a vysušením, možná náznak celkové sešlosti a kachexie v důsledku psychického teroru). Taková je úloha, kterou nám natrvalo upředla naskrz pronikající Sudba (bohyně osudu): Smrtníky, které postihne pošetilé prolítí vlastní krve (spáchání zločinu na pokrevních příbuzných i na sobě samém), pronásledovat, dokud nesestoupí pod zem (Erínye tu nabývají perzekuční podoby). A po smrti nebude mít mnoho svobody“.

(Aischylos, Oresteia, klasický překlad Matyáše Havrды).

Hrůzyplné Erínye byly nakonec ukonejšeny, a to zásahem Pallas Athény. Člověk je proti démonické moci těchto pomstychtivých bohyň příliš slabý. Neutěšená situace si vyžaduje zásah shůry.

Bohatý materiál mýtů v sobě chová také známý příběh o Aiantovi^{xvii} (Houtzager, 2003, s. 35-36). Tento udatný hrdina zachránil Achilleovu zbroj poté, co Achilles skonal v boji s Paridem. Mezi řeckými hrdiny však vznikl spor o to, komu Achilleova zbroj připadne. O vzácnou zbroj, zhotovenou bohem-kovářem Hefaistem, se hlásili dva rekové: Odysseus, vynikající věhlasem, a statečný Aiás. S přičiněním Agamemnona zbroj nakonec získal Odysseus, což Aianta hluboce ranilo. Opilý a plný hněvu se vydal do Agamemnonova stanu, aby se pomstil. Bohyně Athéna na něj seslala záchvat šílenství. Zmatený Aiás se tak omylem dostal do ohrady s ovce, které všechny i s jejich pastýři pobil. Na druhý den však „přišel

k sobě“ a nedokázal unést velkou hanbu. Nakonec vyběhl na mořský břeh, kde nalezl na svůj meč.^{xviii} Prof. Janík interpretuje Aiantovo rozpoložení před smrtí jako lucidní stav, v němž nebohý hrdina upadá do deprese a suiciduje (1987, s. 45).

Z uvedených antických vyprávěnek mohu dospět k určitému shrnutí, které je nezbytné k sestavení mozaiky, v jejímž zorném úhlu lze mýtické představy o šílenství pochopit. Etiologický výklad vzniku duševních chorob odpovídá následujícímu schématu: Šílenství je sesláno bohy (bylo jejich mocnou zbraní a nástrojem trestu), v záchvatech zuřivosti, agresivitě, všemožném blouznění a ve změněných stavech vědomí je spatřován projev jejich moci.

Šílenství je zosobněno v Áté, v bohyni vášně a zaslepenosti, která co by opojení, blouznění a posedlost „sestupuje do hlav lidí“ (Mireaux, 1980, s. 67). Jindy se ukazuje v Manii, již známe nejen z mýtů, ale i z vyobrazení na několika vázových malbách, kde je starou ženu s krátkými vlasy a pichlavýma očima (Zamarovský, 1965). Blouznící či zběsile zuřící lidská bytost, může také trpět v tenatech daimóna (Mireaux, 1980, s. 67).

Princip vši terapie, která vychází z magické interpretace duševních chorob, spočívá v tom, že se vyhledá božstvo, původce posedlosti, z jehož moci musí být nebohý objekt hněvu vychvácen (Mireaux, 1980, s. 67). Bystré oko Řeků dokáže přesně rozpoznat konkrétní symptomy a dle těchto symptomů identifikovat jejich původce: „Řev a křečovitě pohyby údů ukazují na Matku bohů; výkřiky podobné koňskému řehání prozrazují boha-koně, Poseidóna (b. moře); zvuky, jež lze připodobnit ke zpěvu ptáků, Apollóna (b. hudby, světla a slunce); pěna jsoucí od úst Area (b. války), noční blouznění a náměsíčnost je třeba přičíst na vrub Hekatě (boh. měsíce) atd. (Mireaux, 1980).

Viděli jsme, že v příběhu o Proitových dcerách byl rozhněvaným božstvem Dionýsos, v Oresteie Erínye, v mýtu o Ió zase Héra. Ten, kdo chce být uzdraven, se musí s rozzlobeným božstvem chtě nechtě smířit. Bez splnění této podmínky sám proti svým bédám nezmůže nic. Božstvo je ovlivňováno věstci, kněžími a dalšími profesionály, kteří jsou s ním ve styku, nebo přímlovou jiného boha (Oresteia, Ió).

2. 4. 3 Fenomén „moudrých bláznů“ mezi antickými filosofy

V antické společnosti, přesněji ve společnosti athénské, byly známy bytosti, které bychom v zorném úhlu našich vědomostí nazvali moudrými blázný. Patřil mezi ně Diónégés ze Sinópe^{xix} (snad 412-323), který se jako správný filosof jdoucí proti mínění lidského stáda, všemožně snažil vzdorovat jakýmkoli zvyklostem, obecně přijímaným zásadám i veškeré tradici...

Co by „podivín“, který si smí dovolit nahlas říci to, co se ostatní neodvážili vyslovit ani potichu, se projevil svým výrokem, adresovaným samotnému Alexandru Velikému, jak zaznamenal Díogenés Laertios¹² (VI., 38): Když se vyhříval na slunci v Kraneiu, přistoupil k němu Alexandros a pravil: „Požádej mě, zač chceš!“ Na to on řekl: „Odstup mi ze slunce!“ Díogenés proslul svými břitkými výroky, jimiž zaútočil i na Platóna, jehož vyučování nazýval „mařením času“ (VI., 24). Divil se také řečníkům, že o spravedlnosti horlivě mluví, ale spravedlivě nejednají; též lakomcům, že o penězích s opovržením mluví, ale mají je nadmíru rádi (VI., 28).

Vyjadřoval se pohrdlivě také o tehdejších náboženství a napadal vše, co se zdálo být naprosto samozřejmé a bezproblémové. Coby nezávislý „moudrý blázen“ nastavoval všem „rozumným“ zrcadlo jejich tuposti a prostoduchosti. Svému požadavku prostého života bez zbytečných příkras a „umělých nepřirozeností“ dostal vskutku věrně – dočetla jsem se, že poté, co mu nebylo vyhověno v žádosti o obstarání domku, kde by mohl bydlet, nastěhoval se do sudu v Métrou^{xx} (VI., 23). O jeho svérázném chování svědčí rovněž následující kousky: „Šlapal ve sněhu bosýma nohama a dělal i jiné věci.. pokusil se jíst syrové maso, ale nemohl je strávit (VI., 34); Ve dne chodil po městě s rozžatou svítilnou, říkáje. „Hledám člověka.“ Když stál promočen a okolostojící ho litovali, Platón, jenž byl přítomen, pravil, poukazuje tím na jeho ješitnost: „Je-li vám ho opravdu líto, odstupte!“ (VI., 41).

Díogenés Laertios zaznamenal mnohé podrobnosti o tom, jak společnost tohoto chytráka, který se svým chováním očividně vymykal průměru, vnímala (1995). Z podrobných zkazek dospívám k přesvědčení, že podivín Díogenés to s lidmi neměl vůbec lehké. Mnozí se mu vysmívali a nazývali jej „psem“ (VI., 61), jiní se ho báli a snažili se mu raději vyhnout (tamtéž), někteří mu vytýkali žebrání (VI., 67), a konečně, vyskytli se i tací, kteří jej bili (VI., 33). Z četných zpráv Díogéna Laertského jsem nabyla přesvědčení, že potulní podivíni, „moudří blázni“ a filosofové byli společností vnímáni ponejvíce jako povaleči a lenoši. V důsledku toho se jim od veřejnosti dostávalo podstatně méně almužen než tomu bylo u slepých a chromých. Na otázku, proč lidé více obdarovávají žebráky, filosofy však ne, odpovídá s jistou dávkou ironie sám Díogenés takto: „Protože si myslí, že by se mohli stát chromými a slepými, nikdy však neočekávají, že se stanou filosofy.“ (VI., 56). Díogenés byl zkrátka člověk, který se nemínil přizpůsobit běžným požadavkům. Počínal si v rozporu s uznávanými normami. Lidé pro jeho chování neměli příliš mnoho porozumění. Jejich

¹² Spis se jmenuje „Životy, názory a výroky proslulých filosofů“. Jde o 10 různě dlouhých knih životopisů, výroků a tezí 82 myslitelů. Každý životopis tvoří samostatnou kapitolu. Dílo bylo sepsáno asi v 1. pol. 3. stol. n. l. (Kolář, in Laertios, s. 8-9).

postoje k němu byly ambivalentní. Projevuje se to jednak všeobecným pohoršením, které v nich Diógenés budil, ale také tím, že mu občas někdo poskytl menší almužnu. Dočetla jsem se dokonce o tom, že jej Athéňané měli poměrně v oblibě (patrně si na něj zvykli jako na „obecního“ blázna), jelikož mu obstarali nový sud, poté co mu ten starý rozbil jeden mladík (VI., 43). Když se s ním setkávali, necítili se být ohroženi podobným osudem jako tomu bylo při kontaktech s chromými a slepými, z čehož plynulo na stranu druhou jejich odmítavé jednání a menší míra soucitu.

Musím podotknout, že některé Diógenovy výstupy na veřejnosti nejspíš skutečně vyvolávaly určité zděšení, zejména ty exhibicionistické, neboť je psáno: „Když jednou „pracoval rukou“ na tržišti, pravil: „Kdyby tak bylo možno zahnat hlad též třením břicha!“ (VI., 46). Nakonec došlo vůči potulnému filosofovi k převládnutí negativních pocitů, nechuti a odporu.

Nikoho asi nepřekvapí, že tento průměru se vymykající jedinec, který sám sebe nazýval „šílejícím Sokratem“, byl nakonec Sinópany odsouzen do vyhnanství, čímž byl úplně sociálně vyloučen. Tímto vyloučením se patrně podobal osudu jemu podobných. Nevím nakolik se na jeho vyobcování ze společnosti podílely prosté negativní pocity, které k němu veřejnost chovala, nebo strach z toho, že by mohl být Diógenés svým chováním nebezpečný svému okolí, či skutečné konflikty, k nimž občas mezi veřejností a Diógeném docházelo. Ať už bylo chování Diógéna jakkoliv zvláštní, mohu s jistotou tvrdit, že se v souvislosti s některými jeho výroky potvrzuje snad odvěky platící přísloví, že totiž slova vyřčená dětmi a bláznů nemají mnohdy daleko k samotné pravdě.

2. 4. 4 Postavy předstírající šílenství v antické literatuře

Také z vyprávění o Brutovi zachyceném v Liviových Dějinách můžeme dospět k závěru, že šílenství platilo za skutečnost, pro niž lidé jeho nositeli pohrdali. Vyskytli se i tací, kteří této „přednosti“ neváhali využít. Lstivý Brutus stigmatizující účinek duševní nemoci promptně zúročil v okamžiku, kdy nabyl přesvědčení, že přední mužové obce usilují o jeho život. Dočetla jsem se, že předstíral šílenství, čímž byl v očích protivníků diskvalifikován natolik, že upustili od sebemenší touhy jakkoliv jej fyzicky inzultovat.

Úsilí o jeho fyzickou inzultaci by bylo zbytečnou námahou - „šílený“ Brutus je vskutku znevýhodněn natolik, že představuje objekt nehodný zřetele. „Poranění ducha“ jej předem zbavuje veškerých šancí jakkoliv se podílet na vládě v zemi a disponovat jakoukoliv mocí, čímž se stává v očích konkurentů nevýznamným. Titus Livius komentuje Brutovo chování slovy: „Schválně se tedy začal stavět slabomyslným; sebe i svůj majetek nechával napospas

králi a neodmítal ani příjmení Brutus, to je Nejpapný, aby pod rouškou toho příjmení onen duch - osvoboditel národa římského - se skrýval a vyčkával příhodného času.“ (s. 116-117). (Lucius Iunius Brutus vyhnal z Říma rodinu Tarquiniů a stal se r. 510 a 509 př. n l. prvním římským konsulem (praetorem); Kucharský, Vránek, in Seznam vlastních jmen, Livius, 1971, s. 468).

Účelové předstírání duševní nemoci patrně nebylo ve starověkém světě ničím ojedinělým – zmínky o něm lze najít i v Bibli (1 S 21, 12), a to v souvislosti s přetvářkou krále Davida (vládl asi v letech 1000-960 př. n. l., Prosecký a kol., 1999, s. 68).

David ze strachu předstíral šílenství, když se skrýval před Saulem na pelištejském dvoře v městě Gátu. Byl zde rozpoznán. Protože včas postřehl, že kdosi v něm poznal „krále země“, změnil svoje chování v chování pomatence. V biblickém slova smyslu to znamená, že začal na nepřátelském území chválit Hospodina, v čemž Pelištejci věrně oddaní svým modlám prostě spatřovali bláznovství. Nevystupuje zde tedy jako duševně chorý v pravém slova smyslu, ale jako člověk „posedlý Hospodinovou mocí“, která v modloslužebnících vzbuzuje zděšení (Bič a kol. Starý zákon. Překlad s výkladem. Knihy Samuelovy 1977, s. 131-132).

Moudrý David si však počínal velmi prozíravě – ve starověku byli totiž, jak jsem už jsem zmínila, šílení lidé považováni za posedlé nějakým duchem. Vyvolávali proto děs, zároveň ale stáli pod mimořádnou ochranou. Byli vlastně nedotknutelní.

V životech obou zmíněných mužů, Bruta i Davida, se zkrátka vyskytly okamžiky, kdy se tato nedotknutelnost momentálně předstíraného bláznovství dala účelně využít k manipulaci s nepřáteli. Nemorální stín simulace duševní choroby, který na oba hrdiny dopadá, poněkud prosvětluje fakt, že oba dva jí propadli ve chvíli, kdy jim šlo doslova o život.

2. 4. 5 Přístup antických lékařů k duševně chorým jedincům v „evropské psychiatrii“ na počátku n. l.

Nyní se ale vraťme zpět do světa antických lékařů, kteří jistě přicházeli do styku také s duševně chorými a snažili se řešit symptomy bolestí duše léčebným přístupem.

Vedle kouzelnických a „očišťovacích“ praktik provozovaných kazateli, kněžími i potulnými žebráky, existuje, jak už bylo naznačeno výše, stav lékařský, který se, reprezentován školou Hippokratovou, vůči náboženským představám snaží striktně vymezovat.

Zaměřím-li v souvislosti s léčebnými přístupy k šílenství pozornost na římské lékaře, mému pohledu zajisté neunikne významný encyklopedista Aulus Cornelius Celsus (25. př.n.l. – 50.n. l.). Tento vzdělaný laik sice nebyl lékařem, ale z hlediska historie lékařství je významný, jelikož sepsal Osm knih o medicíně a v 18. kapitole III. knihy pojednal také o nemocech

duševních (Mečíř, 1998, s. 298). Jan Mečíř v časopise Česká a slovenská psychiatrie uvádí svůj vlastní překlad této kapitoly, který pořídil z německy psané publikace jménem Aulus Cornelius Celsus über die Arzneiwissenschaft in acht Büchern (Aulus Cornelius Celsus Osm knih o lékařství) (in Mečíř, Aulus Cornelius Celsus o systematice a léčení duševních onemocnění, Čes. a slov. Psychiat., 1998, 94, 5, s. 297-301).

Z článku „Aulus Cornelius Celsus o systematice a léčení duševních poruch“ vyplývá, že byl Celsus přívržencem tvrdého omezování nemocného - ovšem jen do doby, než k němu pomínil důvod, pak bylo třeba zahájit léčení. Rozlišoval tři druhy šílenství.

První druh nazýval Frenesis. Pod něj spadalo šílenství přechodné (nemocný má bludné představy, ale je doposud při rozumu) a šílenství trvalé, kdy je myšlení člověka zcela ovládnuto šílenými představami (tamtéž, s. 298).

Celsus v souvislosti s tímto typem šílenství zvažuje jeho možný dopad na život ve společnosti. Existují podle něj jedinci minimálně nebezpeční a vcelku neškodní. Ty je třeba tolerovat. „U těch však, kteří se ukazují být nevázanější, se musí použít pout, aby nezpůsobili škodu sobě nebo jiným.“ (Mečíř, 1998, s. 298).

„Takovému svázanému, který si přeje být zbaven svých pout, nevěřte, i kdyby vedl chytré a soucit budící řeči, neboť to není nic jiného než vlastní lest nemocného.“ (Mečíř, 1998, s. 298).

Z tohoto popisu lze vydedukovat, že již ve starověku racionálně uvažující člověk reflektoval společenskou nebezpečnost chování závažně duševně nemocného jedince. Jeho sociální postavení se dosti odvíjelo od skutečnosti, zda byl dotyčný nebezpečný sobě, nebo svému okolí, což se prakticky udrželo až do dnešní doby.

Léčebné procedury, jež Celsus doporučoval pro zmírnění projevů tohoto druhu šílenství, byly vskutku rozmanité. Zahrnují pouštění žilou, klysmata, ostříhání hlavy dohola a její omývání bylinnými přípravky, vtírání růžového oleje do nosu pro vyvolání kýčání a mnohé další (Mečíř, 1998, s. 299). Mysl má být léčena podle toho, jak se nemocný chová: ten, kdo je smutný, má být od smutných úvah odveden poslechem hudby, zvláště zvukem činelů a hřmotem (svérázné pojetí muzikoterapie) (tamtéž).

Člověk, který se nezřízeně směje má být zklidněn domluvami až výhružkami, a konečně člověk, který je zpupný, může být zkrocen ranami (tamtéž). Se vzdělanými nemocnými se může provozovat zvláštní forma biblioterapie, při níž se předčítá kniha a předčítající v textu záměrně dělá chyby, aby je posluchač opravoval a byla tím probuzena jeho pozornost (tamtéž). Kdo (snad v důsledku hluboké deprese) nepřijímá potravu, má být položen mezi ty, kteří jedí (tamtéž). Všem nemocným bývají společné potíže s usínáním (tamtéž).

Protože je podle Celsa zdravý spánek zvláště potřebný, je v případě nutnosti možné vyvolat jej odvarem z máku a blínu (tamtéž). Spánek lze také navodit houpáním v zavěšeném lůžku nebo přiložením baňky na záhlaví (tamtéž).

Druhý typ šílenství spočívá ve smutku, který se zdá být způsoben černou žlučí (tamtéž, s. 300). Zde se doporučuje pouštění žilou a přísná dieta, jejíž součástí je vyvolání zvracení. Je vhodné nemocnému opatřit příjemnou zábavu pomocí vyprávění a her, jimiž se bavil v době, kdy byl zdrav.

Třetí typ šílenství zahrnuje dva druhy stavů (tamtéž, s. 300-301): Prvý charakterizují bludné představy, které mohou být buďto veselé, nebo smutné. Radostné stavy jsou méně nebezpečné, než stavy spojené s vážností a smutkem. Osobami, které trpěly těmito strastmi jsou dle Celsa mýtický Orestés a Aiás. Podstatou druhého stavu je úplná pomatenost projevující se nesmyslnými hovory nebo jednáním. Tato pomatenost vyžaduje užívání určitých donucovacích prostředků. Těmito prostředky Celsus míní odnětí potravy, potrestání a bití. Doporučuje nemocného také uvést do děsu, k čemuž je možné užít všeho, co silně otřese duší (tamtéž, s. 301). Po psychickém otřesu totiž může dojít k příznivé změně, kdy jsou myšlenky přivedeny do svého obvyklého zaměření (tamtéž).

Dále se doporučuje, aby nemocní měnili místo svého pobytu, dokud se nevrátí rozum (tamtéž, s. 301). Měli by se vystříhat společnosti lidí, kteří jimi opovrhují a společnosti lidí neznámých. Režimovým opatřením je dostatek pohybu. Jako dietní opatření se doporučuje úplný zákaz tučného masa a vína (tamtéž, s. 301).

Celsovy postřehy a Hippokratovy metody dokládají správnost Foucaultova¹³ tvrzení o tom, že na západě se medicína snažila dostupnými prostředky léčit šílenství v každé době, tedy i ve starověku. (Foucault, 1971, s. 62).

¹³ Michel Foucault (1926-1984), francouzský filosof, historik, teoretik vědy a kultury, profesor na filosofické fakultě v Clermont-Ferrandu a na College de France. Během svých studií se zabýval filosofií, psychologii a psychiatrií. Citovaná kniha (Psychologie a duševní nemoc) je jeho prvotinou (1954).

Velkou pozornost vzbudila hlavně fenomenální studie „Dějiny šílenství v klasickém věku“ (1961), kde Foucault zanalyzoval postavení duševně nemocného člověka v různých historických typech západoevropské společnosti zhruba od 15. do konce 18. stol.

F. v „Dějínách šílenství“ znázorňuje, jak se duševně chorý člověk vyvíjí od společensky akceptované osoby k bytosti, která je zavírána a vyloučena. V 15.-17. stol. se šílenství volně pohybovalo. Jeho svoboda byla dle Foucaultova konceptu v 17. stol. zásadně narušena rozsáhlou internací nepracujících včetně pomatených v nelékařských pořádkových institucích. Za francouzské revoluce byly tyto instituce přenechány pouze choromyslným. I po Pinelově „slavném osvobození duševně nemocných“, v nich podle Foucaultovy interpretace dále panovala atmosféra strachu. Šílenec byl postaven do pozice dítěte a podrobován souzení a trestům. Třebaže je tato struktura překryta nánosy pozitivismu 19. stol., stále přetrvává. Foucault bývá řazen mezi antipsychiatry (viz. níže). K jeho dalším dílům patří např. Archeologie vědění, Trestání a dohlížení, Zrození kliniky a Dějiny sexuality. (http://de.wikipedia.org/wiki/Michel_Foucault; Chromý, Antipsychiatrie, Čs. Psychiat., 1975, 71, 4, s. 252, Enc. Diderot 2000, heslo „M. Foucault“).

3. Lidé s duševními poruchami v Novém zákoně

3. 1 Duševně nemocný člověk jako objekt Ježíšova uzdravování (teologický význam uzdravování posedlých)

Ve starověku byla hojně zastoupena víra ve zlovolnou činnost zlých duchů (Porter, 1999, s. 96). Pokud tito duchové člověka posedli, způsobovali mu podle tehdejších představ fyzické i duševní trápení v podobě různých nemocí. Víra v nečisté duchy byla značně rozšířena také v pozdním židovství (Sázava, 1988, s. 54). Je hojně zmiňována v evangeliích.

Pokud se chtěl trpící zlého ducha zbavit, obracel se na exorcistu,¹⁴ aby z něj démona vyhnal a vrátil mu tak duševní klid. (Porter, 1999, s. 96).

Ježíš^{xxi} se s několika lidmi narušenými působením démonů také setkal. V jejich přítomnosti se ho zmocňoval, podobně jako u lidí trpícími tělesnými nemocemi, soucit. V evangeliích máme celkem 6 uzdravovacích historií¹⁵ (a ještě jejich paralely), v nichž Ježíš zjednává posedlému člověku úlevu exorcismem. „V protikladu k jiným léčitelům Ježíš nepoužíval žádné kouzelnické techniky, ale vyháněl d'ábly prostou silou slova: „Vyjdi!“ S posedlým nemusel mít přímý fyzický kontakt – v případě dcery Syrofeničanky (Mk 7, 25-30) dokonce postiženou ani nespátřil.“ (Porter, 1999, s. 96-97).

Nejdramatičtější je zpráva o gerasenském či gedarském muži posedlém démony, který bydlel v jeskynních hrobech, toulal se nahý po krajině, křičel a zasazoval si rány kamením (Mk 5, 1-20). Lidé se jej hrozili potkat. Často se jim ho sice podařilo spoutat, ale jen na chvíli. Dotyčný měl v záchvatech nadlidskou sílu (nečistého ducha tvořila „legie“, tj. 6000 římských vojáků), takže ze sebe všechny řetězy zase strhal a okovy rozlámal. Ježíš svým slovem z šíleného člověka zlého ducha vyhnal a posedlého tím uzdravil. Pozoruhodné je, že nečistý démon nazývá Ježíše synem Boha nejvyššího, jako by znal tajemství jeho osoby (též Mk 1, 34; Mk 1, 24-25). Z příběhu také vyplývá, že se zlí duchové děsili moci, kterou nad nimi Ježíš má. Prosili ho totiž, aby je neposílal pryč z gerasenské krajiny. Ježíš jim tedy dovolil vstoupit do vepřů (nečistá zvířata), kteří se vrhli střemhlav do moře. V příběhu pak následuje podrobný popis chování uzdraveného muže: seděl řádně oblečen, choval se rozumně a žádal, aby směl jít s Ježíšem. Ježíš jej nakonec posílá hlásat evangelium v Dekapoli (spolek 10 měst v Zajordánsku, kraj východně od Jordánu a Mrtvého moře).

¹⁴ Ten, kdo provádí exorcismus – tzv. vymítání „zlého ducha“ u „posedlých“ (Klimeš, 1995, s. 170).

¹⁵ Uzdravení posedlého v Kafarnaum (Mk 1, 21-28); Uzdravení posedlého v Gerase (Mk 5, 1-5, 20); Uzdravení posedlého němého (Mt 9, 32-34); Posedlý slepý a němý (Mt 12, 22); Dcera syrofenické ženy (Mk 7, 24-30); Uzdravení posedlého chlapce (Mk 9, 14-29).

Ježíš nebyl ve své době jediným divotvůrcem (Porter, 1999, s. 96). V Palestině působili i jiní exorcisté. V perikopě Ježíš a Belzebul je kupříkladu zmínka o žácích farizeů, kteří vymítají démony (Mk 12, 27). O exorcismus měli tito farizeové zřejmě zájem podobně jako mnoho dalších židovských náboženských učitelů (Porter, 1999, s. 96).

Existují také helénistická vyprávění o zázračném divotvůrci Apollónovi z Tyany (1. po Kr.) (Trilling, 1993, s. 102; též Sázava, 1988, s. 57). Je prototypem lidového kazatele a pocestného učitele, v němž božské síly působily natolik, že byl schopen vymítat démony a křísit mrtvé (Sázava, 1988, s. 57).

Vyprávění o uzdravení posedlých ďáblem, které se nápadně podobá příběhům o tom, jak Ježíš vyhnal démony z nemocných, jsem objevila také v Lúkiánově spisku Milovník lži (1981). Je v něm zmínka o jakémisi Syrovi z Palestiny, který za veliké peníze zbavuje zlých duchů lidí, „již za svítu měsíce padají, obrazení oči v sloup a mají ústa plná pěny“. (1981, s. 207-208).

Ježíš byl lidmi ve svém okolí nejspíš vnímán jako jeden z mnoha palestinských charismatických léčitelů a exorcistů. Mezi jeho a jejich činnostmi skutečně existují určité paralely (Porter, 1999, s. 96). Od různých vymítačů démonů, divotvůrců a mágů se však Ježíš také významně odlišuje.

Jeho uzdravování nemocných je děním, které se očekávalo od příchodu konečného času a bylo viděno jako naprostý vrchol (Iz 35, 5-6; Iz 61, 1n) (Sázava, 1988, s. 54). Legitimuje se jím jako „ten, který má přijít“, tedy jako očekávaný Mesiáš. (Mt 11, 4-5) (Roux, in Allmen, 1991, s. 164).

Uzdravování nemocných vypuzováním zlých duchů, kteří byli podle dobových představ příčinou různých chorob, bylo znamením, že se na zemi šíří Boží království (Kovář, 1952, s. 10-11). Toto království zapuzuje panství satanovo. Proto může Ježíš říci: „Jestliže však vyháním démony Duchem Božím, pak už vás zastihlo Boží království.“ (Mt 12, 28) (tamtéž). Uzdravování tělesně i duševně nemocných lidí má proto jedinečný a hluboký teologický smysl. V činnosti jiných soudobých mágů a léčitelů tento smysl vystopovat nelze. Je vlastní pouze konání Ježíšovu.

„Ježíš přemáhá démonsko-satanskou moc nemoci a posedlosti v síle a plné moci Boží!“ (Trilling, 1993, s. 103). Jeruzalémští zákoníci takto Ježíšova uzdravování nechápali a „obviňovali jej z toho, že působí v síle ďáblův“ (Mt 12, 24; Mk 3, 22) (Trilling, 1993, s. 108).

„Každý Ježíšem provedený zázrak je vlastně znamením“ (Sázava, 1988, s. 55). Nejde v něm jen o nám nepochopitelný způsob uzdravení. „Zde se odkazuje na mocnější dění na pozadí“, na skutečnost, že se v Ježíšově mocné osobnosti vlomilo Boží království (tamtéž). Ježíšovy činy nebyly úplně jedinečné a zcela nesrovnatelné pokud šlo o vyhánění ďábla. Jedinečnost tkví v tom, že lidé mají vidět Ježíšova uzdravování a mezi nimi hlavně exorcismy jako ohlašování přicházejícího Božího království (Mt 10, 7-8; 12. 28; L 10, 9; 11, 20). (Porter, 1999, s. 158). „Vítězství nad ďáblem a nad démony naznačuje, že Boží síla na zemi začíná zjevně působit.“ (Sázava, 1988, s. 55).

Kromě toho, že Ježíšova uzdravování souvisejí s příchodem Božího království, jsou také službou trpícímu člověku v jeho nemoci a bídě (tamtéž, s. 56).

V některých evangelních příbězích je dáno zázračné uzdravování do souvislosti s odpuštěním hříchů (např. Mk 2, 1-12). Názor, že postižení člověka (zde tělesné) je následek hříchu, však Ježíš odmítá (Ondok, 2005, s. 186). Projevuje se to v jeho záporné odpovědi na otázku učedníků, když se jej před uzdravením slepce zeptali, zda zhřešil on sám nebo jeho rodiče (J 9, 1n) (Ondok, 2005, s. 186).

Svým zázračným uzdravováním Ježíš nechtěl vyvolávat v lidech zábavné povyražení (Trilling, 1993, s. 103). Novozákonní uzdravovací historie jsou ve srovnání s mimoevangelními podáními o jiných léčitelích velmi zdrženlivé a střízlivé (Porter, 1999, s. 159, Trilling, 1993, s. 103).

Ježíšova uzdravovací moc není úplně naprostá. Je podmíněna vírou toho, kdo má být uzdraven, nebo vírou jeho průvodců a jejich otevřeností pro Ježíšovo vlastní poslání (tamtéž). Nejde o senzaci, ale o získání lidu pro Boha.

I když je řada zpráv o zázracích v evangeliích legendárně přikrášlena, nemůže být pochyb o tom, že Ježíš nemocné skutečně uzdravoval (Trilling, 1993, s. 100). To, že Ježíš zbavoval lidi démonů i jiných různých chorob, stojí historicky velice pevně. (Sázava, 1988, s. 56).

Moc nad nečistými duchy Ježíš světil také svým učedníkům (Mt 10, 1). Ti pak uzdravovali v Ježíšově jménu. Ten, kdo však Ježíše nenásledoval a jeho jméno zneužíval, na sebe mohl přivolat neštěstí. Stalo se to židovským exorcistům, kteří se pokusili vypudit zlé duchy z posedlého tak, že jej zaklínali Ježíšovým jménem. Zlý duch sice z těla posedlého vyšel, ale zaklínače zle zřídil (Sk 19, 13-17) (Kovář, 1950, s. s. 114 - s. 115).

3. 1. 2 Sociální postoje k lidem s duševními poruchami ve světle Ježíšova evangelia

Modelem pro křesťanské soucítění s hendikepovanými lidmi mezi něž patří i choromyslní jsou např. slova z Ježíšova podobenství o posledním soudu (Mt 25, 31-46). Podle nich člověka ke vstupu do nebeského království neopravňuje vyznání víry a úzkostlivé plnění předpisů Zákona, nýbrž prosociální činnost a všeobecná láska k bližním. Křesťan má vidět v každém člověku Krista.

Ježíšovým primárním etickým principem je v zásadě princip lásky, jak to nejlépe vyjadřuje jeho shrnutí Zákona: „Miluj Hospodina, Boha svého, z celého svého srdce, z celé své duše, z celé své mysli a z celé své síly“ a „miluj bližního jako sám sebe“ (Mk 12, 29-31, par.) (Porter, 1999, s. 153).

Pojem „bližní“ nabývá v evangelní zvěsti zvlášť široký význam (Maroušek, Šustová, 2001, s. 36). Nevztahuje už se pouze na soukmenovce, usedlé cizince, přátele a lidi, kteří mohou dobročinnost oplatit. Ježíš totiž výrazu bližní vtiskl svými slovy i jednáním univerzální charakter.

Ten, kdo následuje Krista, má ve vztahu ke svým bližním usilovat o dokonalou lásku. Není v moci člověka podobat se Bohu všemohoucností a vševědoucností, v lásce však člověk usilovat o podobnost Bohu či o dokonalost může. Dokonalá láska počítá se všemi bližními, zvláště pak s těmi, kteří se ocitli v nouzi.

V duchu Ježíšova učení (např. podobenství o milosrdném Samařanovi) i životní praxe je křesťanovi bližním „ten, kdo je tady a teď“. „Tak jako Otec prokazuje lásku a milosrdenství všem lidským bytostem bez ohledu na jejich zásluhy, musí i všichni lidé soucítit se všemi, kdo to potřebují“ (L 10, 29 – 37) (Porter, 1999, s. 153). Ten, kdo poskytne přístřešek choromyslnému vydědenci, jako by poskytl záštitu samotnému Kristu. Ježíšův apel na solidaritu s hendikepovanými a společensky marginalizovanými lidmi byl mocným zdrojem inspirace pro křesťanskou charitativní práci.

4. Postavení duševně nemocného člověka ve středověku

Středověk je období časově velmi rozložené. Pro potřeby této práce jej vymezují podle obvyklého dělení do konce 15. stol., ačkoliv je třeba podotknout, že v českých zemích končí teprve nástupem Josefa II. (1780-1790) a definitivně až rokem 1848 (Jodl, 2005, s. 57). Zaměřuji-li pozornost na tuto historickou epochu a snažím-li se reflektovat sociálně dějepisné údaje a způsob myšlení v této době, musím mít na paměti, že středověk je směsí nejrůznějších duchovních proudů i sil. Zabývám-li se postoji lidí k pomatencům, epileptikům, znetvořeným, malomocným či k dalším vydědencům, hrozí riziko simplifikace - přesněji řečeno toho, že z rozmanitých postojů vůči duševně nemocným v této složité době vytrhnu jen jeden rys, který se mi zdá být určující, a ten prohlásím za typicky platný pro celou středověkou společnost (čehož se také někteří starší historiografové psychiatrie dopouštěli).

V tomto ohledu je cenné konstatování M. Foucaulta, který razí přesvědčení, že zkušenost s šílenstvím byla do 19. stol. velice polymorfní (1971, s. 62). Já k tomuto tvrzení dodám, že přístupy k duševně nemocným v této době se pravděpodobně lišily případ od případu a žádný z nich není možné pokládat za jednoznačně určující a převládající nad všemi ostatními. Zastírali bychom tak pravý stav věcí a středověkou kulturu bychom nakonec nepochopili (Černoušek, 1990). Právě proto zachytím postoje k duševně nemocným v jejich mnohotvárnosti a předložím přesnější obraz jejich postavení v této době.

V každé stati o postavení duševně chorých ve středověku upozorním na jednotlivé nepřesnosti, které činili starší historikové psychiatrie a na něž ve svých monografiích i odborných článcích upozorňovali také někteří odborníci.

Středověké postoje k duševně nemocným byly podobně jako ve starověku dosti odvislé od signifikantních projevů chování dotyčné osoby. Postoj lidí k pomatencům a posedlým byl, jak uvedl Heers, dvojnásobný a rozporný (2006, s. 105). Na jedné straně mohli budit odpor, zděšení, zvědavost a pobavení, na straně druhé úctu k bytosti poznamenané čímsi nadpřirozeným a božským (Heers, 2006, s. 105).

Jestliže podivín nikoho neohrožoval zločinnými úmysly či nějakou heretickou myšlenkou, byl v podstatě ponechán na pokoji. Středověká společnost byla totiž k tzv. tichým bláznům a podivínům, kteří se vymykali svým zvláštním, ale v podstatě neškodným chováním běžnému průměru, poměrně tolerantní. Z dnešního pohledu bychom označili jako „tiché blázny“ a podivíny jedince trpící výkyvy nálad, simplexní schizofreniky, mentálně retardované či neurotiky (Janík, 1987, s. 83-84).

Tehdy „psychiatrie neexistovala, stejně jako psychologické testy, takže nebylo příslušných škatulek, kam vychýlené (ale jinak neškodné jedince) zařadit a stejně tak bylo nemožné dát jim diagnostickou nálepkou. Blázní se nechali jednoduše bláznit.“ (Černoušek, *Lod' bláznů*, Reflex, 5, 2001; dostupné na: <http://www.reflex.cz/Clanek4799.html>).

Pokud nedocházelo k ohrožení na životech bližních, pečovala o vyšinuté, pomatené a třešticí jedince jejich rodina a širší komunita (Černoušek, 1994, s. 113). Někteří z nich zvolili¹⁶ za svůj nový domov palubu „opilého korábu“, tzv. lodě bláznů, kde vedli specifický způsob existence. Lodní paluba jim garantovala zvláštní modus bytí neboli „akvatické poutnictví“ (Černoušek, 1994, s. 43).

Problémy vznikly, když divní lidé skutečně zešileli a ohrožovali okolí. Takoví lidé byli izolováni, zavíráni do vězení nebo usmrceni. Vedle svobody putování totiž existovaly i klece a věže bláznů. Nebezpeční blouznivci mohli být také podrobeni výslechu před inkvizičním tribunálem, jehož součástí někdy bývala i tortura.

Postoje lidí vůči duševně nemocným se na škále od odporu až k toleranci, ba dokonce uctívání pohybují takřka ve všech dobách. Výjimkou není ani 21. stol. I v něm existují případy agresivních „zuřivých šilenců“, kteří jsou hodnoceni jako společensky nepřijatelní a tudíž umístováni v institucích, stejně jako případy duševně nemocných, kteří se stávají léčiteli a novodobými šamany a kteří mají, alespoň jak o sobě někteří tvrdí, ve srovnání s řadovými lidmi „něco navíc“. Jsou také případy nejrůznějších vcelku neškodných podivínů a mentálně hendikepovaných, kteří se svým chováním sice vymykají běžnému průměru, ale v podstatě jsou neškodní a mohou být ponecháni a opečováváni v rodině.

Role, do nichž mohl středověký člověk chovající se patologicky a abnormálně vstupovat, byly skutečně mnohotvárné a lze je shrnout takto: (podle Černouška, 1994, s. 48)

- Duševně nemocný posedlý démonem
- Blahoslavený chudý duchem
- Lykantrop, bloudící středověkým lesem
- Šašek sloužící pobavení urozených.

Tento přehled rolí ještě rozšířím o duševně nemocného izolovaného ve specifických středověkých institucích, jejichž zřizováním tehdejší společnost na fenomén šílenství

¹⁶ Ke slůvku „zvolili“ jsem poněkud skeptická, jelikož se pravděpodobně jednalo spíše o „nucené nalodění a o vyhnanství“, jak upozorňuje Heers, 2005, s. 110.

reagovala a vyrovnávala se s ním. Navíc pojednám také o duševní nemoci v pojetí vybraných středověkých lékařů.

4. 1 Duševně nemocný posedlý démonem

Lidé, kteří se chovali v důsledku duševní nemoci abnormálně a vzbuzovali ve svém okolí při opakovaných záchvatech zuřivosti pocitu hrůzy a děsu, mohli být ve značně religiózní společnosti, kterou středověká společnost bezesporu byla, pokládáni za posedlé demony. V důsledku toho bývali podezírání z čarodějnictví, byli perzekuováni a někdy upalováni. Čarodějnické procesy,^{xxii} které spadají do 15. – 18. stol., patří mezi tzv. „věčná témata“, která jsou snad od nepaměti předmětem zájmů historiků, filosofů, sociologů a dalších. Zkazky z krásné literatury i odborné studie nás utvrzují ve smutné skutečnosti, že na hranicích zemřelo mnoho nevinných lidí, a to jen na základě doznání vynuceného útrpným právem. Názory na počet obětí při těchto procesech se výrazně liší – R. Malý ve své studii „Je dovoleno bránit inkvizici?“ uvádí cca 50 000 obětí od 14. – 18. stol., zatímco M. Jodl operuje s celkovým počtem 9 miliónů lidí jen za 16. a 17. stol (2005, s. 57). Přesného počtu obětí se dopátráme jen stěží, tím však není nijak oslaben fakt, že upalování žen a v menší míře i mužů, obviněných z čarodějnictví, je velmi smutnou historickou pravdou.

Podezírání z čarodějnictví bylo známo již před vznikem křesťanství a církve sama zpočátku pověru o možnosti vědomého spolčení s ďáblem odmítala jako pohanskou (Malý, 2005, s. 120).

Tento postoj se však razantně změnil v 15. stol., kdy vydal papež Inocenc VIII. tzv. „čarodějnickou bulu“ (Summis desiderantes affectibus – „K naší velké lítosti“). V této bule papež doporučoval činnost dvou nechvalně proslulých dominikánských mnichů Sprengera a Institoris (Jodl, 2005, s. 54). Oba mniši se specializovali na rozpoznávání osob spolčených s ďáblem. Ve své knize „Malleus maleficarum“ (Kladivo na čarodějnice) podrobně vylíčili návod k odhalování a ničení těchto osob.

V „Kladivu na čarodějnice“ se nescíslněkrát píše o tom, že ďábel je schopen na příkaz čarodějnic posednout člověka (2., I. X., s. 311, 313), že může vejít do jeho hlavy či do tělesných orgánů (2., I., IX., s. 303). Jejich činnost pak ovlivňuje (tamtéž). Může postihovat také vnitřní vnímání (způsobuje např., „že si člověk musí myslet, že to, co má před očima jsou skutečné věci“) a některé lidi trestá tak, „že jim zabraňuje v užívání rozumu či je proměňuje, že se jeví jako nerozumná zvířata“ (2., I., IX., X., s. 304, 319). Příliš asi nepřekvapí, že jmenovaná kniha vzbudila pozornost odborníků z řad psychiatrů.

Někteří dokonce zastávali poněkud přehnané přesvědčení, že kdyby bylo slovo čarodějnice nahrazeno slovem pacientka a vymazán termín d'ábel, měli bychom k dispozici vynikající učebnici popisné klinické psychiatrie 15. stol. (Zilboorg, *The History of Medical Psychology*, 1941, in Janík, 1987, s. 39-40). Tato hypotéza je však dle Chromého (1975) irelevantní, neboť kniha svou stavbou odpovídá spíše trestnímu zákonu či řádu a problém čarodějnictví je v ní koncipován jednoznačně jako záležitost teologická. Dokument, jenž byl sepsán proto, aby jeho prostřednictvím byla dokládána vina obětí, nemůže být považován za lékařskou učebnici (Některé novější názory na historii psychiatrie, *Čs. Psychiat*, 1975, 71, 8, s. 408).

Není pravda, že všichni upalovaní byli duševně nemocní, stejně jako neodpovídá skutečnosti, že všichni duševně nemocní byli obviněni z čarodějnictví. Druhé přesvědčení hájil ve svých tezích již zmíněný Zilboorg (in Janík, 1987, s.39).

První tezi vyvrací např. Vondráček svým odborným pojednáním o čarodějnictví z hlediska psychiatrie (2003, s. 168-169). V něm podrobně dokládá, že skupina lidí obviněných z čarodějnictví byla heterogenní a duševně nemocní byli jen její součástí mezi ostatními nařčenými - k těm Vondráček řadí např. ženy, které se mazaly delirogení mastí, čarodějníky – amatéry či osoby naprosto nevinné a bez známek duševní nemoci, nařčené ze msty.

Druhou tezi (všichni duševně nemocní byli obviněni z čarodějnictví) ve své odborné stati zpochybňuje prof. Šedivec (O duševních nemocech vysvětlovaných posedlostí démony a o čarodějnictví v 16. a 17. stol., *Čes. a slov. Psychiat*, 2001, 97, 6, s. 303).

Šedivec cituje archivní záznam z r. 1556 nalezený a zveřejněný Z. Winterem (2001, s. 303). Tento záznam obsahuje zmínku o urozené paní Waldštejnové, která se „zbláznila z nemoci trudné“, že jí zemřel muž, a kterou doktor všelikými tranky přemáhal a dával ji mnoho pítí, a když odmítala, „vzal kej a pral ji, až modřiny na ní byly“. Není zde ani zmínka o tom, že by dotyčná byla podezřívána ze spojenectví s d'áblem a z posedlosti. Podle Šedivce tomu tak bylo proto, že obsah psychopatologie dotyčné ženy nebyl démonologický.

Ve středověku se však vyskytovali lidé, jejichž projevy chování k démonologické interpretaci sváděly a nezřídka k ní i docházelo.

Vondráček do této kategorie zařazuje např. jedince těžce depresivní, kteří mohou autoakuzovat (2003, s. 168). Autoakuzující jedinci se podle slov psychiatrů obviňují ze zločinů, které nikdy nespáchali, jsou pro ně dokonce ochotni jít do vězení, snášet týrání i popravu (Vencovský, Dobiáš, 1976, s. 90). Inkvizitoři na nich jakákoliv přiznání k čarodějnictví nemuseli pracně vynucovat, neboť se jim tito nebozí lidé ochotně vydávali sami. Toto lze doložit např. osudem jedné zřejmě duševně nemocné ženy z Amsterdamu,

kteřá byla upálena v r. 1555 jen proto, že o sobě ve stavu pomatenosti řekla, že je čarodějnice (Šindelář, 1986, s. 128).

Podobně dopadla jiná zjevně autoakuzující nešťastnice, která v horečkách blouznila cosi o d'áblu a čarodějnicích. Dotyčná se jmenovala Volkje Hermansová a případ se odehrál r. 1564 opět v Amsterdamu. Její blouznění o démonovi nezůstalo bez odezvy.

Vážně nemocná Hermansová byla ze špitálu, kde se léčila, bez ohledu na její zdravotní stav odvečena do vězení, kde byla podrobena tortuře. Při krutém výslechu na sebe nemocná žena přiznala, že je čarodějnici, že odpadla od boha, měla milostné pletky s d'áblem a způsobila pomocí kouzel lidem veliké škody apod. Byla odsouzena k upálení, jehož se nedožila, neboť ve vězení nedlouho po vynesení rozsudku zemřela (Šindelář, 1986, s. 128).

Autoakuzující postavou je pravděpodobně rovněž Rozina Blahošková z Vikýřovic, o níž se zmiňuje ve svém Kladvu na čarodějnice Václav Kaplický (1977, s. 85). Tato žena se podle slov mydláře Přerovského sama obvinila z čarodějnictví a vykřikovala před rychtou, že loni obcovala na Petrových kamenech se třemi čerty. Žena čerty dokonce pojmenovala jako Baltazara, Ambrosia a Aurea. Blízcí lidé, kteří ji znali, si její chování sami vysvětlili tím, „že to neměla v hlavě v pořádku a musela se zbláznit.“ (Kaplický, 1977, s. 86).

4. 1. 1 Schizofrenici jako možné oběti čarodějnických procesů

K potencionálním obětím čarodějnických procesů patřili také lidé mající schizofrenii. Takto nemocní mohou trpět závažnými poruchami smyslového vnímání, klamnými vjemy, které vznikají nezávisle na vnějším podnětu, tedy halucinacemi (Zvolský, in Zvolský a kol., 2001, s. 104). Šalebné vnímání jimi mohlo být démonologicky interpretováno, zvláště jednalo-li se o osoby trpící halucinacemi tělovými. Při nich se lidé cítí být tělesně trýzněni, „kými“ na dálku nepříznivě ovlivňováni či pohlavně zneužíváni... (Vondráček, 2003, s. 45-46).

Člověk trpící tělovými halucinacemi si mohl podivné prožitky vysvětlovat působením čarodějnic, které lidem, jak se lze dočíst v knize *Malleus Maleficarum*, škodí na jejich tělech (2. I., X., s. 313, 319), „překážejí lidské plodivé síle“ (2. I., VI., s. 287-289), působí těžké bolesti hlavy (2., I., XII., s. 330), prudké bolesti břicha (2., I., XII., s. 332) či slepotu... (tamtéž, s. 330).

Pozoruhodné jsou i další prožitky, které lze vyčíst ze jmenované knihy a které Vondráček vysvětluje jako psychomotorické halucinace a halucinace posedlosti (2003, s. 46).

Jedná se o velmi bizarní stavy, kdy postižený člověk cítí, že je v něm ještě jiná bytost, která jej trápí, prodlévá v něm, mluví za něj – jeho ústy apod. Vondráček ze své praxe uvádí

případ pacientky, „která mluvila dvojitým hlasem: jednak svým, jednak druhým změněným, strojeně hlubokým, až výhružně a hrubě patetickým. Pak se hned omluvila, že to nemluvila ona, ale že to z ní mluvil čert“ (s. 46).

Na podobné symptomy jsem narazila také v Kladivu na čarodějnice, kde se lze dočíst o jistém Čechovi z Kadaně, který měl posedlého syna, kněze (případ se stal za pontifikátu Pia II., tedy v letech 1458-1464). Tohoto kněze přivedl nešťastný otec do Říma, aby zde byl podroben exorcismu a z posedlosti tak vysvobozen. Sám postižený vysvětloval svoje neduhy tím, že jej trápí ďábel, kterého na něj poslala jistá čarodějnice, neboť jí káral pro její církevní nekázeň.

Kněz si kromě jiného postěžoval na to, že „je zbaven možnosti užívat svůj rozum, když si přeje rozjímat o svatých věcech nebo navštívit svatá místa“. Ďábel mu prý zvláště řekl, a to slovy, která vyřkl jeho vlastními ústy, že je uražen jeho kázáními, která měl dosud k lidu, a proto mu nedovolí žádným způsobem kázat. Když měl dotyčný kněz pokleknout před kostelem a požehnat Panně Marii, nebyl toho schopen. Toto chování zdůvodňoval slovy: „Nemohu si pomoci, neboť on užívá mé údy a orgány, můj krk, můj jazyk a mé plíce kdykoliv se mu zachce a tím způsobuje, že mluvím nebo vykřikuji a slyším slova, jako kdyby je sám řekl, ale jsem zcela neschopen tomu zabránit a když se snažím zabrat do modlitby, napadá mě ještě hruběji a vytahuje mi jazyk ven“ (Malleus Maleficarum, 2. část, I. otázka, hlava X., s. 318).

Příběh je zajímavý i proto, že tento zjevně duševně nemocný člověk nezemřel na hranici, nýbrž byl předán do péče jakémusi ctihodnému biskupovi, který jej podrobil zvláštní léčebné kůře sestávající ze čtyřicetidenního postu, modliteb a exorcismu. Dotyčný člověk byl nakonec prostřednictvím boží milosti, jak jsem se dočetla, ze svých útrap vysvobozen. Z osudu tohoto muže lze vyvodit, že existovali i duševně nemocní, kteří nebyli stavěni před soudní tribunál jako čarodějové a spiklenci ďábla a s nimiž bylo i přes evidentní démonologický obsah jejich psychopatologie zacházeno poměrně mírně.

Případy duševně nemocných žen, které vyvolávaly zdání posedlosti a které byly obviňovány pro vědomé uzavření paktu s ďáblem a v důsledku toho upalovány, velmi pobouřily holandského lékaře Johanna Weyera (1515-1588) (Vencovský, 1983, s. 67-70).

„Wierus“ nedošel tak daleko, že by démonologii od základu zpochybnil a zesměšnil. V. Šedivec ve svém článku uvádí, že „Wierus“ věřil v ďábla a v duševní nemoci z démonické posedlosti i v existenci skutečných čarodějnic, které se spolčují s ďáblem, a schvaluje pro ně

přísné potrestání (Johann Weyer, bojovník proti čarodějnictví, Čes. a slov. Psychiat., 2002, 98, 1, s. 50-51). Potrestány mají být také travičky (tzv. „veneficae“).

Zvláštní kategorií mezi čarodějnicemi jsou však podle „Wiera“ duševně nemocné ženy (tzv. „lamiae“), které jsou naprosto nevinné, jelikož se ďáblu, jenž je napadl, pro svoji duševní nemoc, nebyly schopny bránit.

Ačkoliv se „Wierus“ mýlil ve svém přesvědčení, že většina žen odsouzených pro čarodějnictví byla duševně nemocná (Šedivec, 2002, s. 51), jeho odvážné vystoupení na obranu duševně nemocných žen, které se nedopustily žádného zločinu, bylo důležitým mezníkem v dějinách psychiatrie. Někteří historiografové psychiatrie je označují za tzv. první psychiatrickou revoluci (Vencovský, 1983, s. 68). Wierus je také pokládán za prvního psychiatra klinika a deskriptivního psychiatra (Raboch in Zvolský a kol., 2003, s. 9). Jiní se o něm zmiňují jako o zakladateli psychiatrie soudní (Šedivec, 2002, s. 51).

4. 2 Blahoslavení chudí duchem

Démonologie nebyla jedinou středověkou koncepcí šílenství (Chromý, Některé novější názory na historii psychiatrie, Čes. Psychiat., 1977, 71, 2, s. 408).

Ve spojitosti se snahou o objektivnější interpretaci historie psychiatrie, jsou zmiňovány i jiné způsoby, jimiž středověká společnost na fenomén šílenství reagovala a jimiž se s ním vyrovnávala. Protože chci pojednat o postavení duševně nemocných v této době, aniž bych se dopouštěla jednostranného zjednodušování, nemohu zamlčet dobročinnost středověké charitativní práce. Ta se v období středověku střetávala hlavně s problémem pauperismu, který se duševně nemocných lidí dotýká, protože tehdy spadali mezi ostatní žebráky, putující tuláky, podivíny a provinilce.

Žebrák je ve středověku, podobně jako je tomu dosud, nahlížen jako stvoření, které se štítí práce, líbuje si v putování a cizopasně žije jen z námahy jiných (Vašek, 1941, s. 53).

Mezi opovrženímhodnými lenochy však byli také lidé pomatení a všelijak duševně či tělesně postižení. Tito se často propadali nezaviněně až na samotné sociální dno. Právě proto se snažila církve zajišťovat prostředky, aby bylo možné chudým pomáhat a v rámci možností kompenzovat selhávající společenskou solidaritu.

Chudým v duchu mohla být jakožto „chudým Kristovým“ poskytována intuitivní sociální péče ve středověkých církevních institucích tzv. špitálech. (Černoušek, 1990) (viz. příl. 1., obr. č. 1).

Špitály se zřizovaly k podobným účelům jako starokřesťanská nosokomia (určena k ošetřování nemocných), xenodochia (viz. níže) nebo ptachotrofia (chudobince, v nichž bylo pečováno o žebráky). Jakési první azyly pro duševně nemocné při starokřesťanských nemocnicích nesly jméno morotrofia. (Vencovský, 1983, s. 50).

V popředí činnosti středověkých špitálů byla velmi často právě péče o chudé (Vašek, 1941, s. 56). Kromě poutníků, pocestných, žebráků, sirotků a vdov k nim patřili také choromyslní. Špitály byly zřizovány a spravovány nejprve biskupy, kláštery a faráři, později je začala budovat města (Vašek, 1941). Nejednalo se o žádné mamutí ústavy, jakými jsou dnešní psychiatrické léčebny. Byly to z velké části jen skrovné budovy, v nichž několik lidí nacházelo v době nouze útulek (Vašek, 1941, s. 56). Poskytovaly hlavně azylovou a nemocniční péči sociálně charitativního typu (Mühlpachr, 2001, s. 12). Tato péče byla inspirována a motivována Ježíšovými slovy z podobenství o posledním soudu: „Cokoliv jste učinili jednomu z těchto mých nepatrných bratří, mně jste učinili“ (Mt 25, 40). V duchu těchto slov pečující usilovali ve vztahu k nemocným o opravdovou lásku a o celistvou vnímavost pro jejich sociální, tělesné i duševní potřeby.

Zajímavosti týkající se středověkých špitálů lze vyčíst ve studii Petra Svobodného a Ludmily Hlaváčkové (1999). Špitály garantovaná péče se podle těchto historiků podobala ze všech starověkých ústavů nejvíce byzantským xenodochiím.¹⁷ V těchto příbytcích se, dostávalo pohostinství cizincům, pocestným, hostům a někdy i nemocným (Vašek, 1949, s. 32). Nemocní lidé v nich však zpočátku hráli pouze okrajovou roli. Instituce těchto xenodochií pronikala od 4. stol. také do západní části Evropy. S rozvojem poutnictví a s růstem počtu příslušných útulků začal od 8. stol. převažovat v latinských pramenech termín *hospitale*¹⁸ (Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 7).

Špitály byly všeobecně sociálně zaměřeny podobně jako xenodochia. Zpočátku fungovaly především jako ubytovny. Na péči výhradně o potřebné se začaly specializovat později. Svobodný a Hlaváčková (1999) datují počátek procesu oddělování funkcí ubytoven pro poutníky (*hospitium*) a vlastních špitálů, kde se pečovalo přednostně o chudé, nemocné, staré,

¹⁷ Domy, s tímto jménem se objevují ve 4. stol. Ve 2. pol. 4. stol. radil dokonce císař Julian (zvaný Odpadlík) pohanským maloasijským kněžím zřizovat takové útulky a starat se o žebráky, má-li pohanské náboženství obstát v konkurenci s křesťanstvím; „je to hanba“, dodává, že „z židů nikdo není žebrák a ti bezbožní Galilejci že žíví nejen své, nýbrž i naše chudé.“ (Filipi, 1991, s. 46).

¹⁸ Slovo špitál pochází z latinského *hospitale* (*hospic*, špitál, nemocnice, útulek pro nemajetné a chudé) a souvisí se substantivou *hospes* (host, hostitel) a *hospitium* (pohostinství) (in Kábrt, Kucharský a kol., 1991, s. 209 a s. 210; též Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 7).

sirotky a další, do 11. stol., kdy došlo ke vzednutí vlny poutnictví (Haškovcová, Fenomén stáří, 1989, kap. Umírání dnes, s. 363nn, in Svobodný, Hlaváčková, 1999).

Protože však ve špitálech nebyli primárně ošetřováni pouze a výhradně nemocní (i proto, že středověká medicína si s mnoha neduhy prostě nevěděla rady), nemůžeme špitály pokládat, ač se výraz špitál běžně dodnes používá jako ekvivalent výrazu nemocnice, za předchůdce nemocnic v dnešním slova smyslu (Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 7-8).

Výhradně léčebné péče nemocničního charakteru se vymezenému okruhu lidí dostávalo ve středověkém „ústavu“ jiného typu, totiž v tzv. infirmariu. Jednalo se o speciální místnost nebo dokonce celou budovu určenou k ošetřování řeholníků (Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 8).

Péči zde prostředkoval řeholní bratr zvaný infirmarius, který se řídil pokyny lékařsky vyškoleného mnicha (Vencovský, 1983, s. 56). Mezi nemocnými umístěnými v těchto infirmariích mohli být podobně jako ve špitálech i choromyslní. Vencovský však k léčbě duševně nemocných v těchto zařízeních projevuje valnou nedůvěru a uvádí, že o léčení z medicínského hlediska tu hovořit nelze, neboť zde byli nemocní podrobováni hlavně exorcismům (1983, s. 115).

„O tom, komu ten který špitál bude poskytovat svou péči a v jakém rozsahu, rozhodoval jak záměr zakladatele a výše finančních zdrojů, tak i způsob jakým byl špitál spravován a organizován“ (Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 18).

První klášterní azyl, který byl určen výhradně duševně chorým, byl založen r. 830 v Metách tamějším biskupem Sigibaldem (Vencovský, 1987, s. 56). Ve století 12. přibyla klášterní nemocnice pro choromyslné v Kolíně nad Rýnem (Vencovský, 1987, s. 57).

V Čechách vznikl první špitál, který směli využívat výhradně duševně nemocní, teprve r. 1458 ve Znojmě^{xxiii} (Vencovský, Dobiáš, 1976, s. 28). Jednalo se o zařízení dotované městem a počítalo se v něm jen s 5-15 osobami.

Do té doby mohli někteří choromyslní společně s ostatními sociálně znevýhodněnými hledat záštitu v již zmiňovaných hospitálech budovaných při kostelích a kláštorech. Jedním z nich byl špitál křížovníků s červenou hvězdou při kostele sv. Františka, který v r. 1233 založila sv. Anežka česká (Vencovský, Dobiáš, 1987, s. 27). Řád křížovníků byl založen právě z podnětu Anežky, dcery Přemysla Otakara I. a sestry Václava I., a byl určen ke službě ve špitále (Kadlec, 1991, s. 163). Je jediným řádem, který vznikl v Čechách.

Instituce špitálů, které církev používala pro své sociálně charitativní aktivity, se staly tradičními a nabyly poměrně velkého počtu (Vašek, 1941, s. 56). Přehnaně kladné dojmy a nekriticky optimistické závěry o středověké sociální práci však musím na základě zjištěných

údajů přece jen poněkud zklamat. Zaopatření v době nouze ve špitálech se totiž dostávalo pravděpodobně pouze užšímu sektoru potřebných a nejspíš jen menšímu počtu všech choromyslných. Do špitálů byli totiž přednostně přijímáni ti, kteří měli tzv. nadační nárok, který zmiňuje Vencovský (1983, s. 115). Jeho smysl objasňuje P. Kodymová (in Matoušek a kol., 2001).

Kodymová vysvětluje, že nadační nárok měli ti, kdož dávali klášteru či špitálu v dřívější době dary nebo odkázali majetek. Až místa, která zbyla, byla doplněna chudinou (Kodymová in Matoušek a kol., 2001, s. 112).

Osoby v nouzi a nemocné, včetně choromyslných, uchránil pobyt ve špitálu před bídným živořením na ulici, poskytl jim přístřeší a nemocným zcela základní ošetření, ale ne vždy už dostatečnou stravu (Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 23). Z dětství mi utkvěl v paměti jeden z příběhů legendárního šaška českého krále Jiřího z Poděbrad a dobrého rytíře bratra Jana Palečka. Bylo o něm známo, že měl soucitné srdce a že prokazoval nuzným a potřebným mnohá dobrodiní a někdy za ně dokonce orodoval u krále.

E. Frynta (1973, s. 54-55) do svého výboru povídek o moudrých bláznech zařadil také pověst o bratru Palečkovi, kterak byl Hostem ve špitále. Příběh je neveselý – vypráví se v něm o „špitále při kostele svatého Ducha u mostu“, do něhož se bratr Paleček vydal na visitaci.

Při návštěvě zjistil, že služebníci a správcové mají všeho nazbyt, zatímco ubožáci (staří a nemocní) div nezmírají hlady (s. 55). Bratr Paleček se zjištěnými špitálními praktikami ihned seznámil krále a ten se jal do špitálu poslat svého hofmistra s nařízením, „aby všem chudákům špitálským dávali, co jim náleží, aby je správce neokrádal a podával jim v postní dny dvoje ryby, s kořením a rosolované.“ (s. 55).

Příběh věrně ilustruje jevy, pro něž se někdy středověká špitální charita stávala terčem kritiky. Se zvyklostmi v některých špitálech souvisí také citát z knihy Bedřicha Vaška (1941, s. 63): „Kde byla správa nemocnice vedena opravdovou láskou k nemocným, tam činila pro ně vše, co bylo za tehdejších poměrů možno. Kde ovšem chyběl živý křesťanský duch, tam se vyskytovaly nedostatky.“ Středověká charitativní péče měla zkrátka své stinné i světlé stránky.

Zvláště v krizových dobách hladomorů a nejrůznějších epidemií se některé špitály blížily místům, která si nezapadala s výjevy posledního soudu (Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 23).

I přes všechny nedostatky a z dnešního pohledu špatnou úroveň léčebné péče, byly špitály, do nichž čas od času zavítal také člověk pomatený, posedlý a choromyslný, prvními

zařízeními institucionalizované pomoci bližnímu v nouzi i v nemoci. V těchto zařízeních byla různým potřebným lidem zajišťována alespoň „jakás takás“ existence (Vašek, 1941, s. 57). „Jejich význam v dějinách nemocničního ústavnictví je nezpochybnitelný.“ (Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 24).

Zajímavostí která svědčí o pozitivním ladění evropské středověké charity vůči duševně nemocným je osada bláznů v belgickém Gheelu,^{xxiv} kde byla již koncem 13. stol. organizována komunitní (rodinná) péče o duševně nemocné (Janík, 1987, s. 46).

Tato osada vznikla na základě kultu sv. Dympny. Mučednice Dympna podle legendy uprchla se svým kaplanem Gerebernem před vlastním otcem, pohanským irským knížetem, který k ní zahorel hříšnou vášní. Usadila se v Gheelu poblíž Antverp (Ravik, 2002). Otec ji však vypátral a zabil setnutím hlavy, poté co se odmítla vrátit domů. Vyprávění o této křesťance vzniklo ve 13. stol., příběh se patně odehrál ve století 7. O skutečné existenci dívky se však vedou vážné spory (Ravik, 2002).

Přímluvě Dympny se připisovala zázračná uzdravení z duševní nemoci i z epilepsie. Brzy se stala patronkou pomatených a „těšitelkou ve všech duševních chorobách“ (Janík, 1987, s. 46). Pro choromyslné byl v Gheelu zřízen špitál. (Attwater, 1993, 108).

Foucault zmiňuje, že Gheel byl jedním z poutních míst, kam připlouvali pomatenci na podivných plavidlech tzv. lodích bláznů, které brázdily klidné vody Porýní a vlámských kanálů v 15. a 16. stol. (1994). Duševně choří sem přicházeli jako vyobcovaní poutníci a byli zde soustředěni v posvátném prostoru zázraku (Foucault, 1994, s. 14).

Špitál byl údajně zřízen nad hrobem mučednice. „Existuje dodnes a stal se jednou z největších a nejúspěšnějších léčeben duševně chorých na světě“ (Attwater, 1993, s. 108). Zdejší péče spočívá v tom, že jsou pacienti umístováni v soukromých domech, kde mohou žít v normální lidské společnosti (Attwater, 1993).

Ve středověku byly oblíbeny také nejružnější divotvorné poutě, jež se konaly za uzdravení pomatenců (Heers, 2005, s. 108). Kromě Gheelu pomatení lidé a jejich rodiny společně s ostatními poutníky navštěvovali také jiná svatá místa, jež jsou spjata s patrony, kteří byli pověstní svojí nápomocí chudým duchem či zuřivým šílencům. Jedna z významných poutí za uzdravení pomatenců se konala v Larchantu u Paříže, který je spjat se sv. Mathurinem (Heers, 2005). Dalšími patrony choromyslných byli sv. Antonín, sv. Hermes (sev. Francie), sv. Blažej (poblíž Chartres) a sv. Tomáš z Cantebury (Heers, 2005, s. 108).

Přítomnost duševně nemocných jedinců v mnoha kostelech je velmi pozoruhodná, protože svědčí o spojení bláznovství se zbožností (Heers, 2005, s. 109). Protikladný údaj ve své knize

uvádí M. Foucault, když se zmiňuje o tom, že blázni do kostelů nesměli, ačkoliv jim církev neodpírala svátosti (1994, s. 14). Heers však ve své studii dokládá, že blázni a všelijak pomatení byli během poutí v kostelech na svatých místech přítomni zcela náležitě a běžně. Jako zajímavost zmiňuje, že „některé kostely v západní Evropě dodnes v kryptě nebo i v úrovni podlahy ukazují místnosti uzavřené mřížemi a silným kováním na dveřích, kde bývali posedlí zavřeni po celou dobu pouti, obvykle po devět dní.“ Jednalo se o tzv. novény bláznů (Heers, 2005, s. 108).

4. 2. 1 Závěr

Křesťanský soucit se slabomyslnými, který zakoušel duševně nemocný umístěný ve středověkém špitále či při posvátných rituálních poutích za uzdravením, je jedním z potěšitelných přístupů této doby. I když se patrně týkal jen úzkého sektoru z celkového množství choromyslných a pořád existovalo dosti těch, jejichž situace byla žalostná, zůstává významný. Dobročinnost křesťanů vůči pomateným jako „chudým v duchu“ či „dětem božím“ je dalším dokladem skutečnosti, že středověké koncepce šílenství byly pluralitní a ne každý projev šílenství končil vyobcováním či usvědčením z posedlosti (Černoušek, 1990).

4. 3 Lykantrop¹⁹ bloudící středověkým lesem a vyděděnec

„Za nejhorší středověký přístup k duševně nemocným lidem není správné považovat exorcismus, přesněji nápravu exorcismem, nýbrž pravděpodobně vyobcování pomatenců do středověkého lesa, kde vyvrženi od společnosti dokonávali svoji neblahou existenci.“ Tolik M. Černoušek (1990).

To, že čas od času v některých případech choromyslných, jejichž chování bylo zvláště agresivní a jež pospolitosť vnímala jako ohrožující, docházelo k vyobcování, dokládá, že šílenci a pomatení bývali ve středověké společnosti marginalizováni.

„Marginální lidé“ jsou americkými sociology definováni jako osoby, které odmítají účast na společenském životě nebo osoby z něho vyloučené (Zaremska in Le Goff, 2002, 344). Marginalizováni jsou pak podle H. Zaremské ti, kteří z nejrůznějších důvodů přestali vyhovovat nárokům společnosti a jsou tedy pro společnost považováni za neužitečné.

¹⁹ Lykos – řec. vlk, anthropos – člověk, obyvatel, muž. Lykantrop – vlčí člověk, tedy vlkodlak. (Prach, Schulz, 1998, s. 54; s. 327).

Pronásledování a vylučování jsou malomocní a Židé. Vyloučení ze společnosti jsou také nemocní a zejména tělesně postižení, mrzáci, protože nemoc a tělesná vada jsou považovány za vnější znamení hříchu (Le Goff, 1991, s. 305).

K bloudění středověkým lesem jsou odsuzováni také lidé choromyslní (Černoušek, 1990). Pokud putovali jako vydědenci neznámými končinami, byli znevýhodněni vlastně nadvakrát, jelikož se navíc stávali cizinci, kteří měli v tehdejší době postavení krajně nejisté. Byli pokládáni za nevěřící, neposlušné, poběhlíky „bez souhlasu“ a za „nositele neznáma a neklidu“ (Le Goff, 1991, s. 305).

Vylučování duševně chorých má podobně jako marginalizace ostatních lidí svoje dějiny a svá specifika. V přímořských oblastech probíhalo prostřednictvím tzv. lodí bláznů, o nichž obšírně pojednal M. Foucault (viz. kap. 5. 1). Kruté způsoby ostrakizace spojené s perzekucí zmiňuje také Vencovský: „duševně nemocní byli v některých státech středověké Evropy dokonce umístováni v jakýchsi lesních rezervacích a tam je bylo dovoleno libovolně honit a zabíjet jako tzv. vlkodlaky.“ (1983, s. 73). „Jindy byli duševně choří naloženi na pramici, do které zatékala voda, a byli puštěni po proudu řeky, ve které nakonec utonuli.“ (tamtéž).

Špatné postavení duševně nemocného souvisí také s tím, že koncem středověku mizí ze západního světa, jak uvádí Foucault lepra (1994, s. 9, 11). Struktury²⁰ po ní ale zůstávají a roli malomocných přebírají podle Foucaultovy hypotézy právě chudí, tuláci a „pomatené hlavy“. Nebyla to záviděníhodná role ani pozice, která se jim od malomocných dostala: Malomocní totiž bývali považováni za původce epidemií, podezřívání, že otrávil studně a prameny a upalování bez soudu pro vynucená přiznání (Le Goff, 1991, s. 305). Stávali se typickými obětními beránky v obdobích rozličných krizí, za něž byli neprávem voláni k odpovědnosti.

Zvláště 13. stol. se podle historiků považuje za období, kdy se rodí tzv. represivní společnost a kdy začínají být nevyhovující jedinci různými opatřeními vylučováni.

Sociální vyloučení bylo zkušeností velmi hořkou. Obvykle mělo fatální dosah na celý budoucí život vydědence a snad ani nebylo přísnějšího trestu. „Vyobcování totiž zpřetrhalo veškeré vazby viníka nejen s jeho vlastní rodinou, ale obecněji také se všemi, kteří měli nebo pociťovali povinnost být s ním solidární kvůli příbuzenským nebo sousedským svazkům či prostě kvůli dlouhodobým vztahům uvnitř komunity.“ Vyobcování všechny tyto závazky

²⁰ Podle Foucaultovy interpretace byla pustá místa, která dříve sloužila lidem nakaženým morem nebo malomocným, od 17. stol. postupně zaplňována internovanými „bláznů“. Jeho „Dějiny šílenství“ prostupuje myšlenka, že vydědenci-blázni zprvu požívali svobodu. Tato svoboda však byla „umlčena“ zrodem internačních institucí, do nichž může být zavřen v podstatě každý, kdo se vymyká (Černoušek, Loď bláznů, Reflex, 2001, 5; dostupné na: <http://www.reflex.cz/Clanek4799.html>). Prvotní a společensky nekontrolovanou svobodu bláznovství Foucaultovi symbolizuje loď bláznů (tamtéž) (viz. kap. 5).

rušilo, což v praxi znamenalo, že „nikdo již nesměl přijmout vyhnanec pod svou střechu, nikdo mu nesměl dát najíst.“ (Zaremska in Le Goff, 2002). Vyhnanec se stal novým „biblickým Kainem“ – jeho osudem bylo bloudění daleko od lidských příbytků, mimo společenství, kde mohl přežít jen stěží. Protože se nikde v lidské společnosti nesmí zdržovat déle než stanovenou dobu, stává se jeho jediným útočištěm les.

V lese panují divoké a nevladatelné živly, bloudí jím zdivočelí šílenci. Vyhnanec se dostává na úroveň vlka. Zpochybňuje se tím jeho lidskost. Může být také jako kterýkoliv vlk beztrestně zabit. Zaremska uvedla i zajímavou spojitost mezi vlkem a d'áblem, jež se objevuje ve 13. stol.

Chápání choromyslného marginalizovaného jedince jako vlka také koresponduje se středověkým či renesančním pojetím duševní nemoci jako necivilizované animality v člověku (Černoušek, 1990). Někteří choromyslní, zvláště ti, jejichž symptomatologie byla skutečně zuřivá, připomínali divá zvířata a byli tak v souladu s tím, co uvádí Černoušek, i vnímání. „To, co se v lidech ukazovalo jako nesrozumitelné, se vysunulo do nesrozumitelného světa zvířat.“ (Černoušek, 1994, s. 73). Lykantropie však dosáhla pouze lokálních, nevýznamných rozměrů. Sterilizace bláznovství vyobcováním do širé krajiny mimo hranice komunity rovněž nebyla jevem hojně praktikovaným a rozšířeným (Heers, 2005, s. 109). Existovaly i jiné možné i účinnější metody mezi nimiž začínala mít význam internace ve zvláštních institucích, které byly k tomu účelu zřizovány.

O neblahém postavení choromyslných, kteří však bývali perzekuováni, podobně jako další „lidé na okraji“, svědčí také skutečnost, že byli nositeli odlišujících znaků. Malomocní museli od konce 13. stol. nosit znak své odlišnosti, tedy dlouhý, přiléhavý oblek, který měl kromě zabránění nákazy vzhledem ke své nápadnosti navíc zajistit vyloučení nositele ze společnosti (Zaremska, in Le Goff, 2002). Podobně je evidentními znaky odlišován pomatený člověk: „Blázen nosí především dlouhý kabátec s cípatými okraji a s kapucí nebo čepicí se dvěma dlouhými cípy spadajícími přes uši. V ruce nosí kyj nebo spíš šaškovské žezlo, nebo také parodii na biskupskou berlu, dlouhou hůl zakončenou ženskou hlavou, pomalovanou živými barvami a opatřenou rolničkami nebo malými zvonečky“ ... Jídá tučné sýry, protože jsou považovány za jídlo bytostně nezdravé (Heers, 2006, s. 113) a za jídlo, které vyvolává nechuť až odpor.

4. 4 Středověká internační zařízení pro duševně nemocné

Někteří choromyslní byli ve středověku nuceně drženi ve zvláštních internačních institucích. Patří k nim např. pevná struktura tzv. věže bláznů, s níž se lze setkat obzvláště v kronikách některých německých měst, např. Norimberku (Černoušek, 1994, s. 43).

Další německé věže bláznů (Narrentürme) existovaly v Hamburku (Jungfern) nebo u městských bran severoněmeckého Lübecku i v jiných evropských městech, např. v Caen (Foucault, 1994, s. 13).

Věže bláznů byly městskými institucemi a jejich zřizování je jasným dokladem mnohotvárného vztahu k pomateným ve středověku. Ve vyobcování je snaha duševně nemocného od společnosti odloučit a spíše se ho, „nejlépe navždy“, zbavit. Ve věži je oproti tomu zase choromyslný přechováván a vězněn.

Foucault (1994) právě z existence detenčních věží bláznů vyvozuje, že šílenci vždy vyháněni nejsou a města o některé z nich spontánně a svérázně pečují. Pečovalo se obzvláště o jedince domorodé. Přivandrovalci a putující cizinci byli v tomto ohledu v postavení výrazně svízelnějším.

Choromyslní vedli ve věžích bláznů neblahou existenci. Měli sice střechu nad hlavou, útrapy, které jsou dány cejchem duševní nemoci, tu však zdaleka nekončí. Jsou zde spoutáni a nedostává se jim téměř žádného soukromí. Obtěžování jsou i zvenčí. Věže bláznů měly totiž schválně zřízená zamřížovaná okna, jimiž mohli řadoví lidé za mírný poplatek běžně pozorovat, jak se „tajemná monstra“ chovají (Černoušek, 1994, s. 43). Odporný zvyk se praktikoval ještě na poč. 19. stol. v proslulém špitálu Bethlehem, kde byli zuřiví šílenci ukazováni zájemcům každou neděli za poplatek jedné pence (Foucault, 1994, s. 58). Tomu, kdo byl ochoten zaplatit několik mincí, umožnili pozorovat pomatené chudáky rovněž v pařížském útulku Bicêtre, kam během krásných dnů podle údajů zjištěných Foucaultem (1994, s. 58, 70) proudilo až 2000 lidí. „Šílenství se tak stává veřejným skandálem a tyčí se nad tichem útulků jako podívaná pro všeobecné pobavení.“ (Foucault, 1993, s. 59).

Izolace choromyslných probíhala také ve věznicích nebo ve sklepních komorách městských špitálů (Vencovský, 1983, s. 73).

K izolaci sloužily tzv. klece bláznů, v nichž byli drženi nezvladatelní jedinci a ti, o něž se odmítla postarat jejich rodina (Černoušek, 1994, s. 45). Heers zmiňuje úzké dřevěné klece, neboli gayolly, se dvěma okénky, kam byli zavíráni nebezpeční choromyslní (2006, s. 109).

Ve všech zařízeních bývali internovaní připoutáni okovy ke zdem, aby byli omezeni v pohybu. Vencovský čtenáře zpravuje o jednom evidentně detenčním zařízení pro duševně nemocné, které bylo zbudováno r. 1582 v Brně. „Bylo ohrazeno plotem a duševně choří v něm byli drženi v železných klecích a o trzích je vozili do města k obveselování veřejnosti“ (Vencovský, 1983, s. 73).

Účelová zařízení budovali pro choromyslné také obyvatelé města Rakovník (Winter, Blázni a pošetilí in Šat, strava a lékaři v 15. a 16. stol., 1913, cit. podle Šedivce, O duševních nemocech vysvětlovaných posedlostí démony a o čarodějnictví v 16. a 17. stol., Čes. a slov. Psychiat., 2001, 97, 6, s. 301-304):

„Stavěli „pro blázny“ zvláštní sruby a dřevěné posady, vsazovali je do nich a ponechávali je na parkáně pod městskými valy“. (s. 303). „Bývala to prý všude obyčejná praxe: blázna ukovali a zavřeli.“ Neklidný duševně nemocný byl spoután a uložen do necek, k nimž byl přivázán. (tamtéž).

4. 5 Choromyslní lidé jako otloukánci

Někteří duševně nemocní lidé byli terčem nejrůznějších žertů, nezřídka i vulgárních. Bývali pronásledováni, lidé na ulici na ně pokřikovali, zahrnovali je nelichotivými nadávkami a někdy je i bili či po nich házeli kamení. Heers (2005, s. 114) vypočítává nejrůznější surovosti, jimiž jsou nebožáci častováni takto: „lidé v oknech na blázna pokřikují, dole na ulici ho děti a prostý lid s křikem honí, chytají ho, aby ho zbili holí, škrábají ho háky, lijí na něj vědra vody, nebo ho mlátí mokkými hadry, do obličeje mu házejí nejrůznější špínu, nebo ho pomazávají popelem a nakonec ostříhají dohola“. Prastarým zvykem bylo také polévání blázna močí (Černoušek, 1994, s. 46). M. Foucault zase píše, že „někdy byli pomatení veřejně bičováni a v jakési hře na pronásledování vyhnáni z města metlami.“ (1993, s. 11).

Ve světové literatuře je pranýřování hendikepovaného člověka zobrazeno v příběhu hluchého hrbáče Quasimoda. Dočetla jsem se, že „Byl na pranýři nejméně půl druhé hodiny, rván, mučen, bez přestání vysmíván a téměř kamenován. Najednou sebou zaškubal znovu a v zoufalství tak prudkém, že se až celé trámové pranýře zatřásl, přerušil mlčení, jež až dosud tvrdošijně zachovával, a přehlušil hulákání davu chraptivým a zuřivým hlasem, podobným spíše zvířecímu zavytí než lidskému zvuku: „Pít!“... Tento úzkostný výkřik nejenže nevzbudil soucit, naopak, ještě zvýšil veselost boдрého pařížského publika, jež obklopovalo žebřík a jež, připusťme, vcelku jako dav nebylo o nic méně kruté a surové než ona strašná

banda tuláků.. která byla prostě nejspodnější vrstvou národa. Ani jediný hlas se neozval na pomoc odsouzenci, leda aby se posmíval jeho žízni.“ (Hugo, 1968, s. 191).

Pranýřovat blázna se však stává všeobecnou formou kritiky a postava blázna, prost'áčka či hlupáka nabývá stále většího významu – obzvláště, jedná-li se o frašky a satiry. Blázen v nich začíná rozehrávat roli nositele pravdy, kterou lidem připomíná (Foucault, 1994, s. 17).

4. 6 Blázen jakožto aktér středověkých lidových slavností a veselí

I když byli někteří choromyslní vysmíváni a surově zesměšňováni, pořád platilo, že je společnost brala na vědomí, a to právě tím, že občas vybraní jednotlivci vstupovali do jejich rolí a parodovali jako herci při oblíbených hrách některé společenské jevy a zvyklosti. O různých svátcích bláznů ve své studii pojednal Jacques Heers (2006).

Byly to jakési obřady, později svátky či burleskní oslavy a podivné maškarády, které zahrnovaly dva velmi odlišné momenty zcela rozdílné povahy: zábavu čili liturgickou parodii v kostele a pak lidovou kavalkádu ulicemi města (Heers, 2006, s. 131).

Svátek bláznů (Festum Stultorum) je vlastní zejména německým zemím, severní Francii a Anglii (Heers, 2006, s. 130). Nekonal se vždy ve stejné datum, já se však odůvodněně domnívám, že alespoň v Paříži musel být podle všeobecných zvyklostí slaven na Tři krále. Victor Hugo totiž ve svém slavném románu Chrám matky Boží v Paříži právě takový svátek popisuje a datuje ho přesně na 6. ledna r. 1482 (1968, s. 9).

Obsahem svátku bylo neuctivé napodobování posvátných gest a krátkodobě a příležitostně převrácená společenská hierarchie, extravagantní výmysly a různé výstřelky. Zlatým hřebem dne bývala volba opata nebo papeže bláznů a jeho oslava. Volba papeže probíhala podle vyprávěnek z Hugova románu asi následovně: Shromáždil se dav a každý kandidát, jak se na něj dostala řada, prostrčil hlavu otvorem a zašklebil se na ostatní. Ten, kdo se ušklíbne nejošklivěji a všichni mu zatleskají, je zvolen papežem. (volně cit. ze s. 41, Hugo, 1968).

Hugo v románu mistrně vystihl středověkou společenskou atmosféru vlády Ludvíka XI. (1423-1483) a vyobrazil tradiční zvyklosti, při nichž mělo jakékoliv bláznovství volné pole.

Atmosféru, při níž bylo bláznovství živě prezentováno se záměrem pobavit se a zároveň zesměšnit společenské uspořádání, Hugo charakterizuje následujícími slovy: „A velká síň byla už jen jedinou ohromnou pecí nestoudného veselí, v níž každá ústa byla výkřikem, každé oko bleskem, každá lidská figurka karikaturou: všechno křičelo a hulákalo.

Podivné tváře, jež postupně přicházely zaskřípat zuby do růžice, podobaly se hořícím víchům vrženým do ohniště. A z celého toho kypícího davu stoupal vzhůru zrovna jako pára z pece ostrý a skřípavý hluk, pronikavý a pisklavý jako komáří křídla“ (s. 42).

„Vyvolenec si pak (po zvolení) oblékl bohaté kněžské roucho, na hlavu si dal mitru, v ruce třímal berlu, dostal i skutečný biskupský kříž zapůjčený na jeden den a udílel veřejné slavnostní požehnání.“ (Heers, 2006, s. 132). Podobně zmiňuje Hugo: „...na nosítkách zářil ozdoben berlou, ornátem a mitrou, nový papež bláznů, zvoník od „Matky Boží“, hrbáč Quasimodo.“ (s. 59).

Po zvolení biskupa či papeže bláznů následoval jakýsi maškarní průvod, kavalkáda, dosti ovlivněná zvyklostmi toho kterého kraje. Podle Heerse (2006, s. 135) kavalkáda, jíž se účastnili nejen ministranti a nižší klerici, ale i jáhni a kanovníci, všude přijímala darem potraviny na večerní hostinu. Každý obyvatel kopce (čtvrť citadely), alespoň jak bylo rituálním zvykem, byl povinen papežovi bláznů poskytnout chléb a víno (tamtéž).

Středověké slavnosti bláznů, při nichž se řadoví lidé na den stávali pomatenými, mají hluboký symbolický význam. Jsou výrazem solidarity s „vyšinutými“ bytostmi a „práva každého na psychickou nerovnováhu a pomatenost“ (Černoušek, Šílenství, Reflex 12/2000; dostupné na: <http://www.reflex.cz/Clanek1416.html>).

Bláznovství je při všech slavnostních maškarních průvodech, roztodivných taškařicích a veselicích prezentováno ve srovnání s ostatními přístupy v pozitivnějším světle. Je představeno jako „naše druhá přirozenost“. Společnost mu přitakává a vede s ním určitý dialog. Ve chvíli, kdy choromyslné společnost internuje, tento dialog naopak utichá (Foucault, 1994, s. 185).

Blázniviny a karnevalové kratochvíle, které jsou obdobou folklórních svátků bláznů, dodnes ukazují, co se stane, když se poruší zaběhaný stav věcí.

Středověké svátky bláznů by se asi těžko obešly bez postavy pomatence. To, že se šílenství stále více dostává na scénu (ať už v podobě starých slavností bláznů nebo v humanistických textech) dosvědčuje, jak silně tvář šílenství v obraznosti západního člověka od konce 15. stol. „strašila“ (Foucault, 1994, s. 18).

4. 7 Duševně nemocný jako objekt zájmu středověkých lékařů

Důležitým rezervoárem poznatků antického lékařství a Aristotelovy filosofie se ve středověku stala arabská medicína. Jejím vynikajícím představitelem, byl významný středověký lékař, filosof a vědec Avicenna (980-1037) (Vencovský, Dobiáš, 1976, s. 21). Protože ve svém „Canonu medicinae“ systematicky shrnul a uspořádal všechny tehdejší lékařské znalosti, nemohli uniknout jeho zájmu ani duševně nemocní a jejich neduhy.

V. Šedivec ve svém článku „Avicenna o duševních nemocech“ uvádí, že „svým pojetím duševních nemocí byl Avicenna somatik, duševní nemoci považoval za nemoci mozku a distancoval se od náboženské démonologie (Čes. a slov. Psychiat, 2000, 96, 3, s. 159-161).

Avicennův význam byl pro středověkou medicínu tak značný, že jej nazývali „arabským Galénem nebo „princem medicíny“ (tamtéž, s. 159).

Názory tohoto persky hovořícího lékaře na duševní nemoci zmiňují proto, že arabská kultura v mnohém ovlivnila evropské Španělsko, které Arabové obsadili. V jednom z prvních ústavů pro duševně choré zřízeném ve španělské Zaragoze (15. stol.) zajišťovali léčbu, která byla z valné části inspirována právě arabskou medicínou (Foucault, 1971, s. 63). (další ústavy byly zřízeny v pol. 15. stol. také ve Valencii a v Seville, Vašek, 1941, s. 67).

Avicenna pojednává o duševních nemocech ve 3. knize svého Kánonu v kapitole jménem „O nemocech hlavy“ (Šedivec, Čes. a slov. Psychiat, 2000, 96, 3, s. 159).

Užívá-li pojmu „daemonium“, nemíní jím posedlost, ale vyjadřuje jím specifický charakter klinických příznaků jakými jsou neklid, agresivita a zuřivost (tamtéž). Ostatní středověcí lékaři tento pojem používali zřejmě pod vlivem Avicenny ve stejném smyslu (tamtéž).

Poruchy vnímání si Avicenna evidentně vysvětluje jako poruchy mozku (tamtéž, s. 160). V pozadí toho, že nemocný slyší zvuky, jež nejsou přítomny v zevním prostředí, jako zvuk tekoucí vody, bušení kladiv, zvuky bubnů - je permutace (pozměnění) slyšení (tamtéž).

Rozlišuje několik druhů melancholie: „Někteří nemocní se bojí věcí, jichž není třeba se bát (tamtéž). Někteří se obávají, že na ně spadne nebe, jiní mají strach, že je pohltní země. Jiní si představují věci, které neexistují (že jsou králové, šelmy, démoni a ptáci) (tamtéž).

Ti, kteří pláčívají, mají pravou melancholii.

Zvláštní formou melancholie je cutubut (lykanropie) (tamtéž, s. 160). Nemocní při něm milují osamělost, v měsíci únoru vycházejí večer z domu, pohybují se po odlehlých místech a

po hřbitovech, utíkají od lidí a touží se přiblížit mrtvým. Na končetinách mají četná poranění a nehojící se rány (tamtéž).

Pozoruhodným onemocněním je také „nešťastné zamilování“, v jehož léčbě mohou být nápomocny zkušené ženy, které nešťastně zamilovaným jejich lásku rozmluví, zostudí a pohaní (tamtéž, s. 161).

Hysterii dává Avicenna do souvislosti s dělohou²¹ a vysvětluje ji jako její „dušení“ (tamtéž). Zvláštní formou mánie je „daemonium lupinum“, které se projevuje útočným a zvlčilým chováním (tamtéž, s. 160). Jsou-li obavy, že se nemocný v manických záchvatech poraní, je nutné jej spoutat a umístit do visutého lůžka (tamtéž, s. 160).

²¹ Představy o spojitosti hysterie s dělohou (řec. hystera) lze poprvé vystopovat ve starověkém Egyptě. Podle staroegyptských papyrů Kahun a Ebers (19. a 15. stol. př. n. l.) se morbidita hysterie připisovala putování dělohy – tedy tomu, že „děloha není tam, kde by měla normálně být“ (Černoušek, 1994, s. 135). Předpokladem úzdravy tedy bylo zahnat dělohu, bloudící po těle, zpět na její místo, a to magickými obřady a inhalacemi (inhalace, které mají odpuzující efekt, podle prastarých představ donucovaly dělohu sestoupit dolů) (tamtéž). Někdy se také provádělo vykuřování dělohy aromatickými látkami (tamtéž). Bylo rozšířené i v novější době, neboť se soudilo, že hysterii způsobují výpary z dělohy otravující mozek (Matoušek, 1999, s. 106). Vykuřování dělohy doporučovali hysterickým ženám někteří lékaři ještě na poč. 20. stol. (Černoušek, 1994, s. 135). Za duševní poruchu prohlásil hysterii, pravděpodobně jako první, S. Freud, který v jejím pozadí odhaloval nevyřešené oidipovské komplexy. (Matoušek, 1999, s. 106). Teorie o hysterii způsobené putující dělohou byla rozšířena i v antice (Vencovský, 1983, s. 33; Matoušek, tamtéž; Černoušek, 1994, s. 136). Vzestupu dělohy vzhůru se tehdy bránilo např. zvláštními bandážemi pod žeberním obloukem (Černoušek, tamtéž).

5. Role, do nichž mohl vstoupit duševně nemocný člověk v renesanci + loď bláznů.

Skutečnost, že se středověká a renesanční společnost těžko obejde bez postavy choromyslného a že mohlo mít v této době slovo blázen také pozitivní příděch, dokládá existence tzv. dvorských šašků. Byli to prostí popletové, kteří zpravidla netrpěli zuřivým šílenstvím, nýbrž mírnější a přístupnější pomateností (Heers, 2006, s. 116). Král je měl po ruce, aby mu sloužili na hraní a aby se mohl bavit jejich podivnými kousky. Panovník a lidé u dvora si tyto figurky nezdídky oblíbili a někdy si je „ochočili“, podobně jako vladař.

Šašci měli u panovníka pozoruhodné postavení. K jejich žertům a kejklím býval shovívavý. Dvorský šašek měl právo říkat mnohem více než ostatní. Král mu to neměl za zlé, protože „jen blázen nevidí, že mluví s bláznem“ (Heers, 2006, s. 116).

Leckdy se také stávalo, že blázni jednali moudřeji než rozumní a dokázali svému králi v lecčems poradit, vždyť „král nakonec potřebuje svého blázna, aby jím sám nebyl, protože jím vlastně je“ (Černoušek, Loď bláznů, Reflex, 05/01; dostupné na: <http://www.reflex.cz/Clanek4799.html>).

Moudrost a bláznovství si tu nepozorovaně vyměňují místa, což je natolik běžné, že se blázen dokonce stává partnerem intelektuálů při učených diskusích a akademických přích (Matoušek, 1999, s. 29).

Svrchovaně svobodného projevu se šílenství dostalo ve významném humanistickém textu jménem Chvála bláznovství od Erasma Rotterdamského (Černoušek, 1994, s. 41). Bláznovství (lat. Stultitia, řec. Moria) (pošetilost) je tu představeno jako to, co bohům i lidem dává obveselení a blaženost. Je jako med, který oslazuje život, protože „blázni s sebou přinášejí vždy to, po čem panovníci všude a všemi způsoby se shánějí, totiž žerty, smích, vtipy a zábavu.“

Navíc platí, že je výsadou bláznů upřímnost: „Považte též tento vzácný dar hlupáků, že jedině oni jsou prostoduší a pravdomluvní!“ (s. 67). Tuto přednost využil Erasmus ve své brilantní satíře k tomu, aby ústy bláznovství vyřkl pravdu o gramaticích, právnících, básnících, filosofech, ba i o učených teologích, vždyť „často i bláznivý člověk rozumné věci vám poví!“ (s. 154).

Kromě vtipného pamfletu na všechny, které si bláznovství vzalo na mušku, lze v díle vyčíst celou řadu dalších pozoruhodných postřehů. Jedním z nich je např. poznání, že pošetilost je věcí bytostně lidskou, dokonce natolik, „že věru nevím, zdali by bylo možno

mezi všemi smrtelníky nalézt jediného, jenž by stále, v každé chvíli byl rozumný a nebyl stížen nějakou troškou bláznovství.“ (s. 72). Za povšimnutí jistě stojí také myšlenka, že ohromným zdrojem bláznivosti je přílišné vědění (Černoušek, 1994, s. 42).

5. 1 Renesanční lodě bláznů

Byly to podivné opilé koráby, na jejichž palubách prodlévali vyloučení duševně nemocní, hendikepovaní a další vydědenci. Pluly po proudech řek, brázdily poklidné vody Porýní, až se dostaly na moře. Během plavby se pochopitelně několikrát stavělo. Na zastávkách bývali nalodění pasažéři postupně vysazováni, takže se na takových místech soustřeďoval větší počet pomatených.

M. Foucault ve svých Dějinách šílenství zastává přesvědčení, že „takové lodě naložené blázny plující od města k městu skutečně existovaly“ (1994, s. 13). Svoji hypotézu opírá o ztvárnění těchto lodí v rozličných literárních skladbách, zvláště o poetické obrazy z díla Sebastiana Branta jménem *Narrenschiff* (*Das Narre schyffen*, „Lod' bláznů“).²² Sebastian Brant (1458-1521) ve skladbě vypráví příběh bláznů, kteří chtějí na lodi doplout do imaginární země zvané Narragonie. Jejich cesta se stane záminkou pro ostrou satiru na způsob chování věřících, který je velmi vzdálený křesťanským morálním zásadám.

Téma bylo zobrazeno také na plátně holandským malířem Hieronymem Boschem.²³ „Blázen“ je v plejádě všech „normálních“ lidí odhalen jako ten moudřejší z nich (Heers, 2006,

²² Báseň vyšla v r. 1494, r. 1497 byla přeložena do latiny pod názvem „*Stultifera Navis*“. (Ottův sl. nauč., 1891, 4. díl, s. 584-585, heslo S. Brant). Dílo je založeno na staré masopustní frašce, v níž se sejdou všichni blázni na lodi a jedou přes zemi, „kde létají pečení holubi do úst“, do Narragonie („země bláznů“). Již před Brantem vyšla báseň, kde byly vyobrazeny v podobě bláznů lidské pošetilosti a neřesti. Brant této myšlenky využil. Ve skladbě *Narrenschiff* vykreslil 113 postavíček bláznů, a to jak slovy tak perem. Na každého blázna, tj. pošetilce a bezbožníka, připadá 1 kapitola a obrázek kreslený Brantovou rukou. Dílo má obrovský kulturně historický význam. Rozlétlo se doslova po celé Evropě. Štrasburský pastor Jan Geiler z Keisersberka složil na základě kapitol z „Lodi“ v roce 1510 sto čtyřicet šest kázání. (tamtéž, heslo S. Brant). Veršovaná dobová satira S. Branta *Narrenschiff* („Lod' bláznů“) zahájila žánr tzv. bláznovské literatury 16. a 17. stol. (Enc. Diderot 2000, heslo S. Brant).

²³ Olejomalba na dřevěné desce jménem „Lod' bláznů“ vznikla v letech 1490-1500. Je uložena v pařížském Louvru (Největší malíři. Život, inspirace a dílo. Hieronymus Bosch, 2000, č. 53, s. 11). Na palubě lodi jsou vyobrazeny rozličné bavící se a zpívající groteskní postavíčky. Uprostřed paty stěže se mnich a jeptiška se svými sousedy perou o obilnou placku zavěšenou na provázku ze stěže, jenž má podobu stromu. Všichni se do placky snaží zakousnout, ale nikomu se to nedaří. Jeden z pasažérů zvrací, aby měl v žaludku dost místa na příští jídlo. Jiný se pokouší s nožem v ruce dosáhnout na vysoko umístěnou pečenou husu. Zcela vpředu sedí člověk oděný v obvyklém ustrojení pomatenců (dlouhý kabátec a kapuce s cípy spadajícími přes uši, v ruce třímá žezlo zakončené ženskou hlavou). „Dotyčný klidně pije či jí ze své misky. To on je na této lodi, která veze jen blázny tím moudřejším“. (Heers, 2006, s. 112). „Lod' pluje nazdařbůh, zatímco se její pasažéři stále hlouběji noří do svého chorobného a zkarikovaného šílenství“. (sestaveno podle Největší malíři. Život, inspirace a dílo. Hieronymus Bosch, 2000, č. 53, s. 11).

s. 112). Brantova báseň je však podle Černouška „pouhou literární fikcí bez jakéhokoliv reálného podkladu.“ (1994, s. 49).

V novější studii se k reálné existenci tajemného plavidla vyjadřuje podobně Heers (2006). Podle Heerse můžeme říci velmi těžko, zda se známé téma Lodi bláznů opírá o nějakou skutečnou událost či o historicky doložitelná fakta (s. 110).

V rovině literární i umělecké (viz. např. obraz H. Bosche), jak dále uvádí, doznalo hromadné vyhánění pomatenců a jejich deportace, velkého ohlasu. „Nemáme však žádné nebo téměř žádné stopy takových deportací, nařízených zemskými nebo městskými úřady“ (s. 110), tedy žádné hmatatelné důkazy o skutečné existenci tajemných lodí bláznů.

Pro představu o středověkém způsobu myšlení však z této fikce, která mnohé symbolizuje, můžeme leccos vytěžit. Souhlasím s Černouškem (1990), že podstatný je symbolický význam tohoto psychiatrického reliktu a jeho psychohistorická interpretace. Navíc se uchyluji k Černouškově tvrzení, že „pravda o existenci lodí bláznů bude asi někde uprostřed a bude obtížně zahlédnutelná ze všech stran“ (1996, s. 49).

Pokud tyto lodě skutečně existovaly, fungovaly jako svérázné detenční instituce, jimiž se pozdně středověká obec bránila těžce duševně nemocným jedincům, tak, že je, jak jsem naznačila výše, za poplatek svěřila námořníkům, kteří je po řekách či mořích vozili z místa na místo, popř. vysazovali po delší či kratší době na vzdálenějších místech (Chromý, Některé novější názory na historii psychiatrie, Čs. Psychiat, r. 1975, 71, 8, s. 408).

Duševně nemocný člověk je vykázáním na loď bláznů odsouzen k akvatickému poutnictví. Už není pojímán jako „pauper Christi“ či jako šašek sloužící k pobavení urozenců. Není už to ani „chorý“, o něhož se musí postarat komunita. „Je to šílenec, který překročil rámec společnosti, a proto byl „vyhnán“, lépe řečeno, „naloděn“ (Černoušek, 1990).

Domnívám se, že pokud je pozdně středověká předpsychiatrická instituce lodí bláznů skutečností, napomáhala úsilí po očištění měst od nejrůznějších asociálů, vagabundů, podivínů a rušivých jedinců, kteří se pro pospolitost vyobcováním na loď stávají neviditelnými. Je spíše výrazem odporu, jaký vzbuzují pomatenci, a výrazem touhy izolovat je, nebo se jich dokonce zbavit (Heers, 2006, s. 112), než příkladným opatřením s humánními prvky. Je také možné, že opravdu posedlí lidé mezi ostatními delikventy a vyobcovanými tvořili na palubě lodí pouhou menšinu.

5. 2 Duševně nemocný člověk a moře

Tím, že byl duševně nemocný člověk naloděn, byl vydán velké nejistotě, kterou představovalo moře. Není náhodou, že „voda a šílenství jsou spolu v obraznosti evropského člověka nadlouho spjaty.“ (Foucault, 1994, s. 16).

Již v Bibli představuje moře mimořádně nebezpečný živel, neboť obsahuje nevladatelné síly podsvětí a smrti.^{xxv} Je spjato s babylónskou nestvůrou Tiamatou a s kenaanským Jammem, v němž jsou zosobněny destruktivní síly chaosu (Beneš, 2006, s. 130).

Hospodin je však ve Starém i Novém zákoně prezentován jako ten, kdo je Pánem svého stvoření, moře nevyjímaje.

Není divu, že právě temné vodní živly symbolizují duševní nemoc a že duševní nemoc bývá magicky k vodním masám či žvlům poutána. Kdo propadá moři, propadá d'áblu a lstím a může se ocitnout v těžkém sevření a ohrožení života.

Popsané asociace připomínají také četné osudy mnoha literárních postav duševně chorých, které ukončují svůj život skokem do vody nebo jsou k vodě prostě přitahovány. Černoušek v této souvislosti připomíná Viktorku z Babičky B. Němcové (1994, s. 47) . Mně utkvěl v paměti hrdina švédského románu S. Lagerlöfové Jan Andersson, který trpěl těžkou duševní nemocí a svoji neblahou existenci ukončil právě nešťastným skokem do rozbouřeného vodního živlu, přímo do moře.

Posvěcená křestní voda se naopak používá k tomu, abychom novorozené dítě ochránili od nepravostí, uvedli jej na správnou cestu a zabránili možnosti zbláznění a zešílení (Černoušek, Loď bláznů, Reflex, 2001, č. 5; dostupné na: <http://www.reflex.cz/Clanek4799.html>).

5. 2. 1 Pozitiva nalodování choromyslných lidí

I když moře představovalo nejistotu a nebezpečí, zároveň garantovalo uvěznění na té nejsvobodnější a nejotevřenější ze všech cest (Foucault, 1994, s. 15).

Foucault (1994) si této relativní svobody putování „naloděných“ všímá a staví ji do protikladu k pozdějšímu uvěznění a nucenému uzavírání do internačních domů, azylů, špitálů a útulků (např. s. 15, 37-55, s. 34), ačkoliv nezastírá, že nalodování choromyslných bylo nucené a že se jednalo o vyhnanství. Lícem akvatického poutnictví byla skutečnost, že duševně nemocní směli svobodně putovat. „Loď je tak symbolem svobody a zároveň uvěznění“ (Černoušek, 2001, Loď bláznů, Reflex, 2001, 5; dostupné na: <http://www.reflex.cz/Clanek4799.html>). Tato svoboda však „institucionálním vynálezem 17. stol.“, jímž byla internace a tzv. „velké uvěznění“, skončila (Foucault, 1994, s. 37-55).

6. Vliv reformačních zásad na péči o duševně choré

V době reformace (15. a hlavně 16. stol.) až do francouzské revoluce (1789-1794) se dále rozvíjela péče o duševně nemocné bližní stejně jako ve středověku také na půdě církevní. Předně ale protestantství přišlo s myšlenkou chudinské péče obecní (Vašek, 1941, s. 95). Ta jistě zahrnovala i strádající choromyslné. V charitativních aktivitách se angažovali stále více laici: šlechtici, vladaři, jednotlivé cechy a bratrstva. V dobročinnosti se také notně začínají uplatňovat města a světská správa jako taková.

Reformace ovlivnila péči o sociálně slabé ve dvou základních ohledech (Vašek, 1941): Předně se objevila Lutherova nauka o ospravedlnění člověka pouhou vírou, jíž byla, jak uvádí Vašek, „podřata“ víra v záslužnost dobrých skutků (Vašek, 1941, s. 96). To mohlo vést k úpadku dobročinnosti (Vašek, 1941, s. 101). Pokud v souvislosti s reformačními principy (ospravedlnění člověka z milosti nikoliv ze skutků) charitativní aktivita ochabla, jistě to nebyl původní záměr Lutherův. Sám Luther měl pro lidské utrpení pochopení a v případě nouze dokázal bližnímu pomoci (sr. Matoušek, Šustová, 2001, s. 38). Odmítnutím záslužnosti dobrých skutků, jimiž si věřící u Boha zjednávali nárok na spasení, chtěl zvrátit nesprávné chápání těch, kteří vposledu konali dobré skutky ne z lásky k bližnímu, ale kvůli sobě, kvůli tomu, „aby si vysloužili propustku do nebe.“ To však znamená, že Luther nezavrhl dobré skutky samy o sobě a naprosto, ale spíše hlásal nutnost oproštění člověka od záslužnictví. Ve své podstatě totiž Luther dobré skutky zcela neodmítá, ale zásadně mění jejich perspektivu a „škrtá“ praxi, v níž hrají tyto skutky dominantní roli.

Druhým podstatným přínosem v pojetí charity v době reformace byla skutečnost, že za službu chudým a nemocným je odpovědná obec, světská vrchnost. Názory na význam reformace pro přechod chudinské péče pod správu světskou se však různí.

Vašek např. argumentuje tím, že péči o chudé přejímala města od klášterů a duchovenstva už před Lutherem (1941, s. 96). I on však připouští to, co zůstává neoddiskutovatelným faktem: dobročinnost se od 16. stol. stále více sekularizuje (Vašek, 1941, s. 103).

Ke špitálům zřízeným obcí pražskou patřil např. špitál pro „chudé a neduživé“, který byl zasvěcen sv. Bartoloměji, a to r. 1505 (Vencovský, 1957, s. 31). Byl určen 48 nemocným a nemajetným občanům a občankám pražským a postupně se změnil v jakýsi zaopatřovací ústav. Zmiňuji jej proto, že sehrál důležitou roli také v péči o duševně nemocné. V době, kdy ještě v Praze neexistoval ústav pro choromyslné při pražské všeobecné nemocnici (tzv. „Tollhaus“), natož pak psychiatrická klinika, patřil tento špitál mezi zařízení, v nichž se

nepatrné části psychicky strádajících osob mohlo dostat alespoň nejnnutnějšího ošetření. Záštitu v něm někteří z duševně nemocných nacházeli hlavně od r. 1784, tedy v době josefínské. Josef II. tehdy totiž původní chudobinec zrušil a celá špitální budova sv. Bartoloměje byla až do r. 1790 určena výhradně pro ošetřování choromyslných (Vencovský, 1957, s. 31). Klientelou „ústavu“ sv. Bartoloměje byly duševně choří muži, což lze hodnotit s ohledem na tehdejší nemocniční soustavu v Praze jako velmi dobré opatření. V oddělení pro duševně choré kněze, které bylo zřízeno v roce 1783 při nemocnici Milosrdných bratří, směli být totiž ošetřováni pouze kněží a nižší duchovní, zatímco v „ústavu“ u sv. Bartoloměje přijímali duševně choré muže všech vrstev (Vencovský, 1987, s. 11).

7. Protireformace

Na konci 16. stol., kdy se katolická církev vymezovala vůči reformačním požadavkům a snažila se jim ubránit (v Čechách po r. 1620), působilo na poli dobročinnosti mnoho vynikajících osobností.

Ve světovém rozměru je výtečným představitelem sociální péče v katolické církvi sv. Vincent De Paul (1581-1660) (Vašek, 1941, s. 116-123).

Kromě toho, že jeho iniciativou vznikla četná společenství, která pečovala o chudé, nemocné a vyděděné, ujímal se také zbídačených mužů odsouzených na galeje, otroků, a dokonce rozvíjel péči o choromyslné. V jeho úsilí mu byl vzorem Ježíš, který „se rád obklopoval podivíny, zběsilci, blázny, pokoušenými a posedlými.“ (Foucault, 1994, s. 67).

K vynikajícím počínům sv. Vincenta patřila reorganizace pařížského útulku pro malomocné v Saint Lazare (Foucault, 1994, s. 40).

K duševně nemocným lidem přistupoval s úctou, snad proto, že jejich nemoc chápal jako „otročení hříchu“, jako „nejnižší bod lidství, k němuž se vtělený Bůh uvolil, aby ukázal, že neexistuje v člověku nic nelidského, co by nemohlo být vykoupeno a spaseno.“ (Foucault, 1994, s. 68).

Vždyť „lékaře (přece) nepotřebují zdraví, ale nemocní.“ a Ježíš nepřišel pozvat spravedlivé, ale hříšníky (Mk 2, 17).

Pomoc trpícím měla být zajišťována podle zásady: „Neodpíráti nikomu dobrodiní. Dělat více, než by si člověk myslil, že udělá. Doufati ve skrytou pomoc Boží.“ (Benjamin 196, in Vašek, 1941, a. 123).

Zlatým pravidlem pro veškerou charitativní činnost bylo heslo: „Navštěvujte chudé a nemocné v tom duchu, v jakém byste si přáli, abyste byli navštěvováni, kdybyste byli

nemocní neb chudí vy.“ „Navštěvujte je s věrou, jako byste navštěvovali Pána našeho.“ (Emanuel, *The Charities of St. Vincent de Paul*, 1923, s. 102 in Vašek, 1941, s. 119).

Se jménem sv. Vincenta je spjato hned několik dobročinných organizací, které mohly být nápomocny také „chudým v duchu“ : V r. 1617 založil charitativní bratrstvo *Confrérie de la charité*, jehož činnost byla zajišťována ženami – dobrovolnicemi, od r. 1621 také muži. Úkolem všech, kteří se ve službě potřebným angažovali, bylo starat se o chudé a nemocné ve farnosti *Châtillon-les-Dombes*, kde sv. Vincent krátce působil jako duchovní (*Lexikon für Theologie und Kirche*, X. Band, 2001, s. 799).

O osm let později, r. 1625, sv. Vincent založil Misijní kongregaci (*Congrégation de la Mission*), tedy lazaristy,²⁴ kteří se zaměřovali na duchovní péči o chudé a zbídačené (*Lexikon für Theologie und Kirche*, X. Band, 2001, s. 799-800).

V r. 1633 se sv. Vincentovi navíc podařilo přímo v Paříži založit kongregaci *Filles de la Charité* („Dcery křesťanské lásky“), pozdější vincentky. Tato organizace je vůbec jeho nejpronikavějším a nejtrvalejším dílem (Vašek, 1941, s. 122).

Jejím poselstvím bylo pomáhat lidem v nouzi, přisluhovat bližním v nemocnicích, v ústavech, ve vězeních, pečovat o zraněné v bitvách. Charitativní program členky společenství uskutečňovaly v úzké spolupráci s Luizou de Marillac (*Lexikon für Theologie und Kirche*, X. Band, 2001, s. 799). Služba všem potřebným byla těmito sestrami poskytována v duchu, který dobře vystihuje citát Vincentových slov uvedený v knize B. Vaška: „...Nejste ani v klášteře ani za mříží, vašimi celami budou světnice nemocných, vaším klášterem ulice měst, vaší klausurou poslušnost, vaší mříží bázeň Boží, vaším závojem posvátná skromnost.“ (R. Benjamin, *St. Vincent de Paul*, 1926, s. 196-7, in Vašek, 1941, s. 122). Z toho lze dobře vyvodit, že milosrdné sestry nebyly vázány klášterní klausurou, právě z důvodu naplňování aktivní charitativní služby mimo klášter.

Do českých zemí přišly vincentky z Vídně v 1. pol. 19. stol. (Jirásko, 1991, s. 128). Měly zde četné domy a působiště (např. v Liberci, Frýdlantě, Lounech Brně, Kroměříži...) ^{xxvi} (tamtéž). Charitativní a výchovnou činnost vykonávaly také na Slovensku.

Znalci dějin péče o duševně nemocné ve svých statích Vincenta de Paula připomínají jako dobrodince, který „ve Francii organizoval jakousi „praktickou psychiatrii“ dlouho před tím

²⁴ Usadili se u převorství sv. Lazara v Paříži (odtud lazaristé). Vytvořili misijní činnost a pořádali duchovní cvičení pro kandidáty kněžství v seminářích. Byli činní rovněž jako kazatelé. Při konventu sv. Lazara zřídili dům křesťanské lásky pro mravně pokleslé osoby. Ojediněle působili také u nás. Jejich konventy však v českých zemích nikdy nevznikly. (Jirásko, 1991, s. 100; heslo „lazaristé“).

než na ni přišli lékaři“ (Dörner, 1999, s. 280). V jejím rámci se při péči o duševně choré kladl důraz na poslušnost, cudnost, zaměstnání prací a na pořádek.

Duševně nemocný je totiž na půdě křesťanského náboženství považován za osobu, která „uvízla“ v tenatech hříchu a které je právě proto nutné pomoci. Ježíš Kristus uzdravoval nemocné. S velkou pravděpodobností, alespoň jak dosvědčují evangelisté, dokázal zbavit potíží také ty, jejichž neduhy byly původu nervového či psychického (Kovář, 1950, s. 34).

Jeho uzdravování jsou často označována jako vypuzování démonů. „Vyhnáním démonů“ je odstraněna příčina nemoci a člověk již netrpí ani není puzen ke zlému jednání, jímž může ohrozit sebe nebo své okolí. Podobně působí svými přístupy na psychicky choré sv. Vincent.

Jde o úsilí vymanit vydědence z otročení hříchu, působit na ně tak, aby se zbavili svých špatných sklonů, vést je k uznání Boží autority a podporovat v nich např. touhu po vzdělání. (Foucault, 1994, s. 53).

Podle Foucaulta se ve Vincentově úsilí projevují religiózní pohnutky, cíl je však, jak se domnívá, dosti obdobný záměrům, s nimiž byli duševně nemocní lidé společně s ostatními nepráceschopnými umístováni do internačních budov. Červenou nití, která prolíná způsoby, jimiž se v této době zachází také s lidmi choromyslnými, je úsilí navrátit život a lidské vědomí k pořádku.

Proti Foucaultovým postřehům je třeba zdůraznit, že i když se cíle náboženské péče o psychicky choré v této době podobají záměrům péče sekulární, na půdě církevní není akcentováno pojetí šílenství jako nečinné zahálky, ale spíše chápání šílenství jako „provinilé nevinnosti zvířete“. Láskou k bližnímu a starostí o něj jsou pak veškeré přístupy křesťanských pečovatelů k trpícím modifikovány a ovlivněny jsou rovněž pohnutky k dobročinnému jednání. Křesťanská pomoc má odvrátit zatracení „slabého nemocného zvířete“, jímž duševně chorý je.

Hnacím motorem pro její realizaci je Kristův soucit s pomatenci, v němž se může věřící křesťan tvořivě inspirovat a který může svým jednáním zrcadlit. Právě tak si počínal sv. Vincent, „neboť se věnoval péči o duševně choré ubožáky po celá léta s nesmírnou něžností a doporučoval tuto péči také svým řeholníkům a milosrdným sestřím.“ (C. W. Emanuel, *The Charities of St. Vincent De Paul*, 190-3; in Vašek, 1941, s. 133).

Na pomoc nemocným se v době poreformační zaměřovaly také milosrdní bratři (Matoušek, Šustová, 2001, s. 89). Tento mužský žebrový řád, založený r. 1537 Portugalcem Janem Ciudadem (Jan z Boha) ve španělské Granadě, významně ovlivnil péči o nemocné nejprve ve

Španělsku, později i na jiných místech Evropy a v zámoří (Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 31). Řádovým heslem bylo „Per corpus ad animam“ (Tělem k duši) (Jirásko, 1991, s. 74).

Milosrdní bratři se v řádových nemocnicích v duchu svého hesla starali o strádající bez rozdílu národnosti, stavu a náboženství, což také patřilo k prioritám jejich řádu (Svobodný, Hlaváčková, s. 31). Ve Španělsku milosrdní bratři přispěli ve prospěch péče o choromyslné zřizováním prvních specializovaných ústavů již na poč. 15. stol.

Zakladatelem ústavu pro duševně nemocné bližní ve Valencii byl milosrdný bratr jménem Fray Jofre Gilaberto (Vašek, 1941, s. 133).

V Praze získali milosrdní bratři od císaře Ferdinanda II. r. 1620 budovu bývalého Bohuslavova špitálu s kostelem sv. Šimona a Judy, kde zřídili tehdy největší pražskou nemocnici²⁵ (Vencovský, 1957, s. 34). Nemocnice vynikala kromě velikosti (108 lůžek s možností nouzových přistýlek) a obliby u veřejnosti velmi dobře vyškoleným ošetrovatelským personálem. U milosrdných směli být vzhledem k řádovým stanovám hospitalizováni pouze muži, ženy a děti byly léčeny ambulantně.

Přesto si nemocnice udržela vysoký standard a oblibu četných pacientů, zejména těch, kteří preferovali péči mužských ošetrovatelů (Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 33).

S otevřením původního špitálu milosrdných byl v Praze zahájen na poč. 17. stol. přechod od špitálu k nemocnici, jenž byl završen o jedno a půl století později nemocničními reformami Josefa II. (Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 45).

Všichni členové řádu bez rozdílu museli umět obsluhovat a ošetřovat nemocné, někteří byli vysíláni na univerzitní lékařská studia a v případě nedostatku vlastních odborných sil milosrdní přijímali do svých nemocnic i lékaře světské, často vynikající odborníky (Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 31).

Jedním z nich byl Jan Theobald Held,^{xxvii} který u milosrdných působil od r. 1797 do r. 1827 jako primář (Vencovský, 1987, s. 20). Kromě toho však ještě tento schopný lékař působil jako zastupující a provizorní primář v tehdy nově zřízené pražské všeobecné nemocnici, což mu poskytlo jedinečnou možnost porovnat úroveň ošetrovatelské péče v obou zařízeních.

Ve své publikaci *Kurze Geschichte der Heilanstalt der Barmherzigen Brüder in Prag* z r. 1823 („Dějiny léčebného ústavu Milosrdných bratří v Praze“) zdůrazňuje, že bratři byli k této práci vedeni sklonem a zálibou, nikoliv nouzí a nemožností nalézt jinou obživu, jako tomu

²⁵ nemocnice Na Františku

tehdy bylo velmi často u laických ošetřovatelů ve všeobecné nemocnici. (in Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 34).

V české zemi se milosrdní bratři angažovali také v péči o duševně nemocné, a to především v době josefínské. Tehdy císař dvorním dekretem z 19. 3. r. 1783 nařídil, aby při nemocnici Milosrdných bratří Na Františku bylo zřízeno oddělení pro duševně choré kněze (Vencovský, 1983, s. 115, podobně Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 33).

Vencovský dokonce pokládá rok 1783 spjatý s fundací specializovaného ústavu pro duševně nemocné kněze za „počátek skutečné péče o duševně choré v Čechách.“ (1983, s. 115).

K tomuto zásadnímu počínu, stejně jako k podrobnostem týkajících se péče o duševně choré v nemocnici Milosrdných bratří se vrátím v době osvícenské, a to v odstavci, kde podrobněji zanalyzuji situaci duševně nemocných od konce 18. stol. v Čechách.

Na tomto místě bych ještě chtěla krátce zmínit prospěšnou činnost milosrdných bratří na Moravě, protože je pravdou, že úplně první špitál založili právě zde, a to ve Valticích (1605, Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 31).

Nezapomněli ani na choromyslné. Jejich přijímání byli nakloněni hlavně řádoví ošetřovatelé při nemocnici Milosrdných bratří v Brně. Při této nemocnici bylo r. 1748, podobně jako později v Praze, zřízeno samostatné oddělení pro duševně choré muže. Sestávalo asi z 10-12 lůžek (Vencovský, 1983, s. 148)

Oddělení se pozvolna zvětšovalo, takže na konci 19. stol. mělo lůžek 120 (tamtéž).

Další zkvalitnění péče o choromyslné proběhlo na Moravě v době panování Josefa II. (1780-1790) v souvislosti s nemocnicí U Sv. Anny, kde bylo r. 1785 vybudováno „provizorní psychiatrické oddělení“, nejprve pro 5, později pro 16 duševně chorých. (Mühlpachr, 2001, s. 29).

8. Postavení duševně chorých lidí v evropských zemích v době osvícenské

Doba osvícenství a absolutismu 17. a 18. stol., kdy se vytváří většina moderních států, vyvolala v postavení duševně nemocných závažné změny. Šílenství ztratilo svou imaginární svobodu, jíž dala průchod renesance (Foucault, 1994, s. 54-55).

Ta na straně jedné pokračovala, jak jsem ukázala, ve vylučovacích praktikách starších dob, na straně druhé však začala být temnými stránkami lidské psychiky fascinována (Matoušek, Šustová, 2001, s. 92). O předním postavení, jehož se koncem renesance dostalo šílenství, svědčí např. postavy pomatených v dílech Shakespeara a Cervantese (Foucault, 1971, s. 84), neméně pak bujaré veselí při veřejně provozovaných slavnostech bláznů.

V době osvícenství (17.-19. stol.), v níž je tolik zdůrazňována moc lidského rozumu, se najednou dostává do popředí snaha osvobodit se od všeho iracionálního a založit občanský život racionálně (Dörner, 1999, s. 281). Stát má také poprvé v historii zájem na držení co největšího počtu zdravých a práce schopných poddaných a snaží se je zcela autoritativně řídit. Postupně vzniká jakési pomyslné síto rozumu. Princip tolik adorovaného rozumu se stává téměř všeobjímajícím, až na několik výjimek, které se týkají práce schopných, nemocných a „nerozumných“. Ale i pro ně jsou podniknuta náležitá opatření. Stěžejním z nich je internace (nucený pobyt na určeném, vykázaném místě).

Choromyslní lidé principům rozumu, dle nichž je osvícenská společnost organizována, nevyhovují, proto musí být podrobeni teroru a „převýchově“ v internačních budovách. Tím jsou zároveň sociálně zneviditelněni. Izolací v „táborech převýchovy“ jsou totiž vyňati ze zorného úhlu většinové společnosti (Dörner, 1999, s. 281). Velkolepá svoboda, jíž se šílenství ve středověku a v renesanci někdy dostávalo, je definitivní minulostí. Významným měřítkem hodnoty člověka je práce a z ní plynoucí zisk, „zahálka a parazitování na jiných se stávají naopak význačnými neřestmi“ (Matoušek, Šustová, 2001, s. 94).

V nových velkých zařízeních jsou drženi duševně nemocní, mentálně retardovaní, delikventi, lidé bez povolání, alkoholici, podivíni, nemajetní, práce schopní, žebráci a mnozí další. „Všechny tyto osoby jsou internovány společností nového typu, kterou začínají ohrožovat tím, že nedbají základního příkazu, totiž pracovat.“ (Matoušek, 1999, s. 29).

8. 1 Poznámky o životě duševně nemocných ve Francii na konci 17. stol.

S posláním internačních budov koresponduje založení Všeobecného špitálu (Hospitale General) v Paříži roku 1656. Jeho správě připadla různá již existující zařízení např. Salpêtrière²⁶ (přebudována za minulé správy na zbrojnici) a Bicêtre²⁷ (původně měla fungovat jako útulek válečných invalidů) (Foucault, 1994, s. 38).

Ačkoliv název „Všeobecný špitál“ vyvolává zdání nemocničního zařízení, nejednalo se o instituci léčebnou, nýbrž o instituci pořádkovou. Jeho struktura byla polosoudní a vnitřní řád se odvíjel od příkazů doživotně jmenovaných správců. Ti měli veškerou řídicí, správní, obchodní, policejní, soudní, nápravnou a trestní moc nad všemi chudými v Paříži, a to jak uvnitř špitálu, tak i mimo něj (Foucault, 1994, s. 38). Chovanci špitálu se rekrutovali z řad nemocných, chudých, invalidních, duševně nemocných a rekonvalescentů jakéhokoliv věku, postavení a původu (Foucault, 1994, s. 38).

Absolutní svrchovanost a soud bez odvolání zde panovaly natolik, že je tento špitál charakterizován jako podivná moc postavená králem mezi policií a soudnictvím, ba dokonce jako třetí kategorie represe (Foucault, 1994, s. 38).

Domy v Bicêtre, kde jsou internováni muži, jsou stejně jako budovy v Salpêtrière, které patří ženám, v podstatě vězení. Duševně choří jsou zde drženi ve špíně, bez světla a vzduchu. (Vencovský, 1996, s. 164).

Ke zjednání pořádku se používají kůly a pranýře (Foucault, 1994, s. 38). Někteří choromyslní jsou vsazováni do podzemních kobek, jiní jsou připoutáni k lavicím nebo přikováni ke zdi a „léčení“ bitím a hladem. (Vencovský, 1996, s. 164).

S choromyslnými lidmi bylo ve Všeobecném špitálu i v zařízeních jemu příslušejících nakládáno jako se zvířaty, která je třeba zkrotit. Protože je duševně nemocný člověk chápán analogicky jako běsnící zvíře, musí být uvězněn v kobkách, „na samotkách“, v okovech, mřížích a svěracích kazajkách (Černoušek, 1990) (viz. obr. 2., 3., 4.). Pozoruhodné je, že

²⁶ Pařížská budova zřízená Ludvíkem XIII (1. pol. 17. stol.) Původně věznice. Později přestavěna v nemocnici pro staré ženy (in Ottův sl. nauč., 1904, 22. díl, s. 556, heslo „Salpêtrière“). Celkem 45 budov hostilo na konci 19. a na poč. 20. stol. asi 4000 žen, z toho přes 1400 duševně chorých (tamtéž). Od r. 1862 zde působil jako lékař významný francouzský neuropatolog J. M. Charcot (1825-1893) (tamtéž, 1897, 12. díl, s. 61-62, heslo „Charcot“).

²⁷ Bicêtre je osada náležející k obci Gentilly na jižní straně Paříže (1 km). Od 2. pol. 13. stol. zde stával hrad, který se stal po vypálení v r. 1411 útočištěm lupičů a tuláků. Ludvík XIV. zde nechal zřídit r. 1656 všeobecnou nemocnici (Hôpital général) a věznici pro žebráky, mrzáky, nalezence, mladé zločince a lehké ženy. Od r. 1710 byli do všerobecné nem. přijímáni i choromyslní a epileptici. R. 1792 došlo v bicêtreském ústavu k velkému krveprolití (+172 osob) (in Ottův sl. nauč., 1891, 4. díl, s. 18-19, heslo „Bicêtre“). O zrušení zdejšího nelidského věznění choromyslných se r. 1793 zasadil franc. lékař Philippe Pinel (+1826) (tamtéž, 1902, 19. díl, s. 752-753 heslo „Pinel“) (viz. 9. 2).

určitý relikt z prastarého pojetí „blázna, maniaka a šílenec“ jako zuřícího zvířete, které je nutno zkrotit, zůstává v lidském povědomí dosud (tamtéž).

8. 2 Německo

V Německu vznikají nápravná zařízení zvaná Zuchthäuser. První spatřilo světlo světa dokonce dříve než zařízení francouzské, a to kolem r. 1620 v Hamburku (Foucault, 1994, s. 40-41). Od počátku v něm platilo přísné pravidlo práce, jemuž byl podřízen veškerý „interní řád“. Chovanci předou, zhotovují punčochy, tkají vlnu, hedvábí a len, strouhají dřevo na barvení či rohovinu. „Úkoly rozdělují jednotlivcům Werkmeister a na konci týdne se má přesvědčit, že je správně splnili.“(s. 47). Internační domy, k nimž patří Zuchthäuser (výchovné domy), Arbeitshäuser (pracovní domy) (Korrektionshäuser, Tollhäuser, Versorgungshäuser či Verwahrungshäuser: nápravné domy, blázince, zaopatřovací domy, vazební domy) německý psychiatr Klaus Dörner nazývá prvními koncentračními tábory Evropy (ve smyslu táborů převýchovy) (1999, s. 281).

Ne náhodou vznikají pracovní domy v nejprůmyslovějších místech. Chovanci mají podle chytré ekonomické taktiky posloužit jako levná pracovní síla v období plné zaměstnanosti.

8. 3 Anglie

Také Anglie má své nápravné domy. Nazývají se workhouses a měly spíše charakter menších manufaktur než nemocnic. Někdy se stávalo, že internační domy dokonce narazily na odpor manufaktur, pro něž představovaly konkurenci (např. ve Worcesteru, Foucault, 1994, s. 47-48). Chovanci pak vydělávali pouze na stravu nebo mohli být vsazeni do vězení (tamtéž).

I kárná zařízení Francie se měla uplatňovat ekonomicky. V Bicêtre se vyráběly nitě a provazy a leštily zrcadla.

Foucault ve svém obšírném líčení internačních praktik, které zaplavily celou Evropu, chytře odhaluje, že léčebný smysl je těmto praktikám na hony vzdálen. „Internaci si totiž vynutil imperativ práce a to, v čem by naše filantropie ráda viděla péči o nemoc, bylo jen projevem odsouzení zahálky.“ (1994, s. 43).

Protože byli duševně nemocní od počátku směřováni s chudinou, povaleči, žebráky, delikventy a dalšími „lidmi na okraji“, byli také spolu s nimi, z dnešního pohledu jakkoliv neprávem, oceňováni jako zahaleči a společensky neužiteční. Stejně jako jejich „příbuzní“ byli donucováni pracovat. Foucault (1994) tak precizně vyjadřuje, jak se projevuje osvícenské pojetí šílenství z hlediska mravního odsouzení zahálky a z aspektu společenství, jemuž je

práce bytostnou podstatou. Vykazováním choromyslných lidí do interančních domů svět výroby a obchodu navazuje na staré exkomunikační rituály vyobcování (Foucault, 1994, s. 49). Na bedrech choromyslných tak spočívá nadále jeho neobyčejně těžkého života, neporozumění a despektu.

8. 3. 1 Anglické soukromé „blázince“

O něco lepší osud snad mívali lidé majetní, kteří mohli využívat služeb soukromých „blázinců“. Černoušek uvádí, že tyto soukromé penziony existovaly v 1. pol. 18. stol. v Anglii. Byly však zaměřeny hlavně na ekonomický zisk. Za poskytovanou péči se v nich totiž obstojně platilo (Černoušek, 1994, s. 113).

Vencovský zase připomíná některé lékařsky vedené „penziony“ ve Francii (např. Chambéry) (1996, s. 164). Chovanci zde, jak uvádí, „měli určitou možnost pohybu, bylo dokonce postaráno o jejich osobní hygienu a mohli si platit vlastního lékaře, který do těchto sanatorií dojížděl. Hrubé zacházení bylo zakázáno.“ (tamtéž).

V některých anglických privátních zařízeních však panovala podle Černouška atmosféra poněkud jiná (1994, s. 113). I zde měli dozorcí k dispozici bohatý arzenál omezovacích prostředků jako jsou řetězy, pouta a postele na přivazování. Někdy dokonce bývaly, jak píše, privátní blázince zneužívány tím, že v nich proti své vůli byly drženy osoby naprosto zdravé (Černoušek, 1994). Někteří chovanci se do „blázince“ zkrátka dostali jen na základě vykonstruovaných udání svých zjištěných příbuzných, takže se kolem záhadných budov soukromých blázinců začal šířit jakýsi nepříjemný kolektivní strach (Černoušek, 1994, s. 113 a 114).

8. 4 Choromyslný člověk jako objekt léčebných spekulací

Internační budovy, které vznikaly v 17. stol. a do nichž byli umísťováni lidé nemajetní a neschopní pracovat, nebyly specializovány, jak jsem vyjádřila výše, na poskytování léčby a neměly sloužit léčebným účelům. Duševně nemocní v nich byli spolu s ostatními deklasovanými lidmi nejprve drženi a zaměstnáváni za účelem potlačení žebroty. Pozvolna začali být využíváni jako levná pracovní síla.

Nejrůznější léčebné praktiky byly provozovány mimo tato kárná zařízení.

Jednalo se o procedury, které byly choromyslným „ordinovány“ ještě před vznikem samostatné psychiatrie. „Opíraly se o nedůsledně a násilně aplikované názory o nervové fyziologii“ (Chromý, Některé novější názory na historii psychiatrie, Čs. Psychiat., 1975, 71, 6, s. 409). Vencovský tyto terapeutické spekulace datuje na konec 17. stol. a pokládá je za bezcitné „terapeutické řádění“ v pravém slova smyslu (1983, s. 83 a 85).

Ve svém slavném spise je shrnul a opatřil pozoruhodnými postřehy, na něž budu průběžně upozorňovat, také M. Foucault (1994, s. 105n). Při analýze těchto spekulací zjišťuji, že každá z nich sledovala přesně „zdůvodněné“ záměry, a některé se zdají být dokonce prospěšnými. Pozvolna však docházelo k redukci jejich významů a vznikly drastické fyzikální terapie.

První léčebnou technikou bylo zpevňování, posílení, tedy konsolidace. Šlo o udržování duševní rovnováhy iatrochemickými prostředky (Černoušek, 1994, s. 101).

Mezi všemi vyniká železo, substance, která předává svou sílu a může tak zpevnit fluida a nervy (Foucault, 1994, s. 106-107). Podstata šílenství byla tehdy spatřována ve slabosti, v jejímž důsledku dochází k nepravidelnému víření fluid a nervových vláken. Hledá se tedy léčba, která by fluidům dodala „klidnou sílu“, již nerozbourá žádný chaos, protože bude cele podřízena chodu přírody“ (Foucault, 1994, s. 105).

Zpevnění fluid je možné uskutečnit také působením „nejodpornějších pachů“,²⁸ které vyvolávají v choromyslném nesnesitelný zážitek a tím rozrušený pohyb tělesných fluid zklidňují“. Pochopitelnější se zdá být praxe francouzského lékaře Langeho (17. stol.), který naopak doporučoval zklidňovat rozvířený pohyb tělesných fluid a myšlenek vystavením pacienta příjemným podnětům (např. poslechu hudby, libým vůním, pohledům na milé lidi, půvabným místům při procházkách). (Foucault, 1994; Černoušek, 1994, s. 102).

Druhou, z dnešního pohledu spekulativní technikou, bylo pročištění. V jádru pročištění tkvěla představa, že totální purifikací těla, se očistí i duševní nemocí zanesená duše (Černoušek, 1994, s. 103).

Také za podklad melancholie byla považována nečistá tělní tekutina - krev. Motiv krve jako nositelky duševní nemoci může odrážet prastarou představu o krvi, která je substrátem duše. Dočetla jsem se, že „těžkou, zhoustlou, kyselými moky zanesenou krev“ je třeba vyměnit za krev jasnou a lehkou, která se rozproudí a šílenství rozežene (Foucault, 1994, s. 107).

V jednom z londýnských útulků pro choromyslné, Bethlemu, byla, jak uvádí Foucault, na několika chovancích dokonce provedena série pokusů (1994, s. 107-108). Jejich smyslem bylo zjistit, zda krevní očista jako lék proti melancholii skutečně funguje. Experimenty prováděl např. dr. Jean Denis, profesor pařížské university (Foucault, s. 108).

²⁸ Tzv. „Eckelkur“, dosl. léčba odporem, se provozovala v pražském ústavu pro choromyslné ještě ve 30. letech 19. stol., Kneidl in Heveroch, Frabša, 1926, s. 35. Cílem této terapie bylo „vzpružit gangliovou soustavu a snížit mozkovou činnost.“ (tamtéž). Indikovala se např. při zmatenosti se záchvaty zuření (tamtéž). Pocitem odporu a hnusu měly být myšlenky nemocného odvráceny „z chorobné sféry utkvělých fixí.“ (tamtéž).

Při krevních transfúzích nejprve pacientovi vypustil deset uncí staré „melancholické krve“ a tu pak nahradil krví ze stehenní tepny telete (Foucault, s. 108; Černoušek, 1994, s. 103; téměř totéž Vencovský, 1983, s. 83). 10 uncí krve představuje cca 300 ml (1 unce = 0, 02835 kg; 10 uncí je tedy přesně 283,5 ml). U prvního pacienta se dostavila úleva, další pokusy však měly tragické následky, proto se od terapeutické techniky krevní očisty brzy upustilo (tamtéž).

Kromě krevních transfúzí mohli být choromyslní také podrobováni tzv. odváděcím metodám, při nichž lékař usiloval o vychýlení toku zkažených látek, které „otravují duši“. Jednou z těchto metod bylo, jak popisuje Foucault, vytváření ranek na povrchu těla, do nichž se podle tehdejších představ měla soustředit nákaza způsobující duševní nemoc a jimiž měla tato nákaza vyjít ven (1994, s. 108). Podobně fungují také spáleniny. „Panuje dokonce myšlenka, že šílenství mohou vypudit i kožní nemoci jako svrab, lišej nebo neštovice a že zkažené látky vyjdou z útrob a mozku, rozptýlí se po povrchu těla a vyprchají.“ (Foucault, 1994, s. 108). Koncem 18. stol. se ujímá zvyk léčit nejúpornější mánie naočkováním svrabu (tamtéž).

V pořadí třetí technikou bylo máčení či přesněji namáčení. Souhrn těchto terapeutických postupů vychází podobně jako předchozí metoda z představy, že šílenství způsobuje v nemocném nečistota. Tuto nečistotu je třeba nějak odplavit, nejlépe prostřednictvím koupelí a soustavně prováděné vodní kúry. Doporučuje se např. náhlé a nečekané ponoření. Významným faktem je, že vodoléčba (hydroterapie) se stala koncem 17. stol. jednou z hlavních metod léčby šílenství (Foucault, 1994, s. 112; Černoušek, 1994, s. 107).

Studená voda se užívá hlavně při mánii, při níž jsou fluida ve varu, pevné látky se napínají, tekuté zahřívají a vypařují, což způsobuje, že mozek zůstává „suchý a lámavý“ (Foucault, 1994, s. 112). Koupelí se přehřátý organismus ochladí a rozpálená a vysušená vlákna změkknou (tamtéž, s. 188).

Voda a koupel může v člověku vyvolat libé pocity a nemocnému skutečně prospět. Některé způsoby vodoléčby, obzvláště ty, které byly praktikovány koncem 18. a poč. 19. stol. ve francouzských azylech, však byly dosti kruté. Patří k nim „skutečné sprchování“, kdy duševně nemocný člověk seděl připoután na židli umístěné pod nádrží ledové vody, z níž pomalu vykapávala tekutina na jeho hlavu (Esquirol, Des maladies mentales, 1838, sv. II., s. 225, in Foucault, 1994, s. 115; Černoušek, 1994, s. 107).

I laikovi je jasné, že podobné léčebné kúry musely s největší pravděpodobností spíše záchvaty šílenství vyvolávat než je modifikovat k lepšímu.

Skutečné pocity člověka, který byl podroben drastické terapii, při níž mu nechali stékat na oholenou hlavu ledovou vodu zachytil ve svých Bláznových zápiscích Nikolaj Vasiljevič Gogol.

Aksentij Ivanovič Popriščin, který prodlévá v ústavu pro choromyslné, líčí své zážitky takto: „Například dnes mi vytrhávali pinsetou vlasy, ačkoli si nepřeji být mnichem. Ano, chtějí ze mě udělat oholeného granda. Po kapkách mi lijí vodu na hlavu. A jak je ta voda studená. Takové peklo jsem ještě nezažil. Byl jsem na pokraji šílenství a určitě se jednou zblázním, budou-li v tom národním zvyku ještě nějaký čas pokračovat.“ (1969, s. 60). Zápisky byly sepsány v r. 1835. Pro čtenáře jsou cenné také proto, že si z verbalizovaných a následně zapsaných pocitů psychicky chorého hrdiny může učinit určitou představu o poměrech, které v ústavech 19. stol. panovaly.

O léčbě abnormálního chování (konkrétně apatie) vytrháváním vlasů jsem se dočetla také v souvislosti s ústavem pražským (19. stol). Naštěstí ve spojitosti s informací o tom, že v něm bylo od této léčby upuštěno (Kneidl in Heveroch, Frabša, 1926, s. 37).

Také „lázeň překvapením“ zavání násilím: Choromyslný sešel po schodech dolů do sklepa, a když se ocitl ve speciálně zařízené místnosti s kádí, byl náhle pozadu vhozen do ledové vody - to vše za účelem rychlé přestavby osobnosti (Černoušek, 1994, s. 107). Šokem se měl nemocný probudit a začít opět vnímat svět takový jaký je (Černoušek, 1994, s. 23).

V azylu francouzského lékaře Pinela se sprcha mění v nástroj soudu a je zneužívána jako běžný trest (Foucault, 1994, s. 189).

Dalším pozoruhodným léčebným postupem, který se prováděl před vznikem samostatné psychiatrie, byla regulace pohybu. „Vychází z chápání šílenství jako stagnace života, tzn. zastavení činnosti těla i duše, stagnace tělesných kapalin, znehybnění myšlenek a ulpívání myslí na jediné představě.“ (Černoušek, 1994, s. 108).

Pozitivní efekt má proto rozpohybování choromyslného. Léčebné účinky byly spatřovány v prosté chůzi či v běhu nebo v jiných způsobech pohybu. Foucault uvádí, že při melancholii byly doporučovány projížďky na koni (1994, s. 116).

K terapeutickým účelům se využívalo také vlnění moře, z něhož promlouval rytmus přírody. Za velmi prospěšné, obzvláště jako prostředek na „melancholickou utkvělou myšlenku“, se považovalo cestování. „Vedle toho se doporučovaly procházky, běh, ale i tanec, divadlo, zábavné čtení a poslech uklidňující hudby“ (Černoušek, 1994, s. 109).

Terapeutické metody, jimiž bylo šílenství ovlivňováno v osvícenské době, byly vskutku rozmanité a mnohotvárné. Také v léčbě regulací pohybem, podobně jako tomu bylo u

hydroterapie, ovšem po nějaké době (poč. 19. stol.) došlo k „určitému ztenčení náboje významů“, jimiž byly terapeutické metody nesený.

Pohyb, který měl být navozován technikami přirozenými a neodcizenými běžné praktické činnosti (cestováním, chůzí), začal být zajišťován mechanickým strojem, kterého se nakonec užívalo jako hrozby a trestu (Černoušek, 1994, s. 109). Na poč. 19. stol. jej sestrojil Mason Cox (tamtéž; viz. příl. 1., obr. 6).

Jednalo se o „rotační stroj“, který sestával ze sloupu, jenž spojoval podlahu se stropem a z ramen sloupu, do nichž byli umisťováni choromyslní. Systémem převodových kol byl rotační stroj uváděn do pohybu, který mohl být libovolně redukován. Rotace sloužila k „odstředňování“ melancholie.

Matoušek tento hrůzný stroj popisuje jako „obří centrifugu připomínající dnešní zařízení pro výcvik astronautů.“ (1999, s. 31). Černoušek zase výstižně podotýká, že byl „pacient rotováním odstředován jako prádlo v automatické pračce.“ (1994, s. 110).

Podobně jako rotační stroj fungovaly při léčbě duševně nemocných také nejrůznější otáčivé židle a křesla. „Na otáčivém křesle byl dotyčný otáčen tak dlouho, dokud mu nezačala z nosu a uší téct krev“ (Jarolímek, Antipsychiatrie včera a dnes, Esprit, 2004, 4/5, s. 8; viz. příl. 1., obr. č. 7).

Ani pražský „blázinec“ při Všeobecné nemocnici (1790) nebyl o podobná zařízení ochuzen. Hned na několika místech jsem se dočetla, že součástí zdejšího inventáře byla tzv. otáčivá židle. (Kneidl, in Heveroch, Frabša, 1926, s. 35; Vencovský, 1987, s. 16; Vencovský, 1957, s. 60). Používala se k tišení neklidu zuřících. (Vencovský, 1987, s. 16). Cesty, jimiž se ubírala terapie duševních nemocí byly, jak vidno, vskutku spleť!

Stejně jako u hydroterapie (koupele, pití → ledová sprcha jako donucovací prostředek) tu platí, že původně celkem dobré nápady (pohyb spojený s relaxací v přírodě, projížďky a cestování) byly zredukovány na drastickou a hrůzu budící terapii, jejímž smyslem bylo změnit psychickou rovnováhu ve prospěch normálního myšlení a chování šokem.

9. Internace v průběhu 18. stol. a její dopad na život duševně nemocných v osvícenské éře

Mnozí lidé, kteří byli stíženi duševními chorobami, nadále často zakoušeli velmi smutný osud. Někteří byli společností naprosto odmítnuti, potáčeli se od místa k místu jako „opilé bárky“, nemohouc nikde zakotvit, jiní byli vězněni v žalářních kobkách, ve věžích bláznů nebo byli zaměstnáváni v pracovních domech. Byli však tací (spíše menšina), jimž se dostalo zaopatření v klášterních špitálech či nemocnicích milosrdných bratří. Tam nacházeli příhodnější podmínky k životu především vcelku neškodní a tišší blázni (Vencovský, 1957, s. 23). Agresivnější lidé a choromyslní, prodávající časté psychotické ataky, museli být pochopitelně omezováni i ve špitálech, jinak by mohli ohrožovat na životě sebe nebo ostatní chovance.

V době počínající průmyslové revoluce a společenského pokroku v mnoha směrech praxe nehumánního zacházení s duševně nemocnými lidmi zpočátku výraznějších změn nedoznala. „Teprve dosti pozdě zvítězila v otázce péče o tyto chudáky myšlenka veřejné filantropie a bylo postaráno o lepší a důstojnější jich opatření.“ (Hraše, s. 9-10).

V evropské oblasti je nutno velkou zásluhu připsat francouzskému lékaři Philippu Pinelovi (1745-1862), jemuž se budu podrobně věnovat v samostatném oddílu této práce. Otázkou, kterou bych chtěla rozebrat hlouběji, je, jak se vyvíjela péče o duševně nemocné od konce 18. stol. v Čechách.

Poměrně četné zprávy, které nás o údělu duševně nemocných v novověké době informují, dávají čtenáři možnost usoudit, že situace duševně chorých byla nanejvýš neutěšená nejen v naší zemi, nýbrž v celé Evropě. Prof. Vencovský uvádí několik zpráv z pera různých evropských psychiatrů (1987, s. 10-11). Všichni ve svých tezích vesměs referují o strašlivých podmínkách, v nichž byli nemocní lidé nuceni prodlévat a dožívat svoji neblahou existenci, takže pro ně někdy bývala vykoupením dokonce smrt.

9. 1 Zacházení s duševně chorými ve Francii 18. stol. a v Německu.

Zvláště neúnosná se zdá být situace ve Francii, kde choří v duchu pobývali v kobkách, „v nichž leželi na zemi, ojedinele na slámě, často přikováni řetězy ke zdi.“ (Vencovský, 1996, s. 163; viz. příl. 1., obr. 3. a 4.). Jejich úděl často ztrpčovalo i to, že kobky museli sdílet společně s vězni, s nimiž byli vlastně smíšeni a s nimiž spadali (byli zaškatulkováni) do jedné kategorie provinilých.

Blázni jsou zkrátka, stejně jako provinilci, zloději a vrazi, zahrnováni despektem a umravňováni karabáčem. Zvláštní a pozoruhodné je, že to byli právě vězni, kteří „pokrokové“ 18. stol. upozornili na skutečnost, že praxe směšování zločinců a zhýralců s osobami rušivými a šílejícími není vhodná. „Od nich vycházejí první, a také nejostřejší protesty, jimiž jsou bombardováni ministři, policejní ředitelé a radní.“ (Foucault, 1994, s. 156).

Znění Foucaultem zveřejněné stížnosti adresované soudci vypovídá za vše. Vězeň v ní namítá: „dali mě mezi blázny a někteří jsou i zuřiví, takže mně od nich neustále hrozí nějaké napadení.“ (tamtéž).

Postup při zacházení s pomatenými ve Francii v 18. stol. líčí přehledně Vencovský (1996, s. 164): Jedním z možných zařízení, kde mohl chorý v duchu nějakou dobu prodlévat byla nemocnice Hôtel-Dieu. Tam existovala lůžka rezervovaná pro choromyslné, často v podobě velkých klecí, kde byli zuřiví šílenci drženi (Foucault, 1971, s. 83).

Hôtel-Dieu měl charakter přijímacího oddělení, v němž byly nemocným ordinovány nejrůznější terapie a režim tu snad ve srovnání s odděleními pro chroniky v Bicêtre a Salpêtrière nebyl tak krušný (Mrňa, Skřivánková, Poznámky k ošetřování psychicky chorých v předpinelovském období, Čs. Psychiat., 1977, 73, 2, s. 130-132).

Když však nemocný nereagoval na léčebné intervence, které sestávaly z pouštění žilou, podávání projímadel a dávidel, byl po šesti týdnech prohlášen za nevléčitelného a přeložen do malých domků v Bicêtre (muži) anebo v Salpêtrière (ženy). „Ty byly v podstatě vězením“ a „rámcem utrpení těch, kteří je sdíleli, byly hlad, tma a vlhká špína“ (Vencovský, 1996, s. 164). Mrňa a Skřivánková zpřesňují, že před odesláním do veřejných zařízení v Bicêtre a Salpêtrière byli duševně choří na zkoušku svěřeni svým rodinám (1977, s. 132). Přeloženi byli teprve poté, co bylo evidentní, že se jejich stav nezlepšil (tamtéž, s. 131-132).

Ve výtečné studii M. Foucaulta lze nalézt skutečné výňatky ze Zprávy o péči o pomatené v celách Bicêtre a Salpêtrière tak, jak existovaly koncem 18. stol. Foucaultem citované materiály slova Vencovského o situaci duševně nemocných v těchto zařízeních jenom potvrzují: „Nešťastník, přitisknutý hlavou, nohama, celým tělem ke zdi na svém slaměném pelechu, který byl jediným jeho vybavením, neokusil ani chvíli spánku, aby ho nezmáčela voda, jež se po té mase kamene řinula.“ (1994, s. 60).

V ženských celách v Salpêtrière se chorým v duchu nedařilo o nic lépe, jak dokládá tato noticka: „pobyt ještě zhoubnější a často smrtelný, protože když se v zimě rozvodnila Seina, stávaly se tyto cely ležící na úrovni kanálů nejen ještě nezdravějšími, ale často se do nich utíkal celý dav velikých kryš, které se v noci vrhaly na nešťastníky a hryzaly je všude, kam se

jenom dostaly..“ (1994, s. 60). „Zuřící pomatené ženy jsou připoutány ke dveřím svých cel jako psi a od stráží a návštěvníků je dělí dlouhá chodba chráněná železnou mříží; skrze mříž se jim podává jídlo a sláma, na níž spí; nečistota kolem nich se částečně odstraňuje hráběmi.“ (1994, s. 61).

Lepší nebyla situace ani v Německu, což dokládá zpráva lékaře J. C. Reila z r. 1802: „Zavíráme nešťastné choromyslné jako zločince do věznic a hnusných sklepů a necháváme je tam, přikované na řetězech ve vlastním neřádu hníti. Ukazují se lidu dychtivému a ošetřovatel je dráždí k obveselování diváků. Klid a pořádek závisí od biče, řetězu a vězení. Ošetřovatelé jsou bezcitní, barbarští a nedbalí lidé, kteří ve svém umění ošetřovat duševně choré nešli dále přes kruh, který opisují svým karabáčem.“ (in Vencovský, 1987, s. 11).

9. 2 Změny v zacházení s duševně nemocnými lidmi a v jejich postavení ve Francii na konci 18. a v 19. stol.

O rozvoj humanizace se v přístupech k duševně nemocným lidem svými opatřeními zasloužil Philippe Pinel (1745-1826) (Pavlovský, Časopis lékařů českých, Historický vývoj názorů na duševní nemoci, 2002, 141, 10, s. 327; viz. příl. 1., obr. č. 5). Tento pokrokový lékař provedl reformu zdravotnické péče o duševně choré v Paříži (Vencovský, 1996, s. 167-168).

Protože je „praotcem azylové morálky“ a jedním z tvůrců prototypu evropské psychiatrické léčebny, rozhodla jsem se jeho aktivitami zabývat podrobněji.

S duševně nemocnými Pinel přicházel do styku nejdříve v zařízení Petite Maisons, později se angažuje jako ředitel bývalého psychiatrického vězení pro chroniky-muže v Bicêtre (Černoušek, 1994, s. 50). Tady se s vážně psychicky nemocnými lidmi setkává v podmínkách, které odpovídají skutečností, jež jsem popsala výše a které mohu nakonec shrnout i slovy Michala Černouška: „V malých, špinavých, nevytopených podzemních kobkách se tísní celé pandemonium. Lidské trosky jsou přikovány ke zdem či znehybněny ve speciálních systémech lan, kazajkách a bednění, jídlo se jim podává přímo do žlabu.“ (Černoušek, 1994, s. 52).

Nacházíme se v době, kdy je Paříž naplněna revolučními ideály, které se nepochybně dotýkají i živořících choromyslných, protože v nemoci jsou si přece lidé rovni. Deklarace lidských práv se vztahuje na všechny lidské bytosti, duševně choré nevyjímaje, a tak „svítá“ na zásadní změnu také v jejich postavení.

V teoretických spisech se sice množily výzvy k lepšímu zacházení s nimi a je pravdou, že lidé naplňující akcenty křesťanství (ať už se k víře hlásili či nikoliv) praktikovali láskyplné nasazení v péči o takto hendikepované téměř ve všech epochách, které jsem dosud popsala.

Situace duševně nemocných však vyžadovala účinnou reformu také v rámci veřejné péče o zdraví občanů, protože charitativní činnost byla nesystematická a projevy láskyplného zanícení sice výtečné, ale ojedinělé (nefungovaly „plošně“, protože se dostávaly jen úzkému sektoru strádajících). Bylo zapotřebí, aby existovaly všeobecně platné postupy, které by zavazovaly i civilní ošetřovatele takto postižených lidí k zodpovědnému a lidskému přístupu.

Radikální změna však na sebe nechala čekat poměrně dlouho. 25. 8. 1793 získal Pinel jmenovací dekret jako lékař v Bicêtre, kde 11. 9. 1793, „nedbaje výhrad a námitek předsedy revolučního výboru města Paříže Couthona,²⁹ osvobodil prvních dvanáct duševně chorých, umístěných v podzemních kobkách. Sňal jim okovy a vyvedl je na vzduch a slunce“. (Vencovský, 1996, s. 170).

Pinel pak zorganizoval v obludných útulcích Bicêtre a Salpêtrière, které si v době před jeho nástupem nezadaly s věznicí, asylovou péčí nebo, jak podotýká Vencovský, „důstojný ošetřovatelský režim.“ (1996, s. 170)

Celý příběh má podezřele legendární rysy a je pravdou, že při jednostranném až patetickém vyzdvihování Pinelových aktivit a zásluh, které jsou charakterizovány jako „osvobození duševně nemocných“, hrozí riziko opomenutí dalších významných skutečností, které činí z neochvějného lidumila poněkud rozporuplnou bytost.

²⁹ Francouzský advokát a politik. Za Velké francouzské revoluce poslanec, od r. 1791 předseda klubu jakobínů. Stoupenec Robespierřův. S ním také r. 1794 popraven (Enc. Diderot, heslo „Couthon“). Černoušek charakterizuje Couthona jako „surového emisara, který se měl při návštěvě zařízení v Bicêtre přesvědčit, zda není mezi lunetiky potencionální nepřítel revoluce“ (1994, s. 52). Uvěznění šílenci se tak potkali s šilencem teroru (tamtéž).

V publikacích prof. Vencovského i jinde je Pinel oceněn jako zásadní odpůrce pseudohumanismu v zacházení s duševně nemocnými lidmi a jako tvůrce tzv. „druhé psychiatrické revoluce.“ (Vencovský, 1996, 1983; Pavlovský, Historický vývoj názorů na duševní nemoci, Časopis lékařů českých, 2002, 141, 10, s. 327). Touto revolucí se míní razantní změna v postoji k duševně nemocným, ve způsobech jednání s nimi i v jejich postavení ve společnosti, a to hned v několika ohledech:

- Především postupně dochází k odstraňování pout a okovů, tedy prostředků „vězeňského režimu“.
- V souvislosti s tímto opatřením se také konstituuje lůžková a nemocniční péče, která začíná být považována za nejvhodnější léčebné prostředí (Vencovský, 1996, s. 172). „Devatenácté století pak tyto asylové domy doslova objevilo a rostoucí důvěra v ně motivovala i snahy o jejich další zdokonalování“ (Porter, 2001, s. 538).
- Pinel také duševně nemocné systematicky pozoruje a vede si o nich pravidelné denní záznamy, což bylo tehdy neslýchané (Černoušek, 1994, s. 50).
- V nově organizovaném azylu zavádí praktický terapeutický režim, jehož součástí je také léčba prací, pro niž vypracovává směrnice (Vencovský, 1996, s. 172).
- Pokrokově smýšlející lékař v zacházení s duševně nemocnými lidmi preferuje co nejšetrnější a nejjemnější přístupy, usiluje o minimální restrikci (Porter, 2001, s. 539, 540). S tím koresponduje jeho následující teze: „S nemocnými je třeba jednat nesmlouvavě, ale vždy vlídně a je třeba získat si jejich důvěru... Hrubé jednání a příliš tvrdá omezování pouze způsobí, že nemocný zahořkne a tím se stane mnohdy nepřístupným naší léčbě.“ (in Vencovský, 1996, s. 172).

Tolik tradiční a možná trochu selektivní informace.

Z důvodu objektivnějšího zachycení postavení duševně nemocných v pinelovské době jsem se rozhodla doplnit tradiční informace o některá zajímavá a méně známá zjištění, jejichž zdrojem jsou studie M. Foucaulta (1994) a M. Černouška (1994). Oba totiž často jednostranně glorifikovaného reformátora i jeho osvobození duševně chorých nahlízejí z poněkud odlišného zorného úhlu, což je zářezující a mimořádně zajímavé, proto pokládám za vhodné, jejich poznatky uvést.

Pinel podle Foucaultových poznámek zavedl v azylu přísný morální řád a léčby dosahoval rozličnými prostředky, přičemž ne všechny z nich lze hodnotit jako mírné (některé z nich mají k vlídnosti velmi daleko). Jedním z kontroverzních léčebných prostředků je „nepřetržitý

soud“, „neustálé souzení“, jemuž jsou choromyslní vystavováni, aby změnili chybné způsoby svého myšlení (Foucault, 1994, s. 187n; Chromý, Některé novější názory na historii psychiatrie, 1975, 71, 6, s. 411).

Nástrojem tohoto soudu jsou terapeutické techniky, které v 18. stol. souvisely, jakkoli se nám zdály kruté, s dobovými představami lékařů o povaze nervového systému. V Pinelově azylu se však používají jako běžné tresty: „Sprcha jako donucovací prostředek často úplně stačí, aby se pomatená žena podřídila všeobecnému zákonu rukodělné práce, pokud je jí schopná, nebo aby skončilo vytrvalé odmítání potravy či se zkontroloval šílenec, postižený mírnějším záchvatem zuřivosti.“ (Cit. slov Pinelových in Foucault, 1994, s. 189).

(Při sprchování) „jde o to, jak vysvětluje Pinel, „vymýtit výstřední myšlenky pomateného až po jejich nejprvotnější stopy, což nelze jinak, než setřít je takřkajíc ve stavu blízkém smrti.“ (in Foucault, 1994, s. 115).

Místo starých řetězů a okovů byly nastoleny nové metody. Ty však nelze charakterizovat jako metody nenásilné, nehledě na to, že staré brutální metody se v odůvodněných případech užívaly, jak vysvětlují níže, dále.

„Vše bylo organizováno tak, aby si šílenec uvědomil, že azyl je svět, kde je neustále sledován, za každý přestupek souzen a odsuzován. Přestupek je vždy následován trestem“ (Chromý, 1975, s. 411). Za prospěšný se pokládá také princip strachu. „Zatímco dřívější teror duševně nemocné uzamčené v podzemních kobkách obklopoval jakoby zevně (lidé se jich báli), nyní strach působí zevnitř, ze samotného „provozu“ blázince – je garantován personálem, charakterem stavby léčebny, stylem života i léčebnými rituály (ten, kdo se bojí, jsou choromyslní).“ (Černoušek, 1994, s. 53; Foucault, 1994, s. 172).

Útulek se tak stává oblastí čiré morálky a etické uniformity, které se všichni chovanci musí bez milosti podřídít, aby se docílilo kýžené mravní syntézy. Panuje v něm přísný pedagogický režim. Pokud se někdo zavedeným strukturám vymyká, navrací se zpátky do kobky či cely, kde se nadále „pěstuje“ jakýsi národ internovaných odpadlíků. V souvislosti s tím Foucault paradoxně píše o tzv. druhém uvěznění, na něž však historici psychiatrie při adoraci Pinelova díla zapomínají (1994, s. 189-190). „Útulek pozitivistického věku, za jehož vybudování je Pinel oslavován, totiž není svobodná oblast pozorování, diagnostiky a léčby, ale soudní prostor, kde se obžalovává, soudí a odsuzuje.“ (tamtéž, s. 191). Jedním z paradoxů Pinelova osvobození choromyslných je skutečnost, že je jím šílenství umístěno nadlouho do „vězení morálky!“ (s. 191).

S určitým skepticismem hodnotí Pinelovo reformační úsilí rovněž Černoušek (1994). Především pokládá za zcela problematické označení „2. psychiatrická revoluce“. Historické rozbory Pinelovy reformy totiž ukázaly, že se tolik opěvované změny v postavení duševně nemocných lidí a v přístupech k nim týkaly pouze lidí majetných a těch, kteří se bez odporu podrobili mravní či etické léčbě. „Kdo neměl peníze a kdo se odmítal podřítit nové ideologii morální léčby, nebyl z žádných okovů osvobozen.“ (Černoušek, 1994, s. 20). O revoluci týkající se všech občanů tedy zdaleka mluvit nemůžeme.

Černoušek si také podobně jako Foucault všímá toho, že se útulek v Pinelově pojetí stal odleskem typických mravních kritérií, která zavládla ve společnosti prosycené ideály francouzské revoluce. „Panují v něm totiž hodnoty rodiny a práce, veškeré uznávané ctnosti.“ (Foucault, 1994, s. 182). V této souvislosti pak Pinelovo úsilí interpretuje jako snahu učinit mentálně narušené jedince přijatelné pro společnost, jejímiž uznávanými kritérii se zmíněné hodnoty staly. Protože narušeným společenské změny nemusí vyhovovat, je třeba zavést přísný režim a morální léčbu, aby se předcházelo možné nonkonformitě těchto bytostí a případným excesům. Jeden z „psychiatrických otců“ a „revolucionářů“ byl zkrátka nejspíš přirozeně rozpornou osobností, poplatnou době, v níž žil (Chromý, Některé novější názory na historii psychiatrie, 1975, s. 408). Jeho postavení bylo kromě vlivů osvícenských proudů a znalostí předchůdců umožněno Velkou francouzskou revolucí (Mrňa, Skřivánková, Poznámky k ošetřování psychicky chorých v předpinelovském období, Čes. Psychiat., r. 1977, 73, 2, s. 132). Souvislosti mezi politickými fenomény či politickými determinanty se vznikem psychiatrie pokládám za povšimnutíhodné.

K sejmutí okovů duševně nemocným Pinela navíc patrně nevedly pouze humanistické ideály, ale také nutnost vytvořit podmínky pro skutečné vědecké pozorování choromyslné bytosti (Černoušek, 1994, s. 51).

Podobně jako Foucault i Černoušek ve své studii naznačuje, že osvobození duševně nemocných z okovů a temných cel, pro něž si Pinel vysloužil aureolu, je jedním z osvícenských mýtů francouzské revoluce (1994, s. 14). Ve své reflexi dokonce zachází až tak daleko, že ukazuje na moderní ústavy pro duševně choré, které (snad s určitou nadsázkou) považuje za prostředí, v němž se lze o tom, že osvobození nemocných bytostí bylo jen zdánlivé a mýtické, osobně přesvědčit. „Stačí prý jen navštívit různá oddělení velkých blázinců, abychom se zhrozili“ (1994, s. 14).

Jednou z věcí, kterou moderní historiografové psychiatrie (Černoušek, Foucault, Chromý) Phillipu Pinelovi neodpouštějí, je vposledu skutečnost, že zvrátil medicínu v justici a to, čím

se v 18. stol. léčilo, v pouhou represi (Foucault, 1994, s. 188; Černoušek, 1994, s. 55; Chromý, 1975, s. 411-412, 410).

Fatální vliv na organizování péče o duševně choré v Evropě měla také Pinelova zásada, že choromyslné je třeba co nejrychleji izolovat od jejich domácího prostředí. Pinel totiž zastával přesvědčení, že domácí prostředí působí na průběh duševní choroby mnohdy rušivě (Vencovský, 1996, s. 172).

V dnešní době je tato snaha po institucionalizaci duševně nemocných lidí kritizována a co nejvíc umenšována rozličnými alternativami. V době, kdy byly pozdější psychiatrické léčebny ještě ve stádiu zrodu, však byla lékaři azylace duševně chorých pokládána za skvělou vymoženost a zvláštní novinku.

Kritické postřehy Foucaulta a částečně i Černouška dotváří pestrou mozaiku dat, která jsou pro pochopení skutečné situace choromyslných v pinelovské době užitečná. Přesto bych nerada zůstala jen u popisu stinných stránek nově zavedených terapeutických postupů a nerada bych podlehla snaze Pinelovo úsilí od základu zkarikovat. Pinel navždy zůstane prototypem humanisticky smýšlejícího lékaře, který osvobozuje nemocné od pout a řetězů i od zaostalých principů krutosti. Bude mít i své kritiky, kteří z něj masku velkolepého humanisty strhávají. Zaměřím-li pozornost na pozitivní přínos jeho aktivit, mohu z nich vyabstrahovat hned několik významných počinů – především je to založení nové terapeutické metody, léčby prací, o níž Pinel sepsal monografii (Lékařsko-filosofické pojednání o mentální alienaci čili o mánii) (Paříž, 1810; Ottův sl. naučný, 1902, 19. díl, s. 752-753, heslo Pinel).

Ta se v mnoha překladech dosl. „rozléta“ po celé Evropě. Není bez zajímavosti, že léčba prací se zaváděla také v prvních ústavech pro choromyslné v 19. stol. v Praze (Vencovský, 1987, s. 25).

Kromě pracovní terapie podporoval provádění důmyslných psychodramat, jimiž by se podle mého názoru někteří dnešní převážně biologicky orientovaní psychiatři (předpokládají, že duševní nemoci tkví hlavně v příčinách biologické povahy) mohli inspirovat.

Velmi chytrý je např. Pinelův způsob terapeutického ovlivnění potíží choromyslného muže-krejčího, který podléhal utkvělé představě, že jeho život skončí pod gilotinou, podobně jako tomu bylo u popraveného krále Ludvíka XVI. Poté, co se po aplikaci pracovní terapie dostavil u dotyčného relaps, zrežiroval Pinel scénu, v níž vystupovali tři lékaři převlečení za soudce – ti se jednoho dne náhle objevili před krejčím, představili se jako reprezentanti revoluční moci, pochválili krejčího za jeho patriotismus a zprostili ho jakékoliv viny.

Po tomto falešném procesu se všechny příznaky duševní poruchy rázem rozplynuly, byť byl výsledný efekt nakonec pouze dočasný (podle Porter, 2001, s.539).

Další významné prvky Pinelova snažení shrnu v následujících bodech:

- Zásadním přínosem je beze sporu jeho myšlenka veřejné filantropie v péči o duševně nemocné a požadavek zajištění jejich lepšího a důstojnějšího opatření (Hraše, s. 10).
- Prokázal, že humánní ošetřování u osob, které byly před osvobozením drženy v řetězech ve sklepních kobkách, je možné a že duševní choroby jsou léčitelné (Vencovský, 1996, s. 172, podobně též Hraše, s. 10).
- „I přes obtíže, se kterými se při propagaci svých zásad setkával, se mu podařilo přece jen udržeti zájem o duševně nemocné a urovnati cesty pro zřizování zvláštních nemocnic k jich ošetřování a léčení“ (Hraše, s. 10).
- Léčebným zázemím pro psychicky nemocné lidi se stává asyl, ústav pro léčení chorých duchem, jakýsi předobraz psychiatrických zařízení nemocničního typu (Černoušek, 1994, s. 20). (Ve Francii i jinde pak hojně zřizovány).
- „Začal experimentálně omezovat do té doby používané restriktce – byť onen často dramatický obraz „Pinela zbavujícího choromyslné řetězů“ patří do říše legend.“ (Porter, 2001, s. 538).
- Červenou nití jeho terapeutických praktik se stala morální léčba (*traitement moral*), mravní povznášení, tedy léčba prací, převýchova a sebekázeň (Porter, 2001, s. 539, 544). Ošetřovatelé, kteří mají nemocnému dopomoci změnit chybné způsoby myšlení, mohou pochopitelně velmi snadno zneužívat svoji moc. Na druhé straně je třeba uvést, že kdyby Pinel nezavedl režimová opatření a ponechal všem instinktům často agresivních chovanců naprosto volné pole působnosti, vnitřní prostředí azylu by se nejspíš stalo nesnesitelným, jak pro ošetřovatele, tak pro internované. Celá organizace by se nejspíš brzy od základu zhroutila.
- Ačkoliv při podrobnější analýze organizace asylu v jeho pojetí zjišťujeme řadu zarážejících a diskutabilních skutečností, lze souhlasit s tím, že „Pinel svými postupy každopádně dosáhl mimořádných úspěchů, které ve svých důsledcích nakonec skutečně vedly až k tomu, že pacienti byli zbaveni svých pout.“ (Porter, 2001, s. 538).

9. 3 Péče o duševně nemocné v Anglii ke konci 18. a v průběhu 19. stol.

Situace duševně chorých v Anglii byla do doby prvních reformních počínů na konci 18. a pak v průběhu 19. stol. stejně zbědovaná jako v ostatních evropských zemích.

Již na počátku 15. stol. sice existoval zvláštní útulek pro choromyslné v Bedlamu^{xxviii} (Vašek, 1941, s. 133). Ten byl však přirovnáván doslova k peklu a postavení duševně nemocných v něm bylo žalostné (Porter, 2001, s. 540). Do Bedlamu podle výpovědi personálu takřka nedocházel lékař (tamtéž, 540-541).

Navíc se zde v přístupech k nemocným uplatňoval systém nevybíravého násilí a krutosti, který byl pokládán za osvědčený mechanismus a postup pro krocení a drezúru zvláště rušivých jedinců. Těžko dnes asi s přesností určím, nakolik tu souviselo projevování násilí v jednání s duševně chorými lidmi s lidskou krutostí a nakolik se na něm podílela tehdejší terapeutická bezmoc v ovlivňování zvláště těžkých psychických stavů.

Shromážděné informace svědčí o snaze duševně choré bytosti co nejvíce fyzicky omezit v pohybu, aby nebylo ponechána naprostá volnost jejich mnohdy nebezpečným „zvířecím“ instinktům. Zavedené metody však byly drastické a připomínají více teror než snahu učinit detenci duševně trpících alespoň trochu snesitelnou. Se vším dosud napsaným korespondují následující skutečnosti:

„Neklidní šílenci byli připoutáváni za kotníky ke zdi v dlouhé chodbě, přičemž jejich jediným oblečením byla kutna z hrubé látky.“ (Foucault, 1994, s. 61).

V Bedlamu je šílenství zjevně pokládáno za animalitu a se zvláště rušivými lidmi se jako s divokými zvířaty skutečně jedná. Dokládá to popis údělu tohoto chovance: „... kolem krku měl ukován silný železný kruh, od něž pak vedl krátký řetěz k dalšímu železnému kruhu, navléknutému na masivním kovovém sloupku vysokém nejvýše dva metry a zapuštěném do podlahy. Kolem pasu měl muž další železný kruh, do jehož výstupků po obou stranách trupu byly uvězněny jeho ruce.“ (Porter, 2001, 540).

Není divu, že Bedlam³⁰ brzy proslul jako "obludný rezervoár nerozumu" a první angličtí reformátoři péče o choromyslné budovali svoje azyly tak, aby se tomuto „zvěřinci“ staly protějškem (Dörner, 1999, s. 283).

O nic humánnější nebylo ani zařízení pro duševně choré v Bethnal Green. Foucault (1994, s. 61) zaznamenal osud jedné ženy, která propadala záchvatům zuřivosti a s níž bylo v

³⁰ Je zajímavé, že výraz "Bedlam", jímž se nazýval onen hrůzostrašný blázinec, se stal jakýmsi označením pro "blázince" vůbec. Slovo "bedlamit" se zase vžilo jako označení pro "šílence" (Ottův slov. nauč., 1890, 3. díl, s. 582, heslo „Bedlam“).

Bethnal Green nakládáno následovně: „v takových chvílích ji spoutanou na nohách i rukách dávali do prasečího chléva; po záchvatu ji, přikrytou jen dekou, přivazovali na postel; pár kroků směla udělat jen s železnou tyčí mezi nohama, připevněnou kruhy k oběma kotníkům a spojenou krátkým řetězem s pouty na rukách.“

O nelidské organizaci tohoto zařízení v Bethnal Green, které doslova volalo po zásadní reformě, svědčí rovněž cenná zpráva Alexandra Crudena z r. 1739, který zde byl internován a vlastní zážitky sepsal do své „Křivdy spáchané na občanu města Londýna“ (Černoušek, 1994, s. 114). Jeho prostřednictvím můžeme do interiéru, skrývajících se za zdmi podivné instituce, nahlédnout: „Cruden byl v Bethnal Green okamžitě spoután svěrací kazajkou. Podle jeho vyprávění mu byly zabaveny všechny písemnosti a zakázány návštěvy. Ošetřovatel ho průběžně trestal rákoskou. Posledních pět týdnů internace byl nepřetržitě přikován k lůžku. Za celou dobu si nemohl vyměnit svůj oděv.“ Poté, co se mu nakonec podařilo uniknout, všechny své vzpomínky sepsal a předložil londýnskému soudu s žádostí o finanční odškodnění. Soud však Crudenově výpovědi neuvěřil, protože porota označila jeho slova za neobjektivní výbuch vzteku. (in Černoušek, 1994, s. 114).

Situace duševně nemocných byla otřesná i v ústavu v Yorku (nyní znám jako Bootham Park Hospital). V tomto ústavu došlo za poněkud nejasných okolností k úmrtí jedné duševně nemocné ženy z místní kvakerské komunity (Porter, 2001, s. 540). Jednalo se o Hannah Millsovou (dostupné na: http://en.wikipedia.org/wiki/The_Retreat#History). Tamějších kvakerů³¹ se příhoda velmi dotkla, proto se rozhodli pro své členy stížené ztrátou na rozumu založit vlastní zařízení a zavést v zacházení s duševně nemocnými lidmi humánní podmínky. Mělo být jakýmsi zářivým vzorem (zářným příkladem, modelem), hodným následování pro tvůrce podobných institucí v budoucnosti. Vůdčí postavou lidumilného úsilí se stal William Tuke (1732-1822), anglický podnikatel a filantrop

(Duinová, Sutcliffová, 1997, s. 72;

též na http://en.wikipedia.org/wiki/The_Retreat#History).

Nejprve vypracoval nová terapeutická paradigmat. „Azyl měl být vybudován na ideálech rodinného života s minimálními restrikcemi, pacienti měli žít se svými ošetřovateli v nejtěsnějším kontaktu, měli společně s nimi pracovat a jíst. Příčiny duševní choroby, ať už

³¹ kvakeři: náboženská společnost, založená r. 1649 G. Foxem, rozšířená hlavně v sev. Americe. Odmítají kněžství, svátosti, dogmata, vojenskou službu; základem náboženství a života je podle nich „vnitřní osvětlení.“ (in Klimeš, 1995, s. 415, heslo kvaker). Název od slov. „quake“ – chvět se, pův. hanlivý.

byly somatické nebo psychické, hrály malou roli, rozhodující bylo obnovit pacientovu schopnost sebekontroly“ (Porter, 2001, s. 541).

Nová paradigmatata se stala základem pro tzv. morální léčbu duševně nemocných. Tuke ji realizoval, aniž by znal dílo Phillipa Pinela (Vencovský, 1983, s. 108), zatímco Pinel nejspíš čerstvě zaváděnou koncepci péče o choromyslné převzal právě z Anglie (Dörner, 1999, s. 284).

V terapeutické práci s duševně nemocnými lidmi již před Tukeem dosáhl významných změn Angličan William Battie (1704-1776) (Dörner, 1999, s. 283-284). Ten do dlouhodobého procesu proměn v zacházení s duševně nemocnými přispěl svým dílem "Psychiatrie a věda". K jeho vynikajícím počínům patří založení špitálu sv. Lukáše (1758), jež realizoval se svými přáteli. Špitál sv. Lukáše měl být podobně jako pozdější Tukeův „Retreat“ jakýmsi antipodem stávajícího zařízení, tentokrát nevyhovujícího Bedlamu (Dörner, 1999, s. 283).

Ale vraťme se k Tukeovi. Tento anglický filantrop se podobně jako Battie při práci s duševně nemocnými lidmi pokoušel ovlivňovat hlavně kontext jejich života a zvyků („management did much more than medicine“), k čemuž však potřeboval vytvořit vhodné podmínky.

Proto za notné pomoci architekta Johna Bevanse a finanční podpory společenství kvakerů vybudoval zcela nový ústav. Ten dostal název „Retreat“ (útočiště, zátíší, soukromí) a byl otevřen 11. 5. 1795 (Vencovský, 1983, s. 107; Duinová, Sutcliffová, 1997, s. 72 uvádějí rok 1796).

Duševně nemocní zde žili v malé rodinné komunitě o počtu 30 členů v klidném venkovském prostředí. Denní program v Retreatu sestával z odpočinku, vzájemných rozhovorů a pracovní terapie.

Retreat měl být organizován jako instituce, v níž se ustupuje od přímého fyzického omezování choromyslných, nátlakových metod a kde se s duševně chorými bytostmi zachází s důmyslnou laskavostí.

Charakter ústavu ostatně naznačují také slova člověka, který jej v r. 1798 osobně navštívil „...Budova stojí míli od Yorku, uprostřed úrodné a usměvavé krajiny; nepůsobí vůbec dojmem vězení, ale spíš veliké venkovské usedlosti; obklopuje ji rozlehlá zahrada obehnaná zdí. Žádné závory, žádné mříže na oknech.“ (Charles-Gaspard de la Rive, Dopis redaktorům Bibliothque britannique o novém léčebném zařízení pro pomatené, cit. in Foucault, 1994, s. 169). „Nejsou zde dovoleny ani řetězy, ani tělesné tresty“ (S. Tuke, Description of the Retreat, in Porter, 2001, s. 540).

Zásadními principy péče o choré v duchu jsou tedy vlídnost, sebeovládání, řád a důvěra, namísto fyzického omezení a restrikcí, které byly v jiných ústavech obvyklé. Chovanci jsou vedeni v duchu mravní přísnosti a cvičeni v sebeovládání (self-restraint). Mohou nosit své vlastní oblečení, jsou zaměstnáváni ručními pracemi, psaním a čtením knih.

Členové komunity také podnikají nejrůznější společné výlety po okolí nebo pracují na zahradě. Chovají domácí zvířata, o něž se spolu s ostatními starají. (dostupné na: http://en.wikipedia.org/wiki/The_Retreat#History).

Za zvlášť významný léčebný prostředek je v Tukeově terapeutickém programu pokládán vliv náboženských zásad (Foucault, 1994, s. 170-171), což není vzhledem k tomu, že mají být zdejší zvyklosti co nejvíce přiblíženy způsobům života komunity kvakerů, příliš překvapivé. Chápání náboženství jako žádoucího prostředku k terapeutickému ovlivnění duševně nemocných lze vysvětlit tím, že právě v náboženství Tuke spatřoval jakousi „antitezi“ šílenství, „ono je mu vlastně jakousi konkretizací toho, co nemůže zešít“ (Foucault, 1994, s. 171). Přístup Pinela byl v tomto ohledu poněkud odlišný, protože Pinel hodnotil náboženství jako podhoubí fanatismu a šílenství, a „melancholikům z devótnosti“ dokonce nařizoval zabavovat jejich nábožné knihy, protože jsou „prý nejjistějším protějškem k tomu, aby šílenství pokračovalo nebo se dokonce stalo neléčitelným..“ (Foucault, 1994, s. 180).

Vysoko ceněnou hodnotou, a to především v morálním slova smyslu, je v nově zorganizovaném ústavu (podobně jako v Pinelově asyly) pravidelná práce, protože „je to činnost pro nemocného nanejvýš příjemná a zcela opačná iluzím jeho nemoci.“ (Description of the Retreat, an Institution near York for Insane Persons of the Society of Friends, 1813, s. 156; cit. in Foucault, 1994, s. 174).

„Ženy se v Retreat zaměstnávají jak jen možno šitím, háčkováním a domácími pracemi. Mnohé z rekonvalescentek pomáhají dozorkyním. Je třeba bezpochyby dávat přednost těm způsobům zaměstnání, jež jsou provázeny dostatečným tělesným pohybem.“ (in Vencovský, 1983, s. 108).

Tuke pro svoji snahu zlidštit podmínky péče o duševně nemocné lidi nadchnul řadu svých potomků. Jedním z nich byl jeho vnuk Samuel (napsal citovanou knihu Description of the Retreat near York, kde popsal zdejší útulek a léčbu v něm, 1813) a Samuelův syn Daniel Hack Tuke.

Oba dva i další členové ságy Tukeů v humanitních aktivitách a odkazu svého příbuzného Williama pokračovali. Daniel Hack Tuke (1827-1895) působil v Yorku jako psychiatr a

proslavil se podobně jako Samuel několika spisy (např. *A manual of psychological medicine*, 1857) (Ottův slovník naučný, 1906, 25. díl, s. 851, heslo Tuke).

Není bez zajímavosti, že Daniel Tuke navštívil za účelem shlednutí léčebného a organizačního systému péče o duševně choré osoby také Prahu. Dokládá to jeho podpis v pamětní knize zahraničních návštěvníků pražské psychiatrické kliniky (Vencovský, 1987, s. 35).

Retreat poskytuje zdravotní péči duševně nemocným lidem až dosud. (http://en.wikipedia.org/wiki/William_Tuke).

Principy, na nichž bylo zacházení s duševně nemocnými lidmi v pojetí rodiny Tukeů založeno, lze charakterizovat jako morální léčbu. Její akcenty a perspektivy shrnují takto:

- Pacienti byli součástí rodiny pečovatелů. Léčebný režim byl zajišťován systémem odměny a trestů - jestliže se člen komunity cítil špatně, byl potrestán, pokud se cítil dobře, býval odměněn (http://en.wikipedia.org/wiki/Moral_treatment#England).
- Přístupy ošetřovatelů tak předurčovaly jednání a postoje opečovávaných, což Tukeovi pokládali za nezbytné k tomu, aby se pacient naučil ovládat své chování, za něž je přede všemi činěn odpovědným.

Zde se dostáváme k aspektům, pro něž byl Tuke takřka od základu zkritizován Michelelem Foucaultem (1994). Foucault pohlíží na charitativní aktivity ságy rodu Tukeů z jiné perspektivy než tradiční historiografové, kteří prezentují počiny tzv. „otců psychiatrie“ na podkladě selektivních informací. Ve své studii (1994) shrnuje pozoruhodné a podnětné postřehy. Bez nich by analýza Tukeova odkazu nebyla úplná.

Prvním Foucaultovou tezí je konstatování, že Tukeovi svým zdůrazňováním asketických kvakerských principů vytvořili prostředí poznamenané neustálým strachem z přestupku a hříchu, prostředí, v němž se soustavně pěstují pocity viny. V útulku totiž, jak jsem naznačila výše, panovala zásada „cukru a biče“. Ať už byli duševně choří sebevíce pokládáni za členy rodinné komunity, byli jejími „rozumnými členy“ neustále sledováni a každý projev šílenství byl chápán jako selhání. „Na chovancích bylo dokonce striktně žádáno, aby se cítili morálně odpovědní za každý svůj čin, jímž mohou zneklidnit společnost, a také osobně odpovědní za to, bude-li proti nim použito trestu.“ (Chromý, Některé novější názory na historii psychiatrie, *Čs. Psychiat.*, 1975, 71, 6, s. 410). Je pravdou, že chovanci Retreatu nebyli přímo fyzicky omezováni. Místo přímé restrikce však probíhá již naznačené nepřetržité pozorování „rozumnými“ dohlížiteli.

Duševně nemocní lidé jsou tu vůči ošetřovatelům ve zcela novém postavení, totiž v postavení nerozumných dětí. Je na ně vlastně pohlíženo jako na „impulzivně se chovající děti“, „které mají přebytek síly a užívají ji nebezpečným způsobem. Jako děti musí mít odměny a tresty před očima, tyto děti je třeba podříditi novému systému výchovy, změnit chod jejich myšlenek.“ (Foucault, 1994, s. 177). Do fungování azylu v pojetí Tukeů se tak vměšťuje princip paternalismu, jímž jsou „nezodpovědné děti“ vedeny k disciplíně.

„Azyl je organizován jako patriarchální rodina“ (Chromý, Některé novější názory na historii psychiatrie, Čs. Psychiat., 1975, 71, 6, s. 411). Ovládá jej princip strachu, který podobně jako v Pinelově útulku vzniká v hlubší psychologické rovině.

Zjišťuji, že popsané principy ošetřování choromyslných mají svá pro a proti. Podle mého názoru není správné vidět aktivity klanu Tukeových jednostranně. Domnívám se, že nejpodstatnějším přínosem jejich veškerého úsilí je opravdový zájem o realizaci změn v postavení psychicky nemocných lidí a ve způsobech zacházení s nimi. Ten se stal mocným signálem pro budoucí generace sociálních pracovníků i psychiatrů. Někteří z nich se přístupy Tukeových k duševně nemocným inspirovali.

Anglický azyl je také pravděpodobně nejstarším zařízením s nepřetržitým používáním metod pracovní terapie (Vencovský, 1983, s. 108). Čerstvě zavedené principy péče o duševně choré se navíc staly zdrojem pro první psychiatrická zařízení v USA (tamtéž). Přes všechna pozitiva je však při hodnocení Tukeových aktivit třeba postupovat s jistou obezřetností a skromností a nezavírat oči před některými nedostatky a omyly.

Kromě rodiny Tukeů přispěl stěžejním vkladem do moderní péče o choromyslné Angličan John Conolly (1794-1866), jeden z nejvýznamnějších psychiatrů počátku viktoriánské éry (Porter, 2001, s. 542). Conolly propagoval systém, který je prost jakéhokoli mechanického omezování nemocných, tzv. „non-restraint“, tedy „žádný útisk“ (Porter, 2001, s. 542; Dörner, 1999, s. 284).

Ve svém reformním programu požadoval, aby namísto omezování, hrubého násilí a drastických způsobů léčení nastoupilo volné ošetřování, klid na lůžku, vydatná strava, pobyt na čerstvém vzduchu, zábavy různého druhu a zejména přiměřené zaměstnání nemocných v dílnách, zahradnictví a hospodářství (Vencovský, 1987, s. 26). Jednotlivé teze shrnul ve své knize *Treatment of the Insane without Mechanical Restraints* (Léčba choromyslných bez mechanických restrikcí, 1856) (Porter, 2001, s. 542).

Ve velkém azylovém zařízení v Hanwellu (Middlesex), kde Conolly působil jako superintendant, v duchu svých požadavků také veškeré restriktce zrušil (není první, kdo se k podobnému kroku odhodlal) (Porter, 2001, s. 542).

Jeho „non-restraint“ systém se stal základnou moderního ošetřování choromyslných (Pankratz, Vývoj veřejné péče o choromyslné v Čechách, in Heveroch, Frabša, Zemské ústavy pro choromyslné, 1926, s. 111) a nemalou měrou ovlivnil i delegaci péče o duševně choré v Praze (viz níže a kap. 10. 2).

O významu Conollyho díla informuje podobně rovněž Vencovský: „Conollyho „no restraint“ se stalo historicky známým výrazem pro humánní ošetřování duševně chorých, který našel své pokračování v systému „otevřených dveří“ (open door)“ (1983, s. 109). Systém Johna Conollyho ovládal také dr. Karel Schroff, primář pražského ústavu U Sv. Kateřiny. Ten položil první základy pro organizaci „kateřinského“ ústavního života v duchu nových terapeutických směrů, mezi nimiž hrají významnou roli kromě nauky Pinelovy právě zásady Johna Conollyho. V jejich duchu zdůrazňoval dr. Schroff (1802-1887) při ošetřování nemocných m. j. lidumilnost, trpělivost a dobrotu (Vencovský, 1987, s. 26), tedy kvality, které v péči o „nejubožejší z ubohých“ hrají nezastupitelnou a stěžejní roli.

Historické vymezení duševní nemoci mě však čím dál tím více utvrzuje v přesvědčení, že vlídné zacházení s duševně chorými celá dlouhá léta nebylo až na výjimky vůbec samozřejmé. Není proto divu, že se i nadále budeme setkávat s tím, jak těžko si odpovědní lidé při zacházení s duševně nemocnými bližními nezbytnost lidskosti uvědomovali.

10. Vývoj péče o choromyslné v Čechách na konci 18. stol., v 19. stol. a změny v zacházení s duševně nemocnými lidmi.

Úvodní shrnutí

Péče o duševně choré spadala v českých zemích, jak už jsem uvedla, dlouhou dobu pod veřejnou péčí o chudé a nemocné vůbec. První špitály byly organizacemi, které spočívaly na křesťanských základech a představují instituce, v nichž mohli strádající hledat útulek a alespoň základní ošetření. Nejprve byly řízeny a spravovány výlučně duchovními a měly povahu církevní, postupem času nabyly ve správě a řízení těchto „ústavů“ převahy živel vrchnostensko-občanský. Špitální působnost byla do značné míry omezená bez ohledu na to, kdo je spravoval. Přednostně do nich byly přijímány osoby chudé a nemocné, které se prokázaly nadačním nárokem na přijetí (Vencovský, 1983, s. 115). Z duševně chorých lidí v těchto špitálech mohla nacházet útulek opravdu jen malá část. Menšina choromyslných, jimž se dostalo špitální záštity, sestávala z klidných duševně chorých, kteří se nechovali urážlivě. Ti zde pak byli chráněni alespoň před nejpříkřejšími ústrky, jichž se jim od veřejnosti dostávalo (Vencovský, 1957, s. 30).

K občasnému příjmu choromyslných pravděpodobně docházelo ve špitálu sv. Bartoloměje (1505), který nejprve fungoval jako pražský chudobinec a zaopatřovací ústav. V josefinské době byl původní chudobinec zrušen a v letech 1784-1790 sloužila dokonce celá špitální budova výhradně pro ošetřování choromyslných (Vencovský, 1957, s. 31).

Nakloněny k příjmu chorých v duchu snad byly i alžbětinky. Jedná se o ženský řád, který svůj název odvozuje od patronky Alžběty Durynské. Alžbětinky následují Alžbětin příklad v konání milosrdných skutků v péči o nemocné. Zakládaly nemocnice a nouzové špitály. Do Prahy přivedla první dvě původně vídeňské sestry hraběnka Karolina von Schönkirch roku 1719. Na Novém městě pražském pak vnikl jejich nejstarší konvent - Panny Marie Sedmibolestné Na Slupi (Jirásko, 1991, s. 116).

V alžbětinské nemocnici Na Slupi existovala také místa k ošetřování duševně nemocných žen (Vencovský, 1957, s. 37). Svobodný a Hlaváčková však uvádějí jedno zajímavé zjištění. Nemocnice alžbětinek se prý zaměřovala na léčení všech druhů chorob, ovšem pouze vyléčitelných. Nevyléčitelným (tedy i choromyslným) a dlouhodobě nemocným či přestárlým útulek neposkytovala. V 2. pol. 18. stol. se prý alžbětinská nemocnice dokonce opakovaně

bránila zvláště přijímání duševně chorých. (Státní ústřední archiv v Praze, fond alžbětinky, k. 4., in Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 36).

Pokud se o choromyslného nepostarala jeho rodina a nenašel místo ani ve špitále, bylo jeho osudem bloudění po cestách bez cíle. Na nich si snad odžíval své blouznění a životní neštěstí, někdy zemřel hlady, jindy se po nějakou dobu usadil v pospolitosti, do níž zrovna doputoval. Pozvolna tak vznikl fenomén obecního blázna, který patřil k neodmyslitelným komponentám vesnického společenství. Obecní blázni budili všeobecný posměch a sloužili k obveselování prací a robotou sedřených „souputníků“ a mládeže. „Bývali takoví nešťastní ve velkých i malých obcích, a nebývalo okolí, kde by od obce k obci nebyl bloudil takový ubožák. To byli „tišší blázni“, kteří na svých potulkách bývali jen nezvednou mládeží znepokojování a dráždění.“ (Kneidl in Heveroch, Frabša, 1926, s. 18). V lepším případě se pomateným poutníkům dostala nějaká almužna, trochu jídla či dočasný příbytek.

Fenomén obecních bláznů žijících na periferii vesnice může vyvolávat zdání podobnosti s vyobcovanými, kteří putovali po mořích či řekách na lodích bláznů. Souvislost tu nepochybně je (šlo o duševně nemocné, nepřizpůsobivé osoby), ale pouze v přeneseném slova smyslu. Lodě bláznů totiž vyjadřují negativní postoje lidí spojených s tendencí stigmatizovaného vyloučit a izolovat mnohem více než existence toulavých bláznů na periferii české obce – „zde šlo (totiž) vlastně o částečnou integraci těchto početně omezených jedinců do struktury obce“ (Chromý, Duševní nemoc, 1990, s. 66).

Příkladem za všechny je postava šílené Viktorky, která sice nežije přímo v pospolitosti, ale udržují s ní nadále „jakous takous“ komunikaci, která je opakovaně opětována i z druhé strany (snaha přemluvit ji aby se vrátila domů, ponechávání potravy a ošacení pro Viktorku v lese, Babiččin zájem o její životní příběh, Babiččiny rozpravy o Viktorce s dětmi a s hajným, vyzvánění umíráčku za Viktorku, Viktorčin pohřeb v myslivně..).

Ti, kteří v záchvatech zuřivosti ohrožovali své okolí a napadali ostatní, mívali osud daleko horší. Vyvolávali strach a zděšení a někteří z nich byli považováni, jak jsem zachytila v podkapitole 4. 1, za posedlé. Proto s nimi bylo nakládáno mnohdy nepřiměřeně k jejich utrpení, necitelně a krutě. „Bývali zavíráni do tmavých děr bez vzduchu a světla, poutáni provazy a řetězy, hynuli v nečistotě, trpěli všelikým nedostatkem a nepřízní povětrnosti, byli pravými mučedníky, jež teprve milosrdná smrt uvedla v říši míru a pokoje.“ (Kneidl in Heveroch, Frabša, 1926, s. 18).

V podobném duchu lze charakterizovat postavení choromyslných v Čechách po celé dlouhé věky.

Ani na počátku 18. stol. nevykazovala organizace péče o duševně choré hlubších změn. Výstižně, byť poněkud emotivně, ji shrnuje Dr. Hraše: „Klidní zůstávali sice v péči svých vlastních rodin, ale zákroky u nich nevyznačovaly se vždy láskou. Nehledě k ústrkům, jež jim byly údělem, sloužil jim za pobyt obyčejně chlév a za lůžko kus shnilé slámy. Nemocní nemající rodiny a nemocní rušící byli opatřeni v obecních šatlavách, kde se o ně staral dráb; a drábové, staří vojáci, nevyznamenávají se nikde vlídností. Pro tyto vydědence z lidské společnosti bylo proto vykoupením, když v daný jim úděl zasáhla smrt. Jen nepatrná část nemocných byla opatřena v klášterích milosrdných bratří, kde se jim dostalo sice nejnужnějšího, ale alespoň přiměřenějšího ošetření.“ (s. 9).

V předchozích kapitolách práce jsem doložila, že situace duševně nemocných byla dlouhodobě dosti zlá i v jiných evropských zemích, takže české poměry v tomto smyslu nejsou nijak výjimečné (podobně Hraše, s. 9). Ve Francii vyjádřil zásadní protest proti subhumánním podmínkám při péči o tyto nebožáky Philippe Pinel, v Anglii W. Battie, Tukeovi a J. Conolly.

10. 1 Stěžejní proměny v péči o choromyslné v době vlády císaře Josefa II.

Ke změnám v pohledu na péči o duševně choré a v určité míře i ve způsobu nazírání na jejich osud na našem území došlo v době josefinské (Vencovský, 1957, s. 52).

„V Čechách je možno položit počátek systematické péče o duševně choré do r. 1783.“ (Vencovský, 1957, s. 47).

Tehdy císař Josef II. dvorským dekretem z 19. 3. nařídil, aby při nemocnici Milosrdných bratří v Praze (dnes Na Františku) bylo zřízeno oddělení pro duševně choré kněze (Vencovský, 1957, s. 51). Oddělení mělo 17 menších místností a 1 společnou velkou místnost pro denní pobyt nemocných. „Památka na tento významný mezník v psychiatrické péči u nás je zachována v nemocnici Milosrdných bratří na mramorové desce nápisem: *Josephi II. benignita extruxit amore cleri*“ („dobrotivost Josefa II. zbudovala z lásky ke kněžstvu“) (Vencovský, 1987, s. 11). Protože směli být do tohoto specializovaného ústavu pro choromyslné kněze přijímáni pouze nemocní muži a z nich ještě pouze kněží a nižší duchovní, byla již r. 1784 vyhrazena celá špitální budova u sv. Bartoloměje pro ošetřování chorých mužů civilních (tamtéž).

Pro ošetřování choromyslných žen měla sloužit, jak jsem již zmínila, část klášterní Nemocnice u alžbětinek, založená r. 1722 Na Slupi.

Roku 1789 byla navíc pro ošetřování klidných a tichých duševně chorých starých osob obojího pohlaví (vlastně první gerontopsychiatrické oddělení) otevřena ještě jedna celá budova v chorobinci Na Karlově (Vencovský, 1983, s. 116).

Svou lékařskou a psychiatrickou praxi zahájil v nemocnici U Milosrdných bratří Jan Theobald Held (1770-1851). Na oddělení pro duševně choré kněze si osvojil dosti značné vědomosti v rozpoznávání a léčení psychických chorob (Vencovský, 1957, s. 66). Nabyté vědomosti uplatňoval také v době, kdy vykonával lékařský dozor nad tzv. „blázincem“, jenž byl později (1790) zřízen při Všeobecné nemocnici. Held je našim prvním psychiatrem-klinikem (Vencovský, 1983, s. 138). K jeho pacientům na oddělení pro duševně choré kněze patřil také významný český obrozenec Josef Dobrovský (Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 33). Abbé Dobrovský trpěl dle závěru odborníků „maniomelancholickou psychózou“ (Vencovský, Dobiáš, 1976, s. 254; Vencovský, 1987, s. 20).

„Otevření azylu pro duševně choré kněze je prvním signálem k vývoji další psychiatrické péče v Praze.“ Uvážíme-li, že byl později při pražské Všeobecné nemocnici zřízen ještě tzv. „blázinec“, můžeme konstatovat, že „počátek nemocniční péče o duševně choré v Praze nikterak nesouvisí a není vázán na vznik české psychiatrické kliniky v r. 1886“ (Vencovský, 1987, s. 12 a s. 7).

10. 1. 2 Pražský Tollhaus („blázinec“)

Protože se nemocnice Milosrdných bratří potýkala s nedostatkem lůžek a nebylo možné demonstrovat při výuce medikům obě pohlaví, byla podána císaři námitka. Ten ji uznal a stanovil, aby vznikla nová všeobecná nemocnice (Vencovský, 1957). Prostředky pro vybudování nemocnice byly sebrány tak, že se veškeré dobročinné nadace, odkazy, sbírky a fondy vtělily do jednotného světského nadačního fondu, z něhož pak byla r. 1790 nemocnice zřízena (Pankratz in Heveroch, Frabša, 1926, s. 103). Tento počín se dotkl i některých pražských choromyslných, protože nedílnou součástí nové nemocnice tvořil již zmíněný „blázinec“ (Tollhaus) (viz příl. 1., obr. č. 8).

Zvláštní dům „pro šílence, zuřivé, okolí nebezpečné a nečisté“ byl otevřen stejně jako všeobecná nemocnice 1. 11. 1790^{xxix} (Hraše, s. 10). Jeho otevření může být považováno za první krok k vybudování veřejné asylové péče o duševně nemocné v Čechách (tamtéž; podobně Pankratz, s. 103 a Vencovský, 1987, s. 14). Dům „blázince“ měl nad vchodem nápis

„Custodiae mente captorum Josephus II. Leopoldus II. Augusti-MDCCXC“ („Péči o duševně choré určil Josef II. a Leopold II. 1790“) a byl umístěn v prvním nádvoří nemocnice (Pankratz in Heveroch, Frabša, 1926, s. 103). Dům dodnes stojí v blízkosti vrátnice pražské Fakultní nemocnice (Zvolský, Mečíř, in Zvolský a kol., 2001, s. 8).

Podle popisu protomedika (hlavní lékař státu) zařízení tvořila dvoupatrová budova obehnaná zdí, která uzavírala zahradu, v níž se mohli procházet klidní pacienti. Vysoko uložená okna byla opatřena mřížemi. Celková obložnost budovy sestávala z 57 míst. Každý z chovanců měl zpočátku vlastní pokoj sám pro sebe, později byli ubytováni v jedné komoře dva. Lůžka pro neklidné byla pevně zabudována jen půl stopy nad zemí a stěny byly vypoštěřovány, aby si nemocný nemohl roztříštit hlavu o zeď nebo aby mohl být připoután (Bayer^{xxx} in Vencovský, 1957, s. 56). Každá komůrka měla malé, zamřížované okénko. Byla zevně vytápěna z chodby, na jejímž konci stála mohutná kamna (Kneidl in Heveroch, Frabša, 1926, s. 19). K výbavě lůžek v místnostech, kde byli izolováni zuřivci, patřily „zapuštěné železné kruhy, k nimž byl nemocný v paroxysmu přivázán.“ (tamtéž).

K přijetí do blázince bylo zapotřebí písemného potvrzení soudu nebo magistrátu, že předání choromyslného se stalo s vědomím úřadu. Stačilo jen vysvědčení vrchnosti, „aby bylo zajištěno, že předání osob choromyslných se stalo s jejich vědomím a povolením.“ (Pankratz in Heveroch, Frabša, 1926, s. 104) „Toto opatření mělo zřejmě zabránit zneužívání ústavu pro odstraňování nepohodlných osob do ústraní, z něhož byl velmi těžký návrat do normálního života“ (Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 62).

Na konci 18. stol. bylo přijetí do ústavu pro některé choromyslné s velkou pravděpodobností negativním „cejchem“ podobně jako je tomu mnohdy dnes. Způsoby řešení náročné životní situace, kterou bylo přijetí do ústavu, jsou však ve srovnání s dnešními poněkud kuriózní.

Dočetla jsem se, že některé nemocné za účelem zastření jejich pobytu v „blázinci“ přijímali do pražského „Tollhausu“ tajným vchodem, tedy inkognito (Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 62). Je otázkou, zda je taková praxe kuriózní nebo spíše tristní.

Za pobyt v „blázinci“ se platilo. Pokud však osoba doložila, že je bez hmotných prostředků a že bydlí alespoň deset let v Praze, byla ošetřována zdarma (Vencovský, 1987, s. 15, podobně též Pankratz, in Heveroch, Frabša, 1926 s. 105).

Přípustnost přijímání nemocných bez rozdílu příslušnosti, zvláště významná pro osoby trpící duševní chorobou, byla vyslovena dekrety dvorní kanceláře až v r. 1816 a 1819. Náklady na ošetřování měly hradit při platební insolvenční chovanců či jejich příbuzných obce,

v nichž se ošetřovanci narodili a v nichž měli nepřetržitý desetiletý pobyt (Pankratz, in Heveroch, Frabša, 1926, s. 105).

Ošetřovateli směli být pouze muži. Podmínkou však bylo, aby byli ženatí, protože pečovali jak o muže, tak o ženy (Vencovský, 1957, 1987; in Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 62).

Lékařský dozor v „blázinci“ byli povinni vykonávat lékaři pražské všeobecné nemocnice. Organizace tohoto dozoru byla, jak vidno, poměrně složitá - Ředitel všeobecné nemocnice byl zároveň vrchním lékařem (primářem) v „blázinci“, ordinoval léky a výkony, za jejichž provedení odpovídal chirurg, který měl k dispozici vrchního dozorce nad „blázincem“, jímž byl vždy nemocniční podchirurg (Vencovský, 1987, s. 16).

Opatrovnickou službu vykonávali dva muži, z nichž jeden fungoval jako vrátník. Oba dva opatrovníci byli spíše podomky a nevykonávali opatrovnickou službu v dnešním slova smyslu. (Kneidl in Heveroch, Frabša, 1926, s. 19). Podchirurg se v „blázinci“ angažoval jako vrchní ošetřovatel, je ovšem otázkou nakolik mohl tuto funkci svědomitě vykonávat.

Protože měl nadmíru vlastních povinností v nemocnici, dohlížel v „blázinci“ hlavně na ekonomické záležitosti, „dozíral na oba opatrovníky, na pořádek v domě a na materiální stav nemocných“. (tamtéž, s. 28). Kneidl také uvádí, že „instrukce ukládala podchirurgovi v blázinci pouze povinnost dozorčí, nikoli tedy lékařskou a léčebnou, pro kterou měl sotva potřebného zájmu, ano i žádoucích zkušeností v psychopatii.“ (Kneidl in Heveroch, Frabša, 1926, s. 19).

Již z popisu zařízení je zřejmé, že se jednalo spíše o věznici než o léčebný ústav (Pankratz, in Heveroch, Frabša, 1926, s. 104). Podobně jej charakterizuje také dr. Kneidl: Ústav byl spíše útulkem a jakousi opatrovnou (Kneidl, tamtéž, s. 19). Klidní duševně nemocní sice, jak píše Vencovský, nebyli nikterak omezováni v pohybu a za pěkného počasí směli pobývat i po celý den v zahradě (1987, s. 16). V zimě posedávali na lavicích v centrální chodbě. Osoby zuřící a trpící záchvaty šílenství zde však příliš shovívavosti nezakoušely a občas byly podrobovány krutému způsobu zklidňování na tzv. otáčivé židli (tamtéž).

O poměrech v pražském blázinci píše také Dr. Hraše: Ústav nebyl zřízen k léčebným účelům, ale byl institucí čistě detenční, pro osoby veřejně nebezpečné a nepříjemné. „Dozor nad ním měl sice ředitel nemocnice, ale rozhodovali v něm dva dozorcí, pro celý dům určení. Nemůže tudíž překvapiti, že hlavním zákrokem byl zde hůl a býkovec, který byl také zařazen mezi inventární předměty domu.“ (s. 10).

Velká část chovanců se pravděpodobně rekrutovala z osob stížených pokročilou syfilidou, což naznačuje dr. Hraše tím, že „po otevření byl dům postoupen péči o následky prostituce“ (s. 10).

Pražský „blázinec“ se také potýkal s nedostatečnou kapacitou. Kneidl (s. 20) uvádí, že koncem r. 1791 v něm bylo hospitalizováno celkově 93 nemocných, ačkoliv ústav disponoval pouze 54 místy (či 57, dle Pankratze, s. 103).

V roce 1791 odešlo 33 osob uzdravených, 17 polepšených a 25 (!) ošetřovanců zemřelo (Kneidl, in Heveroch, Frabša, 1926, s. 20).

Pro odlehčení přeplněnému blázinci bývali tišší duševně nemocní přijímáni na zvláštní oddělení chorobince na Karlově. O jejich přijetí rozhodovali lékaři všeobecné nemocnice (Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 54).

To, že v tomto pražském domě pro choromyslné bylo prostředí k léčbě krajně nevhodné a nenáležitě, dobře vystihuje Kneidl (1926, s. 20): „Obě pohlaví v něm žila pohromadě, klidní a nadějní nemocní trpěli nesmírně nemocnými hlučícími, zchátralými a nečistými, takže i vyléčitelné formy psychóz nalézaly zde rozhodně všechny podmínky, aby přešly ve formy trvalé a povážlivé.“ Není divu, že se stal pražský „blázinec“ brzy předmětem ostré kritiky.

Poměry se snad poněkud zlepšily v době, kdy byla lékařská péče o duševně choré svěřena profesorům speciální patologie a terapie, tedy internistům, a nikoliv ředitelům pražské všeobecné nemocnice (sr. Vencovský, 1987, s. 19; Hraše, s. 11).

Dr. Kneidl však uvádí, že také pro primáře interního oddělení představoval ústav podobně jako pro „vrchní lékaře nemocniční“ jen nepříjemné rozmnožení četných a obtížných povinností (in Heveroch, Frabša, 1926, s. 28). Proto se nejspíš o ústav choromyslných nestarali, resp. ani starat nemohli (tamtéž).

Prakticky jedinou postavou, která měla v letech 1790-1829 živý zájem o nově budovanou psychiatrii, byl již několikrát zmiňovaný Jan Theobald Held (Vencovský, 1957, s. 71). Kromě služby v nemocnici U Milosrdných bratří a na interním oddělení všeobecné nemocnice vykonával lékařský dozor také nad psychiatrickými pacienty v tzv. „blázinci.“ Vencovský uvádí, že tuto funkci vykonával velmi svědomitě, a že dokonce vodil do pražského ústavu studenty, jimž choromyslné demonstroval (Vencovský, 1957, s. 66 a 68). Navíc prý usiloval o zušlechťování přístupu lékařů k nemocným. Personál všeobecné nemocnice vedl k laskavé a obětavé službě a při jednání s nemocnými odstraňoval „kaprálský tón“ (Vencovský, 1987, s. 18). Právě jeho zásluhou byl poněkud dehonestující výraz „Tollhaus“ („blázinec“) zaměněn

za odznačení „Irrenhaus“ („dům pro choromyslné“), které znělo etičtěji a humánněji (tamtéž, s. 19).

10. 2 Nový ústav pro choromyslné

Počet choromyslných se však neustále zvyšoval. Pražský „blázinec“ býval často přeplněn, přičemž ani zdaleka nemohl pokrývat veřejné potřeby. Od jeho založení v r. 1790 do roku 1820 jím prošlo téměř 3000 nemocných (Vencovský, 1987, s. 22). I proto vyvstávala do popředí stále více nutnost opatření nové budovy, kam by bylo možné duševně nemocné umisťovat a kde by byly vytvořeny pro jejich ošetřování důstojnější podmínky i snesitelnější prostředí.

Bylo zapotřebí, aby vzniklo zařízení, v němž budou moci být choromyslní nejen opatrováni, resp. přechováváni, ale také skutečně léčeni. Nezbytnost zřízení takové instituce podporovaly rovněž první ozvy nově vznikajícího proudu v medicíně, totiž psychiatrie (Vencovský, 1957, s. 68). V r. 1821 bylo na pražské univerzitě nařízeno „vyučování o choromyslnictví pro nastávající lékaře s občasnými návštěvami oddělení duševně nemocných“ (Pankratz, 1926, s. 107; Vencovský 1957, s. 68).

Za vhodné místo ke zbudování ubikace pro duševně choré byl vybrán augustiniánský klášter sv. Kateřiny, který byl zrušen Josefem II. v r. 1784 (Pankratz, in Heveroch, Frabša, 1926, s. 103; viz. příl. 1., obr. č. 9). Císař do bývalého kláštera umístil vojenskou školu, proto musel být objekt ústavu pro choromyslné před zprovozněním rozsáhle upraven (Vencovský, 1987, s. 25).

Nejprve byla najata menší budova (r. 1822) (tzv. priorátní, tedy převorský dům), v níž byly ubytovány ženy. Větší budova byla určena pro muže. Obě dvě části nového ústavu oddělovalo nádvoří a obklopovaly zahrady, jež byly obehnány vysokou zdí (Kneidl, 1926, s. 21). Provoz v celém ústavu byl zahájen r. 1826 (Vencovský, 1987, s. 25).

Pro vývoj psychiatrie v Praze je pak stěžejním rok 1829, kdy se ústav vyvázal z lékařské závislosti na interním oddělení všeobecné nemocnice. Nový ústav pro choromyslné měl od té doby své vlastní lékaře pro službu v něm speciálně a výhradně stanovené (Kneidl, in Heveroch, Frabša, 1926, s. 21).

Ředitelé nemocnice jej sice vedli nadále až do r. 1846, ale jen administrativně. V r. 1846 se tak ústav pro choromyslné stal naprosto samostatným tělesem s vlastním ředitelem v čele (Kneidl, 1926, s. 31).

Kromě toho, že byl ústav rozdělen na mužské a ženské oddělení, existovalo na každém oddělení ještě jakési poddělení pro klidné a neklidné a mimo to ještě 18 izolačních komůrek

tzv. loží. Dělení na klidné a neklidné je velmi podstatné, protože tzv. „blázinec“ potřebu roztrídění nemocných neuspokojoval a v důsledku toho v něm vznikaly pro nemocné nesnesitelné podmínky. V „ložích“, které tvořily nedílnou součást interiéru svatokateřinského ústavu, mohly být od ostatních nemocných odloučeny osoby sobě nebo okolí nebezpečné (Vencovský, 1987, s. 25).

Ústav mohl pojmut 250-260 nemocných (Kneidl, 1926, s. 21) a s odhlédnutím od tzv. „blázince“ bývá charakterizován jako vůbec první ústav pro léčení a ošetřování choromyslných v Čechách (tamtéž) či jako „důstojný azyl pro duševně choré“ (Vencovský, 1987, s. 23).

O vytvoření stěžejních pilířů složité organizace ústavního života se zasloužili hlavně tři pokrokově smýšlející primáři: Dr. Schroff, Rilke a Riedel (Kneidl, 1926, s. 21).

Dr. Karel Damián Schroff (1802-1887) od počátku organizoval ústavní život v duchu nových terapeutických metod. Propagoval hlavně Pinelovu terapii prací a Conollyho systém žádného útisku. Kneidl se domnívá, že vhodné zaměstnání rozmanitého druhu, ať už skutečnou prací, nebo jen zábavou, od počátku existence ústavu patřilo ke hlavním léčebným prostředkům. (1926, s. 32). Za primariátu dr. Schroffa se tak v rámci pracovní terapie proměnily rozsáhlé zahrady a pole, patřící ke kateřinskému ústavu, v ovocnou, zelinářskou a květinovou zahradu. V ústavu byla zřízena také krejčovská, obuvnická a rukavičkářská dílna (Vencovský, 1987, s. 26; podobně Vencovský, 1983, s. 119).

Konkrétní představu o možnostech pracovního využití zdejších chovanců si můžeme učinit na základě obšírné zprávy Schroffova sekundáře dr. Riedela.

Ten se o zaměstnání nemocných zmiňuje v publikaci „Prag's Irrenanstalt und ihre Leistungen in den Jahren 1827-1829“ („Pražský ústav pro choromyslné a jeho činnost v letech 1827-1829“). Riedel v knize dokládá ušlechtilou činnost primáře Schroffa, na niž pak sám houževnatě navázal. Uvádí toto: „Prací rukou nemocných vzdělány a udržovány jsou 4 ústavní zahrady, jedna ovocná, 2 zelinářské a čtvrtou upravují nemocní v park... Nemocní sami účastní se při domácích pracech, čistí chodby, štípou dříví, nosí vodu. Ženy šijí, pletou, vyšívají, pracují v kuchyni, uklízejí světnice. Řemeslníci provozují v dílnách své řemeslo, krejčí, obuvníci, rukavičkáři atd. Mnozí zhotovují ze záliby všeliké ozdobné drobnůstky z lepenky. Vzdělanější zaměstnávají se opisováním, učí se cizím jazykům, dokonce pracují i literárně. Odborníci pokud možno mohou pracovat ve svém zamilovaném předmětu: pořádají vlastní herbáře, mineralogické sbírky. Příklady pilných nemocných působí blahodárně i na takové, jichž smysl pro jakoukoliv tělesnou nebo duševní práci zdánlivě úplně otupěl. Bylo by

velmi žádoucí, aby každý nemocný dle své individuality našel v ústavě nejprůměrnější zaměstnání vzhledem ke svým silám, vkusu a zálibě, aby zde byla dílna pro každého řemeslníka, pracovna pro umělce, museum a knihovna pro učence, v nichž by svět chorobných představ, který ducha se zmocnil, pozbyl své síly v reálné skutečnosti.“ (in Kneidl, Heveroch a Frabša, 1926, s. 32 a 33; podobně Vencovský, 1983, s. 119).

10. 2. 1 Náznaky spirituality v institucionální péči o duševně nemocné

Jedním z potěšujících zjištění o životě v kateřinském ústavu je, že součástí ústavního režimu bylo konání pravidelné bohoslužby. Ta byla zavedena v ústavu již po r. 1822, nejprve v sakristii kostela (přestavěna na kapli) u sv. Kateřiny a později (r. 1840) v kostele sv. Kateřiny.

Dr. Kneidl uvádí zajímavou informaci o tom, že se bohoslužeb v kapli účastnilo pravidelně 50-60 nemocných a do r. 1850 nebyl nikdy zaznamenán pohoršlivý výstup (in Heveroch, Frabša, 1926, s. 39). Jen lékař mohl s přihlédnutím k psychickému rozpoložení rozhodnout, kdo se smí a nesmí bohoslužeb účastnit. Chovanci bývali do kostela pouštěni zvláštními vchody, každá skupina měla vyhrazené místo, vzdělanější nemocní dokonce kůr (tamtéž). Do r. 1846 vykonával všechny bohoslužebné úkony domácí duchovní všeobecné nemocnice, ústav totiž svého vlastního duchovního neměl (Kneidl, tamtéž). V r. 1846, kdy se ústav definitivně zbavil závislosti na všeobecné nemocnici, začal v azylu fungovat ústavní kněz (tamtéž).

V historickém kontextu odhalují, že účast duchovních či přesněji řečeno přítomnost duchovních v institucích zaměřených na pomoc duševně chorým lidem má v naší zemi určitou tradici. Ta byla později dosti ochromena totalitním režimem.

Bylo by prospěšné, aby se spirituální hlediska při péči o věřící duševně nemocné osoby podporovala a aby se na starší tradici (19. stol.), která dokázala docenit význam duchovní podpory choromyslných, podařilo úspěšně navázat. Z vyprávění známého, faráře Církve bratrské, bohužel vím, že spolupráce duchovního či pastoračního pracovníka s psychiatry v českých ústavních zařízeních není zdaleka samozřejmá a obvyklá jako je tomu v zahraničí.

10. 2. 2 Nedostatky kateřinského ústavu a jejich řešení. Postavení tzv. Nového domu

Od třicátých let zápasil ústav s nedostatkem místa. Kneidl informuje, že v zápisech od r. 1831 čteme, že nemocní, kteří se hlásili o přijetí i ti, jejichž přijetí žádalo gubernium, ba dokonce nemocní zuřiví a veřejně nebezpeční, museli být odmítáni (in Heveroch, Frabša, 1926, s. 24).

Primář byl dokonce nucen z nedostatečných kapacitních důvodů propouštět nevléčitelné. Osoby, které se v duševní nemoci dopustily trestného činu, byly překládány na pozorování do vězeňských nemocnic (tamtéž).

Zdá se, že leckterý psychicky nemocný člověk byl přehazován doslova jako „horký brambor“ z místa na místo. Neúnosné poměry nakonec vedly k otevření dalšího ústavu pro choromyslné tzv. „Nového domu“, který tvořil hlavní budovu pozdější pražské psychiatrické kliniky (Vencovský, 1987, s. 32).

Do něj přijímali od konce r. 1845 nemocné, u nichž existovala naděje na možné zlepšení či vyléčení duševní choroby, zatímco kateřinský ústav fungoval jako ošetřovací azyl pro chroniky či choré spějící k chronicitě (Vencovský, 1987, s. 32). V protikladu k „novému domu“ byl ústav sv. Kateřiny nazýván „domem starým“ (tamtéž).

Nový dům vynikal ve srovnání s kateřinským ústavem tím, že byl od počátku vybudován a zařízen pro účely poskytování péče duševně nemocným lidem. „Byla to pozdně klasicistní dvoupatrová účelová stavba v zahradě za klášterním komplexem“ (Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 83-84). Kateřinský ústav byl přece jen původně starobylým klášterem, jehož budova se obtížně přestavovala a pro léčbu nemocných nebyla nejvhodnější. Nedostatky kateřinského ústavu konkretizuje např. Dr. Jan Hraše: „Místnosti (většího domu pro muže) jsou ponuré a nehodí se dnes k nemocničním úkolům ústavu.“ Menší dům vyhrazený ženám Hraše kritizuje ještě ostřeji, a to slovy: „Druhý dům, menší prvního a do ulice Kateřinské od něho vraty oddělený, nedá se pro nevhodné dispozice stavební vůbec obývat. Každý chorobinec v nejzastrčenější vsi je lépe hygieničtěji vybaven, než tato budova nesoucí hrdou značku č. z. majetku.“ (s. 81).

„Nový dům“ vystavěný na vyvýšených svatokateřinských pozemcích, poblíž tzv. Bojiště, fungoval od počátku jako instituce s intencemi léčebnými a výtečně se s ústavem kateřinským v péči o duševně choré doplňoval. Osoby s nadějí na vyléčení v něm byly zbaveny rušivého soužití s chroniky, hlučícími a nečistými. Z jejich okolí bylo odstraněno vše, co by rušilo jejich léčebný plán (Kneidl, 1926, s. 26).

Neopomenutelným faktem je, že se díky novému ústavu celkový počet lůžek zhruba zdvojnásobil (Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 84). Praha tak měla pro duševně choré více než 500 lůžek (Vencovský, 1983, s. 121).

Ve smutné spojitosti s „Novým domem“ se často uvádí jméno Bedřicha Smetany, který se sem na sklonku svého života uchýlil.³² Pobýval zde od 22. 4. 1884-12. 5. 1884. (Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 84).

Jaroslav Smolka se domnívá, že nepřímou příčinou Smetanova neštěstí v podobě vážné nemoci mohla být hluboká krize v jeho pošramoceném manželství se druhou ženou jménem Bettina (Smolka, 1998, s. 63). Mladička Bettina Ferdinandiová se za Bedřicha Smetanu provdala na naléhání své rodiny i budoucího manžela. Provдалa se za něj bez lásky a se stále více propukajícím odporem vůči němu (tamtéž, s. 71). Chovala se k němu chladně a sama mu byla nevěrná (tamtéž, s. 69). Zvláště po narození druhé dcery Bettina Smetanová svému manželovi odmítala všechny manželské důvěrnosti (tamtéž, s. 113). Chlad a odstup Bettiny vůči B. Smetanovi se pochopitelně ještě zvýšil, poté co odhalila pravou povahu jeho vleklých zdravotních potíží (tamtéž, s. 67).

Spor o skutečnou podstatu Smetanova onemocnění po mistrově smrti rozdmýchal rozeprli mezi prof. Heverochem a Ladislavem Haškovicem. Heveroch se snažil prokázat, že Smetanovo ohluchnutí bylo důsledkem sklerózy ušních bubínků, zatímco Haškovec trval na syfilidě. (Bobíková, Svět podivínů a lidí nápadných, Magazín Práva, 30. 9. 2006, s. 30). Smetanova progresivní paralýza je podložena pitevním nálezem prof. Dr. J. Hlavy (Smolka, 1998, s. 110, 111).

10. 3 Činnost a zásluhy dr. Riedela

Výtečným odborníkem, který se zasloužil o zbudování „Nového domu“ (dále pražský ústav) a notně přispěl k organizaci složitého ústavního života byl Schroffův sekundář Dr. Josef Riedel (viz. příl. 1., obr. č. 10). Primářem kateřinského ústavu byl v letech 1836-1851 (Vencovský, 1987, s. 31). V letech 1840-1850 měl zásluhou dr. Riedela pražský ústav pověst nejlépe vedeného a organizovaného ústavu prakticky v celé Evropě (Vencovský, 1987, s. 37).

Ve srovnání s Vídní bylo o chovance pražského „starého“ a zvláště „nového“ domu postaráno nepochybně lépe. Ve Vídni totiž dlouhou dobu fungovala primitivní a nevyhovující instituce tzv. věž bláznů (pověstná Irrenthurm), s níž jsme se setkali v kapitole o postavení duševně nemocných lidí ve středověku. Jednalo se o pětipatrovou kruhovitou stavbu, pro ubytování nemocných lidí naprosto nedostatečnou (Kneidl, in Heveroch, Frabša, 1926, s. 28). Přípravy k budování vídeňského městského ústavu začaly teprve roku 1844! (Kneidl, tamtéž, 1926, s. 27).

³² Trpěl asi progresivní paralýzou luetického podkladu (Vencovský, 1987, s. 89; Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 84).

Dr. Riedel vlastně působil jako průkopník terapie prací a tzv. edukační terapie v psychiatrii. Oba dva léčebné systémy u nás a v Rakousku, kam později odešel, také zorganizoval.

V ústavní pracovní terapii za svého primariátu zavedl zvláštní systém pracovních skupin. V těchto skupinách opatrovník znalý řemesla určoval chovancům práci a zároveň na pracující dohlížel (Kneidl, in Heveroch, Frabša, 1926, s. 33).

V čerstvě zbudovaném ústavu, v tzv. „novém domě“, Riedel možnosti zaměstnání nemocných i jejich kulturního využití ještě rozšířil. Z prostudovaných záznamů o všech aktivitách, jichž se nemocní účastnili, jsem usoudila, že pracovní nabídky a možnosti rozvíjení koníčků byly duševně nemocným za působení dr. Riedela doslova šity na míru. Pro nemocné schopné rukodělné práce nechal Dr. Riedel zřídit knihvazačskou a tkalcovskou dílnu (Vencovský, 1987, s. 31). Ženy mohly být zaměstnávány jako pradelny ústavního prádla (Kneidl, 1926, s. 33). Zjistila jsem také, že nemocní, kteří pracovali, byli za odvedenou práci řádně placeni.

O nepatrných finančních odměnách pracovně aktivních nemocných se podrobněji zmiňuje Dr. Kneidl (1926, in Heveroch, Frabša, s. 33).

Vydělané peníze se ukládaly do České spořitelny a „z úspor pak byly hrazeny výlohy za prádlo, šaty, četné, byť nikoli drahé dary, jimiž byli nemocní poděleni o Štědrém večeru, dále režie společných tanečních zábav, větších exkursí, podpora chudým propuštěným atd.“ (tamtéž).

Celá řada možností k vyplnění volného času a řada pracovních aktivit byla navrhována s vědomím, že chovanci ústavu disponují rozdílným intelektovým vybavením a že se od sebe liší stran vzdělání. Pro vzdělanější nemocné, kteří se příliš nehodili k zahradním a řemeslnickým pracím, byla tehdy otevřena ústavní knihovna.

Ta byla podle zjištěných údajů velmi dobře vybavena, takže nemocní měli k dispozici pestrý arzenál knih. V r. 1850 prý knihovna obsahovala celkem 1050 knih náboženského, filosofického, estetického, zábavného, historického a cestopisného obsahu. Nechyběla ani větší díla vědecká, fyzikální, přírodopisná, technická a matematická či slovníky (pro zájemce o výuku cizích jazyků) (Kneidl, in Heveroch, Frabša, 1926, s. 33, Vencovský, 1987, s. 35). Vybraný spolehlivý chovanec mohl sestavovat a doplňovat katalogy, obstarávat záznamy o vypůjčování, vyřazovat knihy, tzn. podílet se vlastními silami na organizaci knihovny.

V existenci jakési domácí ústavní knihovny spatřuji výtečné opatření, jak chovancům, jejichž stav je kompenzovanější, poněkud zpříjemnit pobyt ve zvláštním ústavním světě. Bez

podobných opatření se takový pobyt snadno může stávat jednotvárným a hrozí hospitalismus.^{xxx}

Také chovancům, kteří chtěli malovat, či chovancům hrajícím na nějaký nástroj, byla dána možnost rozvíjet své schopnosti - vlastně jakési zdravé jádro, které zůstává při všem duševním trápení v optimálním případě zachováno.

Riedel je dokonce znám tím, že již ve starším ústavu sv. Kateřiny zavedl tzv. muzikoterapii (Vencovský, 1987, s. 33). Ta zde nejspíš měla určitou tradici už z doby dřívější, protože jsem se dočetla, že „Od prvních let existence ústavu zde byl hudební kroužek a pro společenský pokoj zjednáán klavír.“ (Kneidl, 1926, s. 34). Z rozhodnutí uměnilovného lékaře byla také založena hudební družina, jejímiž významnými členy byli samozřejmě pacienti. „Hrála se terceta, kvarteta ve společenském sále i v zahradě, v domácí kapli pak při slavných bohoslužbách provedla se dokonce figurálka.“ „Výkony hudební byly tak dobré, že i ucho hudebního znalce bylo produkcemi příjemně překvapeno“ (Riedel, Berichte, die k. k. Irrenanstalt und ihre Kranken betreffend, in Kneidl, 1926, s. 34; Zprávy týkající se ústavu pro choromyslné a jeho nemocných). V ústavu se také pořádaly, zpravidla o masopustu, taneční zábavy, které jsou vlastně jakousi obdobou středověkých způsobů zábavy a svátků bláznů.

Osvícený primář zastával přesvědčení, že „duševně chorému se musí dát příležitost nejen k tělesnému zaměstnání, nýbrž i k zaměstnání duševnímu, aby se takto mohl nemocný odpoutat od svých ovládaných myšlenek a bludů a aby tak opětně získal zájem o reálnou skutečnost a byla mu dána možnost pocítit radost a uspokojení z vykonané práce.“ (Vencovský, 1987, s. 33-34).

Myslím, že v současné době jsou způsoby zaměstnávání duševně chorých notně omezovány hlavně na rukodělnou a tělesnou práci. Na každého chovance, ať už pracuje v chráněné dílně ústavní nebo mimo ústav, však platí něco jiného a ne každý nachází v konání rukodělné práce naplnění.

Ve 40. letech (1844) došlo v místnostech nového pražského ústavu pro choromyslné k rozšíření celé škály léčebných a zábavných ústavních prostředků ještě o tělocvik a školní vyučování, tedy o dvě nové a myslím velmi významné léčebné složky. Efektivním oživením stereotypního ústavního života byly také vycházky v doprovodu opatrovníka, návštěvy divadel, koncertů a výstav (Kneidl, in Heveroch, Frabša, 1926, s. 34). „Jednou pak za rok byl podnikán veliký výlet do pražského okolí za účasti 50-60 nemocných a několika opatrovníků.. po delším pochodu položila se společnost táborem někde v lese nebo na louce, zpívalo se, hrálo, provozovaly tělocvičné hry. Pak pojedli účastníci z přinesených zásob a uživše

příjemného dne vrátili se se soumrakem do ústavu. Podobný výlet podniknut byl s ženskými.“ (tamtéž).

Školní vyučování nemocných vzdělanějšími nemocnými (edukační terapie) bylo tehdy psychiatrickou novinkou a je pochopitelné, že jej mohli provozovat pouze nemocní v lepším psychickém stavu. Kneidl informuje, že o ústavní škole nemáme příliš mnoho zpráv, určité střípky z nich se však přece jen dochovaly (1926, tamtéž, s. 34). Vyučovat se začalo v 10 hodin dopoledne za společného zpěvu, jímž bylo také v 15 hodin zakončeno. Systematicky probíhala výuka počtů a psaní, zájemci mohli prohlubovat své vědomosti v zeměpisu, dějepisu a literatuře (Vencovský, 1987, s. 34).

Obdobné počiny byly realizovány také v zahraničí (např. v New Yorku, Francii), takže idea školního vyučování uskutečňovaná v pražském ústavu není původní (Kneidl, in Heveroch, Frabša, 1926, s. 34; Vencovský, 1987, s. 34).

Mnohostranné možnosti pracovního i kulturního vyžití jsou zdrojem mocné inspirace i dnešním institucím angažujících se v léčbě duševně nemocných. Je pozoruhodné jaká šíře možností byla již tehdy chovancům nabízena.

10. 4 Opatrovnická služba a její reformy

V původním pražském „blázinci“ při Všeobecné nemocnici opatrovnickou službu vykonávali pouze dva muži, přičemž jeden z nich fungoval jako vrátný a druhý dohlížel na chovance, jichž bylo v plném stavu kolem 57 (často však počet převyšoval i o několik desítek, třeba až na 87, údaje jsou dle studie Jana Hrašeho, s. 11). Oba dva pobírali jen 7 zlatých měsíčně, zatímco lékař získával 200 zlatých ročně a ještě naturální požitky. Nadřízeným opatrovníků byl ranlékař, jenž v podstatě fungoval jako dozorčí (Kneidl, 1926, s. 39).

Z této charakteristiky lze snadno vydedukovat, že duševně nemocný prodávající psychotickou ataku, byl místo léčení vydán libovůli svých strážců. Kneidl dokonce v této souvislosti uvádí, že „právě z těchto dob pocházejí hrůzné předsudky, které dosud nejsou z ustáleného všeobecného smýšlení o ústavech vyvráceny.“ (1926, s. 39).

Je pravdou, že ani ošetřovatelé v dnešních psychiatrických léčebnách nebývají lidmi nahlížení příliš kladně. Svéráznou, a často i nelidskou ošetřovatelkou praxi, demonstrují koneckonců někteří reprezentanti ošetřovatelské profese v rozličných beletristických dílech. Za všechny z nich uvedu Gudmundssonovy Anděly všehomíra, v nichž ztvárnil jednu z rolí drsný ošetřovatel Vilhjalmur, který mezi chovanci proslul svojí hrubostí. Krutí ošetřovatelé figurují rovněž v povídce E. A. Poeta (viz. níže). Také ošetřovatelé v Keseyho románu

„Vyhoďme ho z kola ven“ jsou personifikovaní násilníci. Čtenářem jsou hodnoceni jako ryzí zotročovatelé, jejichž praktiky jsou posvěcovány zvnějšku poněkud neprůhledným systémem, jemuž slouží. Ale vraťme se na poč. 19. stol.

Hraše ve své odborné stati shrnuje téměř všeobecně platné zásady, jimiž se mnozí opatrovníci tehdy řídili. Cituje slova (pronesená r. 1806), kterými se „opatrovník“ ohradil poté, co se jeden berlínský lékař pozastavil nad jeho hrubým zacházením s duševně nemocným člověkem. Slova „opatrovníka“ zněla takto: „Vidím, že tu holotu neznáte. Polovina z nich je d'áblem posedlá a nedá se léčiti a u druhé poloviny uplatňuje se zlomyslnost a zde je na místě hůl.“ (s. 11). Vidíme, že role duševně nemocného člověka jako posedlého d'áblem představuje stále jednu z možností. Lékař tu vystupuje jako ten, kdo se při vši terapeutické bezmoci chová alespoň lidsky. Nebylo tomu tak ovšem zdaleka vždy.

Existují dokonce informace, které mě opravňují dospět k závěru, že mezi lékaři byli tací, kteří se nelidských praktik v zacházení s duševně nemocnými lidmi vzdávali jen velmi pomalu. Cenná je v tomto ohledu zpráva Dr. Pietscheho o ústavě Stralsundě z r. 1844 uvedená Dr. Kneidlem (in Heveroch, Frabša, 1926, s. 20).

Zní takto: „Na počátku (svého působení) jsem si umínil, že nedovolím nemocné bítí, ale změnil jsem záhy svůj názor, nabyv zkušenosti, že jak u dětí, tak u choromyslných lze se sice obejít bez ran, ale že se mnohdy dospěje tělesným trestáním rychleji k cíli, uspoří se jim mnoho zármutku a úzkosti, když se včas užije metly. To se děje u tvrdohlavých, nečistých chovanců, na nichž 2-3 šlehnutí metlou v přítomnosti lékařově vykonají divy. Vedle účinku vychovávajícího je tu i léčebný vliv (!), a sice na zavírací svaly měchýře a řiti. Nemocní se mají udržovati v „posvátné hrůze před trestem“.

Je vcelku pochopitelné, že praxe opatrovnické služby vyžadovala zásadní změnu. Stávající poměry byly neudržitelné.

V kateřinském ústavu mělo být opatrovnictví duševně nemocných organizováno již v duchu odlišném, tak aby bylo pro chovance únosné. Dr. Riedel přijímal jako opatrovníky často bývalé vojáky, muže, kteří v nemocných budili respekt a zároveň byli zvyklí kázni a pořádku (Kneidl, 1926, s. 40).

Konkrétní změny proběhly také v číselném poměru nemocných k opatrovníkům. Dr. Riedel prý požadoval, aby na 6 chovanců připadal 1 opatrovník, což zní vůči 2 opatrovníkům na zhruba 60 chovanců ve starém „blázinci“ při Všeobecné nemocnici jako rajská hudba.

Ve 30. letech vyšly tiskem opatrovnické instrukce (tamtéž). Lze se však oprávněně domnívat, že ve věci chování ošetřovatelů k duševně nemocným lidem k razantní proměně nejspíš nedošlo.

V r. 1844 si na ústavní poměry stěžuje dokonce primář (Kneidl, 1926, s. 40). Potýkal se totiž nadále se skutečností, že do služby opatrovníka často nastupovali lidé, kteří se pro delší nezaměstnanost spokojili i s velmi nízkou mzdou či lidé, kteří prostě z nějakého důvodu (častokrát mravnostního) neuspěli jinde. V nadcházejících letech byly pokusy o změny v zacházení opatrovníků s nemocnými nesený snahou dělit opatrovníky do různých kategorií a odstupňovat jim příjmy podle jejich kvalifikace, zkušeností a horlivosti.

10. 5 Chovanec ústavu sv. Kateřiny a Nového domu (pražského ústavu) jako objekt omezovacích prostředků a vybrané dobové způsoby terapie duševních nemocí prováděné v kateřinském azylu

Pražský ústav byl zásluhou lékařů, kteří v něm pracovali, nejmodernějším co do zařízení, organizace i léčebných metod. Brzy na něj zaměřili pozornost odborníci z různých koutů světa, aby zhlédli jeho obdivuhodný léčebný a organizační systém. Ztvrzuje to kniha návštěv, v níž jsou podpisy mnoha zahraničních hostů, mezi nimi také dr. Daniela Tuke, prof. Dr. Charcota, prof. Dr. Griesingera a dalších (Vencovský, 1987, s. 35). Tehdy snad neexistoval jediný léčebný prostředek, uznávaný zahraničními kapacitami a užívaný v nejproslulejších světových ústavech, který by nebyl v pražském ústavu vyzkoušen (Kneidl, 1926, s. 32)

Zdá se, že v kateřinském ústavu i v Novém domě byly ponechány k užívání jen ty omezovací prostředky, jimiž bylo možné nemocnému zabránit v ohrožení sebe nebo svého okolí (napadání lékařů a spolupacientů). K takovým prostředkům patří svěrací kazajka, rukavice a „gurty“ (kurty) (Kneidl, 1926, s. 35). Ve „starém domě“ se ještě „odlučovalo od lože“, kterým se sledovala izolace nemocného (Vencovský, 1987, s. 28). Prováděla se však pouze dočasně a v případech hodných zřetele (ohrožení sebe či okolí) (tamtéž).

V terapeutických snahách po ovlivnění duševní nemoci či po jejím zvratu v duševní zdraví byli kateřinští lékaři i lékaři nového ústavu hodně ovlivněni lékařskými představami své doby. Z archivních chorobopisů z 19. stol. (uložené ve Zdravotnickém muzeu v Praze) vyplývá, že tehdejší lékaři popisovali případy hysterie, progresivní paralýzy (onemocnění mozku, které je třetím stádiem syfilidy), maniodeprese a paranoie (později schizofrenie) (Bobíková, Svět podivínů a lidí nápadných, Magazín Práva, 30. 9. 2006, s. 28-30).

Lidé trpící lehčími poruchami nebo jedinci, jejichž stav byl zkompenzovaný, v „blázincích“ pracovali, těžší případy byly tlumeny hypnotiky a opiáty (Bobíková, 2006, s. 29).

Prováděly se také vlažné a studené koupele, omývání, „frottýrování a oviny dle Priesnitzovy metody“ (Kneidl, 1926, s. 37). Experimentovalo se rovněž s pitím lázeňských minerálních vod (tamtéž).

Mezi mírnějšími léčebnými postupy však lékaři tehdy praktikovali rovněž kúry, které dnešními očima hodnotím jako přinejmenším drsné.

Hluboké deprese byly např. léčeny prostředky, jimiž se lékař nemocného snažil vytrhnout z určité netečnosti a odvrátit chod jeho myšlenek z chorobné oblasti utkvělých představ.

Když nepomohlo vyvolání odporu či pocitu hnusu, přistoupili k provedení velmi bolestivého zákroku, při němž „provlékli pod kůži provázek, aby tělesnou bolestí obrátili nenormální duševní činnost jiným směrem.“ (Kneidl, 1926, s. 35).

Intenzivní zuření zase mírnili dávidly a projímadly, snad aby choromyslného vysílili a unavili, čímž pak zároveň zmírnili i jeho záchvaty³³ (tamtéž). Z farmakoterapeutických prostředků se u melancholie s příznivými výsledky používalo opia (Vencovský, 1957, s. 36). Pozitivním zjištěním je skutečnost, že se v ústavu upustilo od dříve hojně praktikovaného „léčení hladem“ či léčby apatie vytrháváním vlasů a připalováním kůže. Namísto polevů ledovou vodou se však ordinovaly sprchy (Kneidl, in Heveroch, Frabša, 1926 s. 37).

Velmi zajímavá je informace Vencovského o tom, že v pražském ústavu používali také jako tehdy nejnovější léčebný prostředek elektroterapii^{xxxiii} (1987, s. 37). Hodnocení efektivity této léčby, tak jak zde byla prováděna, se však různí.

Vencovský cituje Riedelova slova, jimiž primář terapii hodnotí takto: „Zprvu se nemocní té prožluklé elektriky báli, ale později chodili na elektrizování rádi. Působení elektrického proudu nesmí trvat déle, než půl minuty, jinak se dostávají u nemocných křeče.“ (1987, s. 37). Ve stati Dr. Kneidla lze vyčíst, že ředitel ústavu podával v každém měsíčním raportu zprávy o pěkných výsledcích léčby profesorovi, od kterého přístroj na elektrizování nemocných zakoupil. O pěkných výsledcích léčby se však podle Kneidla hovořit nedá. Nemocní měli z elektřiny takový strach, že bylo možno k terapii přinutit, „pouze nemocné úplně blbě“. V raportu o efektivitě elektroléčby jsou navíc další zářející skutečnosti: „Jako zvláštní úspěch elektřiny se ve zprávě z měsíce září a října popisuje, že jistého nemocného nebylo

³³ Napadá mě vzpomínka na léčebné techniky bájného pastýře Melampoda, který léčil odvarem z čemeřice, jenž vyvolával „těžké průjmy a vůbec stavy, kdy má člověk dojem, že udeřila jeho poslední hodinka“ (Černoušek, 1994, s. 98).

možno jinak probuditi z hlubokého bezvědomí (komatu) než jedině elektřinou.“ (Kneidl, in Heveroch, Frabša, 1926, s. 38).

Elektroléčba se tehdy prováděla tak, že nemocný vzal do každé ruky kovové držadlo, spojené šňůrou s aparátem (Vencovský, 1983, s. 122). Posouváním reostatu elektromagnetického přístroje byl elektrický proud zesilován nebo zeslabován (tamtéž).

Mimořádně zajímavé jsou údaje o tom, že se v ústavu léčilo také postupy, které bychom v dnešním slova smyslu chápali jako určitou psychoterapii. Tehdy psychoterapií lékaři rozuměli „zpracování“ nemocného umělými dialektickými obraty, pádnými, ne-li logickými řetězci“. To vše za účelem „rozdrcení posledních chorobných výstřelků, které zkřivovaly zdravý úsudek“. (Kneidl, 1926, s. 37). Léčba „psychickým působením“ však měla také zapříisáhlé odpůrce.

10. 6 Pražský ústav pro choromyslné do vzniku psychiatrické kliniky a první psychiatrické léčebny v Čechách

Nástupcem Dr. Riedela a zároveň odpůrcem léčby „psychickým působením“ byl somatik prof. Köstl (tamtéž). Za primariátu dr. Köstla byly zakoupena budova bývalého kláštera servitů Na Slupi (r. 1856) a pozemky a usedlosti zvané „Popelářka“ (1857) (Vencovský, 1957, s. 112). V pobočce Na Slupi byla zřízena pracovní kolonie, ve které nemocní pěstovali zeleninu, květiny, roubovali stromy, včelařili, nebo pracovali v obuvnické, tkalcovské, krejčovské či jiných dílnách (Vencovský, 1983, s. 124).

Významným rokem je rok 1861, kdy byl pražský ústav odevzdán do správy zemského výboru a přestal tím být závislý na Vídni (tamtéž). Zemský výbor v Praze nebyl tak štedrý jako Vídeň a popřál sluchu nejrůznějším pomluvám, které se o pražském ústavu šířily. Úřady např. Dr. Köstlovi vytýkaly, že „v Kateřinkách zřídil velkolepý palác a park s nádhernými exotikami“ a že nemocným předepisuje k jídlu rýžové nákypy, čokoládu a denně 178 porcí pečeného masa“. (Vencovský, 1983, s. 124-125; Bobíková, Svět podivínů a lidí nápadných, Magazín Práva, 30. 9. 2006, s. 30).

Pražský ústav byl dále rozšířen rovněž o budovy staré porodnice u Apolináře na Větrově, k čemuž došlo v r. 1875. Tehdy celkově pražský ústav sestával ze čtyřech budov: ze Starého domu (Ústav sv. Kateřiny), Nového domu (později psychiatrická klinika), pobočky na Slupi a pobočky u sv. Apolináře (Vencovský, 1983, s. 126, srov. Kneidl, 1926, s. 43).

Dr. Hraše se o posledně jmenované pobočce vyjadřuje kriticky. Uvádí, že „pobočka u Apolináře se pro porodnici nehodila a nehodí se ani pro asylaci duševně nemocných.“ (s. 83). Celkově měl pražský ústavní komplex tedy přibližně 800 lůžek (Vencovský, 1983, s. 126). Přesto však byla kapacita budov, z nichž ústav sestával, nedostatečná.

Proto se přikročilo k otevření ústavu mimo Prahu, a to v Kosmonosích u Mladé Boleslavi. Ústav v Kosmonosích pak fungoval jako filiálka ústavu pražského a přijímal pouze nemocné odeslané lékaři z Prahy^{xxxiii} (Vencovský, 1987, s. 48). Byl zřízen v budově bývalého piaristického kláštera, jenž krátkou dobu (na konci 18. stol.) fungoval také jako textilní továrna (Pankratz, in Heveroch, Frabša, 1926, s. 116). Do kosmonoského ústavu „byli posíláni skoro výhradně nemocní nevyлéčitelní, z nichž část trpěla též chorobami tělesnými“ (tamtéž). Později se od pražského ústavu původní pobočka v Kosmonosích úplně osamostatnila (r. 1897). (Vencovský, 1957, s. 125).

Dalším ústavem mimo obvod Prahy byly Dobřany, které byly vybudovány z rozhodnutí zemského sněmu království Českého v západních Čechách.

V provozu byly od r. 1880 a zpočátku disponovaly lůžkovou kapacitou 600 míst (Vencovský, 1957, s. 131; podobně též Pankratz, 1926, s. 130).

Ve srovnání s ostatními českými zemskými ústavami pro choromyslné měl dobřanský ústav poněkud odlišný ráz. Pankratz uvádí, že mu tento zvláštní ráz dodávaly hlavně jeho nádherné, místy až lesnaté parky, sady a zahrady. „Návštěvník má spíš dojem, jako by byl v útulných lázních a lesnaté krajině než v ústavu pro choromyslné.“ (Pankratz, in Heveroch, Frabša, 1926 s. 151).

Ještě na konci 19. stol. byl dobřanský ústav počítán k moderním a pozoruhodným institucím. Pochvalně se o něm prý vyjádřil také J. Tucker. Hraše zmiňuje, že Tucker byl australský psychiatr, který měl uloženo prostudovat ústavy pro choromyslné v Americe a v Evropě (s. 83). Ve svém cestopise zhodnotil dobřanskou léčebnu takto: „The institution is excellent condition and admirably manager and conducted.“ („Ústav je ve výborném stavu a je skvěle spravován i veden“) (in Pankratz, 1926, s. 149).

Velmi smutným, avšak zajímavým úsekem dějin dobřanského ústavu, je doba německé okupace (Vencovský, 1983, s. 145). Českým lékařům tehdy byla dána ihned po zabrání Sudet výpověď a na jejich místa byli dosazeni lékaři němečtí. S dobřanským ústavem jsou spjaty rovněž události osudné noci ze 16. a 17. dubna 1943, kdy Američané léčebnu bombardovali, protože Němci tehdy označili signálním znamením nejen kasárny, ale také léčebnu. „Během náletu prchali nemocní v panice z ústavu do polí, kde byli v příštích dnech nalezeni zcela

vysílení.“ (Vencovský, 1983, s. 145). Při bombardování zahynulo asi 360 duševně nemocných a stovky byly zraněny. Navíc shořely chorobopisy nemocných z dřívějších let (tamtéž). Léčebna se ze vzniklých škod vzpamatovávala jen velmi těžko a hluboký otřes z katastrofy pochopitelně odnášeli také chovanci. Část z nich žila po bombardování a následném opuštění léčebny ve věznici na plzeňských Borech. Zde někteří z nich leželi pro nedostatek místa na chodbách a žili v katastrofálních hygienických podmínkách. Z Borů se pak přestěhovali zpět do Dobřan,^{xxxiv} ovšem pouze do provizorně vystavěných baráků ze dřeva (Vencovský, 1983, s. 146).

Ke stínům dobřanské léčebny patřila její přeplněnost. Výše jsem uvedla, že byla vystavěna pro 600 pacientů. Již v roce 1915 (válečná léta) dosáhl stav nemocných v léčebně až 1979 pacientů, ačkoliv normální obložnost byla tehdy 1755 (Michálek, Pohyb a měna nemocných v zemských ústavech pro choromyslné v letech 1898 – 1922, tabulka VII., in Heveroch, Frabša, 1926). Pankratz dokonce uvádí, že v době přeplnění bývalo v ústavu i přes 2000 nemocných (in Heveroch, Frabša, 1926, s. 149). V roce 1980 bylo umístěno v léčebně až 1800 nemocných, což je ve srovnání s původními šesti sty až 3x více! (Vencovský, 1983, s. 147).

K mimopražským ústavům přibyly do konce 19. stol. ještě Opařany u Tábora, které byly otevřeny po nutných adaptacích bývalého jezuitského kláštera (Vencovský, 1957, s. 132). „Po osamostatnění od pražského ústavu tam byly umístovány výhradně slabomyslné děti“ (tamtéž).

K Opařanům přibyly ještě Horní Beřkovice. Ústav byl zřízen v bývalém černínském zámku a fungoval jako pražská pobočka. Od jeho zřízení v r. 1891 v něm přebývaly chronicky duševně choré ženy. Později se Horní Beřkovice ze závislosti na pražském ústavu podobně jako Opařany zcela vyvázaly (r. 1919) (Vencovský, 1987, s. 51).

10. 7 Česká psychiatrická klinika v Praze a její slavní lékaři

Skutečností významnou a podstatnou, která se dotkla mnoha choromyslných i do budoucnosti bylo otevření samostatné české psychiatrické kliniky v Praze. Předpokladem pro její otevření bylo již zřízení české university v Praze r. 1882. Hned dva roky poté se začalo uvažovat také o vybudování české kliniky psychiatrické, kde by mohla být psychiatrie pěstována vědecky.

Údaje zaznamenané Vencovským naznačují, že klinika zpočátku nebyla příliš dobře zařízena, protože bylo k dispozici málo finančních dotací od rakouské vlády (1953, s. 156).

Zbudovaná psychiatrická klinika byla umístěna v Novém domě a rozdělena na část českou a německou (česká byla v přízemí). Dr. Hraše se vyjadřuje o budově Nového domu, kde byla klinika umístěna, takto: „V době, kdy byla budova svým účelům odevzdána, platila ovšem za velkou psychiatrickou vymoženost. Dnes lze však tvrditi, že stavba byla jen potud účelná, že zde byly pro nemocné zřízeny světlé a vzdušné ložnice a že bylo také pamatováno na odluku nemocných rušících a nespolečenských přičleněním zvláštních křídel po obou stranách hlavní budovy... Dějiny ústavnictví pro tyto nemocné ukazují totiž celým svým pragmatickým vývojem snahu, aby ústavy staly se nemocnicemi. Těmto nevyhovuje však Nový dům ani v principu ani v detailech a stav ten byl zde již v letech šedesátých minulého stol., kdy ústav přešel ze státní správy do správy zemské.“ (Hraše, s. 82).

V činnosti byla psychiatrická klinika od r. 1886. „Rokem 1886 tak začalo nové období ve vývoji české psychiatrie, a to období klinické.“ (Vencovský, 1987, s. 51; též 1953, s. 134). Prvním českým profesorem psychiatrie v Praze se stal Dr. Benjamin Čumpelík (přednášel od r. 1886-1891) (Vencovský, 1957, s. 141-142). Jeho pozdějšími nástupci byli druhý profesor psychiatrie na české lékařské fakultě Bohuslav Hellich a třetí profesor psychiatrie Karel Kuffner (1858-1940) (Vencovský, 1957).

Obzvláště osobnost Kuffnerova měla pro českou psychiatrii zásadní význam. Pod vlivem Kuffnera bylo totiž české choromyslnictví orientováno v duchu biologickém a přísně vědeckém. Kuffner chápal veškeré psychopatologické projevy jedinečně materialisticky, tzn., že si zakládal na zkoumání organického a fyziologického podkladu psychóz. V tomto duchu napsal také svoji studii „O patologické anatomii psychóz“ (vyšla r. 1891).

V ní publikoval přesvědčení, že „není vyloučena možnost, že existují při psychózách přece jen hmotná porušení, avšak tak jemná, že na jejich choulostivost naše posavadní vědecké výzkumné metody jsou příliš nejpny.“ (in Vencovský, 1957, s. 153). Mezi jeho knihami vyniká hlavně první česká psychiatrická učebnice jménem „Psychiatrie pro studium i praktickou potřebu lékaře“ (Vencovský, 1987, s. 70) (všeobecná část uč. vyšla r. 1897, speciální r. 1900).

Červenou nití Kuffnerovy tradice je úsilí o to, aby se „psychiatrie nikdy nestala doménou čistě spekulativní psychologie.“ (Vencovský, 1987, s. 72). Ke Kuffnerově zásluhám patří m. j. zdokonalení psychiatrické kliniky stran zřízení histologické a biologické laboratoře, klinické knihovny a stran zavedení organizačního pořádku (Vencovský, 1957, s. 157).

Není bez zajímavosti, že mezi Kuffnerovy žáky patřil např. objevitel krevních skupin Jan Janský. Poměrně překvapivé pro mě bylo zjištění, že Janský byl přiveden k objevu krevních skupin v souvislosti se snahou prozkoumat aglutinační a hemolytické vlastnosti sera psychotiků (Vencovský, 1987, s. 101).

Kuffnerovým krátkodobým asistentem byl také prof. Heveroch, který se s ním však rozešel a založil II. psychiatrickou kliniku, která fungovala souběžně s klinikou Kuffnerovou. Po smrti prof. Heverocha však II. psychiatrická klinika zanikla (Vencovský, 1957, s. 164). Prof. Heveroch je zajímavý tím, že „velmi zdůrazňoval význam psychologie pro psychiatrii a nutnost filosofického myšlení nejen pro psychiatrii, ale pro lékařství vůbec.“ (Vencovský, 1987, s. 93).

Po Kuffnerovi řídil pražskou psychiatrickou kliniku Kuffnerův žák prof. Mysliveček (s. 75). Na pražské klinice působil od r. 1930. Z jeho popudu zde byly prováděna insulinová šoková léčba a později i léčba elektrickými šoky (Vencovský, 1987, s. 102). Při vzniku duševních chorob zdůrazňoval úlohu mozku. Vůči psychoanalýze byl nanejvýš kritický (Vencovský, 1987, s. 106). V Myslivečkově odkazu pokračovali jeho žáci, např. doc. Jan Prokop, prof. Vencovský³⁴ a doc. Nevole.

K žákům profesora Heverocha patřil např. prof. Vladimír Vondráček (obr. 11.), který nastoupil trvale na psychiatrickou kliniku u prof. Myslivečka až ve svých 50 letech. Od r. 1958 do r. 1970 kliniku jako její přednosta vedl. (Vencovský, 1987, s. 126). Prof. Vondráčkem byla habilitována celá řada významných českých psychiatrů, mezi nimi např. prof. Dobiáš, prof. Študent, prof. Janík, prof. Hanzlíček, prof. Mečíř a další. Habilitovaným žákem prof. Janíka byl doc. Karel Dušek, u něhož byl habilitován Dr. Baštecký, Dr. Karel Chromý a Dr. Cyril Höschl (Vencovský, 1957, s. 168). Zvláště Cyril Höschl je v současné době znám jako významný odborník a rovněž výtečný popularizátor psychiatrie.

³⁴ * v Prostějově r. 1908. Od r. 1934 se začal soustavně věnovat psychiatrii na neuropsychiatrickém oddělení prof. Janoty v nem. Na Bulovce. Chtěl přestoupit na psych. kliniku Z. Myslivečka. Protože byla tehdy Karl. uni. zavřena německými okupanty, odešel do městské nemocnice v Plzni, kde bylo v r. 1942 zřízeno samostatné oddělení pro neuropsychiatrii. Od r. 1951 byl přednostou samostatné psychiatrické kliniky při lék. fak. Uni. Karlovy v Plzni. Při klinice zřídil laboratoře, pedopsychiatrické oddělení, ambulanci pro děti a dospělé, klinickou knihovnu, klinickou posluchárnu... Během svého působení v Plzni navázal blízkou spolupráci s PL v Dobřanech a vytvořil vlastní psychiatrickou školu. V červnu r. 1981 získal čestný doktorát medicíny na Humboldtově univerzitě v Berlíně za vědecké zásluhy v oboru klinické farmakopsychiatrie. Svoji badatelskou činnost zaměřoval na spec. psychopatologii, psychofarmakologii a na dějiny psychiatrie. Je jejím prvním českým historiografem (in Vencovský, 1983, s. 197-200). Se svojí manželkou založil nadaci, jejímž cílem je poskytovat finanční podporu studijně úspěšným, avšak nemajetným posluchačům lékařské fak. UK v Plzni.
+ r. 1999.

10. 8 Pražský ústav pro choromyslné v Bohnicích

Roku 1895 došlo ke zrušení celého komplexu pozemků, vlastně pracovní kolonie Na Slupech, kde měli duševně choří příležitost pracovat. Na vzniklém prostoru byly vystavěny univerzitní ústavy (Vencovský, 1957, s. 135). Zrušení pobočky Na Slupi a přeplněnost stávajícího ústavu spolu se změnami v nazírání na psychiatrickou ústavní péči o duševně nemocné, vedly ke zbudování nové psychiatrické léčebny (Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 103-104).

Podle slov pozdějšího vrchního ředitele Wallenfelse dominovala při zřizování nového léčebného ústavu „hlavně snaha poskytnouti duševně chorým zdravého pobytu a ošetření hovícího modernímu humánnímu nazírání.“ (in Heveroch, Frabša, 1926, s. 179).

Ústav byl otevřen r. 1908 (Hraše, s. 12). Výstavbou vznikl skutečně monumentální areál. V parkovém prostředí o rozloze 64 ha bylo rozmístěno na 100 budov. Srdcem areálu se stala administrativní budova a kostel sv. Václava (Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 104).

Jméno ústavu patří dosud k synonymům pro „blázinec“ či psychiatrickou léčebnu vůbec (Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 103). Na Plzeňsku platí za synonymum pro „blázinec“ psychiatrická léčebna v Dobřanech.

Od počátku existence bohnického ústavu se v něm využívalo práce jako léku, a to v nejrozsáhlejší míře (Wallenfels, 1926, s. 203). Pro pracující pacienty bylo určeno tzv. koloniální oddělení. To bylo vyhrazeno pro chovance pracující v ústavním hospodářství, zahradnictví, kancelářích nebo dílnách (Svobodný, Hlaváčková, s. 105). Kromě práce měli bohničtí pacienti možnost hrát v ústavní kapele (Wallenfels, 1926, s. 203). S bohnickým životem bylo neodmyslitelně spjata také divadlo (tamtéž).

Ředitelem léčebného ústavu se v r. 1909 stal velmi schopný Dr. Hraše (Heveroch, 1926, s. 82). Ústav za něj dosáhl skutečně vysoké úrovně.

Vedení ústavu neustále akcentovalo „humanitou prodchnuté pojetí“ péče o nemocné. „To kromě ošetření na lůžku majícím za cíl zklidnění zahrnovalo i „více hodin trvající lázně“, „spousty léků“, včetně již zmíněné pracovní terapie. (Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 105).

Z dat, které jsem objevila v tabulce zachycující údaje o poměrech obložení v jednotlivých ústavech, jsem zjistila, že Bohnice bývaly mnohdy, podobně jako jiné azyly, velmi přeplněny. V r. 1916 činil stav nemocných 2054 pacientů, přičemž normální obložnost byla 1809! (Michálek, 1926, tabulka č. VII). Svobodný a Hlaváčková uvádějí, že v roce 1924 pečovali o více než dvě tisícovky pacientů pouze 2 lékaři a 200 ošetřovatelů a zřízenců (1999, s. 105).

Jistě se na tom podílela skutečnost, že léčebna přijímala pacienty z mimopražských oblastí. Krušné poměry v ní panovaly pravděpodobně také za 2. svět. války, kdy zůstala jedinou léčebnou svého druhu v Čechách.

V 50. letech byla polovina ústavu zabrána pro potřeby armády (Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 106). Armáda areál považovala za strategický bod z hlediska protivzdušné obrany hlavního města (Komárek, Bohnice, Reflex, 21, 2007;

dostupné na: <http://www.reflex.cz/Clanek27526.html>). Vybydlené pavilóny léčebně předávala zpět až od druhé poloviny padesátých let (tamtéž).

Bohnice se později staly důležitým centrem vědeckého výzkumu. Vznikl zde Výzkumný ústav psychiatrický (r. 1961, první ředitel prof. Lubor Hanzlíček). (Vencovský, 1983, s. 135). Dnes je tento ústav Psychiatrickým centrem 3. Lékařské fakulty UK a funguje jako vysoce odborné pracoviště.

10. 8. 1 PL Bohnice dnes

Psychiatrická léčebna v Praze-Bohnicích je v současnosti druhým největším zařízením svého druhu v Evropě (větší je pouze ústav v polském Lvově).

Celý areál pojme 1300 pacientů. (Kovář, Psychiatrie na křižovatce, Reflex, 14/2004; dostupné na: <http://www.reflex.cz/Clanek15901.html>).

Vzhledem k používaným lékům a léčebným metodám jsou Bohnice srovnatelné s obdobnými nemocnicemi ve vyspělém světě. (Komárek, Bohnice, Reflex, 21, 2007; dostupné na: <http://www.reflex.cz/Clanek27526.html>). Na rozdíl od zahraničních institucí však v Bohnicích pracuje asi 3x méně zaměstnanců (tamtéž). Také výdaje na léčbu pacienta jsou 6x menší. Léčebna je tedy investičně zanedbaná a finančně podhodnocená.

10. 9 Nemocniční mimopražská psychiatrická oddělení

Odborná psychiatrická péče o duševně choré se pochopitelně nevyvíjela pouze v Praze, nýbrž také v ostatních městech. Velmi zajímavý je vývoj péče o choromyslné, který odráží mnohé o postavení duševně nemocných a způsobech zacházení s nimi, např. v Plzni. Když odhlédneme od kolosální západočeské léčebny v Dobřanech a zaměříme svoji pozornost na psychiatrická oddělení nemocniční, narazíme na pozoruhodná zjištění.

Málokomu je asi známo, že vůbec první lůžkové výhradně nemocniční psychiatrické oddělení vzniklo v Čechách již roku 1833 při nově vybudované městské nemocnici v Plzni (Vencovský, 1983, s. 141-142).

Nejednalo se o žádné obrovské oddělení (sestávalo jen ze dvou pokojíků se 4-6 lůžky pro psychotiky).

Ke konci 19. stol. byly pro nemocnici získány další objekty. V tzv. sladovně se vyčlenily 2 pokoje také pro choromyslné, čímž celkový počet lůžek nepatrně, ale přece jen vzrostl. Stará nemocniční budova stála v blízkosti dnešní plzeňské pivnice Na Parkánu.

Psychiatrické oddělení plzeňské nemocnice od počátku svojí existence spolupracovalo s léčebnou v Dobřanech (v provozu od r. 1880). Bylo jakousi „záchytkou“ či detašovaným pracovištěm, „odkud byli duševně choří odváženi v uzavřeném kočáře do Dobřan, nebo po krátké hospitalizaci propuštění do domácí péče, jednalo-li se o lehčí neurotický stav..“ (Vencovský, 1983, s. 143). Dnes jsou pacienti do Dobřan odváženi z kliniky sanitkou.

Stará nemocnice zanikla v době, kdy byla dána do provozu Fakultní nemocnice v Plzni (1900). Při Fakultní nemocnici bylo nejprve zřízeno neuropsychiatrické oddělení, které se později stalo základnou samostatné psychiatrické kliniky (1945) (Vencovský, 1987, s. 142). Od r. 1951 byl jejím přednostou Eugen Vencovský (tamtéž, s. 143).

Tato klinika dodnes funguje jako „záchytné“ pracoviště pro léčebnu. Sestává ze čtyř oddělení (A, B, C, D). Každé z nich přijímá různé pacienty v závislosti na jejich věku a typu i závažnosti psychických potíží. O tom, na kterém oddělení bude pacient hospitalizován, rozhoduje příjmový lékař. Při první hospitalizaci se zpravidla rozhodne, zda bude moci být pacient léčen na klinice a posléze ještě v návaznosti na nemocniční léčbu ambulantně, nebo se z něj stane podle závažnosti potíží dlouhodobější (někdy i doživotní) „klient“ psychiatrické léčebny v Dobřanech. Klinika disponuje asi 30 lůžky. Maximální doba pobytu pacienta je 3 měsíce.

Závěrečná reflexe o prvních institucích k léčbě duševně chorých a léčebných ústavech

Stádiem azylu míním období, v němž se vyvíjely první ústavy a psychiatrické léčebny. U nás první instituce k přechovávání choromyslných vznikaly na konci 18. stol., další ústavy a typické léčebny ve století 19. Tehdy získala psychiatrie institucionální povahu, která jí, odhlédnu-li od různých alternativních způsobů léčení moderní doby, zůstala až dodnes. Z obšírného popisu péče o duševně choré v prvních ústavech pro duševně nemocné bych chtěla vyvodit některé stěžejní závěry.

V prvé řadě je patrné, že celá řada zařízení pro choré v duchu vznikala z budov, které původně nebyly stavěny k léčebným účelům (podobně Matoušek, 1999, s. 45, 87; sr. Hraše, s. 80). Velmi často bývaly ústavy pro choromyslné zřizovány ve zrušených kláštorech, ve

starobyklých zámčích a rezidencích, které prvotně nebyly projektovány za účelem poskytování zdravotní péče.

Již ve spisu Dr. Hrašeho z poč. 20. stol. můžeme narazit na konkrétní údaje, které dosvědčují nepraktičnost, s níž byly první instituce k léčbě choromyslných stavěny: „Ústav pražský sestává ze starých dobově nestejně stavěných budov, které „Nový dům“ vyjímaje, byly původně jiným účelům věnovány, než ošetřování duševně nemocných, a z různých přístavů a přístavečků, které nepromyšleně, neprozíravě a technicky zaostale a nevhodně byly postupem doby v jeho celek vsunuty.“ „Sebe ostřejší pero ukáže se tupým k vyličení všech zde panujících disonancí. Zařízení a opatření, která mají zde sloužit k ošetřování nemocných, jsou políčkem ve tvář vymoženostem vědeckým, jsou paskvilem stanoviska doby a neslouží zemi ke cti. Oprava zde není možná, tříští se o nehybnost stavebního balvanu a o nevhodnost stavebních dispozic. Opravami vyhazují se jen peníze, poněvadž se jimi záplatuje celek zastaralý a neudržitelný. Třibící proces, který je zde nutný, může své správné východiště nalézt jen v novostavbě.“ (s. 80 a 81).

Praxe zřizování institucí a později léčeben pro psychiatrické pacienty v bývalých klášterních objektech i obytných rezidencích se táhne od doby panování Josefa II. přes průmyslovou revoluci až do dnešní doby.^{xxxv} Od počátku s sebou nesla, jak ztvrzují zjištěné údaje, potíže - objekty musely být pro potřeby léčeben složitě přestavovány. Často se jednalo o budovy, do nichž nebylo možné zasáhnout příliš radikálně, protože byly památkově chráněny.

Dnes se sice nové obrovské psychiatrické léčebny nezřizují, stále se však využívají ty staré, přičemž nejsou zdaleka na ústupu a jsou nakonec, po pravdě řečeno, nezbytně nutné. Ačkoliv se Česká republika dokumentem „Zdraví pro všechny ve 21. stol.“ zavázala snížit počet lůžek v psychiatrických léčebnách o 40%, „nikdo si neláme hlavu s tím, kam by pacienti reálně mohli odejít a proč.“ (David, Pokrytectví duševně nemocným nepomůže, Zdravotnické noviny, 2006, 55, 15, s. 19).

Projekt deinstitucionalizace psychiatrických léčeben se zdá být nepromyšlený. Jeho autoři a propagátoři neberou v úvahu fakt, že „v lůžkových zařízeních nejsou masově hospitalizováni pacienti léčitelní v ambulantních institucích“ (tamtéž). Z toho lze vyvodit, že v léčebnách jsou hospitalizováni především lidé, u nichž ambulantní forma pomoci nestačí. Adekvátnější je tedy otázka po zlepšování kvality ústavní péče a ne otázka ukvapeného rušení léčeben, které zlepšení kvality péče jistě nepřinese, ba dokonce mnohé zkomplikuje.

V souvislosti s léčebnami je třeba upozornit na několik stěžejních podstatných zjištění. Z doby svého vzniku si tato „svěrázná“ zařízení totiž nesou ještě další velmi závažná negativa.

V práci jsem odhalila praktiky a myšlenkové stereotypy ošetřovatelů i lékařů těchto ústavů z doby jejich vzniku (u nás i v jiných evropských zemích na konci 18. stol. a především v 19. stol.). V dějinách evropských azylů jsem zjistila, že instituce, v nichž byli psychicky choří umisťováni společně s praceneschopnými žebráky a dalšími, nesledovaly léčebný účel. Zprvu v nich byli choří společně s ostatními přechováváni, aby nebudili pohoršení žebráním, později byli využíváni jako doplňková pracovní síla.

Na mnoha příkladech jsem demonstrovala, že v pozdějších léčebnách vyhrazených pouze choromyslným k ošetřovatelům často patřili lidé, kteří dovedli choré v duchu pouze umravňovat dozorem a bitím, aniž by s nimi jakkoliv solidarizovali.

Často neměli pro práci s lidmi potřebné kompetence. Krutému způsobu zacházení s duševně nemocnými pochlebovali dlouhou dobu rovněž někteří lékaři, ať už to bylo způsobeno nesprávnými představami o fungování nervového systému či prostou lidskou krutostí.

Všechna tato zjištění je třeba v reflexích nad současnou ústavní psychiatrickou léčbou pečlivě zohledňovat, proto se budu v další části práce k historickému vymezení zacházení s duševně nemocnými lidmi neustále vracet.

Matoušek se domnívá, že myšlenkové stereotypy lidí, kteří v ústavech, mezi něž patří také psychiatrické léčebny, pracují dnes, se dají sledovat právě do hloubky 19. stol. (Matoušek, 1999, s. 45). V souvislosti s tím, věnuje celou stať osvícenskému dědictví soudobých ústavů. Upozorňuje např. na přehnanou byrokratizaci organizací a na několik stále se opakujících omylů - tzv. idolů, dle nichž je poskytování péče v těchto ústavech modifikováno (Matoušek, 1999, s. 45-47).

Při souhře negativních faktorů, které ovlivňují chovance ústavů nepříznivě, může dojít k tomu, že z ústavů lidé nakonec odcházejí ještě hendikepovanější než byli před vstupem do ústavní péče. Přes všechna negativa však není vhodné bezmyšlenkovitě ústavní instituce rušit, protože alternativní způsoby péče o vážně psychicky nemocné lidi v naší zemi nejsou dosud natolik rozšířeny (a někdy i zařízení), aby mohly pokrýt všechny potřeby všech potencionálních klientů. Na ústavy je však třeba klást stále vyšší a vyšší nároky. „Péče organizovaná tradičním a odosobněným způsobem, nemá budoucnost.“ (Matoušek, 1999, s. 23).

Masivní umístování duševně nemocných do léčeben bylo podporováno např. koncepcí Pinelovou. Již jsem uvedla, jak zvláštní význam spatřoval tento lékař (a mnozí další) v odloučení chorého člověka od domácího prostředí. V některých velkých koncernech určených k léčbě duševně nemocných lidí, byla péče organizována v pinelovském duchu: Duševní choroba v nich byla chápána jako důsledek nedostatku disciplíny jejího nositele. Takové chápání, které lze vydedukovat ze všech poznámek shrnutých v kapitole o postavení duševně nemocných v prvních francouzských azylech, vede ke snaze duševně choré chovance vychovávat a umravňovat. Duševní porucha však podle mé domněnky do rámce mravního selhání vůbec nepatří. Morální model duševních poruch považuji za krajně nevhodný a do jisté míry nebezpečný či přinejmenším rizikový.

Kolosální léčebny byly navíc zřizovány na kraji města a bývaly, podobně jako je tomu u některých z nich dnes, obehnaný zdí. Tento charakter ústavů kritizoval ve spojitosti s ústavem pražským (19. stol.) již australský psychiatr Tucker slovy: „Celek je ohrazen vysokou zdí a přes krásné zahrady upomíná na trestnici.“ (Hraše, s. 83). Dr. Jarolíněk poznamenává, že léčebny byly zřizovány popsáním způsobem proto, aby byla veřejnost ochráněna od „divných“ a potenciálně nebezpečných lidí (Je bláznivé být odlišný?, Esprit, 2002, 6, 11, s. 4).

V neposlední řadě bych chtěla zdůraznit, že provoz obrovských koncernů určených k léčbě duševně chorých, byl již od dob jejich vzniku nákladný (v souvislosti s Bohnicemi to připouští Dr. Hraše, s. 12). Nejinak je tomu dnes, neboť je prokázáno, že lůžko v léčebně je mnohem dražší než různé alternativní formy péče o duševně choré a léčebny jako celek jsou z finančního hlediska spíš zatěžující.

11. Inspirativní alternativa tradiční ústavní péče o duševně nemocné

Na konci 19. a na počátku 20. stol. spatřila světlo světa myšlenka, že v československé převážně ústavní péči o duševně choré chybí tzv. péče heterofamiliární. Píši však záměrně o myšlence, protože v českém prostředí „rodinná opatera“, třebaže zde měla nadšené zastánce a průkopníky, zrealizována nebyla. Její realizace se však zdařila v oblasti dnešního Slovenska (Hraše, 1916, s. 13; viz. kap. 11. 2. 2). Kromě nesporného léčebného a hospodářského významu poskytovala idea heterofamiliární péče naději na určité odlehčení přeplněným ústavům.

11. 1 Co je podstatou heterofamiliární péče („rodinné opatery“)?

- Jde o „mimoústavní ošetřování duševně nemocných v nevlastních (cizích) rodinách.“ (Šedivec, O tzv. heterofamiliární péči, Čes. a slov. Psychiat., 2002, 98, 7, s. 417).
- Nemocní jsou po dvou až třech dávání do ošetřování rodinám, které bydlí poblíž ústavu, za náhradu (Hraše, s. 68). Ta je ovšem mnohem menší než náklad na jejich ošetřování v ústavu (tamtéž).
- „Pěstouni“ zůstávají ve styku s ústavem, který svými orgány může kontrolovat průběh jejich ošetřování a dohlížet na ně (tamtéž).
- Přichází v úvahu u duševně chorých, jimž by prospělo léčení mimoústavní, nejlépe v prostředí rodinném (Hraše, 1916, s. 44). Často se však stává, že se těmto nemocným ve vlastní rodině nedostává vhodného zázemí, nebo neexistuje nikdo, kdo by se jich ujal (tamtéž). Právě tehdy by se mohla uplatnit pomoc ve formě „rodinné opatery“.

V dnešní době se zdá být tento zvláštní způsob zaopatřování choromyslných zajímavou alternativou tradičního ošetřování v psychiatrických léčebnách, proto bych se o něm ráda zmínila podrobněji.

11. 2 Dějiny heterofamiliární péče

Počátky tzv. heterofamiliární péče o duševně nemocné lze vystopovat již ve starověku. Nejstarším a také nejideálnějším způsobem ošetřování psychicky nemocných bylo zajisté ošetřování v kruhu rodinném (Šimsa, 1904, s. 25, podobně též Hraše, s. 69). Protože však těžce nemocní lidé neměli ve vlastních rodinách vždy příhodné podmínky k vyléčení ani k ošetřování, bývali umisťováni do rodin cizích, které se o ně staraly za odměnu (Šimsa, 1904, s. 25). Jedním z míst, kde fungovaly rodiny zařízené pro přijetí choromyslných lidí, byla řecká Antikyra u korintského zálivu (tamtéž).

Jsou hned tři důvody, proč existovaly rodiny, které se zaměřovaly na ošetřování duševně chorých právě zde: V Antikyře se nacházela zázračná svatyně a navíc zde rostla čemeřice, která byla prastarým prostředkem k léčbě psychóz (tamtéž). Třetím důvodem bylo, že zdejší obyvatelé měli nejspíš v zacházení s duševně chorými lidmi určité zkušenosti (tamtéž).

11. 2. 1 Heterofamiliární péče o psychicky nemocné lidi podle belgického vzoru

Významné stopy heterofamiliárního ošetřování lze nalézt také v raném a vrcholném středověku, odkud vedou až do současnosti. V příslušné části této práce (4. 2) jsem již poukázala na belgickou vesničku Gheel, kde vznikla ve spojitosti se sv. Dymphnou, patronkou choromyslných, zvláštní svatyně. K ní putovali duševně nemocní ze všech koutů světa v toužebném očekávání, že se jim zde dostane zázračného uzdravení (Hraše, s. 69). Poutníci se obvykle zdržovali v osadě déle, takže je domovští obyvatelé ubytovávali a za úplatu se o ně starali (Šedivec, O tzv. heterofamiliární péči, Čes. a slov. Psychiat., 2002, 98, 7, s. 417). Kolem svatyně Dymphny nakonec vznikla rozsáhlá osada, jejíž obyvatelé se zabývali a živilí výhradně ošetřováním choromyslných. (Hraše, s. 69). Jednalo se vlastně o kolonii, v níž duševně nemocní nacházeli útočiště a podporu. V Gheelu idea služby choromyslným nikdy nezanikla.

Heterofamiliární péče v nevlastních rodinách pochopitelně umožňovala duševně nemocným lidem žít v mnohem přirozenějším prostředí než je prostředí ústavní.

Po letech jejího provozování však „vypluly na povrch“ i určité stinné stránky. Dr. Hraše se domnívá, že byly způsobeny nedobrou organizací a nedostatečným lékařským i státním dozorem (1916, s. 45).

Negativa byla brzy zažehnána vydáním zákona v r. 1854, kterým se nařizoval lékařský dozor nad ošetřováním a navíc i zřízení nemocniční ústředny (Hraše, 1916, s. 45). V čele gheelské organizace tak stanul lékař ubytovaný v ústavu, který přiřazoval choromyslné do rodin (tamtéž, s. 46). Zároveň měl povinnost pacienta v ošetřovatelské rodině nejméně 2x do roka navštívit a vyšetřit (tamtéž, s. 46). Ošetřovatelské byty byly ve stálém spojení s nemocniční ústřednou a ošetřující rodiny dlely pod kontrolou centrálního ústavu. „Rodinné ošetřování belgické je tedy vlastně ústav se zvláštní organizací.“ (tamtéž, s. 46).

Do heterofamiliární péče mohli být zařazeni v podstatě všichni, vyjma nemocných násilných a pacientů se sebevražednými a erotickými skony (Hraše, 1916, s. 46).

Postup umístění nemocného do „rodinné opatery“ dle belgického vzoru fungoval takto (podle Hraše, 1916, s. 46): vybraní pacienti byli převáženi z jednotlivých belgických ústavů do ústředí v Gheelu a v Lierneux. Tam byli několik dnů pozorováni.

Poté byli předáni rodinám. V případě, že se v nich neosvědčili, vrátili se zpět do ústředí, kde byli ošetřováni až do doby než se je podařilo umístit do nové rodiny.

Koncem 19. stol. bylo zaopatřováno gheelskou heterofamiliární péčí asi 2000 obyvatel^{xxxvi} (údaj z Kuffnerovy učebnice Psychiatrie z r. 1897, in Šedivec, O tzv. heterofamiliární péči, Čes. a slov. Psychiat., 2002, 98, 7, s. 417). Na poč. 20. stol. bylo v obci ubytováno na 600 nemocných (Šimsa, 1904, s. 25).

Heterofamiliární péče („rodinná opatera“) nenechala chladné ani další evropské země. Její belgický prototyp byl v 19. stol. napodoben ve Francii (Dunsur Auron a Chinay-le-Chateau), ve Skotsku, v Itálii, i v Německu, ale také v Rusku a amerických státech (Šedivec, O tzv. heterofamiliární péči, Čes. a slov. Psychiat., 2002, 98, 7, s. 417; Hraše, s. 69).

11. 2. 2 „Rodinná opatera“ v Čechách a na Slovensku

V českém prostředí se začalo uvažovat o uskutečnění heterofamiliárního ošetřování už při stavbě zemského ústavu pro choromyslné v Dobřanech. (Hraše, s. 71; Hraše, 1916, s. 48). Nadšeným průkopníkem aktivace „rodinné opatery“ se stal Dr. Jaromír Mundy (tamtéž). Protože však tento lékař nevzal v úvahu, že heterofamiliární způsob zaopatřování choromyslných lidí nelze indikovat všem, tedy bez ohledu na to, jakou chorobou trpí, byl jeho návrh zcela odmítnut jako utopie (Hraše, s. 71).

Druhý pokus o realizaci heterofamiliární péče v Čechách proběhl rovněž v Dobřanech, a to v r. 1881 (Hraše, s. 71). Tentokrát pokus se zavedením „rodinné opatery“ ztroskotal proto, že v blízkém okolí léčebny nebyla nalezena ani jedna rodina, která by měla zájem o ošetřování duševně nemocného svěřence (tamtéž). Na ztroskotání „rodinné opatery“ se pravděpodobně podílela také nedostatečná propagační příprava (tamtéž).

Hodně praktických zkušeností s heterofamiliárním zaopatřováním duševně nemocných lidí měli v československém prostředí lékaři i ošetřovatelé psychiatrického oddělení při nemocnici v Nitře. Heterofamiliární péče byla aktivována v nedalekých obcích Gešť a Pohradnici v letech 1897-1951 (Šedivec, O tzv. heterofamiliární péči, Čes. a slov. Psychiat., 2002, 98, 7, s. 417). Pro rodinné ošetřování bylo celkově k dispozici 400 lůžek (Hraše, s. 13).

Nitranská nemocnice měla v obci, v níž byla „rodinná opatera“ realizována, svou budovu s koupelnami a sprchami pro potřeby nemocných (tamtéž). V příslušné obci se nacházel

rovněž byt dozorčího ošetřovatele a skladiště, z něhož se zaopatřovaným vydávaly šaty, obuv, prádlo a léky (tamtéž). Dr. Závodný, který se s úspěchem zasloužil o zorganizování nitranské „rodinné opatery“, o ní píše toto: „Nemocný, když je jen trochu schopen společenského styku, má téměř úplnou svobodu, těší se se svou pečovatelskou rodinou, chodí s ní na pole, do zahrad, do hor, do kostela i na zábavy, na poutě atd., aniž by si všímal toho, že je touto rodinou vlastně léčen.“ (Hraše, s. 14).

Při výběru vhodné rodiny hrálo roli shodné sociální postavení obou smluvních partnerů, jak chovance tak rodinných opatrovníků (tamtéž). Konkrétní požadavky musel splňovat také kandidát na zaopatřování: Ti, kteří byli předáváni do rodinné opatery, byli zpravidla schopni společenského styku a práce, takže v nich opatrovníci mívali užitečné pomocníky (tamtéž). Opatrovatelská rodina se smluvně zavazovala, že poskytne nemocnému čistou postel, stravu a že bude s dotyčným svěřencem zacházet jako se svým vlastním členem (tamtéž). Zároveň byla poučena o povaze choroby svěřeného člověka (tamtéž).

Přednosti heterofamiliární péče podrobně rozebral ve svých studiích „O potřebě prohloubení naší péče o duševně nemocné“ (1916) a „Aktuality naší péče o duševně nemocné“ (rok vydání neuveden) pokrokový lékař a první ředitel bohnického ústavu pro choromyslné Dr. Jan Hraše (1853-1935).

Postřehla jsem, že ačkoliv Hraše doceňoval léčebný význam ústavní péče, nezavíral oči také před jejími závažnými stinnými stránkami. Svoje postřehy dokázal výstižně formulovat.

V knize „O potřebě prohloubení naší péče o duševně nemocné“ jsem např. vyčetla, že si Dr. Hraše dobře uvědomoval rizikovost dlouhodobého pobytu člověka v ústavu, obzvláště jednalo-li se o ústav přeplněný (1916, s. 26).

V tomto ohledu lze kritiku Dr. Hrašeho nejlépe shrnout citátem: „Přeplnění brzdí činnost ústavu; je-li větší, zvrhne se jeho léčebná síla přímo v opak: co při normálních prostorových poměrech jest pro nemocné dobrodiním, jest pro ně při přeplnění poškozením.“ (Hraše, 1916, s. 38).

Prozíravý lékař poukázal také na škodlivost „represe“ a závadný vliv útlumu iniciativy u dlouhodobě hospitalizovaného člověka. Z některých dlouhodobě internovaných choromyslných se již stali, jak zmiňuje, „zazdění mniši“, „kteří pozbyli schopnosti k životu mimo ústav“ (Hraše, 1916, s. 39). Těmito slovy Hraše upozorňuje na riziko škodlivého vlivu dlouhodobého pobytu v ústavní instituci, pro které se dnes používá termín hospitalismus.

Jedná se o „stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky doprovázený snižující se schopností adaptace na neústavní, „civilní“ život.“ (Matoušek, 1999, s. 118).

Ze všech uvedených důvodů byl Dr. Hraše příznivě nakloněn k různým návrhům a projektům směřujícím k vylepšení péče o duševně choré, vlastně k její reformě. Jedním z navrhovaných reformních opatření bylo právě heterofamiliární ošetřování choromyslných lidí v cizích rodinách.

11. 3 Výhody heterofamiliárního ošetřování

„Rodinné opatery“ si Hraše cenil pro několik stěžejních aspektů: Prvním z nich byl její význam léčebný. Ten je nejlépe vystižen slovy Griesingerovými, která se stala krédem sjezdu o heterofamiliární péči r. 1904 v Antverpách: Tato péče „nemocným poskytuje, co jim nejkrásnější a nejlépe řízený ústav na celém světě poskytnouti nemůže: plnou existenci mezi zdravými, návrat z umělého a monotónního prostředí do prostředí společensky přirozeného, dobrodiní života rodinného“ (Hraše, 1916, s. 72; Šedivec, O tzv. heterofamiliární péči, Čes. a slov. Psychiat., 2002, 98, 7, s. 417).

Hraše spatřoval mimořádný přínos heterofamiliárního zaopatřování v okolnosti, že „nemocní, kteří v ústavech na nic nesáhnou a se jen nečinně povalují, dostanou v ošetřování chuť k práci, což jest jim na prospěch.“ (1916, s. 51).

Chovancům v tradičních zařízeních, kteří jsou vystaveni nepříznivým vlivům typického ústavního prostředí, je umožněno žít v soukromém, domáckém prostředí a zároveň zůstat pod odbornou kontrolou ústavu (tamtéž, s. 53).

K dalším přednostem „rodinné opatery“ patří její „nákladná úspornost“ (Hraše, s. 73). Dr. Hraše uvádí, že výdaje na familiární zaopatřování jsou nižší než na ošetřování v mateřských ústavech (s. 73, s. 68). Platí také, že je ošetřování v nevlastní rodině „poměrně rychle proveditelné bez obětování milionů na stavbu ústavu a jeho zařízení.“ (Hraše, s. 73).

Kromě finanční úspornosti přinášela heterofamiliární mimoústavní péče nadějnou vyhlídku na vyváznutí ústavů ze stálé přeplněnosti (Hraše, s. 75).

11. 4 Pokus o realizaci rodinné opatery v psychiatrické léčebně Praha-Bohnice

Prereformně zanícený lékař nezůstal pouze u slov. Heterofamiliární péči se snažil realizovat při budování bohnického ústavu (Šedivec, O tzv. heterofamiliární péči, Čes. a slov. Psychiat., 2002, 98, 7, s. 417). Za ústavním areálem nechal dokonce vystavět několik domků, kde měly spolu se svěřenými duševně nemocnými pacienty bydlet jejich opatrovatelské rodiny (Hraše, 1916, s. 49). Ve své studii však Dr. Hraše se zklamáním uvádí, že „vesnička byla bez jakékoli motivace určena pro jiné účely“ (tamtéž, s. 49). Vysvětlení nezdaru „rodinné opatery“ choromyslných v pražských Bohnicích jsou pouze hypotetická, protože jsem v prostudované literatuře přímé zdůvodnění nikde nenalezla.

Je pravdou, že se někteří odborníci k heterofamiliární péči stavěli poněkud zdrženlivěji^{xxxvii} (Šedivec, O tzv. heterofamiliární péči, Čes. a slov. Psychiat., 2002, 98, 7, s. 417).

Na určité limity snad propagátoři „rodinné opatery“ mohli narazit v oblasti ekonomické. V rozporu s názory Dr. Hraše se lze totiž setkat s tvrzením, že rodinné zaopatřování není lacinější než v ústavech (Šimsa, 1904, s. 25). Řada potíží pravděpodobně vznikala také ve spojitosti s vyhledáváním vhodných rodin. Na jednom místě své studie také Dr. Hraše uvedl, že rodinnému ošetřování je na závalu hlavně okolnost, že se veřejnost nemocných bojí (s. 71).

11. 5 Heterofamiliární péče jako efektivní alternativa tradiční kustodiální péče v psychiatrických léčebnách?

Heterofamiliární péče dnes sice patří historii, někteří odborníci však píšou o prospěšnosti jejího znovuoživení v budoucnosti (Matoušek, 1999, s. 79). Významné přednosti rodinného opatrovnictví Matoušek shrnuje takto: „Cizí rodina, která si pacienta vezme dobrovolně do své péče a která je poučena o povaze jeho nemoci a instruována, jak se k němu chovat, je pro pacienta jistě vhodnějším prostředím než neosobní ústav a velmi pravděpodobně tolerantnějším prostředím než jeho vlastní rodina vyčerpaná pokusy o normalizaci pacientova chování a alergická na projevy jeho onemocnění“ (tamtéž, s. 79).

Pokládám za velkou škodu, že se v naší zemi projekt „rodinné opatery“ neujal. V jeho zavedení spatřuji důležitou výzvu pro dnešní i budoucí lékaře, psychology, sociální pracovníky i pracovníky pomáhajících profesí. Domnívám se, že před pokusem o jeho aktivaci by měla proběhnout osvětová kampaň. Je otázkou, zda by projekt mohl fungovat na bázi dobrovolnictví, či zda by rodiny, které se do něj zapojí, získávaly určitou sociální

podporu od státu. Myslím, že by bylo vhodnější umisťovat do opatrovatelské rodiny raději 1 chovance než hned 2 či 3, jak původně zamýšlel Dr. Hraše (s. 68).

Při všech reflexích je třeba vzít v potaz, že „v současné době by snaha o zavedení „rodinné opatery“ narazila především na vysokou zaměstnanost žen.“ (Matoušek, 1999, s. 79). Jako běžná dobrovolnická aktivita by přicházela v úvahu v ekonomicky silných evropských zemích, kde stále přibývá žen, které zůstávají s dětmi v domácnosti až do jejich 15 let. V této době i jindy se mnohé z nich zapojují do rozličných dobrovolnických aktivit právě ve prospěch hendikepovaných. (tamtéž).

12. Osudy duševně nemocných lidí ve 20. stol.

Úvodní stručné shrnutí dosavadních poznatků

V předchozích kapitolách této práce jsem naznačila, jak se v průběhu jednotlivých období dějin lidstva měnilo vnímání duševně nemocných bytostí. Do 18. stol. se uplatňovala magická a religiózní interpretace psychopatologických projevů. Ve středověku existovali z dnešního pohledu duševně nemocní lidé, kteří byli označeni za posedlé. Někteří z nich zemřeli v plamenech.

V jakémsi vědeckém disentu vůči magickým interpretacím se postupně konstituovaly medicínské modely chápání duševních chorob. Zjistila jsem, že se lékařský model duševních poruch, který je charakteristický snahou najít za mnohdy bouřlivými projevy psychopatologie organické podklady, dostává ke slovu v 18. a 19. stol. Bylo tomu tak díky obrovskému rozvoji přírodních věd (Jarolímek, Je bláznivé být odlišný? *Esprit*, 2002, 6, 11, s. 4; podobně též Dörner, 1999).

Religiózní interpretace symptomů, které dnešní odborníci hodnotí jako psychopatologické, nevymizela ani na konci 19. stol. U některých bytostí, které jsou zkrátka očima dnešních lékařů a někdy i laiků pokládány za duševně nemocné, k takovému vnímání v době, kdy žily, překvapivě nedocházelo. Ba naopak – tyto bytosti byly za své projevy ve své době uctívány, a měly (a dosud mají) na věřící lidi doslova fascinující vliv. Napadá mě např. tajemná dívka Bernadetta, které se dostalo v jeskyni na břehu řeky Gávy většího počtu zvláštních vidění. Jednalo se o vize jakési mladé, krásné paní (Panny Marie),^{xxxviii} která prý s dívkou komunikovala. Lurdy, kde se Bernadetta narodila (1844), se pak staly jedním z nejvýznamnějších poutních míst v historii křesťanství a Bernadetta byla kanonizována.

Domnívám se, že dívka zakoušela osobité náboženské zkušenosti, ale je pravdou, že někteří odborníci z řad psychiatrů nahlízejí její vize a specifické prožitky jako symptomy psychopatologické. Např. Dr. Jarolímek Bernadettina vidění a slyšení Panny Marie pokládá za sluchové a zrakové halucinace (Je bláznivé být odlišný? *Esprit*, 2002, 6, 11, s. 4).

Klasifikování různých projevů coby projevů duševní nemoci se datuje až na počátek 19. stol., kdy Johann Reil (1759-1813) ve svém pojednání „Rapsodie o duševních nemocech“ použil pojem „psychiatrie“³⁵ (1804 či 1808). (Černoušek, 1994, s. 12). Dopomohl tím ke vzniku nového medicínského oboru. (tamtéž).

Každá země si vytvářela svůj vlastní model psychiatrie a v každé zemi byly pro její pozvolné vznikání jiné podmínky. Podrobně jsem zanalyzovala, jak se na zrození psychiatrie jakožto vědy podílel např. francouzský lékař Philippe Pinel. Ten místo klecí a okovů ordinoval svým nemocným léčbu prací a organizoval promyšlený léčebný režim. Rozebrala jsem situaci duševně chorých lidí v Anglii a zabývala jsem se rovněž vývojem péče o choromyslné v Čechách.

Osudy duševně chorých lidí v 19. stol. je třeba i po vzniku psychiatrie jako vědy nahlížet ambivalentně.

Na straně jedné jsem odhalila, že duševně choří bývali podrobováni nejrůznějším drastickým způsobům „léčby“ (rotace na otáčivé židli, sprchy, „provlékání provázku pod kůži“, svěrací kazajky, pálení šíje nebo krčního obratle rozžhaveným železem atd.). Drastickými metodami léčby měli být pacienti za každou cenu „protrýznění“ k rozumu (Dörner, 1999, s. 285).

Ukázala jsem také, že s rozvojem psychiatrie jakožto vědy sílily tendence po izolování duševně chorých bytostí ve speciálních ústavech, tedy v „kolosálních psychiatrických léčebnách“.

Na straně druhé byly uskutečňovány promyšlené reformní snahy, mnohdy velmi podnětné (J. Conolly, pol. 19. stol.). Kromě drsných léčebných metod byly pochopitelně užívány metody „měkké“ a lidské. K léčebným prostředkům, z nichž tyto metody sestávaly, patří např. řádná životospráva, léčba ve vzdušném a zdravém prostředí, léčba klidem na lůžku a vodoléčba (Šimsa, 1904, s. 15). V hydroterapii se upouštělo od studených stříků ve prospěch teplých lázní (Šimsa, 1904, s. 16). Zdůrazňoval se význam zaměstnávání nemocných, což se projevilo ve zřizování hospodářských kolonií při ústavech (tamtéž, s. 17). Z farmak bývaly užívány léky proti nespavosti a prostředky ke tlumení rozčilení či k úlevě od případných

³⁵ Reilovo dílo se přesně jmenovalo Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen (Chvála užití psychologických léčebných metod u duševních poruch, z r. 1803) (Porter, 2001, s. 550).

Psyché – řec. duše, duch, rozum, mysl (Prach, 1998, s. 575); iatros – lékař, záchránce (Prach, 1998, s. 263). Psychiatrie – „Lékařská věda zabývající se diagnostikou, prevencí a léčbou duševních chorob.“ (Enc. Diderot, heslo „psychiatrie“). „Pojednává o příčinách, diagnostice, léčení a prevenci duševních poruch.“ (Höschl, 1996, s. 3).

somatických neduhů (tamtéž). Hlavním pravidlem pro zacházení s nemocnými měla být přívětivost, trpělivost a soucit (tamtéž).

Prokázala jsem, že se tyto snahy, v nichž bylo akcentováno, že je třeba s duševně chorým člověkem zacházet nanejvýš humánně, promítaly také do péče o choromyslné v Čechách (přístupy dr. Riedela v ústavu U Sv. Kateřiny a v „Novém domě“).

Úděl duševně chorých bytostí se zlepšil, jak se lze alespoň teoreticky dočíst, také v oblasti práva. V pol. 19. stol. již byly ve většině západních zemí přijaty zákony, které do jisté míry narušovaly neprůhlednost ústavní péče. Pokud měla být otevřena nová psychiatrická léčebna, bylo zapotřebí získat povolení k provozu. V ústavech byly rovněž prováděny pravidelné kontroly (Duinová, Sutcliffová, 1997, s. 73). Od r. 1843 byla povolena obhajoba s přihlédnutím k vážné duševní nemoci obžalovaného (tamtéž).

12. 1. Pojednání o stěžejních směrech, jimiž se ubíral vývoj psychiatrie od konce 19. stol. a ve 20. stol.

V 19. stol. došlo k fascinujícímu objevu, který se týkal luetické (spirochetální) infekce. Jí se vysvětlovala podstata tehdy velmi rozšířené progresivní paralýzy (Dörner, 1999, s. 285). Dosah objevu musel být ohromný, protože psychiatrické léčebny byly dosti obloženy právě paralytiky.³⁶ V souvislosti s euforií z odhalení infekčního původu vážných psychiatrických symptomů při progresivní paralýze, „bylo nasnadě hledat u všech duševních nemocí organické nálezy a příčiny“. (Dörner, tamtéž).

Tradiční německá psychiatrie se zužovala na somatické aspekty duševních chorob natolik, že začala být nesena sebevědomým heslem - „Duševní choroby jsou v podstatě choroby mozku.“³⁷ (Porter, 2001, s. 551; Höschl, 1996, s. 5).

Jedna skupina odborníků („neurovědecká“) od konce 19. stol. zaměřovala svoji pozornost na mozek a na nervy. Jejich poznatky vyplývají ze zkoumání anatomické, mikroskopické i funkční stránky mozku (Zvolský, Mečíř, in Zvolský a kol., 2001, s. 13). Usilovali o odhalení případně existujících, objektivně popsatelných a prokazatelných jevů, v nichž tkví podstata

³⁶ Např. pražský Tollhaus byl na konci 18. stol. dle slov Dr. Hrašeho ihned po otevření postoupen péči o následky prostituce, s. 10.

³⁷ Jde se o tezi zakladatele německé vědecké psychiatrie W. Griesingera (1817-1868). K predispozicím a spouštěčům psychických nemocí G. řadil dědičné faktory, mozkové záněty, anémie, poranění hlavy a akutní hořčnatá onemocnění. Kromě toho však uváděl i „psychické příčiny“. Při ošetřování chovanců se zasazoval o uplatňování zásad anglického „no-restraint“ hnutí. Zdůrazňoval souvislost psychiatrie a neurologie a prosazoval zakládání neuropsychiatrických klinik. Své myšlenky shrnul v díle z r. 1845 „Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten“ (Patologie a terapie duševních nemocí). (Porter, 2001, s. 551; Dörner, 1999, s. 284).

duševní nemoci. „Jsou přesvědčeni, že příčiny vážných duševních chorob budou vysvětleny abnormalitami neuronálních funkcí“ (Zvolský, Mečír, in Zvolský a kol., 2001, s. 13).

„Víra v somatický původ duševních poruch byla spjata s nadějami jak na budoucí vědecký výzkum, tak i na zvýšení důstojnosti pacientů, kteří byli svým onemocněním tradičně stigmatizováni.“ (Porter, 2001, s. 551).

K lékařům, kteří v otázce příčin duševních chorob zdůrazňovali hlavně biologickou a organickou stránku, patřili Emil Kraepelin³⁸ (1856-1926) a Eugen Bleuler (1857-1939). Kraepelinův odkaz se dodnes považuje za základ klasifikace hlavních psychických poruch (Zvolský, Mečír, in Zvolský a kol., 2001, s. 13). S jistými modifikacemi se v podstatě používá dodnes (tamtéž).

Kraepelin koncem 19. stol. vytyčil svůj koncept schizofrenie, a to tím, že „shrnul do jedné nosologické jednotky celou řadu psychických poruch považovaných do té doby za samostatné (katatonia, hebephrenia, paranoia apod.)“ (Vencovský, Dobiáš, 1976, s. 236; podobně též Zvolský, in Zvolský a kol., 2003, s. 69). Tuto jednotku nazval předčasná demence (tzv. „dementia praecox“) (tamtéž). Pro syndrom dementia praecox byl podle Kraepelina charakteristický časný vznik (v mladším věku), chronicita a velmi špatná prognóza (nezvratný vývoj k trvalé demenci) (Schizofrenie, Edukační program WPA, 2003; Zvolský, in Zvolský a kol., 2003, s. 69).

Později se však ukázalo, že je název dementia praecox nevyhovující. Onemocnění, pro která se používalo označení dementia praecox, nemusela ve všech případech vznikat v raném věku a vždycky končit takovým úpadkem osobnosti, aby se mohlo mluvit o demenci³⁹ (Vágnerová, 1999, s. 177; podobně též Vencovský, Dobiáš, 1978, s. 236).

Švýcarský neuropsychiatr E. Bleuler proto navrhl (r. 1911) nahradit termín dementia praecox termínem schizofrenie⁴⁰ (hovořil o „skupině schizofrenií“) (Zvolský, in Zvolský a kol., 2003, s. 69; Vágnerová 1999, s. 177). Oproti Kraepelinovi zdůraznil, že věk vzniku

³⁸ Ředitel univerzitní kliniky v Mnichově, kde založil první výzkumný ústav psychiatrie na světě (tzv. Forschungsanstalt) (Černoušek, 1994, s. 207). Podle prof. Höschla „začíná E. Kraepelinem a jeho diagnostickou soustavou psychiatrie v moderním pojetí“ (Höschl, in Janíček, 2004, s. 122). Kraep. od sebe oddělil schizofrenii, maniodepresivitu, deprese a neurózy (tamtéž). K jeho spisům patří např. „Lehrbuch der Psychiatrie“ („Učebnice psychiatrie“) (Enc. Diderot 2000, heslo: „Kraepelin“).

³⁹ Úbytek intelektových schopností, které již byly vytvořeny (Höschl, 1996, s. 16).

⁴⁰ dosl. fragmentovaná mysl, „rozštěp mysli“ (schizo-štěpit se; phren-rozum a myšlení). Rozštěp mysli je laicky chápán jako střídání různých osobnostních rolí u jednoho subjektu. Podstata schizofrenního prožívání je však mnohem složitější. Bleuler termínem schizofrenie myslel „rozštěpení mezi různými mentálními fcemi: mezi myšlenkovým obsahem a emoční odpovědí nebo motorickým chováním“ (Zvolský, in Zvolský a kol., 2003, s. 70).

poruchy může být různý a každý typ této choroby nemusí vést zákonitě k demenci (tamtéž, s. 69-70; Vágnerová, 1999, s. 177).

Symptomy schizofrenie jsou dle Bleulera primární: porucha asociací, (tj. myšlení); porucha afektivity (prožívání), ambivalence (protichůdnost pocitů), autismus (ponoření se do vlastního uzavřeného světa) a sekundární (Zvolský, in Zvolský a kol., 2003, s. 70). Sekundární příznaky Bleuler chápal jako důsledky příznaků primárních. Mínil jimi např. halucinace⁴¹ a bludy⁴² (tamtéž).

Na přelomu 19. a 20. stol. dostávají slovo také stoupenci druhého velkého psychiatrického směru. Rekrutují se z myslitelů, kteří při vysvětlování vzniku duševních poruch odhlíží od výzkumu mozku ve prospěch psychologických faktorů (Zvolský, Mečír, in Zvolský a kol., 2001, s. 12). Jejich reprezentanty je S. Freud (1856-1939).

Svou vědeckou dráhu začal Freud původně jako neurolog. Psychoanalytickou teorii⁴³ formuloval kolem r. 1895 (Fürst, 1997, s. 62).

„Všechny druhy psychoanalýzy hledají v nitru člověka drama probíhající mezi frakcemi jeho osobnosti⁴⁴ a chtějí toto drama přivést k rozuzlení“ (Matoušek, Potřebujete psychoterapii? 1999, s. 83).

Duševní stav člověka mohou podle Freuda ovlivňovat potlačené konflikty. Tyto konflikty, vlastně psychologické faktory a příčiny duševních nemocí, tkví v nevědomí.

Freud prokázal, že stojí za to, zabývat se jím a rozkrývat jeho obsahy.⁴⁵ Královskou cestou do nevědomí jsou sny. Cílem psychoanalytika snažení je dostat vytěsňené tendence do vědomí, aby jím mohly být lépe řízeny (Matoušek, 1999, Potřebujete psychoterapii? s. 85).

⁴¹ Vjemy bez vnějšího podnětu (Höschl, 1996, s. 19). „Člověk slyší, vidí, čichá, chutná, cítí něco, co neexistuje. Nejčastější jsou sluchové hal. ve formě hlasů, kt. komentují jednání nemocného, hovoří o něm, či mu nadávají nebo poroučejí“ (Praško a kol., 2001, s. 82).

⁴² Jde o jednu z kvalitativních poruch myšlení. Charakterizuje ji mylný obsah, nesprávné úsudky a chorobné přesvědčení (pocit pravdivé jistoty), které nelze rozumovými nebo praktickými důkazy vyvrátit nebo korigovat.“ „Vzniká chorobně jako „krystalizace“ psychotické poruchy.“ (Höschl, 1996, s. 14).

⁴³ Psychoanalýzu lze definovat jako „metodu léčby psychických poruch, jež vychází z teorie podvědomě potlačených konfliktů (zejm. sexuálních) a jejich vlivu na duševní stav a chování člověka“ (Encyklopedie Diderot, 2000, heslo „psychoanalýza“).

⁴⁴ Id-rezervoár pudové energie, řídí se principem slasti; Ego-Já, zprostředkovatel mezi ono a nadjá, řídí se principem reality; Superego-nositel fce soudce a vzoru, moralizující vrstva osobnosti, funguje na základě principu dokonalosti. (Fürst, 1997, s. 63-64).

⁴⁵ V pozadí všech neuróz jsou podle Freuda nevyřešené oidipovské komplexy (podvědomý erotický vztah syna k matce a dcery k otci, spojený se strachem z trestu - rodič stejného pohlaví je pociťován jako sexuální soupeř). (Matoušek, 1997, s. 106; enc. Diderot, heslo Oidipův komplex). Pacient může být vyléčen, „když znovuprožije své frustrace z dětství a mládí, když dostane do vědomí pozapomenuté, neuvědomované aspekty dřívějších rodinných vztahů.“ (Matoušek, tamtéž).

Od Freudovy psychoanalýzy se na konci 19. a hlavně ve 20. stol. odvíjí řada psychoterapeutických směrů (např. egopsychologie) (Zvolský, Mečtř, in Zvolský a kol., 2001, s. 14). Pojítkem všech typů psychoterapie je snaha ovlivňovat dušení poruchy psychologickými prostředky (slovem, mezilidskými vztahy, mlčením) (Höschl, 1996).

12. 2 Nové metody v léčení duševních chorob a společenské postoje k choromyslným lidem ve 20. stol.

Ve 20. stol. se při léčení duševních nemocí užívají rozličné terapeutické metody. Některé z nich jsou dosud laicky chápány jako poněkud kontroverzní a v řadě lidí vzbuzují strach (tzv. „elektrošoky“). Jiné se už z důvodu velkého rizika neefektivnosti zákroku vůbec neprovádějí (lobotomie). Další léčebné metody naopak přispěly k dramatické proměně situace duševně nemocných v pozitivní slova smyslu (farmakoterapie).

12. 2. 1 Šokové léčení duševních poruch

V této práci už jsem několikrát, např. v souvislosti s mýtickým Melampodem, který léčil šílenství podáváním odvaru z čemeřice, upozornila na prastarou snahu zvrátit nepříznivý duševní vývoj náhlým otřesem organismu. Konvulzivní (křečové) stavy vyvolával u svých pacientů už Scribonius Largus (1. stol. n. l.), který přikládal k hlavě nemocného parejnoka elektrického (Roubíček, 1946, s. 58; Styx, 2003, s. 71). Chtě nechtě tedy musím připustit, že tendence léčit duševně nemocného člověka vyvoláním šoku má v dějinách léčebného ovlivňování psychických nemocí dlouhou tradici.

Šok je odborně definován „jako náhlý a mocný otřes v organismu, jenž má za následek řadu komplexních biologických pochodů, které vedou k příznivému ovlivnění duševní poruchy“ (Vencovský, Dobiáš, 1976, s. 110).

Maďarský lékař Meduna vyvolával křečové záchvaty ve 30. letech 20. stol. nejprve nitrožilní aplikací kardiazolu (vodný roztok kafru) (Vencovský, Dobiáš, 1976, s. 111).

Od r. 1935 byla na základě objevu vídeňského psychiatra Manfreda Sakela používána k vyvolání hlubokého bezvědomí tzv. insulinová komata (Pavlovský, in Zvolský a kol., 2001, s. 132). Pacienty nejspíš tato léčba nebyla dobře snášena, jak dosvědčuje v dokumentu („A Brilliant Madness“, „Geniální šílenství“; 20. 12. 2006) slavný matematik a držitel Nobelovy ceny za teorii her John Nash (*1925).

Ten byl podrobován insulinovým komatům v době, kdy prodělával těžkou paranoidní schizofrenií⁴⁶ (5x týdně po dobu 42 dnů). Psychiatr Peter Weiden v dokumentu vysvětluje, že v pozadí léčby schizofrenie insulinovými komaty byla mylná domněnka. Podle ní se soudilo, že „schizofrenie je vlastně způsobena metabolickou poruchou, způsobem, jakým tělo reaguje na hladinu glukózy v krvi“ (Z dokumentu ČT „A Brilliant Madness“, „Geniální šílenství“; 20. 12. 2006, 17 : 15, ČT 2).

Tato dnes již definitivně opuštěná terapie spočívala v i. m. aplikaci vzestupných dávek krystalického insulinu až do dávky vyvolávající koma (Pavlovský, in Zvolský a kol., 2001, s. 132).

Sám John Nash v dokumentu hovoří o svých pocitech z podstoupené léčby takto: „Patřil jsem ke skupině lidí, kterým to dělali. Když to skončilo, šli jsme do parku nemocnice, kde jsme popíjeli cukrovou vodu a ubíjeli čas. Připadalo mi to jako týrání zvířat.

V době, kdy jsem byl v „trantonské“ nemocnici jsem se stal vegetariánem. Skoro jsem si myslel, že proti tomuto způsobu léčení by člověk měl bojovat.“

V dokumentu jsou zaznamenány rovněž pocity, které se zmocňovaly při pohledu na propuštěného Johna Nashe, jeho přítel: „Vypadal jako zmlácený a zlomený člověk. Bylo to pro nás strašně bolestné..“ (Herta Newman, žena jeho kolegy). Protože se Nash obával, že u něj došlo ke ztrátě paměti, žádal, aby jej doma navštěvovali přátelé z dětství a pomohli mu paměť obnovit.

12. 2. 1. 1 Terapie „elektrickým šokem“⁴⁷

Dodnes tolik diskutovaná elektrošoková léčba začala být zkoušena v Římě (r. 1938) italskými psychiatry Cerlettim a Binim poté, co zpozorovali křeče zvířat, omračovaných na jatkách před porážkou (Styx, 2003, s. 72).

V jiné publikaci jsem se však dočetla, že „léčba“ elektrickým proudem byla používána již během první světové války, a to ke znovuschopenění vojáků, kteří nebyli z důvodu hlubokého psychického otřesu s to dále bojovat na frontě (Röder, Kubillus, 2000, s. 280). Ve svých raných počátcích tak bývaly elektrické šoky používány za účelem ukáznění a výchovy, tedy k cílenému obnovení bojeschopnosti (tamtéž, s. 44). Tehdy byla elektroterapie nazývána

⁴⁶ Ve filmu „Čistá duše“, kde je zachycen Nashův souboj s touto chorobou, lze např. vidět, jak byl tento slavný vědec dlouhou dobu nevyvratně přesvědčen, že jej pronásledují výzvědné služby, což nebylo pravdou. Myšlení Johna Nashe bylo tehdy narušeno bludy, které patří k typickým příznakům schizofrenie (Raboch, in „Co mohu pro sebe udělat... Schizofrenie I., dokument ČT, 15. 7. 2005, 16:20, ČT 2).

⁴⁷ V novější odborné literatuře se používá termín „elektrokonvulzivní terapie“ (ECT). (např. Faltus, in Zvolský a kol., 2001, s. 129-131). Tam, kde jsem narazila na původní název „elektrošoková léčba“ „elektrošoky“ „šoky“, se jej držím. Užívám jej rovněž jako všeobecně vžitě laické označení.

termínem „faradizace“ (používání nejednotného střídavého proudu k terapeutickým účelům) (tamtéž, s. 46).

Možná se tímto dotýkám jednoho z důvodů, proč jsou „elektrošoky“ dosud řadou lidí hodnoceny jako záležitost krajně nelidská. V podvědomí lidí je totiž nejspíš ukryt jakýsi úzkostný strach ze zneužívání elektrické stimulace mozku za účelem trestu, ke kterému v minulosti někdy skutečně docházelo (podobně Černoušek, 1994, s. 121).

Kromě toho, že se také ve 2. svět. válce používaly elektrošoky ke znovuoobnovení bojeschopnosti vojáků, jsou známy i případy, kdy byly elektrošoky používány v rámci ústavní euthanasie, aby se jimi přivodila smrt zabitím (Röder, Kubillus, 2000, s. 290). Tzv. elektroexekuce probíhaly v rakouském ústavu Gugging poté, co jimi psychiatr Dr. Emil Gelny (působil zde od r. 1943) rozšířil způsoby zabíjení k smrti odsouzených lidí (tamtéž, s. 275).

U nás se začala elektrokonvulzivní terapie k léčebným účelům provádět v letech 1940-1941 (prof. Matulay, Faltus in Zvolský a kol., 2001, s. 129).

Odborníci o „elektrošocích“ stále hovoří jako o velmi významné léčebné metodě. „Pokud je tato metoda správně indikována a správně provedena, je snad nejúčinnější metodou léčby v psychiatrii, která zachránila stovkám nemocných život“ (Höschl, 1996, s. 8-9).

Používá se především u stavů, které vyžadují rychlý terapeutický zásah – kdy je nebezpečí sebevražedného pokusu nebo je člověk nebezpečný sám sobě (např. odmítáním jídla) (Vencovský, Dobiáš, 1976, s. 118). Doc. Faltus uvádí, že se indikují především u duševních onemocnění, u nichž efekt farmakologické léčby nebývá často dostatečný (např. depresivní fáze cyklofrenie, některé formy schizofrenie, zejména stuporózní..) ^{xxxix} (in Zvolský a kol., 2001, s. 129). Laicky by se dalo říci, že na povrchu mozku při „elektrošocích“ proběhne něco jako elektrická bouře, která potlačí projevy duševní nemoci.

Je pravdou, že už v době největšího rozmachu léčby „elektrošokem“ se zákrok prováděl v modifikované podobě, tedy s cílem nemocného co nejvíce ušetřit (Styx, 2003, s. 73).

Za tímto účelem bylo zavedeno před zákrokem podávání prostředků ke svalové relaxaci. Později se začala provádět celková anestezie (tamtéž, s. 73). Platí tedy, že pokud jsou „elektrošoky“ aplikovány, děje se tak v narkóze a ve svalovém uvolnění.^{xl} Kritériem pro jejich použití je také informovaný souhlas se zákrokem. „Šoky“ pacientovi nelze aplikovat proti jeho vůli (Höschl, in Janíček, 2004, s. 143).

Přesto se proti „elektrošokům“ zdvihla velmi intenzivní vlna kritiky a v některých městech USA bylo jejich provádění úplně zakázáno (Höschl, 1996, s. 8). Málokdo však ví, že „desítky

a možná i stovky nemocných si platily drahé letenky do sousedních států unie, kde se dali „šokovat“, aby mohli vůbec dál žít.“ (tamtéž).

Odpůrci elektrošoků m. j. argumentují poukazem na nepřijatelné vedlejší účinky. Lze se dočíst, „že nárazy proudu do mozku usmrcují dráhy mozkových buněk a vedou k mohutným poruchám paměti“ (Röder, Kubillus, 2000, s. 277). Mluví se o „efektu vygumovaného mozku“ a o nanejvýš pochybném „terapeutickém úspěchu“ (Röder, Kubillus, 2000, s. 275 a 276).

Psychiatři ve svých studiích uvádějí, že k nejmarkantnějším nežádoucím účinkům po elektrokonvulzivní (ECT) terapii skutečně patří mnestické poruchy. Tyto poruchy však mají „reverzibilní (vratný) charakter a upravují se většinou během 3-6 týdnů po skončení terapie“ (Faltus, in Zvolský a kol., 2001, s. 130).

Ve veřejnosti budí používání „elektrošoků“ hrůzu a strach.^{xli} Tyto pocity podporují také literární svědectví o lidech, kteří „elektrošoky“ museli podstoupit.⁴⁸ Jistě existují i lidé, kteří se vlivem zkreslených představ o těchto léčebných metodách raději psychiatrii vyhýbají. Doložila jsem, že psychiatři naopak argumentují vysokou efektivností aplikace „elektrošoků“ a v odůvodněných případech (např. hluboká deprese, život ohrožující stavy..) je provádějí. Protože se jejich představy podložené odbornými znalostmi rozcházejí s představami laiků, pokládám za nutné, aby byla veřejnost o těchto závažných léčebných úkonech kvalitně informována. „Nejlepší prevencí všeho nedorozumění je zde osvěta.“ (Höschl, 1996, s. 8).

12. 2. 2 Lobotomie

K eticky velmi sporným metodám, které se používaly k léčení duševně nemocných od r. 1935, patřila tzv. lobotomie. Z hlediska soudobých bioetických zásad je naštěstí smutnou hudbou minulosti (Ondok, 2005, s. 117 a 118).

Jedná se o souhrnný název pro všechny chirurgické výkony, při nichž byla přerušena bílá hmota čelních laloků v mozku (Vencovský, Dobiáš, 1976, s. 124). V pozadí různě modifikovaných zákroků na čelních mozkových lalocích byla původně tzv. leukotomie, která je v dějinách medicíny spjata s portugalským psychiatrem E. Monizem a neurochirurgem A. Limou (tamtéž, s. 123).

K přetínání bílých vláken čelních laloků vyvinuli tito dva muži jehlicový instrument zvaný leukotom. „Nástroj se zaváděl do bílé mozkové hmoty frontálních laloků s cílem bilaterálně izolovat významné části frontálního kortexu...“ (Černoušek, 1994, s. 125).

⁴⁸ Např. román Kena Keseye „Vyhodíme ho z kola ven“, podle něhož natočil M. Forman film „Přelet nad kukaččím hnízdem“.

Laik by tato slova vyjádřil asi tak, že chirurgové přerušovali nervy spojující čelní laloky se zbytkem mozku.

Zpočátku lobotomie slavila veliké úspěchy a byla všeobecně přijímána s poměrně velkou euforií, protože se jejím prostřednictvím eliminovalo agresivní chování pacientů (Černoušek, tamtéž). V letech 1936-1949 bylo ve Spojených státech dokonce uskutečněno 10 706 takových operací (tamtéž, s. 126). Psychochirurgie zde měla také postaráno o poměrně dobrou reklamu – v populárně vědeckých časopisech kolovaly zvěsti o tom, že „lobotomie není horší než vytržení zubu“ a že „se jedná o operaci, která pročistí mozek.“ (tamtéž).

Postupně se však začala ohledně efektivity této psychochirurgické metody projevovat výrazná skepse bioetického charakteru – ti, kteří tuto operaci podstoupili totiž nezdědka přestali být sami sebou a stali se bezduchými poddajnými troskami.

Autoři Röder a Kubillus ve své stati o mozkové chirurgii uvádějí otřesné závěry: „Jestliže chirurgicky léčený pacient nezemřel ihned, pak ho čekala pomalá, trýznivá smrt. Jeho život byl v nejlepším případě srovnatelný s životem zcela apatické bytosti. Ze zuřivců se stávaly ovečky, potencionální sebevrazi si už nemohli vzpomenout ani na svoje jméno, natož na sebevražedné úmysly.“ (2000, s. 282). V podobném duchu o této metodě píše také psychiatři: „Nemocní se stávali bradypsychickými, apatickými, pasivními, nebyli schopni řešit komplexnější situace, měli sníženou kritičnost, byli bezstarostní, ztráceli své dřívější zájmy, nebyli schopni prožívat hlubší city, byli egocentričtí a občas podléhali náhlým impulzům. Někdy docházelo k poruchám pudů, event. k bulimii a neukojitelné žízni. Potřeba spánku mohla být zvýšená nebo snižena.“ (Vencovský, Dobiáš, 1976, s. 124).

Asi mi dáte za pravdu, když se odvážím napsat, že aktivity, při nichž se chirurgicky poškozovala mozková tkáň, měly s uzdravováním pramálo společného. V jejich pozadí sice byla touha vážně duševně nemocným lidem pomoci - konečný prospěch však nepřevyšoval eventuelní rizika (vysoká mortalita, poškození mozkové tkáně vedoucí k epileptickým záchvatům, afazie, dysartrie, mozková krvácení; viz Vencovský, Dobiáš, 1976, s. 124).

Navíc se ukázalo, že lokalizační koncepce psychických funkcí, z níž tvůrci lobotomie vycházeli, byla nesprávná (Vencovský, Dobiáš, 1976, s. 124). Je také pravdou, že „základní chorobné procesy“ jako jsou bludy, halucinace a autismus zůstávaly po prodělané operaci neovlivněny, mizel pouze jejich afektivní doprovod (tamtéž).

O počáteční euforii z objevu drastické operační léčby svědčí skutečnost, že za ni v r. 1949 získal E. Moniz Nobelovu cenu (Černoušek, 1994, s. 125). U nás se lobotomické operace

v minulosti prováděly v psychiatrické léčebně Praze-Bohnicích (pořad „Střepiny“, téma: 150 let od narození S. Freuda, 2006). Od jejich praktikování se však v naší zemi upustilo již v r. 1950 (Vencovský, Dobiáš, 1976, s. 124).

Ve Spojených státech se patrně tato bioeticky nepřijatelná psychochirurgická terapie duševních nemocí udržela o něco déle. Za jeden z možných dokladů lze pokládat zmínku amerického spisovatele Kena Keseye o lobotomii v poslední kapitole jeho románu „Vyhod' me ho z kola ven“. Román vyšel v roce 1962. Protože Černoušek uvádí, že lobotomie byla ve Spojených státech vytlačována psychofarmaky až kolem roku 1960, lze údaje z Keseyovy knihy pokládat za pravděpodobné (Černoušek, 1994, s. 126).

Myslím, že slova, která budu citovat, nepotřebují komentář: „Dveře oddělení se otevřely a černí frajeři přivezli vozík, který měl dole přivázanou cedulku, kde tlustýma černýma písmenama stálo: McMURPHY – RANDLE. POOPERAČNÍ STAV. A pod tím bylo inkoustem připsáno: LOBOTOMIE. Dotlačili vozík do denního pokoje a nechali ho stát při zdi vedle vegeťáků. Stáli jsme před vozíkem, četli ta slova na cedulce a pak jsme přenesli pohledy na druhý konec, na hlavu vtlačenou do polštáře, střepec zrzavých vlasů nad mlíčně bílým obličejem s temně fialovýma monoklama na očích.“ (s. 297 a 298) „Jo, jizvy a přeražený nosy by uměli,“ povídal jsem. „Ale pohled, ten už nesvedou. V tom obličejí není vůbec nic. Má kvicht jako ty panáci z vejkladů..“ (s. 298)

„...Otoky splaskly natolik, že měl teď oči otevřené; civěly přímo do měsíce, bdělé a rozšířené, sklovitě lesklé, jak už dlouho nemrkaly, až mi připomněly očouzené pojistky na rozvodnici.“ (s. 299).

12. 2. 3 Duševně nemocní lidé jako „vřed na společnosti“

Je smutné, že musím v této práci odkrývat zvěrstva, kterých se na bezbranných duševně nemocných lidech dopouštěli nacisté. Otřesné období 2. světové války, kdy nacisté zneužívali psychiatrii ohavným způsobem k vlastním účelům a kdy se na zneužívání lékařské vědy v neprospěch člověka podíleli také někteří lékaři, je v dějinách psychiatrie sotva přehlédnutelné. Je však třeba stále jej znovu a znovu odkrývat a připomínat.

Ve 2. pol. 19. stol. rozbouřily společenské povědomí myšlenky, jejichž duchovním otcem byl anglický biolog Charles Darwin (1809-1882) (Röder, Kubillus, 2000, s. 29). Stěžejní tezí Darwinovy teorie bylo tvrzení, že „každý druh vytváří více jednotlivých životních forem, z nichž některé, silnější, odolnější a přizpůsobivější, přežívají v boji o zachování existence,

tedy v boji o přežití. Jiní jedinci či druhy vymírají, protože jsou slabší a méně přizpůsobiví. Podléhají v konkurenci se silnějšími. Mění se prostředí a životní podmínky vyžadují změny schopností, takže pouze schopnější přežívají.“ (Čapek a kol., 1993, s. 88).

Protože se potomci sami vybíjejí v přirozeném boji o přežití, redukuje se jejich příliš velký počet. Rozmnožováním nejsilnějších dochází k přetváření druhů a automaticky k vyššímu vývoji (Röder, Kubillus, 2000, s. 29). Mezi hlavní Darwinova díla patří studie O původu druhů (1859) a Původ člověka a pohlavní výběr (1874) (Störig, 1996, s. 347).

Z Darwinových tezí vyšli jeho žáci a další evropští myslitelé, kteří jsou známi jako tzv. sociální darwinisté (Clayová, Leapman, 1996, s. 19-22). Ti jeho myšlenky upravovali a domýšleli do velmi nebezpečných důsledků. Mimořádný význam spatřovali např. v Darwinově tezi rozpracované v knize Původ člověka (1871). Zde Darwin postuloval, že „nebudou-li pokroky, jichž civilizace dosáhla v 19. století především v medicíně, vyváženy promyšlenou kontrolou populace, naruší to přírodní výběr, protože neschopní budou mít zaručeno přežití zrovna tak jako silní.“ (in Clayová, Leapman, 1996, s. 20).

Sociální darwinisté měli značný sklon k absolutizaci Darwinových tezí. Darwinovo učení o existenčním boji a zápasu za zachování druhu navíc přenášeli na člověka a na celou společnost. Bylo nasnadě domyslet, že ti, kteří budou vybráni jako vynikající a žádoucí, úroveň rasy pozdvihnou, zatímco „nositele nežádoucích vlastností, kteří by rasu jen „kazili“, bude třeba eliminovat – vyhubit nebo zotročit“ (tamtéž).

V Německu byl nejznámějším Darwinovým žákem profesor zoologie a sociální antropologie Ernst Haeckel (1843-1919) (Störig, 1996, s. 348). Jeho populárně filosofická kniha Záhady světa (1905) byla tehdy velmi rozšířená. V ní se kromě jiného píše: „Jaký prospěch může mít lidstvo z těch tisíců mrzáků, kteří se každým rokem rodí, z hluchoněmých, z kreténů, z lidí s nevléčitelnou dědičnou vadou a jim podobných, jež udržujeme uměle při životě, dokud nedosáhnou dospělosti? Jaký nesmírný konglomerát utrpení a bolesti představuje toto neutěšené číslo pro samotné postižené ubožáky! Jaké nezměrné starosti a žal přináší jejich rodinám! A jakou ztrátu soukromých zdrojů i státních výdajů na úkor zdravých znamená! (in Clayová, Leapman, 1996, s. 22). Jeden z mnoha hrůzných návodů k ospravedlnění nucené eutanazie^{xlii} v období německého nacismu byl tedy připraven. Duševně nemocné, mentálně i fyzicky hendikepované „je třeba“ likvidovat pro celospolečenský zájem a ve prospěch dokonalého celku.^{xliii}

K architektům nucené euthanasie patří psychiatr a vysokoškolský učitel ve Freiburgu jménem Alfred Hoche a Karl Binding (Röder, Kubillus, 2000, s. 66). Oba dva požadovali osvobození od nepotřebných, „balastních“ existencí. Binding ve své publikaci o euthanasii (1920) precizně vymezuje, které bytosti nejsou hodné života: „Existují lidé, kteří jsou pro společnost bez jakékoliv ceny. Mezi ně spadají v první řadě chovanci v „ústavech pro idioty“ a v blázincích pro „nejen bezcenné, ale i absolutně nepřizpůsobivé existence.“ „Ti nevléčitelně slabomyslní, kteří nemohou zabíjení ani schvalovat, ani projevovat jakoukoliv vůli k životu, se smí usmrtit. Doslovně: Jejich smrt nezanechává ani tu nejmenší bolest – jedině snad v pocitu matky nebo věrné ošetřovatelky ... V dobách vyšší mravnosti ... by byli asi tito ubozí lidé úředně sami od sebe spaseni.“ (in Röder, Kubillus, 2000, s. 67, cit. podle E. Klee, Euthanasie im NS-Staat, 1989, s. 20n).

Již v roce 1920 Hoche navrhoval ustanovit komisi, která by úředně nařídila „euthanasii u zbytečných existencí“ (in K. Binding, A. Hoche, Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Mass und ihre Form, Lipsko, 1920, s. 61; tamtéž, s. 77; „Dobrovolná dávka zničení životně nehodnotného života. Její míra a forma“).

Zhoubné smýšlení je však produkováno i jinde. Pozdější „otec“ rasové hygieny psychiatr Ernst Rüdin a prof. Max von Gruber žehrají již v roce 1911 na „obtížné existence“ slovy: „Všechny národy musí s sebou vláčet mimořádně velký počet méněcenných, neduživých, chorých a mrzáků... Další, co rasová hygiena žádá u státní správy, je organizace systematického pátrání po těchto lidech.“ (in Röder, Kubillus, 2000, s. 69).

Nacisté se tedy rozhodli s „balastními existencemi“ navěky zúčtovat. V pozadí této hrůzné snahy byl „chladný pragmatismus“, nestoudné kalkulování s lidskými životy a cynické argumenty, které byly vydávány za celospolečenský zájem. „Všichni lidé, kteří z hlediska technického pokroku výroby nejsou docela zdraví, schopní výkonu a společensky adaptovaní, mají být medicínsky diagnostikováni, selektováni, a není-li již možné zlepšení, mají být medicínsky odstraněni, tzn. zabiti“ (in Dörner, 1999, s. 286).

Duševně nemocní a mentálně hendikepovaní lidé se stali nacistům trnem v oku hned z několika důvodů: neodpovídali průmyslovému zhodnocení lidské existence, mnozí prodlévali v léčebnách, jejichž kapacita se podle plánu měla využívat k jiným účelům (např. ke zřizování lazaretů).

V očích Hitlera se navíc choromyslní stali balastními existencemi, které mohou systematicky narušovat vývoj čisté rasy dokonalých nadlidí. V knize Mein Kampf ve svých

úvahách o čistotě rasy konec konců Hitler bez okolků prohlašuje: „Pouhých šest set let trvající zabránění možnosti početí tělesně degenerovaných a duševně chorých by lidstvo osvobodilo od nesmírného neštěstí, ale přispělo by také k jeho ozdravení tak, že to dnes sotva můžeme pochopit. Bude-li uskutečněna vědomá, plánovitá podpora plodnosti nejzdravějších nositelů národní pospolitosti, výsledkem bude rasa, která - přinejmenším - odstraní zárodky nynějšího tělesného a duchovního úpadku“ (Hitler, 2000, s. 296).

Hitler počítal se zavedením negativní eugeniky (nauka o zlepšování dědičného základu a vývoje). U lidí s nežádoucími nebo nevhodnými dědičnými sklony požadoval sterilizaci: „Všechno, co je nějak viditelně nemocné a dědičně zatížené a tím dále zatěžující, musí stát prohlášen za neschopné plazení a toto také prakticky prosadit.“ (tamtéž, s. 295). „Kdo není tělesně a duševně zdrav a rodičovství hoden, nesmí své tělo zvěčnit v těle dítěte.“ (tamtéž, s. 295).

Program nucené sterilizace byl zahájen již v r. 1933, „aby se urychlilo odstranění duševního utrpení.“ (Dörner, 1999, s. 286). Němečtí lékaři měli povinnost sterilizovat každého, kdo byl označen za rasově méněcenného, fyzicky i mentálně postiženého, příslušníky etnických menšin, Romy, míšence... (Bartel, 2006, s. 6).

Lékařům bylo zákonem nařízeno, aby zaznamenávali každý případ výskytu možné dědičné choroby, o němž se dozvěděli. Byli povinni doporučit ke sterilizaci nemocného, aby po něm nemoc nemohli zdědit jeho potomci (Clayová, Leapman, 1996, s. 49). Seznam chorob, které byly indikací ke sterilizaci, sestával z obecné slabomyslnosti, schizofrenie, maniodepresivních stavů, tance sv. Víta,^{xliv} epilepsie, dědičné slepoty nebo hluchoty, těžkých tělesných vad a notorického alkoholismu (tamtéž, s. 49). „Lékaři, kteří pacienty s těmito neduhy do seznamů osob určených ke sterilizaci nezanesli, se vystavovali riziku vysoké pokuty.“ (tamtéž).

Psychiatr Ernst Rüdín, hlavní iniciátor „zákona o prevenci dědičně zatíženého potomstva“, na opatření pohlížel takto: „Protože je sterilizace jediný bezpečný prostředek k tomu, aby se zabránilo další dědičnosti duševních chorob a těžkým dědičným nemocem, musí se proto považovat za skutek lásky k bližnímu a za prevenci pro budoucí generaci.“ (1938, in Röder, Kubillus, 2000, s. 64).

Pravá tvář nevratného mrzačení bezbranných lidí byla nacistickými ideology zastírána soustavným vyvoláváním dojmů, že jde o určitou formu eugeniky (Ondok, 2005, s. 83). Ve skutečnosti však byla tato „eugenická sterilizace“ nástrojem genocidy, jejíž rozsah nemá v lidských dějinách obdoby (tamtéž, s. 83 a 84).

„Očistná“ opatření byla stále radikálnější – za účelem kriminalizace je vypreparován velmi obecný pojem „asociální živel“ – tedy člověk, který jakkoliv nezapadá do tzv. lidského společenství (Volksgemeinschaft) (Hughes, Mann, 2002, s. 109).

Do takto vymezené kategorie spadají žebráci, tuláci, alkoholici, prostitutky, osoby stranící se z nějakého důvodu práce, podivíni a excentrici. Setkávám se tu se starou známou sociální skupinou různých vyděděnců a lidí na okraji společnosti, k nimž od nepaměti patřili také choromyslní. Ve středověku mohli být tito lidé, jak jsem již uvedla (4. 3), sociálně vylučováni. Pokud však neohrožovali své okolí a neupozornili na sebe inkvizici, bývala k nim tehdy společnost poměrně tolerantní. V nacistickém Německu jsou ve 40. letech 20. stol. „asociální bytosti“ bez milosti odváženy do koncentračních táborů. Pojem „asociál“ je vymezen dosti volně, takže jím může být označen v podstatě kdokoliv, vlastně každý, kdo je svým chováním společností „na obtíž“.

Pro nepohodlné lidi, kteří mají být (např. z politických důvodů) odklizeni do koncentračního tábora, je apriori vykonstruována diagnóza jménem „předstíraná slabomyslnost“ (1938, in Röder, Kubillus, 2000, s. 75). Clayová a Leapman uvádějí, že tzv. „morální slabomyslností“ bývali diagnostikováni lidé, kteří se jakkoliv odchylovali od společenské normy (např. homosexuálové). Takto „nálepkování“ lidé pak končili v ústavech pro psychicky choré (1996, s. 49). Podobné mechanismy fungovaly v sovětském Rusku vůči odpůrcům totalitního režimu (tamtéž).

Po vypuknutí války v r. 1939 byla zahájena „široce založená akce k vyhubení duševně chorých a nevléčitelně nemocných, eufemisticky nazvaná Euthanasie“ (Zámečník, 2003, s. 169). Řadovým Němcům byl program představen jako řešení pro ty, kdo vedou „život bez naděje“, tedy duševně, mentálně a fyzicky postižené lidi. Masové vybíjení mentálně hendikepovaných zamýšlel Hitler uskutečnit již kolem roku 1935, byl však poněkud znepokojen odmítavým postojem veřejnosti (Hughes, Mann, 2002, s. 109). „Zejména křesťané z nejrůznějších německých církví proti euthanasii otevřeně vystupovali.“ (tamtéž).

Likvidační tažení proti všem „méněcenným“ bylo nejprve administrativně řízeno z centrály v „Kolumbově domě“ (Columbushaus) na Potsdamer Platz v Berlíně (Röder, Kubillus, 2000, s. 77). Od dubna 1940 fungovalo centrum v Tiergarten (Tiergartenstrasse) 4. (tamtéž, s. 77 a s. 80; podobně Zámečník, 2003, s. 169). Podle této adresy bylo pro vyhlazovací akci „života nehodných“ zvoleno krycí jméno T-4. (tamtéž). Na uvedených adresách sídlila organizace euthanasie s názvem „Říšské pracovní souručenství léčebných a zaopatřovacích ústavů“

(Reichsarbeitsgemeinschaft – RAG) (Röder, Kubillus, 2000, s. 80). V ní působili jako tzv. vrchní znalci dva psychiatři – vedoucí lékař celé akce a hlavní organizátor euthanasie prof. Werner Heyde a prof. Hermann Nitsche (Zámečník, 2003, s. 169).

Heyde již od roku 1936 organizoval a vedl kontrolu koncentračních táborů po stránce psychiatricko-neurologické a geneticko-biologické a „zabýval se jako posudkový lékař psychiatricko-neurologickou činností pro Tajnou státní policii.“ (Röder, Kubillus, 2000, s. 74). V říjnu 1939 byl vydán pro všechny ústavy v říši výnos, podle něhož existuje ze zákona podle určitých kritérií ohlašovací povinnost o ústavních chovancích. „Hlášení musí být všichni pacienti, kteří trpí jednou z dále jmenovaných nemocí a nemohou se zabývat smysluplnou a produktivní prací: pacienti trpící schizofrenií, epilepsií, senilitou, obrnou, slabomyslností, některými dalšími psychiatrickými nemocemi a všichni nemocní, kteří jsou internováni už 5 nebo více let, dále kriminální živly, lidé bez německé státní příslušnosti... (tamtéž, s. 79).

Začátkem prosince 1939 dochází k prvním odvozům psychicky nemocných z pomořanského (dnes polského) ústavu Meseritz. Jsou usmrcováni v „plynových vozech“ nebo popravováni zastřelením (Röder, Kubillus, 2000, s. 81).

Rozsáhlá akce T-4 se odvíjela etapovitě. Byla velmi pečlivě, řekla bych, až do detailů promyšlena. Říšské pracovní souručenství působil jako centrála, v níž byly shromažďovány a tříděny formuláře a dotazníky o osazenstvu v ústavech. V dotaznících byly návrhy asi 15 „znalců“, psychiatrů, kteří postupně prověřovali chovance jednotlivých ústavů (Zámečník, 2003, s. 169).

V berlínské centrále působil tým asi 30 lékařů, přičemž hlavním posudkovým lékařem byl již zmíněný Heyde. Z týmu jsou vždy vybráni tři „znalci“. Ti definitivně vyhodnocují jednotlivé případy, o nichž jsou informováni prostřednictvím dotazníků. První tři „posudkáři“ označují dotazníky červeným znaménkem plus, jestliže se má dotyčný usmrtit. Modré minus dává život a otazník předpokládá další prošetření (Hughes, Mann, 2002, s. 109; podobně Röder, Kubillus, 2000, s. 87). Poslední slovo má vrchní posudkový lékař, který může definitivně rozhodnout také v nejistých případech (Röder, Kubillus, 2000, s. 87).

Ubožáci, o nichž bylo rozhodnuto, že nejsou hodni života, začali být od roku 1940 převáženi z léčebných ústavů do tzv. ústavů euthanasie (tamtéž, s. 83). Jednalo se o 6 vybraných léčeben pro choromyslné, které nacisté vybavili plynovými komorami a krematorii (tamtéž, s. 89). Vzorovým ústavem, kde byly počátkem roku 1940 provedeny zkušební

euthanasie zplynováním, byl původně léčebný ústav v Brandenburgu (Röder, Kubillus, 2000, s. 83).

Ostatní vyhlazovací zařízení byla zbudována v Grafenecku, Hartheimu (u Lince),⁴⁹ Bernburgu, Sonnensteinu a Hadamaru (tamtéž, s. 114). Pacienti těchto speciálně upravených psychiatrických léčeben umírali v plynových komorách vydávaných za sprchy nebo v upravených nákladních vozech (Hughes, Mann, 2002, s. 110, podobně Röder, Kubillus, 2000, s. 83 a 84).

Když dorazila do německých léčeben nařízení o organizování transportů pacientů, u většiny psychiatrů docházelo ke zmatení emocí a názorů (Dörner, 1999, s. 287). Dörner uvádí, že mnoho psychiatrů i dalších ústavních pracovníků mělo k evakuacím duševně chorých odmítavý postoj a zčásti se i snažili o záchranu jednotlivých pacientů (1999, s. 287). K systematickému odporu se však (až na několik výjimek) neodhodlali. Větší odvahu projevovali lidé v církevních kruzích a řádové sestry pracující ve státních nemocnicích (Dörner, 1999, s. 287).

12. 2. 3. 1 Jak doléhala nacistická politika euthanasie na německé rodiny?

Příbuzní, kteří umístili svého blízkého do ústavu pro choromyslné, obdrželi v případě, že byl usmrcen, zprávu o jeho úmrtí. (Röder, Kubillus, 2000, s. 92). V ní byly uvedeny den a „příčina smrti“ (tamtéž).

Blízcí pochopitelně smrt postiženého člověka prožívali jako tragédii. Některé z nich však znepokojovala podivná diagnóza, na niž člen jejich rodiny zemřel (jako příčina smrti byl např. uveden zánět slepého střeva, které už měl dotyčný v dětství dávno odoperované apod.). Byli to právě příbuzní obětí, kteří se spolu s některými církevními hodnostáři stali rozhodujícími články v protestech proti vyhlazování bezbranných.

Našel se však také člověk, který ještě před spuštěním likvidace „méněcenných“ Hitlera sám požádal (r. 1939) o povolení euthanasie pro svého tělesně postiženého syna (tzv. „případ Knauer“, in Röder, Kubillus, 2000, s. 76).

Na druhou stranu jsou známy případy rodin, které svého hendikepovaného potomka svěřily do péče v ústavu, aniž by o nebezpečí, jež mu hrozí, cokoliv tušily. V literatuře jsem se setkala s příběhem desetiletého mentálně zaostalého Manfreda, kterého rodiče v dobré víře

⁴⁹ V zámku Hartheim bylo v rámci tzv. „očistné euthanasie“ povražděno 18 000 pacientů z německých a rakouských psychiatrických léčeben. Odborníci z mnichovského Ústavu soudního lékařství nedávno zveřejnili, že v prosinci roku 1940 byla v Hartheimu usmrcena také Hitlerova nevlastní sestřenice Aloisie V. Trpěla schizofrenií. Oběť „očisty“ se stala ve svých 49 letech. (in Moulis, Cílek, 2005, s. 255).

nechali převést do dětské nemocnice v Dortmundu zvané Aplerback (Hughes, Mann, 2003, s. 109). Brzy po umístění začal Manfred viditelně hubnout a byl apatický. Rodičům bylo nakonec oznámeno, že hoch zemřel přirozenou smrtí. Manfred se však s velkou pravděpodobností stal obětí tzv. „imunizační injekce“ (tamtéž, 2003, s. 109).

To, co se skutečně odehrávalo ve vyhlazovacích ústavech pro choromyslné nebylo možné naprosto utajit. Nacisté se snažili protestům veřejnosti proti systematickému vraždění hendikepovaných nejprve předejít promyšlenou propagandou.

Existovaly dokonce zvláštní dokumentární filmy, jejichž shlédnutím měl divák nabýt přesvědčení, že „péče o duševně nemocného člověka nemá smysl, že je příliš drahá a vlastně ani není možná, protože jsou tyto choroby údajně „dědičně podmíněné“. (Röder, Kubillus, 2000, s. 94). Protože nacisté uměli národ zpracovávat prostřednictvím promyšlené propagandy, je smutným faktem, že většina německé populace s terorem vůči nestandardním kategoriím občanů souhlasila (Hughes, Mann, 2003, s. 110).

Do hry se však vložili příbuzní obětí, kteří o hrůzných praktikách, jichž se nacisté dopouštěli na jejich bližních, informovali církevní představitele (Hughes, Mann, 2002, s. 110). Nesouhlas s nacistickými zvěrstvy vyjádřil ve své dopise určeném jednomu z říšských ministrů biskup Hilflich z Limburgu (13. 8. 1941) (Hughes, Mann, 2002, s. 185). Zanedlouho ve svém kázání v Münsteru vystoupil proti vyhlazování „života nehodných“ také biskup von Galen. Prorokoval zkázu německému národu, pokud bude nadále tolerovat bezostyšné přestupování příkázání: Nezapomínej! (tamtéž). Protesty nakonec nevyzněly na prázdno a přece jen měly určitý efekt. V srpnu roku 1941 Hitler program euthanasie zastavil (Röder, Kubillus, 2000, s. 115).

Do této doby však bylo zlikvidováno 70 273 nevinných lidí (tamtéž; Hughes, Mann, 2002, s. 110; Zámečník, 2003, s. 169).

Systematické vraždění však probíhalo dále (Dörner, 1999, s. 287). „Ve skutečnosti pokračuje práce při akci T-4 v centrále jako dosud. Jako dříve objíždějí lékařské komise ústavy, vyplňují dotazníky a odborně posuzují...“ (in Röder, Kubillus, 2000, s. 100). Vražedné akce se uskutečňují přímo na místě pomocí otráveného jídla, injekcí nebo odnětím stravy (Röder, Kubillus, 2000, s. 101).

12. 2. 3. 2 „Očistné akce“ v nacistických táborech smrti

Souběžně s nucenou evakuací choromyslných a mentálně i fyzicky hendikepovaných lidí do vyhlazovacích ústavů, probíhala likvidace „zbytečných existencí“ od jara r. 1941 také

v koncentračních táborech (Zámečnick, 2003, s. 169).^{xlv} „Tam psychiatři T-4 vybírali k likvidaci především praceneschopné vězně.“ (tamtéž).

Lékaři z akce T-4 začali od dubna 1941 navštěvovat koncentrační tábory a prováděli v nich selekci, která byla organizována podle stejných hledisek (i dotazníků) jako u ústavů pro choromyslné (Klee, Euthanasie im NS-Staat, 1895, s. 345 in Röder, Kubillus, 2000, s. 98).

Velká táborová selekce byla označena spisovou značkou „14 f 13“ nebo „Sonderbehandlung 14 f 13“ („Zvláštní opatření“) (Röder, Kubillus, 2000, s. 97).

Dva týdny po oficiálním zastavení Euthanasie proběhla první rozsáhlá selekce (3. 9. 1941) za účasti lékařů T-4 také v bavorském koncentračním táboře Dachau (Zámečnick, 2003, s. 170-173). Bývalý vězeň a očitý svědek, popisuje hrůzné dění takto: „Vybraní byli postupně předváděni „znalcům“ za přítomnosti některého z táborových lékařů SS a zástupce komandatury, kteří měli poskytovat bližší informace o vězních (až na nepatrné výjimky tito lidé o jednotlivých vězních nic nevěděli, a pokud informace poskytovali, vymýšleli si je). Psychiatr předvedeného nahého člověka „prohlédl“ letným pohledem od stolu a do dotazníku zapsal zcela vymyšlenou diagnózu o duševní chorobě. Do vymezeného obdélníčku pak nakreslil křížek, který byl rozsudkem smrti. I k takové úloze se propůjčili němečtí lékaři vázaní hippokratovskou přísahou. U židovských vězňů byla procedura ještě jednodušší. Tam nebylo třeba ani prohlídky, ani diagnózy. Psychiatr pouze z osobního spisu, který mu byl předložen, opsal do dotazníku důvod vazby – např. .. „Nenávidí Němce, štváč. V táboře domýšlivý, drzý, líný, vzpurný..“ (Zámečnick, 2003, s. 171).

Zúčastnění lékaři si při plnění svých služebních povinností počínali velmi svědomitě. „Psychiatr Mennecke dosáhl svého osobního rekordu, když v jediném dni poslal na smrt 230 vězňů“ (Römer, Für die Vergessen, s. 87 a 88, in Zámečnick, 2003, s. 172).

Po provedení selekce a zpracování dotazníků byly v lednu r. 1942 vypraveny z Dachau první „invalidní“ transporty. Ty pak probíhaly pravidelně 1 až 2x týdně po 100-120 vězních. Cílovou stanicí byl již zmíněný likvidační ústav Hartheim u Lince (Zámečnick, 2003, s. 173).

Stanislav Zámečnick (* 1923), který byl až do konce války v Dachau vězněn, se při popisu táborové nemocnice zmiňuje rovněž o oddělení pro duševně choré. Dočetla jsem se, že spadalo pod blok č. 7, který byl „barákem hrůzy“. Zamřížované oddělení pro choromyslné se vždy uvolňovalo odvozem nemocných do plynové komory nebo likvidací fenolovou injekcí (tamtéž, s. 136).^{xlvi}

Program euthanasie tedy probíhal, jak jsem ukázala, hned na několika rovinách, i po Hitlerově nařízení o jeho přerušení (srpen 1941). Hitler totiž likvidace „balastních existencí“ zastavil pouze pro uklidnění veřejnosti (Bartel, 2006, s. 20). Systematické zabíjení již bylo úspěšně odzkoušeno na psychicky i jinak hendikepovaných nemocných lidech. Bylo nasnadě aplikovat je na jiné skupiny obyvatel, což se také stalo.

Ve 2. pol. r. 1941 začíná probíhat „akce Reinhard“, jejímž smyslem bylo převést personál „ostřílený“ v provádění euthanasie k vyhlazování Židů. Pro konečné řešení židovské otázky mají být využity znalosti a metody personálu T-4 (Röder, Kubillus, 2000, s. 99). V Polsku jsou ihned zřízeny 3 vyhlazovací tábory podle vzorových ústavů euthanasie – jedná se o Belzec, Sobibor a Treblinku (Röder, Kubillus, 2000, s. 99).

Ti, kdo se později v Osvětimi oddávají masovému vraždění, se napřed podrobují „studiu“ v psychiatrické léčebně v Sonnenstein u Pirny (jeden z ústavů euthanasie) (Dörner, 1999, s. 287). Vyhlazování Židů se tak stává věrnou kopií euthanasie prováděné v německých ústavech (Röder, Kubillus, 2000, s. 99; podobně Dörner, 1999, s. 287).

12. 2. 3. 3 Závěrečná úvaha

V předchozí kapitole jsem podrobně rozebrala jednotlivé „argumenty“, jimiž nacisté zdůvodňovali tažení proti hendikepovaným lidem. Naznačila jsem stěžejní myšlenkové systémy a módní názory, které hýbaly společenským ovzduším Německa již na konci 19. stol.

Německo bylo na poč. 20. stol. ve velmi špatné hospodářské situaci. Všelijak hendikepovaní a mezi nimi pochopitelně rovněž choromyslní se zdáli být zatěžující ekonomickou přítěží. To byl „jeden z důvodů“ nepřipustného ospravedlnování jejich likvidace.

Protože nacisté usilovali o vyšlechtění čisté germánské rasy, začali zaměřovat pozornost na vše, co by ideální rasu mohlo poskvřnit. V populaci se běžně vyskytují lidé s fyzickými a duševními hendikepy. Jedním z tehdy dosti rozšířených názorů však bylo, že pokud by se rozmnožovali pouze silnější jedinci, zatímco slabší by „odpadli“, vývoj by šel automaticky k vyššímu. Již na stranickém sjezdu v roce 1929 Hitler hlásá: „Kdyby v Německu každoročně přibyl jeden milion dětí a odstranilo by se sedm set až osm set tisíc nejslabších členů populace, mohla by síla národa v konečném důsledku vzrůst.“ (Clayová, Leapman, 1996, s. 49). Následuje uzákonění sterilizace, plánované „křížení“ rasově čistých žen s důstojníky SS v programu Lebensborn a slídění po výskytu každé dědičné choroby.

Strašlivým důsledkem promyšlených opatření je likvidace „méněhodnotných“, do níž spadali choromyslní společně s Židy. Konečným výsledkem bylo 6 milionů vyhlazených lidí.

Duševně nemocní mívali, jak jsem na mnoha příkladech demonstrovala, těžký osud. V průběhu 19. stol. v některých léčebných azylech zavládla snesitelnější atmosféra, ačkoliv v nich dotyční často pro terapeutickou bezmoc lékařů museli trávit i celý život. Zdálo se, že si psychicky hendikepovaní lidé obtížně, ale přece jen, vydobíjejí „své místo nahoře“. V nacistickém Německu byla situace duševně nemocných lidí, která se na konci 18. a během 19. stol. v Evropě konečně začala měnit k lepšímu, poznamenána nesmazatelným cejchem. „Hrůzné zneužití euthanasie v období německého nacismu“ se stalo jedním z důvodů vzniku otázky po etické ospravedlnitelnosti dobrovolného i nuceného usmrcení nevyléčitelně nemocného člověka (Ondok, 2005, s. 167).

Chování nacistických lékařů k mnohým duševně i jinak hendikepovaným lidem je černou kapitolou v dějinách psychiatrie.

S postupující válkou, jako by stoupala brutalita a v lidech se uvolňovaly všechny potlačované motivy ke zlému chování. Smrt se stala běžným řemeslem architektů, kteří s nepředstavitelnou dávkou cynismu nakládali s lidskými životy. Říká se, že stav veřejné péče o hendikepované vydává neklamné měřítko o stupni kulturní vyspělosti národa.⁵⁰ Nacisté by tento názor prohlásili za malomyslný a volali by po jeho překonání. Právě toto již samo o sobě nacistické Německo usvědčuje z jeho kulturní malosti a nelidského přehodnocování hodnot, které člověka dělají člověkem. Ti, kteří pokládali lásku k bližnímu za sebevražedný projev malosti, zorganizovali na zemi peklo. Absurdita a surovost jejich počínání zůstává přes všechny „argumenty“ nevysvětlitelná, nepopsatelná a nevýslovně odporná.

⁵⁰ H. P. A. Damerow (1789-1866), prof. psychiatrie v Halle a v Berlíně: „Stav veřejné péče o duševně choré podává neklamné měřítko o stupni kulturní vyspělosti té které země či národa.“ (in Vencovský, 1987, s. 36; podobná myšl. též in Haškovcová, 1989, s. 158).

12. 2. 4 Éra moderních psychofarmak a vliv jejich objevu na postavení duševně nemocných ve společnosti

K výraznému oživení a nadějnému skoku kupředu v léčbě duševních onemocnění došlo v souvislosti s objevy ohromného arzenálu psychotropních látek.

„Moderní psychofarmaka ovlivňující specificky určité oblasti a struktury CNS a působící léčivě na většinu duševních chorob byla objevena v období let 1949-1957 (Faltus, in Zvolský a kol., 2001, s. 120).

Mezníkem farmakoterapie schizofrenie se stal květen r. 1952, kdy oznámili dva francouzští psychiatři Delay s Denikerem své nálezy a závěry ze zavedené terapie chlorpromazinem^{xlvii} ve skupině 38 agitovaných psychotiků (Schizofrenie, Edukační program WPA, 2003). Tím nastala etapa psychofarmakoterapie, tj. vytváření a používání řady dalších psychofarmak (Jarolímek, Antipsychiatrie včera a dnes, Esprit 4-5/2004, s. 8).

Objevení a zavedení antipsychotických léků do terapie dramaticky měnilo situaci mnohých těžce duševně nemocných lidí.

Do objevu moderních antipsychotik byl osud řady choromyslných, jak jsem v této práci na mnoha místech ukázala, velmi smutný. Bývali doživotně internováni v ústavech, často prodlévali v izolačních místnostech. Přestože se jim lékaři snažili pomoci, mnozí v léčebnách dožívali doslova trýznění vlastním mozkem.

Statisticky lze zlepšení jejich situace po zavedené antipsychotické medikaci dokázat následujícími fakty: V průběhu 50. let 20. stol. se ve Spojených státech neustále zvyšoval počet hospitalizovaných nemocných a dosáhl svého vrcholu na 150 000. Po zavedení chlorpromazinu a dalších neuroleptik (starší název pro antipsychotika) začaly počty nemocných prudce klesat (Schizofrenie, Edukační program WPA, 2003).

Nemocní nejsou díky moderní farmakoterapii masově odsuzováni k dlouhodobému pobytu v léčebnách. Celá řada potíží se dá za předpokladu, že postižený spolupracuje, řešit ambulantně. Naděje nemocných na příznivý průběh choroby se tak díky moderním preparátům zlepšila (Praško a kol., 2001, s. 30). „Rozvoj psychofarmakologie výrazně změnil průběh a prognózu závažných duševních onemocnění, umožnil pacientům lépe kontrolovat svůj život a zkrátil tak nezbytnou délku hospitalizace“ (Libiger, Obor potřebuje více zdrojů, Zdravotnické noviny, 24. 2. 2006, 55, 8, s. 13).

Pro moderní léčbu depresí je významný rok 1957, kdy spatřila světlo světa první významná antidepressivní látka jménem imipramin (Černoušek, 1994, s. 132). Dnes mají psychiatři k dispozici bohatou škálu moderních antidepressiv různého druhu.

Mezi odborníky zavládl celkem pochopitelný terapeutický optimismus a nadšení v domnění, že psychofarmaka vše vyřeší... (Jarolímek, Antipsychiatrie včera a dnes, Esprit, 2004, 4/5, s. 8). Byl to samozřejmě omyl a mylným se ukázalo být i přesvědčení, že po zavedení účinných psychofarmak budou moci být úplně zavřeny obrovské psychiatrické léčebny.

„Po velkých nadějích, které v 50. a 60. letech neuroleptika a nové druhy antidepresiv vzbudily, přišlo v 70. a 80. letech vystřízlivění: „Ukázalo se, že tyto nové léky mají nežádoucí vedlejší účinky, jež mohou pacienta sociálně hendikepovat, a to navíc k hendikepu, jímž je původní porucha.“ (Matoušek, 1999, s. 77-78). Navíc „je mechanismus účinku těchto léků na CNS nejasný a málo cílený.“ (Matoušek, 1999, s. 78).

Pokud se vedlejší účinky léčby psychofarmaky projeví, obvykle to bývá brzy po podání léku, zatímco terapeutický efekt na sebe nechá čekat delší dobu (Styx, 2003, s. 70). Někdy je potřeba vystřídat i několik antipsychotik, než je nalezeno účinné (Praško a kol., 2001, s. 31). To vše může být důvodem pro neochotu pacientů s lékařem dále spolupracovat.

Nežádoucí účinky antipsychotik jsou dosti způsobované tím, že tyto léky fungují jako blokátory dopaminu, a to rovněž v oblastech, které regulují mimovolní pohyblivost a svalové napětí (Praško a kol., 2001, s. 30).

K těmto nepříjemným vedlejším symptomům patří např. tzv. extrapyramidové příznaky (Schizofrenie, Edukační program WPA, 2003): Projevují se akinezi (neschopnost pohybovat údy), rigiditou (ztuhlost) a třesem. Zvlášť nepříjemné mohou být tzv. akatizie^{xlviii} – jedná se o subjektivně vnímaný i objektivně pozorovatelný neklid, hlavně dolních končetin (Schizofrenie, Edukační program WPA, 2003).

Akatizie i další vedlejší účinky mohou u nemocných vyvolávat intenzivní úzkost a mohou nemocné stresovat (tamtéž). Nepříjemné vedlejší účinky neurologického charakteru (třes, křeče a ztuhlost) se však týkaly hlavně starších klasických antipsychotik (Vachková, Antipsychotika, Esprit, 2003, 7, 1, s. 5). O klasických antipsychotikách se navíc zjistilo, že „působí jen na určité procento pacientů, a jenom na některé jejich psychotické symptomy“ (především bludy a halucinace, tedy pozitivní příznaky) (Jarolímek, Psychofarmaka, respektive neuroleptika a jejich vedlejší nežádoucí účinky, Esprit, 2003, 7, 1, s. 6-7).

Koncem 20. stol. zavládla mezi psychiatry další vlna nadšení – zrodila se tzv. atypická antipsychotika (antipsychotika nové či druhé generace) (Jarolímek, Psychofarmaka, respektive neuroleptika a jejich vedlejší nežádoucí účinky, Esprit, tamtéž). Ta způsobují minimum nežádoucích účinků, protože jsou pacienty lépe snášena (Praško a kol., 2001, s. 31).

Na rozdíl od předchozí skupiny léků ovlivňují i tzv. negativní psychotické příznaky (apatie, oslabení vůle, sociální stažení) a do určité míry také náladu (Praško a kol., 2001, s. 31). Patří k nim např. risperidon (Risperdal), olanzapin (Zyprexa), quetiapin (Seroquel), ziprasidon (Zeldox), clozapin (Leponex) a další (Bouček, Zamyšlení nad vývojem léčby duševních poruch po roce 1989, Čes. a slov. Psychiat., 2003, 99, 4, s. 183). Kromě toho, že tyto léky dokáží ovlivňovat příznaky psychóz, přispívají také k zachování či obnovení kvality života (Studíhradová, Antipsychotika – rozdíl generací, Esprit, 2003, 7, 1, s. 7).

Ve srovnání s dřívějšími preparáty (antipsychotiky první generace)^{xlix} své uživatele tyto léky tolik neomezují vedlejšími účinky (tamtéž). „Pro pacienty s psychotickou poruchou jsou velkým dobrodiním“ (Jarolímek, Psychofarmaka, respektive neuroleptika a jejich vedlejší nežádoucí účinky, Esprit, 2003, 7, 1, s. 6-7).

Jejich nevýhodou může být relativně vysoká cena (Vachková, Antipsychotika, 2003, 7, 1, s. 5). Farmakoekonomické studie prováděné v hospodářsky vyspělých státech ovšem ukazují ve spojitosti s užíváním těchto moderních medikamentů snížení druhotných nákladů na léčbu. (tamtéž).

Existencí preparátů s minimem nežádoucích účinků však přece jen není vyřešen častý nedostatek motivace nemocných psychotiků k léčbě.

U takto postižených lidí totiž bývá pro spolupráci při léčení překážkou domněnka, že léčbu vlastně nepotřebují, jak dokládají následující slova: „V prvních několika letech jsem si vůbec nemyslel, že jsem nemocný... a vůbec jsem již nechápal představu, že nějaké léky mohou mou nemocnou duši opravit.“ (Praško a kol, 2001, s. 32). Podobně se na svoji nemoc dívá Magda: „Dotýká se mě, že mě pokládají za nemocnou... mám sice nějaké problémy, ale ten přenos myšlenek – přece každý ví, že existuje telepatie, věda to zkoumá, tak proč se mám léčit?“ (Kalina, 1987, s. 49).

Někdy se také může člověk cítit při vleklém užívání léků nesvobodný a „příliš závislý na chemii a psychiatrii“, jak lze vyčíst z reakce Zdeňka: „Já věřím, že bych se z toho dostal sám, být závislý na lécích, na psychiatrii, to je pokořující... (tamtéž).

Farmakoterapie, obzvláště v psychiatrii, opravdu není tak bezproblémová, jak se zdá. Souvisí s ní totiž celá škála potíží bioetického charakteru. Psychofarmaka mění lidské myšlení a ovlivňují lidské prožívání (Ondok, 2005, s. 118). Závažná potíž může vzniknout např. v okamžiku, kdy pacient medikaci (orální nebo aplikaci injekce) odmítá. Je etické, aby mu lékař psychofarmaka či zklidňující injekci aplikoval proti jeho vůli?¹

Rutiní podávání léků duševně nemocným pacientům, aniž by byli upozorněni, o jaké léky se vlastně jedná, je nepřipustné. Přesto se lze s takovou praxí v literatuře setkat.

Z románu „Vyhoďme ho z kola ven“ jsem za všechny zkazky podobného typu vybrala následující úsek: „Počkejte moment... co jsou ty dvě malé červené kapsle u mého vitamínu? To jsou jen léky, pane Tabere, uvidíte, že vám udělají dobře. No tak, šup tam s tím.“ „Ale já se ptám, jaké léky. Kriste, to přece vidím, že jsou to nějaký pilulky“ „Jen to hezky spolkněte, no, Pane Tabere – už kvůli mně.“ ... „Slečinko, nerad dělám potíže. Ale nerad taky polykám, o čem nic nevím. Jak můžu vědět, jestli to nejsou ty divný pilule, co ze mě dělají něco, co nejsem?“.. (Kesej, 2006, s. 36).

Obvodními lékaři jsou také předepisovány medikamenty, které nepatří ani do jedné z výše uvedených skupin. Jsou to anxiolytika. Ta se používají především k léčbě strachu, neklidu, napětí, poruch spánku a psychosomatických potíží (Faltus, in Zvolský a kol., 2001, s. 121). Zvláště u diazepamů existuje při stále se stupňujících dávkách nebezpečí návyku (tamtéž, s. 122). Vznik závislosti však paradoxně nehrozí u moderních léků pro léčbu deprese či psychotických poruch (Praško, Každý z nás se může zbláznit, Právo, 2005, 20. 9. s. 1). Lidé se však závislosti přehnaně obávají právě v souvislosti s těmito léky (tamtéž).

12. 2. 4. 1 Stinné a světlé stránky farmakoterapie duševních chorob

Přes nesporný význam psychofarmakologické léčby je třeba podotknout, že ani ona není samospasitelná. Měla by být používána proto, aby se za její pomoci otevřely dveře k člověku a probourala se hráz, která tkví mezi ním a světem.^{li} Těmito dveřmi však musí někdo vstoupit – právě zde je místo pro vstup psychiatra - psychoterapeuta, socioterapeuta a dalších (volně podle slov J. Maška, ředitele PL v Havlíčkově Brodě, pořad „Střepiny“, 150 let od narození S. Freuda; též Kalina, 1987, s. 78). Myslím, že je velká škoda, když se podaří vstupní dveře (třeba pomocí medikamentů) k člověku otevřít a on pak zůstane na své potíže sám...

Léčbu psychofarmaky bez doprovodné psychoterapie pokládám za nezodpovědné neporozumění bolestem lidské duše. Svě by o tom jistě mohla sdělit hrdinka knihy Barbary Gordonové „Tančím tak rychle, jak dokážu.“ Dotyčná vystřídala před svým pobytem v ústavu pro choromyslné několik psychiatrů, kteří jí předepisovali kvanta nevhodných léků (valium). Ona je ochotně polykala. Připadala si předávkovaná. Nakonec se „nervově zhroutila“. Teprve v léčebně se zoufalé ženě dostalo kvalitní psychoterapeutické pomoci, která spočívala m. j. také v tom, že se s onou infantilní, rezignovanou a nemyslicí osobou, jež před pobytem v léčebně odevzdaně a nesmyslně přijímala silné dávky chemikálií, definitivně rozloučila.

Důvodem k vypsání jejího příběhu byla kromě jiného snaha varovat lidi před bezhlavým polykáním léků za současné absence psychoterapie.

„Léky od psychiatrů jsou totiž nejen léky, ale především drogami, které mohou umrtvovat city. A jejich náhlé vysazení může přivodit nějakou psychózu nebo něco horšího. Kvůli svému pocitu, že lékařská péče je špatně řízena, kvůli převládajícímu zneužívání léků – a lehkomyšlné předepisování léků je totéž jako jejich zneužívání – jsem cítila, že svůj příběh musím vypovědět“ (Gordon, 1985, s. 345-346).

Autorka knihy se okrajově dotkla fenoménu tzv. kosmetické psychofarmakologie, která měla a dosud má poměrně úspěšné postavení právě ve Spojených státech, kde její kniha vznikla. Snaha některých lidí užívat léky, aby jejich prostřednictvím nabyli sebedůvěry a optimismu a zastřeli tak vrozenou temperamentovou výbavu za pomoci „prášků“ mě děsí.

12. 2. 4. 2 Revoluční přínos psychofarmakoterapie

Pro skutečně nemocné lidi představují odborně ordinovaná psychofarmaka pochopitelně a nezpochybnitelně významnou pomoc. Jejich objev vyvolal v péči o duševně nemocné lidi, jak jsem již uvedla, převratné změny. „Klasické znehybňovací prostředky mohly být prakticky odloženy a pacienti mohli být z léčeben propouštěni dříve..“ (P. Příhoda, Psychofarmaka). Nemocní s psychózou přestali být masově odsuzováni k trvalému pobytu v psychiatrických zařízeních (Praško a kol., 2001, s. 30).

12. 2. 4. 3 Dva extrémní pohledy laiků na psychofarmaka

Je pravdou, že ve spojitosti s farmakoterapeutickým optimismem nabylo na síle poněkud iluzorní domněnky, že „duševní onemocnění je pouze jakýsi biologický problém, který se dá poměrně jednoduše vyřešit podáváním léků“ (Jarolímek, Antipsychiatrie včera a dnes, Esprit, 4-5/2004, s. 10). Jsou i lidé, kteří si myslí, že psychiatr „při léčbě jejich duše“ „zasáhne stejně rychle a účinně jako automechanik, když má vyměnit porouchanou spojku.“ (Černoušek, 1994, s. 12). Při tom platí, že „psychiatrické ošetřování je ze všech lékařských terapií časově nejnáročnější a ne pokaždé si můžeme být jisti kýženým výsledkem.“ (tamtéž).

Opačným extrémem jsou však vysoce nebezpečné a nesmyslné výkřiky typu „Neužívat žádné léky, je to jed!“ (Jarolímek, Antipsychiatrie včera a dnes, Esprit 4-5/2004, s. 10). Na tyto obskurní ideje lze narazit v současných antipsychiatrických tendencích (tamtéž).

12. 3. Analýza postřehů stěžejních představitelů tzv. antipsychiatrického hnutí

Předchozími větami jsem nechtěla vyvolat přesvědčení, že vše, co nějak souvisí s pojmem antipsychie, je třeba šmahem radikálně odmítnout jako naprosto jalové. Někteří antipsychiatricky uvažující odborníci totiž v minulosti kromě zřetelně zkreslených názorů vyprodukovali celou škálu velmi zajímavých postřehů, nad nimiž stojí za to popřemýšlet.

Původní antipsychiatrické hnutí (tedy ne celá řada pokoutních myšlenkových proudů, které se k němu v současnosti hlásí a zaštit'ují se jím) vzniklo jako reakce mladší generace „západních“ psychiatrů na narůstající problémy tamní psychiatrie i celé společnosti (Chromý, Antipsychie, Čs. Psychiat., 1975, 71, 4, s. 251). Jedná se „o nesouvislou mozaiku názorů sociologů, sociologicky orientovaných psychiatrů, existenciálních filosofů, psychoanalytiků a dalších.“ (tamtéž).

12. 3. 1 Teze Thomase Stephena Szasze

C. Höschl se ve spojitosti s antipsychiatrií zmiňuje o hnutí, které začalo v 60. letech 20. stol. po vydání knihy „The Myth of Mental Illness“ („Mýtus duševní nemoci“, 1961) od amerického profesora psychiatrie Thomase Szasze (*1920) (2004, s. 142). Hned v zápětí uvádí jednu ze zjevně spekulativních antipsychiatrických tezí, že totiž „psychiatřiční pacienti nejsou ve skutečnosti nemocní, ale jsou to lidé, kteří nesdílejí hodnoty okolní společnosti“.⁵¹

⁵¹ Podobně též Zvolský, Mečír: „Antipsychie popírá existenci psychických poruch a proklamuje označení různých psychických poruch a chorob za „nálepky“, užívané společností v tom případě, kdy se chce zbavit společensky nepohodlného jedince, proti kterému nemůže uplatnit jiné zákonné sankce“ (in Zvolský a kol., 2001, s. 15).

Antipsychie je hnutí převážně anglosaského původu, které se v 60. letech 20. stol. rozešlo s metodami klasické psychiatrie. Jeho stoupenci tvrdí, že žádná duševní choroba neexistuje, neboť její existence údajně nebyla prokázána. Psychiatři prý neznají příčiny duševních nemocí, a neví tedy ani, jak je léčit. Terapie klasickými psychofarmaky a elektrošoky je antipsychie nahlížena jako nešetrná a škodlivá. Totéž platí pro internování schizofreniků v ústavech. Psychicky nemocným lidem je třeba pomáhat alternativními metodami a praktikovat šetrnější způsoby léčení (arteterapie, psychoterapie). Hnutí vzniklo v lůně samotné psychiatrie a psychologie a je propagováno i některými psychiatry (např. dosud žijící americký prof. psychiatrie a psychoanalytik maďarského původu T. S. Szasz) (sestaveno podle: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Antipsychie>). K hlavním představitelům a zakladatelům antipsychiatrického uvažování patří britský psychiatr R. D. Laing (1927-1989). Je znám svojí knihou „Rozdělené self“. Předložil v ní studii schizoidních a schizofrenních osob s cílem „zesrozumitelnit proces zbláznění se a šílenství“, kterému se dá porozumět mnohem více, než se obvykle předpokládá (Laing, 2000, s. 7). Schizofrenii Laing interpretuje jako srozumitelnou reakci na matoucí a ohrožující sociální prostředí, v němž člověk žije. „Schizofrenie je možný výsledek více než obvyklých obtíží, které se člověku staví do cesty k tomu, aby mohl být úplnou osobou s druhými, a nemožnosti používat zdravého rozumu při zakoušení sebe ve světě.“ (tamtéž, s. 196). Podle Lainga hraje v etiologii schizofrenie roli tzv. mystifikace, což znamená, že „rodina pacientovi znemožňuje vytvoření pocitu vlastní totožnosti.“ (Matoušek, 1997, s. 107).

(tamtéž). Na psychiatrii Szasz nahlíží jako na instituci, jejímž úkolem je potlačovat společensky odlišné chování (Jarolímek, Antipsychiatrie včera a dnes, Esprit, 2004, 4/5, s. 9).

Szasz je znám také svou teorií o tom, že „psychiatrický symptom nemá vlastnosti obdobné symptomu v ostatních oblastech medicíny.“ (Chromý, Antipsychiatrie, Čs. Psychiat., 1975, 71, 4, s. 253).

K šokujícím Szaszovým závěrům patří jeho srovnání činnosti moderního psychiatra s počínáním středověkého inkvizitora: „V 15. stol. mnozí lidé považovali jiné za čarodějníky a jejich jednání za černou magii – stejně tak ve 20. stol. lidé označují určité spoluobčany za šílené a připisují jejich chování zčásti duševní nemoci.“ (Die Fabrikation des Wahnsinns. Gegen Macht und Allmacht der Psychiatrie („Výroba šílenství. Proti moci a všemoci psychiatrie“, 1976, in Janík 1987).

12. 3. 2 Názory Thomase Scheffa

Mozaika stěžejních sociologických studií o duševně nemocných lidech by nebyla úplná, kdybych nezmínila teze kalifornského sociologa Thomase Scheffa. Ten se ve svých úvahách zabýval rozbořením činitelů, které hrají důležitou roli v procesu utváření tzv. „kariéry duševně nemocného člověka“ (Chromý, Antipsychiatrie, Čs. Psychiat., 1975, 71, 4, s. 253).

Scheff byl přesvědčen, že „pro zaujímání dlouhodobé deviantní role chronicky psychicky nemocného má rozhodující význam kvalifikace („nálepkování“) subjektu ve smyslu deviace, a to zejména na oficiální (odborné) úrovni.“ (Chromý, 1990).

Rozhodující podíl na tom, že je někdo duševně chorý, tedy nemá porucha jeho psychické činnosti, nýbrž fakt, že byl jako duševně nemocný onálepkován. Duševní nemoc je tedy chování, jež sociální prostředí (veřejnost, lidé na pracovišti, rodina, lékař, psycholog) takto úspěšně označilo. „Chování subjektu je nově zhodnoceno ve smyslu nemoci“. Subjektu je dle „nálepkování teorie“ vnucena stigmatizovaná role a brání se mu ji opustit, bez ohledu na to, že problematické jednání nepokračuje (Chromý, Sociologie duševních poruch, in Höschl, Libiger, Švestka, 2004, s. 227).

12. 3. 3 Výsledky šetření Ervinga Goffmana a Goffmanova „totální instituce“

Podnětným představitelem kritiky tradiční psychiatrické péče byl ještě před Szaszem a Scheffem americký profesor sociologie Erving Goffman (1922-1982). Psychiatrické problematiky se týkají např. jeho knihy Asylums („Azyly“) z roku 1961 a studie nesoucí název „Stigma“ (1963) (Munková, 2001, s. 76-82).

Knihy „Azyly“ vznikla po Goffmanově ročním pobytu v psychiatrické nemocnici St. Elizabeth ve Washingtonu (Styx, 2003, s. 41, podobně též Munková, 2001, s. 77).

Dotyčný se nechal v psychiatrické léčebně zaměstnat jako asistent pro sportovní programy (Matoušek, Šustová, 2001, s. 106). Stal se pozorovatelem a účastníkem rozhovorů s tamějšími pacienty a během svého pobytu získal mnoho cenných údajů o zdejší ústavní praxi.

Z Goffmanova pozorování vyplynulo, že psychiatrická nemocnice funguje jako tzv. „totální instituce“ (Chromý, 1990).

Po vyhodnocení získaných poznatků ji Goffman definuje jako „zařízení s celodenním společným programem a hlubokou přehradou mezi personálem a jejími obyvateli“ (tamtéž).

Člověk žijící v této instituci prožívá tenzi, protože „neví, jaká rozhodnutí byla učiněna ohledně jeho osudu“ (Munková, 2001, s. 78). „Je zde všudypřítomná nuda, demoralizace a nedostatek práce.“ (tamtéž). „To vše nakonec u pacientů vede ke spuštění procesu umrtvení a znečitlivění (mortification)“⁵² (tamtéž).

V obyvateli takové instituce se pozvolna rozpadá klasicky lidská schopnost člověka „jednat“, která je v civilu potřebná k tomu, aby člověk mohl ovládat svůj svět (tamtéž).

Ten, kdo je v totální instituci internován, prodělává pohyb od statusu lidské bytosti s jejími vnějšími vazbami a právy k bytosti od světa izolované a bez jakýchkoli práv (tamtéž).

Goffman také postřehl, že v psychiatrickém zařízení panují specifické rituály, kterými je proces narušování zdravé občanské identity internovaného doprovázen. Jedním z nich je tzv. „degradační rituál“, který sestává z „odebrání osobních věcí“, „ostříhání“, „přidělení ústavního oděvu“ a v „přikázání lůžka ve společné ložnici.“ (Matoušek, Šustová, 2001, s. 106; podobně též Munková, 2001, s. 79).

Internovaný psychiatrický pacient nuceně zanechává všech svých dosavadních rolí (partnera, manžela, otce a pracovníka) a stává se částí skupiny, která funguje jako celek, s minimálním kontaktem mimo instituci (Styx, 2003, s. 62).

Jak se vypořádat s těmito hluboce závažnými zjištěními? Domnívám se, že Goffmanovy postřehy jsou místně i časově omezené. Svádějí k neoprávněné paušalizaci na všechna psychiatrická zařízení vůbec. V chování internovaného se podle Goffmana více odráží nepříznivý dopad pobytu v psychiatrickém zařízení než jeho duševní choroba, což patří k východiskům jeho doktrín. Právě ve světle této premisy lze Goffmanovy teze pochopit.

⁵² Goffman charakterizuje „totální instituci“, v níž přebývají odosobnění pacienti, jako „druh mrtvého moře s malými ostrůvky živých.“ (Munková, 2001, s. 79).

Na druhou stranu se však tomuto sociologovi podařilo upozornit na leckteré skutečné nedostatky v systému amerických psychiatrických lůžkových zařízení a mnohde se „strefil do černého“ (Chromý, Antipsychiatrie, Čs. Psychiat., 1975, 71, 4, s. 252).

Některé postřehy (např. o chování personálu či o degradačním rituálu) jsou velmi užitečné (tamtéž).

Goffman odhalil, že psychiatrické nemocnice vytvářejí značně pokřivené a absurdní prostředí. Jejich chovanci jsou nuceni přizpůsobovat se tomuto zvláštnímu prostředí chováním, které je pak interpretováno jako soubor psychiatrických příznaků (in Chromý 1984; 1990).

Svou trpkou obžalobou poměrů v amerických psychiatrických institucích Goffman odstartoval vlnu kritiky tradované psychiatrické péče, která pak vyvrcholila již zmíněným antipsychiatrickým hnutím (Matoušek, Šustová, 2001, s. 106).

12. 3. 4. Rosenhahnův pokus

Goffman nebyl jediný, kdo zjišťoval, jak prožívají pacienti svůj pobyt v psychiatrických institucích. Na přelomu 60. a 70. let 20. stol. (1968-1972) se profesor psychologie a práva na Stanfordově univerzitě v Kalifornii, D. L. Rosenhahn, rozhodl zorganizovat zajímavý pokus (Fürst, 1997, s. 178; Chromý, 1984).

Vybral 8 příčetných lidí (aktuálně ani v minulosti neměli příznaky vážných psychických poruch): 1 studenta, 3 psychology, psychiatra, pediatra, malíře a ženu v domácnosti. Tito lidé navštívili celkem 12 různých psychiatrických klinik. Při vyšetření všichni z nich udali falešný psychiatrický syndrom (stěžovali si, že slyší „hlasy“^{lii}). V anamnéze uvedli pravdivá data ze svého života (psychologové a psychiatr uvedli jiná povolání, aby se vyhnuli obezřetnosti pečovatелů). Lékaři jejich potíže diagnostikovali jako schizofrenii a přijali je do nemocničního léčení. Pseudopacienti si během svého pobytu na klinikách pečlivě zaznamenávali postřehy o poměrech na odděleních, o pacientech i o personálu. Z nich pak vyabstrahovali stěžejní závěry. Prof. Rosenhahn je shrnul ve svém článku „On being sane in insane places“ („Příčetný v blázinci“) (D. L. Rosenhahn, Science, roč. 179, January 1973; část této práce byla prezentována na kolokviích kateder psychologie univerzity v Californii, Berkeley, na Harvardu, Cambridge...) (dostupné na: www.kklub.cz/salat/2004/salat042004.pdf).

- Prvním zajímavým jevem, který aktéři pokusu popsali, byla skutečnost, že personál vůbec nerozpoznal, že jsou pseudopacienti příčetní: „Ačkoliv připadali účastníci pokusu svým spolupacientům jako simulanti, platili pro lékaře i ošetřující personál

jako těžce nemocní a na klinice byli ponecháni průměrně 3 týdny“ (Ammon, *Dynamische Psychiatrie*, 1980, in Fürst, 1997, s. 178; též Chromý, 1984). Dr. Chromý tento jev vysvětluje jako tzv. presumpci nemoci (špatně diagnostikovat psychiatrickou nemoc je méně nebezpečnější než špatně diagnostikovat duševní zdraví, v případě nejistoty o duševním zdraví subjektu je lepší předpokládat nemoc než normalitu) (1984).

- Všichni účastníci pokusu při pobytu na psychiatrických odděleních zakoušeli drtivý pocit bezmoci a odosobnění. Odosobnění občas dosahovalo takového stupně, že měli hospitalizovaní dojem, jako by byli neviditelní („Příčetný v blázinci“) (D. L. Rosenhahn, *Science*, s. 179, January 1973). (dostupné na: www.kklub.cz/salat/2004/salat042004.pdf).
- Pacienti měli na odděleních minimální soukromí. Jejich pokoje mohly být kdykoliv a bez jakéhokoliv důvodu navštíveny a prohledány kýmkoliv z personálu. Pacientův životopis a lékařské záznamy byly přístupné každému zaměstnanci, bez ohledu na jeho podíl na terapeutickém procesu. (dostupné na: www.kklub.cz/salat/2004/salat042004.pdf).
- Během svého pobytu na psychiatrických klinikách byli opečovávaní vystaveni špatnému verbálnímu a občas i fyzickému chování ošetřovatelů, a to hlavně v přítomnosti ostatních pacientů. Pokud se objevil další zaměstnanec, špatné chování ustalo – zaměstnanci byli totiž vnímáni jako věrohodní svědci, zatímco pacienti nikoliv. („Příčetný v blázinci“) (D. L. Rosenhahn, *Science*, s. 179, January 1973). (dostupné na: www.kklub.cz/salat/2004/salat042004.pdf).
- Rosenhahn z postřehů aktérů pokusu zjistil, že jedním ze zdrojů odstupu personálu od pacientů je m. j. přehnané spoléhání na léčbu léky. Účastníci pokusu totiž vyzorovali, že personál je po zavedení medikace přesvědčen, že léčba probíhá a žádný další kontakt s pacientem tudíž není nutný.
- Bylo také zjištěno, že se ošetřující snaží čas trávený s pacienty snížit na minimum a že jsou od chovanců přísně segregováni (většinou se zdržují na pro ně vyhrazených místech a pacienty kontaktují hlavně, když jde o podávání léků, pokárání nebo o skupinovou terapii).
- Pseudopacienti referovali, že byli během svého pobytu na klinice často svědky toho, jak bylo jejich chování vykládáno personálem chybně (např. pacienta bloumajícího po chodbě sestry ihned podezřívaly z nervozity, ačkoliv se ve skutečnosti nudil; výbuch

hněvu lékaři jednoznačně interpretovali jako důsledek návštěvy příbuzných, soustavné psaní poznámek bylo chápáno jako chorobné...). Nikdy se nepočítalo s tím, že agresivní chování pacienta může být reakcí na špatný přístup personálu a vypjaté nemocniční prostředí. Hněvivé chování bylo často interpretováno jako důsledek pacientovy nemoci, aniž by byly zvažovány i jeho jiné eventuální příčiny...

Rosenhahn uzavírá svoje šetření přesvědčením o zcela jistém záporném terapeutickém vlivu prostředí psychiatrické nemocnice na hospitalizované.

Existuje hodně pacientů, kteří jsou mimo nemocnici přičetní, ale v nemocnici se zdají být pomatení. Pomatenými však podle Rosenhahna nejsou proto, že jsou sami o sobě šílení, ale proto, že reagují na bizarní prostředí a poměry psychiatrické instituce („Příčetný v blázinci“) (D. L. Rosenhahn, *Science*, s. 179, January 1973; podobně též Ammon, *Dynamische Psychiatrie*, 1980, in Fürst, 1997, s. 178).

(dostupné na: www.kklub.cz/salat/2004/salat042004.pdf). Navrhuje tedy, aby se těžiště péče o duševně choré přesunulo do komunitních center, díky nimž by se psychicky nemocní lidé mohli vyhnout pobytu v nezdravém prostředí psychiatrické kliniky, které jejich onemocnění podporuje.

12. 3. 5 Antipsychiatrické snahy v Itálii – Franco Basaglia

Antipsychiatrické uvažování mělo v různých zemích různou podobu a různé výsledky. V širším slova smyslu spadají do jeho rámce rovněž snahy tzv. hnutí Demokratické psychiatrie v Itálii. To je spjato se jménem benátského lékaře Franca Basaglia (1924-1980), který je znám ve spojitosti s reformou italské psychiatrie (Chromý, 1990).

Basaglia zastával přesvědčení, že mezi hlavní rysy psychiatrických institucí patří násilí na pacientech (tamtéž). Psychiatrie ve skutečnosti funguje jako agent veřejného pořádku, který se zaštiťuje vědou (tamtéž).

Prvními kroky jeho reformního snažení se tedy stalo „otevření dveří“ psychiatrických zařízení, odstranění izolace pacientů a zamítnutí šokového léčení (tamtéž). Místo pracovní terapie, která byla označena za vykořisťovatelskou taktiku, byla zavedena placená práce (tamtéž). K výsledkům reformních aktivit patřilo radikální omezení nucených hospitalizací a budování menších nemocničních psychiatrických oddělení místo obřích léčeben (tamtéž).

12. 3. 6 Závěrečná úvaha o antipsychoiatrii

V zemích, které prošly tzv. antipsychoiatrickým procesem, mohla být u nás dnes tolik diskutovaná transformace (přeměna) psychoiatrické péče zahájena se značným předstihem. Nevyhovující podmínky tzv. léčby v mnoha psychoiatrických institucích, negativní vliv dlouhodobého pobytu v léčebnách, včetně otázky lidských práv – to vše se stalo předmětem veřejného zájmu a celospolečenské diskuse také díky studiím a postřehům antipsychoiatriů.

V České republice se začaly reformní změny v péči o duševně choré, které spočívají např. v přechodu od kustodiálního modelu (péče výlučně či zejména ve velkých léčebnách) k systému komunitnímu (mimonemocniční péče), odehrávat teprve v 90. letech 20. stol. (Jarolímek, Reforma psychoiatrie ve Velké Británii, Esprit, 2003, 6, s. 10).

Náš, v porovnání se západní Evropou dvacetiletý skluz, má jednu podstatnou výhodu. Můžeme se vyvarovat některých závažných chyb, k nimž docházelo při transformaci tradiční ústavní péče v zahraničí (např. v USA nebo v Itálii).

Jednou z nich je nepromyšlené rušení velkých psychoiatrických ústavů bez budování sítě zařízení pro diferencovanou alternativní péči (Matoušek, 1999, s. 78). Takový postup vhání chronicky duševně nemocné lidi do svízelných situací a „dělá z nich bezdomovce.“ (tamtéž, podobně Höschl, 1996, s. 8).

„Rozsáhlá a navíc bez pozvolné přípravy provedená redukce ústavních lůžek (deinstitucionalizace) ve Spojených státech skutečně vedla k přesunu náhle propuštěných a nepřipravených chroniků mezi bezdomovce a delikventy.“ (Chromý, in Höschl, Libiger, Švestka, 2004, s. 231). Situace zašla ve zmíněném ohledu v USA i jinde natolik daleko, že „mnozí z odborníků volají po „zlatých psychoiatrických nemocnicích.“ (Höschl, 1996, s. 8).

Ku prospěchu psychoiatrickým lidem jistě nejsou ani emotivně zkreslené kampaně, pod jejichž vlivem došlo v 70. letech v některých státech USA ke zrušení elektrošoků (Höschl, 2004, s. 142, k problematice elektrokonvulzivní terapie viz kap. 12. 2. 1. 1).

13. Člověk s duševní poruchou a jeho postavení v současné společnosti

Duševní porucha je těžký, ale zvládnutelný problém, který může zasáhnout každého z nás.

13. 1 Definice klíčových údajů a vybrané statistické informace

Termín duševní porucha se podle Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize) používá pro označení „existence klinicky rozpoznatelného souboru příznaků nebo chování, který je ve většině případů spojený s pocitem tísně a narušením funkce“ (2000, s. 20).

Psychiatrickým případem je podle definice SZO „zjevná porucha duševní činnosti, natolik specifická ve svých klinických projevech, že je spolehlivě rozpoznatelná jakožto jasně definovaný soubor znaků a natolik závažná, aby způsobila ztrátu pracovní schopnosti nebo sociálního postavení nebo obou, a to v takovém stupni, který může být hodnocen jako selhání (nepřítomnost na pracovišti, neúčast v nějaké sociální činnosti)“ (Höschl, 1996, s. 3).

Z psychických poruch se nejčastěji vyskytují poruchy úzkostné (F 40 – F 49) a afektivní (F 30 – F 39) (poruchy nálady), které společně představují kolem 80 % ze všech duševních nemocí v naší populaci. (Herodková, Každý z nás se může zbláznit, Právo 20. 9. 2005). U depresí je tzv. průřezová prevalence („říká nám, kolik lidí onemocněním trpí v tuto chvíli“) 3 – 4% (Höschl, in Janiček, 2004, s. 154). Primární depresi⁵³ prodělá alespoň 1x v životě asi 20 % žen a 10 % mužů (Švestka, 2000, s. 4). „Výskyt depresí v posledních desetiletích vzrůstá, zvláště u lidí narozených po r. 1945“ (tamtéž). Bipolární poruchou (dříve maniodepresivitou) trpí nejméně 1 % z celkového počtu obyvatelstva^{liii} (Höschl, Očima C. H., Reflex, 8, 21. 2. 2008, s. 21).

Poruch osobnosti (F 60 – 69) se v populaci vyskytuje cca 9 – 10 % (Herodková, Každý z nás se může zbláznit, Právo 20. 9. 2005). Odhaduje se však, že problémy vzhledem k disharmonické struktuře své osobnosti má asi 10 – 18 % jedinců (Kašparů, 2002, s. 102). Psychotické poruchy (F 20 – F 29) jsou zastoupeny v 1 až ve 3 % (Herodková, Každý z nás se může zbláznit, Právo 20. 9. 2005). O schizofrenii jsem zjistila, že se ve všech zeměpisných i

⁵³ Podle současných znalostí je způsobena „nedostatkem přenašečů nervových signálů mezi mozkovými buňkami a změnou citlivosti nervových zakončení (receptorů)“. Mezi přenašeče (tzv. neurotransmitery) patří serotonin, noradrenalin aj. (Švestka, 2000, s. 2). Sekundární deprese může být vyvolána onemocněním či poškozením mozku, tělesnou chorobou, léky či drogami. Tento typ deprese je při základní chorobě druhotný (odtud termín sekundární) (tamtéž).

kulturních oblastech světa vyskytuje s obdobnou frekvencí - v kterémkoli časovém okamžiku jí bude trpět zhruba 0, 5% populace (Schizofrenie, Edukační program WPA, 2003).

U nás bylo v r. 2005 (podle počtu vyšetření) zjištěno, že tímto onemocněním trpí 0, 4% osob (Aktuální informace ÚZIS, Psychiatrická péče v letech 2001-2005, s. 4).

„Nejrozšířenější psychiatrickou diagnózou v české populaci jsou neurotické poruchy a z nich bolestivá porucha somatoformní a poruchy úzkostně-fobické“ (Dragomerická, Baudiš, Smolová, Dzúrová, Holub, Psychiatrická nemocnost obyvatel České republiky, Čes. a slov. Psychiat., 2002, 98, 2, s. 75).

Většina duševních poruch je často doprovázena poruchami spánku (Smolík, Practicus, Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, Poruchy spánku u duševních poruch dospělého věku, 2005, 4, 6, s. 239-241;

dostupné na: <http://www.practicus.cz/2005/practicus05-06.pdf>).

„V ambulantní psychiatrické praxi je prevalence poruch spánku u akutních duševních poruch přibližně 75 %, po léčbě trvající 18 měsíců 33 %“ (tamtéž, s. 239). Poruchy spánku jsou často prvním příznakem, s nímž se pacient s dosud nerozpoznanou duševní poruchou svěřuje svému lékaři. (tamtéž).

Údaje o četnosti výskytu jednotlivých duševních onemocnění jsou přibližné, a to hned z několika důvodů.

Jedním z nich je tzv. „nepodchycená“ nemocnost (Dragomerická, Baudiš, Smolová, Dzúrová, Holub, Psychiatrická nemocnost obyvatel České republiky, Čes. a slov. Psychiat., 2002, 98, 2, s. 73). Zvláště ve spojitosti s duševními onemocněními musíme vzít v úvahu skutečnost, „že určité procento osob splňujících definici „psychiatrického případu“ žádnou zdravotnickou péči nevyhledává.“⁵⁴ (tamtéž, s. 73). I proto jsou procentuální údaje o výskytu těchto nemocí v populaci přibližné. Na podhodnocení prevalence⁵⁵ duševních poruch se jistě podílí neochota lidí hovořit o něčem natolik citlivém, jako je duševní nemoc.

Zkreslení dat ovlivňuje rovněž nemocnost, která je sice podchycená, ale nedeklarovaná (Škoda, Psychiatrická nemocnost v praxi obvodního lékaře. Novinky v medicíně č. 12., Avicenum, Praha, 1976, s. 56 in Dragomerická, Baudiš, Smolová, Dzúrová, Holub,

⁵⁴ „V ČR je např. každoročně nově diagnostikováno kolem 5000 osob s primární depresivní poruchou. Ročně je s touto poruchou léčeno na lůžkách v psych. klinikách a v léčebnách asi 1000 pacientů. Lze však předpokládat, že dalších 50 % depresivních nemocných se vůbec k lékařům nedostaví anebo jsou chybně označeni za trpící neexistující tělesnou chorobou“ (Švestka, 2000, s. 4).

⁵⁵ Prevalence udává počet všech případů určité choroby starých i nových, jež existuje v určité populaci a v určitém čase.

Psychiatrická nemocnost obyvatel České republiky, Čes. a slov. Psychiat., 2002, 98, 2, s. 73). Ta se týká osob, které pro své duševní potíže sice zdravotnickou péčí vyhledají, ale nejsou jako „psychiatrické případy“ ani rozpoznány, ani léčeny (tamtéž).

Specifické informace související s četností výskytu duševních onemocnění v ČR přináší studie Ústavu zdravotnických informací. Potřebná data získávají pracovníci tohoto ústavu na základě výkazu, který každoročně vyplňují všechna ambulantní psychiatrická a sexuologická pracoviště, včetně zařízení krizové intervence bez ohledu na to zda jde o státní či nestátní zdravotnické zařízení – všech resortů.

(Úzis ČR, Aktuální informace č. 2/2007, Psychiatrická péče v letech 2001 – 2005, s. 2, dostup.:

http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=psychiatr®ion=100&kind=21&mnu_id=6200)

Ze zjištění ÚZIS lze např. vyčíst, že v letech (2001-2005) došlo k nárůstu počtu ambulantních ošetření - vyšetření pro duševní poruchu o 25, 1%, přičemž vyšší přírůstek byl zaznamenán u žen než u mužů. (tamtéž, Aktuální informace ÚZIS č. 2/2007, Psychiatrická péče v letech 2001-2005, s. 2). V roce 2005 bylo ambulantně psychiatricky ošetřeno-vyšetřeno celkem 2 689 389 dospělých obojího pohlaví a 95 098 dětí (tamtéž, Aktuální informace ÚZIS č. 2/2007, Psychiatrická péče v letech 2001-2005, s. 2).

Z hlediska počtu prvních vyšetření jsou nejčastěji zastoupeným onemocněním (podle údajů ÚZIS v roce 2005) neurotické poruchy (kolem 37 %), k nimž patří např. fobie, reakce na těžký stres, poruchy příjmu potravy a spánku (tamtéž, Aktuální informace ÚZIS č. 2/2007, Psychiatrická péče v letech 2001-2005, s. 3). Druhým nejčastějším bylo ve struktuře prvních ošetření v r. 2005 ošetření na afektivní poruchy (v průměru asi 18 %) (tamtéž).

S velmi malým rozdílem následovala vyšetření na organické poruchy a na schizofrenii (průměrně 10 % resp. 9 % ošetření) (tamtéž).

Vysoký počet prvních ošetření na neurotické a afektivní poruchy souvisí s rostoucím životním a pracovním tempem, nároky a tlakem společnosti. Může však souviset také s postupnou destigmatizací duševně nemocných pacientů, kteří se již v případech potřeby nebojí vyhledat odbornou pomoc i s větší informovaností veřejnosti a se zlepšením diagnostických metod (tamtéž, Aktuální informace ÚZIS č. 2/2007, Psychiatrická péče v letech 2001-2005, s. 4).

Na základě dostupných dat o počtu hospitalizovaných nemocných v psychiatrických lůžkových zařízeních ČR z r. 2003 jsem zjistila následující: Nejčastěji se lidé do akutní (psychiatrické oddělení nemocnice) či následné ústavní péče (PL) uchýlili pro schizofrenii (11 682). 11 077 osob bylo hospitalizováno pro poruchy vyvolané alkoholem, 8 849 pro neurotické poruchy a 4041 osob pro poruchy vyvolané ostatními psychoaktivními látkami. Celkově bylo v roce 2003 hospitalizováno pro duševní poruchu 59 440 osob (poměr mužů ku ženám byl 54 : 46). Zdrojem údajů o hospitalizovaných bylo „Hlášení hospitalizace“ z psychiatrických oddělení nemocnic a z psychiatrických léčeben. Mezi psychiatrické léčebny je zařazeno i Psychiatrické centrum Praha v Bohnicích. (ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 75/2004, Hospitalizovaní v psychiatrických lůžkových zařízeních ČR v roce 2003, s.1; dostupné viz. Elektronické dokumenty a jejich části).

V letech 1998-1999 se konalo zajímavé šetření duševního stavu obyvatelstva ve spolupráci se SZO (Dragomerická, Baudiš, Smolová, Dzúrová, Holub, Psychiatrická nemocnost obyvatel České republiky, Čes. a slov. Psychiat., 2002, 98, 2, s. 72).

Pro sběr dat byl použit strukturovaný diagnostický rozhovor CIDI (Composite International Diagnostic Interview) zjišťující nejrozšířenější skupiny neorganických duševních poruch (tamtéž). Celkově bylo kontaktováno 2329 osob. Rozhovoru se nakonec zúčastnilo 1534 respondentů ve věku 18 – 79 let (tedy 66 %), z toho 49,2 % mužů (755) a 50,8 % (779) žen. Vzorek obyvatel byl určen náhodným dvoustupňovým výběrem (výběr obce a výběr osob). Tazatelé po zaslání informativního dopisu kontaktovali respondenty a uskutečnili s nimi strukturovaný rozhovor. Výsledky prokázaly vztah duševního zdraví k demografickým charakteristikám jako je věk, pohlaví, vzdělání, rodinný stav, velikost obce (Dragomerická, Baudiš, Smolová, Dzúrová, Holub, Psychiatrická nemocnost obyvatel České republiky, Čes. a slov. Psychiat., 2002, 98, 2, s. 72).

Alespoň jedna duševní porucha byla zjištěna dle kritérií MKN – 10 u 26,6 % osob (408 z 1534) (Dragomerická, Baudiš, Smolová, Dzúrová, Holub, Psychiatrická nemocnost obyvatel České republiky, Čes. a slov. Psychiat., 2002, 98, 2, s. 75). „Téměř 27 % respondentů mělo tedy v průběhu života duševní problémy v takové míře, že byly diagnostikovány jako duševní porucha“ (tamtéž). Častější výskyt byl zaznamenán u žen (30 %) než u mužů (23 %) (tamtéž).

Nejrozšířenějšími duševními poruchami byly poruchy neurotické, stresové a somatoformní (F 40-F48) (tamtéž). Z celkového počtu 1534 respondentů jimi trpělo 282 osob (18,4 %). U žen byly diagnostikovány nejčastěji (25,5 %, tedy 198 žen).

Psychické poruchy způsobené užíváním návykových látek (včetně tabáku) (F 10 – F 19) mělo 13 % respondentů (přesně 12, 8 %, tedy 197 osob). Byly nejčastějšími diagnózami mužů (16, 3 %) (jedná se především o poruchy vyvolané užíváním tabáku a alkoholu).

Afektivní poruchy (F 30 – 39) se vyskytly u 13 %. (tamtéž, s. 75). Na 2. místě za poruchami neurotickými patří k nejčastějším diagnózám u žen (16, 2%).

Schizofrenie a poruchy s bludy (F 20 – F 29) byla zaznamenány u 2, 5 % osob, tedy u 38 případů. Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (např. poruchy příjmu jídla - mentální anorexie, bulimie..) (F 50 – F 59) se týkaly 0, 1 % respondentů (1 případ). (tamtéž, s. 75).

Průměrný věk začátku duševní poruchy se pohyboval kolem 25 let (Dragomerická, Baudiš, Smolová, Dzúrová, Holub, Psychiatrická nemocnost obyvatel České republiky, Čes. a slov. Psychiat., 2002, 98, 2, s. 76).

Vysoká nemocnost byla zjištěna např. v Karlovarském kraji (celoživotní výskyt duševní poruchy u téměř poloviny osob), dále ve velkých městech jako je Ostrava a Praha (u 50 % respondentek žijících v Ostravě diagnostikována duševní porucha v průběhu celého života). (tamtéž, s. 77 – 78). Velmi často byla zjištěna duševní porucha také u žen žijících v Praze (40% z celkového počtu dotazovaných) (tamtéž).

Velmi zajímavým zjištěním bylo prokázání vztahu mezi stupněm vzdělání a závislostí na alkoholu u mužů (Dragomerická, Baudiš, Smolová, Dzúrová, Holub, Psychiatrická nemocnost obyvatel České republiky, Čes. a slov. Psychiat., 2002, 98, 2, s. 77).

Při srovnávání výskytu duševních poruch podle délky školní docházky se ukázalo následující: Se zvyšujícím se vzděláním u mužů počet závislostí na alkoholu a na tabáku klesá. U mužů s vyšším vzděláním oproti tomu dochází ke zvyšování počtů afektivních, neurotických a schizofrenních poruch. Tento trend neplatí u žen – závislost výskytu duševní poruch na vzdělání u nich není nijak výrazná (Dzúrová, Smolová, Dragomerická, Duševní zdraví v demografických souvislostech, 2000, s. 106, in Dragomerická, Baudiš, Smolová, Dzúrová, Holub, Psychiatrická nemocnost obyvatel České republiky, Čes. a slov. Psychiat., 2002, 98, 2, s. 77).

13. 2 Postavení člověka s duševním onemocněním ve společnosti

Postavení psychicky chorého člověka ve společnosti souvisí se skutečností, že „duševní poruchy patří mezi tzv. stigmatizované nemoci“. (Chromý in Höschl, Libiger, Švestka, 2004, s. 225). Takové choroby lze nejlépe charakterizovat jako „poruchy, u nichž jako by se přece jen předpokládal určitý podíl viny subjektu (alespoň na vzniku stavu – např. u chorob pohlavních v pohlavní nevázanosti, u chorob duševních může být zase spatřována příčina ve slabosti vůle apod.)“ (tamtéž).

Reakce vysílané ze sociálního prostředí na setkání se subjektem majícím stigmatizovanou nemoc se pohybují na pomezí podpory a negativních sankcí (Chromý in Höschl, Libiger, Švestka, 2004, s. 225).

To, že duševní poruchy mohou jimi postiženého člověka stigmatizovat, pěkně vyjádřil v dokumentu ČT jménem „Diagnóza Deprese“ prof. Cyril Höschl: „Když si někdo nechá vyměnit kyčel, chlubí se s tím po čekárnách a po sousedkách, ve chvíli, když trpí duševní chorobou má zpravidla tendenci to tajit. Na vině zde nejsou nemocní, ale atmosféra, kdy duševní choroba je přece jen stále něco, co je pořád stigmatizovaného.“ (dokument ČT z cyklu Diagnóza: Deprese, ČT2, 26.3.2003, 22:35 hod).

Nemoc, která člověka stigmatizuje, zkrátka lidi ovlivňuje v jejich vzájemné interakci. „Rádi vykládají o svých ploténkách a bolestivých kolenou – málokdo se pochlubí svým svrabem, kapavkou, muškami či příjicí. Svou schizofrenii volí jako téma ke společenské konverzaci skutečně málokdo.“ (Chromý, 1990, s. 67).

Stigma mohou přinášet jakékoliv duševní nemoci, často i bez ohledu na to, zda se jedná o psychózu, neurotické projevy či poruchu osobnosti (Praško, Stigmatizace u psychogenních poruch, dostupné na: <http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH101/07prasko.htm>). Už samotný fakt psychiatrické léčby veřejnost znepokojuje (tamtéž).

Ten, kdo má veřejnosti známou stigmatizovanou nemoc, může být konfrontován s různým stupněm odmítání, což vybočuje z obvyklé povinnosti lidí „cítit s nemocným jako s trpícím a pomáhat mu“ (Chromý in Höschl, Libiger, Švestka, 2004, s. 225).

Termín stigma⁵⁶ užívali již Řekové s úmyslem označovat jím tělesné znaky zvláštního typu (Goffman, 2003). Šlo o znaky, jejichž prostřednictvím vycházelo o morálním statusu jejich nositele najevo cosi neobvyklého a špatného (tamtéž). Vyřezávaly se a vpalovaly přímo do

⁵⁶ řec. bodnutí, bod, vpálené znamení, skvrna; stopy utrpení (Prach, Schulz, 1998, s. 481).

těla, aby upozorňovaly, že je nosí otrok, zločinec či zrádce – zkrátka osoba pošpiněná a rituálně nečistá (tamtéž). Takto viditelně ocejchované osobě se bylo radno vyhýbat, obzvláště na veřejnosti (tamtéž). Již tehdy se tedy slovo stigma používalo ve smyslu znaku (stopy, znamení), který o něčem svědčí - přesněji, který svědčí o něčem nežádoucím a nehodnotném. Řecký otrok, poznamenaný negativním cejchem, jak známo, neplatil za osobu, nýbrž za věc, za živý nástroj, za bytost, která nemá schopnost uvažovat.

V období křesťanství došlo k obohacení termínu stigma o dva další významy. První odkazoval na „tělesné znaky svatosti.“ Jimi byla míněna „bolestivá krvácení z jizvy, která se vytvořila na rukou, nohou a v boku“ (Klimeš, 1995, s. 732, heslo stigma). „Vyskytovala se celkem vzácně u zvláště disponovaných osob v souvislosti s rozjímáním o Kristově smrti“ (tamtéž).

Druhým, tentokrát lékařským významem tohoto slova, se poukazovalo na tělesné znaky fyzické poruchy (Goffman, 2003). „Dnes se termín stigma užívá ve svém původním doslovném významu (vpálené znamení, cejch), vztahuje se však spíše k hanbě samé než k jejímu tělesnému důkazu“ (tamtéž). „K posunům navíc došlo ohledně toho, jaké typy hanby budí pozornost“ (tamtéž).

Sociolog Goffman definuje stigma jako silně diskreditující (znevažující) atribut (vlastnost, znak, který zbavuje důvěry) (2003). Ten svého nositele odlišuje od jiných osob v kategorii těch, jimiž by dotyčný mohl být. „Jedná se o atribut méně žádoucího rázu“ (tamtéž). V krajním případě může z osoby učinit někoho skrznastrz špatného, nebezpečného či slabého a „naše mysl pak celistvou osobu redukuje na osobu, jež je poskvrněna a jejíž hodnota klesla.“ Dobře známým postojem v jednání i ve vztahu ke stigmatizované osobě je zcela samozřejmá víra „normální“ osoby, „že osoba se stigmatem není tak docela člověkem.“ (Goffman, 2003). Nositel stigmatu je často definován jako „horší než člověk“.

V práci jsem podrobně rozebrala společenské postavení duševně nemocných lidí v minulosti a zjišťovala jsem důvody, pro něž mohli být choromyslní označováni a vnímáni jako nehodnotní. Odhalila jsem, že stigma duševních chorob (znamení, na jehož základě jeho nositele zařadíme do kategorie bytostí hodných odsouzení) má dlouhou historii. Kdo usiluje o nalezení odpovědi na otázku, proč je duševní nemoc spojena se stigmatizací, musí svoji pozornost upřít na postavení choromyslných v dějinách. Nyní uvedu krátké shrnutí poznatků týkajících se historicko-filosofické reflexe na téma stigma, k nimž jsem dospěla:

13.2. 1 Historicko-filosofické kořeny stigmatizace psychicky nemocných osob

Ukázalo se, že pokud měl duševně chorý příbuzné a nebyl svým chováním nebezpečný svému okolí, mohl být opečováván v rodině. To byl asi nejideálnější způsob péče o choromyslné, ovšem zdaleka ne vždy možný, protože duševně nemocný neměl vždy příbuzné nebo se o něj nebyli ochotni starat. Záleželo také na tom, zda byla nemoc svého nositele zvládnutelná v domácím prostředí či nikoliv.

Ve starověku i ve středověku bylo jedním z mnoha přístupů k pomateným a šíleným také jejich marginalizování – tedy dlouhodobé vyloučení na okraj společnosti. Mohli být vypuzeni na loď bláznů, vsazeni do věže či podzemní kobky nebo vyhnáni do středověkého lesa.

K nešťastným způsobům interpretace duševní choroby ve středověku patřilo chápání psychické poruchy jako posedlosti. Zuřivé šílenství bylo vnímáno jako prokletí a vzbuzovalo strach z nepředvídatelného jednání. Ve středověku sváděly projevy, které dnes chápeme jako symptomy duševních nemocí, k závěru, že jsou trestem božím za hříchy (Šimsa, 1904, s. 5).

Takové chápání se konec konců dodnes odráží v lidovém rčení: „Quem deus punire vult, mente perturbat“ – „Koho chce bůh trestati, toho zmátne“ (Šimsa, 1904, s. 5). Nemocný mohl být jistě pokládán za posedlého a za kacíře, který „musí být přiveden na pravou cestu působením inkvizice“. Z toho všeho lze vyabstrahovat snahu klást psychicky chorého člověka na roveň hříšníkovu, který je hoden odsouzení.

V 17. stol. vznikají v západní Evropě internační domy. Duševní nemoc nadále působila jako výrazné stigma, jelikož z dnešního pohledu chorý člověk, spadal do jedné kategorie s delikventy, žebráky a nezaměstnanými. Adekvátním přístupem k jednoduše kategorii společensky balastních existencí bylo z hlediska tehdejšího uvažování zatýkání a donucování k práci. Těmito institucemi měl být zajišťován pořádek a bezpečnost, i za použití násilí. Společnost se tak zbavovala asociality.

Ve 2. pol. 18. stol. začíná průmyslová revoluce. Také nyní duševní nemoc funguje jako znamení, na jehož základě je nositel rozpoznán a náležitě zařazen.

Významnou společenskou hodnotou se stává zdravý člověk schopný výkonu. „Stroje (a dopravní prostředky) jsou finančně náročnější a poruchovější. Vyžadují stále více disciplinované, normované a sebeodříkavé chování.“ (Dörner, 1999, s. 282). Zaměstnanec musí bezchybně fungovat.

Pro zvětšující se množství nepotřebných, tedy těch, kteří jsou omezeným hospodářským rozumem pokládáni za „neužitečné a nadbytečné existence“, jsou vytvořena speciální

zařízení (Dörner, 1999, s. 282). Jejich prostřednictvím se může rodina, na niž jsou kladeny velké pracovní nároky, osvobodit od členů, kteří potřebují péči (tamtéž).

Skutečnost, že jsou duševně nemocní v průmyslové společnosti tolerováni méně než ve společnosti rozvinuté, dosud platí. V méně rozvinuté společnosti zůstává duševní nemoc záležitostí širší rodiny, resp. kmene. Soudržná a tolerantní pospolitost oslabeného podrží.

Ve společnosti industrializované představuje choromyslný pro rodinu ekonomickou zátěž a hrozbu zhoršení situace všech jejích členů (Chromý, 1990). Proto bývá rodinám od členů vyžadujících nepřetržité zaopatřování ulevováno jejich umístováním do specializovaných ústavů.

Jejich charakter se ve srovnání s nejrůznějšími osvícenskými internačními tábory pro převýchovu nepracujících asociálů všeho druhu výrazně změnil. „Ústavy, které byly primárně orientovány na vylučování lidí ze společnosti, se zaměřují na potřeby klientů.“ (Mühlpachr, s. 45). Mají však nadále represivní charakter, jakkoliv se jim snaží maskovat a ve společnosti převládá tendence spíše se jim vyhnout.

Na konci 18. a hlavně v 19. stol. se ústavy, které byly od svého počátku polyfunkční (tzn. že v nich v jedné kategorii přebývali všichni, kdo se nebyli schopni podílet na výrobě, ať už pro nemoc nebo vlastní vinou) více specializují. „Profilují se do podob, která mnohde trvá dodnes.“ (Matoušek, 1999, s. 30). „Pro nemocné starce jsou zřízeny starobince, pro lidi potřebující ošetřování pečovatelské domy, pro nezaopatřené a rušivé děti sirotčince a jiná zařízení, pro duševně postižené ústavy, pro „zahaleče“ pracovní domy, pro trestance věznice a pro blázny blázince.“ (Dörner, 1999, s. 283).

Izolace choromyslných od zbytku společnosti v ústavech posilovala a dosud posiluje laickou představu o duševně nemocných coby lidech krajně nepochopitelných, nepředvídatelných a nebezpečných. Péče o duševně strádající lidi však před vznikem těchto jakkoliv „nehumánních“ ústavů zdaleka nebyla natolik samozřejmá jako je tomu dnes. Podrobným rozbořením situace choromyslných před vznikem těchto specializovaných institucí jsem prokázala, že pro svoji dobu (konec 19. stol. a 1. pol. 20. stol.) představovaly psychiatrické léčebny (po dlouhých letech praktické lhostejnosti k osudům choromyslných) obrovskou kulturní vymoženost.

K jejich evidentním nedostatkům v současnosti patří fakt, že své chovance někdy dlouhodobě izolují od zbytku veřejnosti. Touto izolací mohou kromě jiného v lidech posilovat laická přesvědčení o nevyzpytatelnosti a agresivitě choromyslných.

Stigma, které způsobují v očích veřejnosti duševní nemoci, je dosud přítomno, a to ve velké intenzitě. Podstatou stigmatu psychiatrického pacienta je nedostatek či ztráta (Chromý, 1975, s. 6). To znamená, že stigma psychicky nemocného člověka funguje jako neviditelné znamení závažného deficitu jeho nositele. V očích veřejnosti stigma podle Chromého vypovídá o nedostatku společenské zodpovědnosti, spolehlivosti a o nedostatku předvídatelnosti (1975, s. 6). Ovlivňuje emočně jak subjekt, tak lidi v okolí subjektu. (tamtéž). Jak?

Buďto nositel stigmatu jedná pod vlivem pocitu hanby a vlastní méněcennosti natolik, že podněcuje sociální okolí, aby ho také takto pojímalo (tamtéž). Diskredituje se sám. Když někdo sám sebe vnímá jako apriorně vadného jedince, jeho okolí nedělá příliš velkou námahu posuzovat jej také tak. Nebo znehodnocující přístup nejprve projeví ono sociální okolí (veřejnost, spolupracovníci, přátelé) a jedinec se mu dodatečně přizpůsobí (tamtéž). Specifickým fenoménem v této oblasti je tzv. selfstigma, které se projevuje tendencí k sebebodceňování a tendencí k vnímání sebe sama jako bytosti „méněcenné“ a nehodící se do okolního světa (Jarolímek, Je bláznivé být odlišný?, Esprit, 2002, 6, 11, s. 4).

Stigmatizaci duševně nemocného člověka lze nejlépe vysvětlit jako pejorativní, negativní označení dotyčného nemocného jedince jakýmsi pomyslným „cejchem“ (tamtéž). Vychází z předsudků veřejnosti vůči jakékoliv duševní odlišnosti a z jevu, kteří sociologové nazývají „stereotypem duševně nemocného.“ (tamtéž). V sociální psychologii jsou stereotypy rigidní, pasivně přijímané způsoby posuzování určitých skupin lidí na základě tradic a předsudků.“ (Hyhlík, Nakonečný, 1997, in Praško, Stigmatizace duševních poruch, dostupné na: <http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH101/07prasko.htm>). Mohou se týkat tělesně postižených i psychicky nemocných, intelektuálů, Židů, černochů, Romů atd.

13. 2. 2 Stereotypní postoje k duševně nemocným lidem a jejich důsledky

Stereotypem duševně nemocného se „rozumí naučená a široce sdílená představa o duševně nemocném zahrnující adjektiva jako násilný, útočný, zákeřný, nebezpečný, nevypočitatelný, zločinný, případně další – vesměs však negativní.“ (Chromý, 1975, s. 6). Jde o soubor atributů a vlastností, které jsou takovému člověku automaticky přičítány (Vágnerová, 1999, s. 168). Ze strany laiků je tedy duševně nemocný v rámci takového stereotypu vnímán jako „líný, nesvědomitý, nespolehlivý člověk, reagující mnohdy nepředvídatelně a někdy i agresivně.“ (Jarolímek, Je bláznivé být odlišný?, Esprit, 2002, 6, 11, s. 4). Předpokládá se, že duševně

nemocný „neví, co dělá“, „nechápe“, „nic si nepamatuje“, „dělá všechno obráceně“ (Janík, 1987).

Stereotypní představy o duševně nemocných a o psychiatrických institucích zafungují např. ve chvíli, kdy se laik dozví, že byl někdo hospitalizován v psychiatrické léčebně. Psychiatrické léčebny se podle svérázné představy veřejnosti specializují na přijímání „nejtěžších“ případů (Janík, 1987). Všeobecně akceptovanou představou je, že se v nich léčí extrémně narušení lidé. Jakmile tedy laik uslyší, že někdo pobýval v léčebně, existuje riziko, že nabude přesvědčení, že „jde o člověka násilnického, nevypočitatelného a nebezpečného.“ (Jarolímek, Je bláznivé být odlišný?, Esprit, 2002, 6, 11, s. 4). Pacienti si s sebou po propuštění z léčebny zkrátka odnášejí velké stigma (Jarolímek, Reforma psychiatrie ve Velké Británii, Esprit, 2003, 7, 6, s. 10). Odcházejí-li z jiných typů zařízení, je toto stigma podstatně menší (tamtéž).

Stereotypní vnímání duševně nemocných lidí sestává z mnoha předsudků. Poukázala jsem na fakt, že bývají vnímáni jako nespolehliví, líní, nevypočitatelní a potenciálně nebezpeční. Odtud vede cesta k jejich diskriminaci.

Svoji zkušenost s předsudky o duševně nemocných lidech měla také hrdinka knihy Barbary Gordonové jménem „Tančím tak rychle, jak dokážu“ (1985).

Po propuštění z psychiatrické léčebny zakoušela celou řadu ústrků: „Věděla jsem o těch předsudcích a podezřívání, které provázejí duševně nemocného pacienta, kam se jen hne. Když budu zticha, nepotká mě to. Ale potkalo mě to.“ (s. 345).

Hrdinka knihy pochopila, že smysluplným protiúderem není „strčit hlavu do písku“ – tam, kde lidé neví, totiž může zpracovat jejich fantazie. Proto se rozhodla o svých potížích s vlastní psýchou napsat knihu: „A najednou bylo velice důležité napsat o tom, co se se mnou stalo – zarazit ty šeptané řeči, ty neopětované telefony, ty nezodpovězené dopisy. Musela jsem vyčistit ovzduší, to ovzduší kolem mne...“ (s. 345).

Se stigmatem svého psychického onemocnění se aktérka knihy potýkala také na pracovišti, protože se její nadřízený doslechl o její nemoci (s. 338).

Lidé s duševním onemocněním nacházejí ve srovnání s většinovou populací obtížněji pracovní uplatnění.^{liv} Při přijímacím pohovoru do zaměstnání jsou nuceni zastírat pravou příčinu pobírání invalidního důchodu. Psychické potíže maskují bolestmi zad, kratší nohou či problémy s játry. Taková sdělení jsou všeobecně přijímána lépe než sdělení pravdivá.

„Víme, že nutíme lidi lhát. Není to dobré řešení. Ale jinak to zatím bohužel nejde.“ (B. Wenigová, ředitelka Sdružení příbuzných duševně nemocných Sympathea, in Duševně nemocní jsou diskriminováni v práci, upozorňují příbuzní; dostupné na: http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/napsali_o_nas_11.html).

Pokud se zaměstnavatelé dozvědí, že uchazeč či uchazečka o místo trpí schizofrenií, většinou je rovnou odmítnou, aniž by zkusili, zda pacient na tu práci „má“ (tamtéž).

Podle příbuzných nemocných lze postup zaměstnavatelů považovat za diskriminaci obzvláště v dnešní době, kdy již existují moderní léky (tamtéž). „Přípravky totiž pacienta neutlumují, ale umožňují mu příznaky zvládnout“. Lidé se schizofrenií sice nevydrží obvykle pracovat osm hodin denně, ale kratší doba jim nečiní potíže (tamtéž).

Je pravdou, že se pacienti díky moderním lékům se svojí nemocí většinou vyrovnávají dobře (tamtéž). Bohužel se ukazuje, že psychické onemocnění často není schopno „překousnout“ spíš jejich okolí než oni sami (tamtéž).

„Přijímání lidí s duševními problémy do zaměstnání komplikuje i invalidní důchod. Osoby, které ho berou, totiž mohou pracovat jen omezenou dobu. Jinak o penzi přijdou. Pacienti ale obvykle potřebují delší čas, aby získali jistotu a ukázali, že na výkon zaměstnání mají.“ (tamtéž).

Stereotypní vnímání duševně nemocných lidí vždy nemusí vést pouze k jednoznačně negativním důsledkům v podobě stigmatizace (Praško, Stigmatizace u psychogenních poruch; dostupné na: <http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH101/07prasko.htm>). K pozitivním důsledkům stereotypu může patřit tendence chorého člověka chránit, soucítit s ním a snaha klást menší nároky na jeho výkon či životní roli (tamtéž).

13. 2. 3 Vnímání duševně nemocných podle Výzkumu názorů na schizofrenii provedeném v r. 2004

Mnozí lidé v sobě chovají zjednodušenou představu, že je duševně nemocný divný, nevypočitatelný, slabý a líný (Jarolímek, Je bláznivé být odlišný?, Esprit, 2002, 6, 11, s. 4, podobně též Wenigová). Ta je posilována dobře známými „vtipy o bláznecích“ i celou řadou slovních obrátů v hovorové řeči (dívá se jako šílenec, zcvoknul se, je tady blázelec aj.) (Chromý, 1975, s. 6). Živnou půdou pro předsudky a simplifikované soudy o duševně nemocných lidech posiluje přirozený strach z toho, co neznáme a co si spojujeme s odpradávná předávanými mýty o duševní nemoci (Wenigová, Stigma a duševní poruchy, dostupné na: http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/aktual_poruchy.html).

Tělesná nemoc bývá veřejnosti poměrně srozumitelná, protože je většinou poruchou nějakého orgánu. Somaticky nemocný člověk vzbuzuje ve svém okolí obvykle soucit. Chování duševně nemocného se však může jevit jako vystupňování stavů, které známe z běžného života, ale umíme je přemáhat (tamtéž). Všichni někdy prožívají smutek, ztrácejí chuť k jídlu, málo spí a jsou smutní. Časem to však překonají. Duševně nemocný však budí dojem, že je slabý na to, aby dokázal svůj stav překonat (tamtéž). Nezřídka bývá vyzýván k tomu, aby se přece jen ovládnul, aby se svým stavům nepoddával, aby se přece vzchopil...

Konkrétní představu o tom, jak jsou vnímáni vážně duševně nemocní lidé v české společnosti (v tomto případě schizofrenici) si lze vytvořit na základě Výzkumu názorů na schizofrenii, který byl proveden v roce 2004 (in Wenigová, Stigma a duševní poruchy, dostupné na: http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/aktual_poruchy.html). Podkladem tohoto výzkumu byly odpovědi cca 700 dospělých respondentů. Z provedeného šetření vyplynulo následující (volně podle Wenigové, tamtéž; + komentáře dle prostudované literatury):

- Chování vůči osobám se schizofrenií se opírá o laický pohled na duševní nemoci jako takové. Vychází z tradičních představ utvářených v minulosti a generačně předávaných. „Pochází z doby před moderním psychiatrickým léčením“, kdy byla agresivita při vzplanutí bouřlivých psychotických symptomů medikamentózně těžko zvládnutelná (volně podle Kaliny, 1987, s. 135).
- Schizofrenik je lidmi převážně vnímán jako nebezpečný člověk násilnické povahy. Pověra o „nebezpečném psychotikovi“ je přitom skutečnosti vzdálena. Na opravdovém násilí vůči osobám, tj. ublížení na zdraví nebo zabití, se daleko více podílejí alkoholici a toxikomani, a úplně nejvíce lidé bez psychiatrických diagnóz. (Kalina, 1987, s. 135)^{lv}. „Podíl psychotických pacientů na těchto násilných činech tvoří zlomek procenta.“ (tamtéž). „Násilného činu se vážně duševně nemocný člověk dopouští ve zcela výjimečných případech (např. pod vlivem hlasů nebo bludných konstrukcí, které zastírá; když disimuluje a neužívá léky, což nemusí poznat ani psychiatr apod.) (tamtéž).
- Lidé mají sklon úvahy na téma duševní poruchy vytěšňovat. „Navenek je mínění deklarováno nezájmem nebo stručnými až kategorickými výroky od soucitného konstatování „jsou to chudáci“, přes věcné „jsou to nemocné lidé“, až po pejorativní a odsuzující pojmenování „jsou to blázni; magoři; cvoci“.

- Obavy a mýty jsou živeny přesvědčením o nevyzpytatelnosti psychicky nemocných lidí. V pozadí strachu z nevyzpytatelnosti je povědomí o nestálosti a proměnlivosti chování i duševního stavu postižené osoby.
- „Obecná informovanost o podstatě a projevech schizofrenické poruchy je chabá a zcela nedostatečná“. Informace, které se dostávají k běžným občanům, jsou útržkovité.
- Nedostatek vědomostí o duševních chorobách je závažným zjištěním. Posiluje totiž předsudky vůči nemoci i nemocnému (Vágnerová, 1999, s. 170).
- Ti, kdo mají zkušenosti se schizofreniky z běžného interpersonálního kontaktu, tvořeného rodinnými, přátelskými či pracovními vztahy, k nim zaujímají pozitivnější postoje (nechtějí je izolovat, považují duševní nemoci za léčitelné).

Širší představy o schizofrenii v české populaci sestávají ze dvou přesvědčení:

- psychické poruchy jsou neléčitelné
- psychicky nemocní jsou nevypočitatelní a agresivní (Hinterhuber, Stigma schizofrenie: snaha o jeho překonání, Psychiatrie, 2001, 5, s. 216-220, in Wenigová, dostupné na: http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/aktual_poruchy.html).

13. 2. 4 Duševně nemocný člověk v rodině

Duševní onemocnění (např. psychózy) vedou ke značnému utrpení v životě nemocných i jejich rodin (Praško a kol., 2001, s. 7). Potvrzení diagnózy vážného duševního onemocnění působí na rodinu jako zátěž, resp. jako trauma, s nímž se je nutné nějak vyrovnat (Vágnerová, 1999, s. 171).

Pokud někdo onemocní třeba psychózou,⁵⁷ bývá tím rodina hluboce zasažena. Psychóza vyvolává v rodině krizi, která narušuje dosavadní rovnováhu rodinného systému (Vágnerová, 1999, s. 172).

Rodina může ztratit svou „normální“ vyváženost, a to dvojnásobem:

Veškerá pozornost se zaměří pouze na nemocného. Ten se stane objektem hyperprotektivity pečujících. Rodina mu vytvoří „skleníkové ovzduší“, dělá vše kvůli němu, donekonečna se zabývá probíráním jeho problémů, potíží, příznaků, jeho i vlastními obavami z budoucnosti (Kalina, 1987, s. 132). „Ostatní členové pak nemají šanci vzbudit zájem o svoje vlastní problémy a potíže“ (Vágnerová, 1999, s. 172). Riziko rozpadu takové rodiny se zvyšuje (tamtéž).

⁵⁷ Nejčastější z celé skupiny psychotických poruch je schizofrenie (Praško a kol., 2001, s. 14).

Typická zkušenost této „ochranitelské“ rodiny je vyjádřena slovy: „Přestali jsme úplně vidět normální život. Všechno se soustředilo jenom kolem synovy nemoci. Dcera šla stranou, i když nás právě v tu dobu moc potřebovala; třeba by se nerozvedla...“ (Kalina, 1987, s. 131); „Můj manžel mi vytýká, že jsem se od něj úplně odtáhla, ale teď musí jít všechno stranou, když je naše dcera nemocná“ (Kalina, 1987, s. 94).

Opačným extrémem je chování rodiny, která je pacientovou nemocí zklamána, bere ji jako „slabost“, „neúspěch“, pacientovy potíže příliš neuznává, snaží se ho rychle vtáhnout do dosavadního způsobu života, a pokud to nejde, „odepíše ho“. (tamtéž). Nemocný se nakonec stane pro takovou rodinu nepřijatelným. „Zůstává izolován na okraji rodinného dění a nikdo se o něho nezajímá.“ (Vágnerová, 1999, s. 172). Rodinní příslušníci se nakonec nějak vyrovnají s tím, že s nimi psychicky nemocný žije (tamtéž). Nepříjemnou realitu se však snaží vytěšňovat, což se projevuje např. tendencí o chorobě vůbec nemluvit, nebo o ní mluvit, ale jen v nepřítomnosti nemocného (tamtéž).

13. 2. 4. 1 Duševní nemoc jako spouštěč vzájemného obviňování jednotlivých členů rodiny

Krize, kterou spouští v rodině vážné duševní onemocnění, bývá doprovázena hledáním příčin, resp. viny za vznik nemoci (Vágnerová, 1999, s. 171; Kalina, 1987, s. 101). Členové rodiny hledají viníka odpovědného za duševní chorobu mezi sebou. Spekuluje o tom, že psychózu zavinila výchova, rodinné vztahy, matčina nadměrná péče či otcova přísnost: „Řeknu vám, moje manželka a já jsme si často říkali, jestli jsme něco nezavinili, něco neudělali špatně s Mirkovou výchovou. Vina za nemoc je na prostředí, ne? Člověk by mohl nějakým neuváženým způsobem něco naočkovat...“ (Kalina, 1987, s. 99).

Určitý podíl na posilování často nesmyslných pocitů viny rodinných příslušníků mohou mít podle Dörnera někdy i sami psychiatři, a to hlavně tehdy, když členy rodiny dostatečně a otevřeně neinformují o tom, co ví a neví (in Dörner, Osvobozující rozhovor, 1999).

Pocity viny u členů rodiny podporují také názory, podle nichž je rodina považována za „nositele“ a „původce“ nemoci (tamtéž).^{lvi} O většině psychických poruch obecně platí, že se na jejich vzniku podílejí jak faktory dědičné, tak vlivy prostředí. Mezi vlivy prostředí patří rodina, v níž pacient žije a rodina, v níž pacient vyrůstal jako dítě (Matoušek, 1997, s. 106).

Souvislost mezi psychickými poruchami a rodinnými vztahy je však v současnosti pojímána jako příliš těsná (tamtéž). Matoušek dokonce zmiňuje, že se vliv obou rodin (té, v níž žiji a v níž jsem vyrůstal) na vznik psychických poruch v naší kultuře přeceňuje (tamtéž).

Snaha vysvětlit psychické poruchy beze zbytku z narušených mezosobních vztahů se dokonce promítla do některých odborných teorií: „V 50. letech se objevuje koncept schizofrenogenní matky,^{lviii} jejíž přítomnost vysvětluje, proč dítě trpí psychickou poruchou.“ (tamtéž). „Tento ani jiné další^{lviii} v literatuře dodnes užívané vysvětlující principy však k objasnění toho, proč u určitého člena rodiny vznikne schizofrenní onemocnění, nedostačují.“ (tamtéž, s. 107). Přesto přetrvává tendence „vinit“ z narušené interakce, která se mezi rodinnými příslušníky odehrává, spíše rodinu než pacienta (tamtéž, s. 106).

„Hledání viny je však nesmyslné a nepraktické a škodí jak pacientovi, tak rodině. Nesmyslné v tom, že psychóza je nemoc, kterou nelze zavinit zvenčí. Nepraktické v tom, že při hledání viny se ztrácí z centra pozornosti skutečná pomoc.“ (Praško a kol., 2001, s. 36).

Od hledání viníka může rodinným příslušníkům odpomoci kvalitně vedená rodinná terapie (Praško a kol., 2001, s. 36; podobně též Kalina, 1987, s. 92; 99-104). Je trochu směšné, že se do ní někteří lidé obávají zapojit právě ze strachu, že v ní budou odhaleni jako viníci (Praško a kol., 2001, s. 36).

Členové rodiny bývají často zasaženi obavou ze stigmatizace rodiny jako celku. Právě proto duševní nemoc jednoho z nich ze studu před veřejností raději zatajují. To, že se před svým okolím o duševně nemocném stydí mluvit a že nedokáže o potížích, s nimiž se potýká, hovořit ani se svými přáteli, jenom prohlubuje jejich pocity osamělosti a opuštěnosti (podobně též Praško a kol., 2001, s. 45; též Dörner, Osvobozující rozhovor, 1999).

Extrémním projevem potřeby udržet pravdu o psychické nemoci rodinného příslušníka v tajnosti je zamlčování skutečné diagnózy dospělými před dětmi.

Sociolog Goffman ve své klasické studii o stigmatu dokládá, že se „téměř všechny matky, jež stojí před úkolem vysvětlit svým malým dětem otcovu nemoc, uchylují k pokusům ji utajit.“ (2003). „Dítěti se řekne buď že je tatínek v nemocnici (bez dalšího vysvětlování), nebo že tam je kvůli nějakému tělesnému onemocnění (bolest zubů, něco s nohou, bolest žaludku či hlavy) (M. R. Yarrow, J. A. Clausen a P. R. Robbins, „The Social Meaning of Mental Illness: Journal of Social Issues, XI, 1955, 40-41; in Goffman, 2003). K tomuto jednání se řada matek uchyluje nejen pro přesvědčení, že by dítě nebylo s to udržet sdělení o chorobě svého otce před ostatními v tajnosti, nýbrž rovněž z důvodu, že své dítě pokládají za příliš křehké na to, aby se s tak závažnou informací dokázalo bez následků vyrovnat (tamtéž).

Tyto matky pak obvykle zakoušejí permanentní strach z toho, že jejich ratolest uslyší pravdu o tatínkově chorobě od někoho jiného, o čemž svědčí případ této ženy: „Žiju v neustálé a naprosté hrůze, že to někdo Jimovi (jejímu dítěti) vyzvoní...“ (Tamtéž, s. 34).

13. 2. 4. 2 Obavy rodiny z jejího psychicky nemocného člena

Posledním tématem, o němž jsem se rozhodla v souvislosti s kapitolou o postavení duševně nemocného člověka v rodině pojednat, je téma strachu rodiny ze svého psychicky chorého člena. Ten se může objevit i poté, co se člověk vrátí domů z psychiatrické léčebny a bere dál léky (Kalina, 1987, s. 135).

Kromě oprávněného strachu z projevů vážné duševní nemoci bývá v pozadí celé škály obav již zmíněná ustálená mozaika obecně akceptovaných představ o psychicky chorých lidech. Proto je třeba, „aby rodina porozuměla logice onemocnění“ (Vágnerová, 1999, s. 173). „Když bude vědět, proč nemocný takto jedná, bude se k němu také chovat přijatelnějším způsobem“ (tamtéž).

K řešení rodinné krize, k níž duševní onemocnění jednoho z rodinných příslušníků může vést, je třeba, aby se pacient řádně léčil (Kalina, 1987, s. 137). Žádoucí je spolupráce s lékařem a sociálním pracovníkem. Významná je i podpora a pomoc od pracovníků neziskových organizací, které poskytují široký komplex různých sociálních služeb duševně či jinak hendikepovaným osobám. Členové rodiny se mohou zapojit do celorepublikových hnutí, v nichž mohou sdílet své zkušenosti s lidmi, kteří podobně jako oni stojí tváří v tvář psychické nemoci svého příbuzného (např. hnutí Sympatheia).^{lix}

13. 2. 5 Vybraná témata týkající se právního postavení duševně nemocného člověka v České republice

13. 2. 5. 1 Duševní nemoc a právo

„Právní postavení osob s duševním onemocněním má svá specifika, kterými se postavení těchto osob liší od postavení ostatních nemocných“ (Höschl, 1996). Už z charakteru duševních poruch, které ovlivňují lidské myšlení a jednání, vyplývá nezbytnost právního ošetření některých typických situací, do nichž se duševně chorý člověk může dostat.

Složitých právních problémů, které s sebou duševní onemocnění často nese, je mnoho. Vybrala jsem proto ty, které pokládám za nejpálčivější a ty, které se v poslední době staly předmětem celospolečenské diskuse.

Prvním velkým oddílem, který zahrnuje celou škálu citlivých občanskoprávních sporů, je otázka tzv. nedobrovolné hospitalizace v psychiatrickém lůžkovém zařízení. S ní souvisí také tematika provádění léčebných výkonů bez souhlasu nemocného.

Pokud je zdravotní stav člověka závažně dekompenzovaný, může lékař doporučit péči v lůžkovém psychiatrickém zařízení. Do léčebny nebo psychiatrického oddělení nemocnice

může být osoba převezena i bez svého vědomí a souhlasu, a to v případech, kdy je nařízena ochranná léčba nebo pokud lékař usoudí, že je v dané chvíli nebezpečná sobě nebo svému okolí (20/1996 Sb., § 23, odst. 4b).

Tyto zvláštní předpisy neexistují proto, aby omezovaly lidskou svobodu. Vymezuje postup ve zcela specifických případech, kdy např. duševní choroba narušuje schopnost kritického úsudku a kdy člověk svojí agresivitou ohrožuje sebe nebo ostatní. V takovém případě lékař dotyčnou osobu nemůže propustit z nemocnice na tzv. revers.

Pokud osoba s hospitalizací nesouhlasí, lékař však na ní trvá, musí být tato skutečnost do 24 hodin nahlášena soudu (99/1963 Sb., Občanský soudní řád, § 191a odst. 1). Ten pak do 7 dnů rozhoduje, zda byla hospitalizace v souladu se zákonem (§191b odst. 4).

„Tato zákonná opatření brání v tom, aby se rodinní příslušníci mohli vzájemně posílat na psychiatrii, chrání lidskou svobodu, důstojnost a brání zneužití psychiatrie. Daní, kterou za to platíme, je praktická nemožnost pozavírat každého, kdo to opravdu potřebuje.“ (Höschl, Očima C. H., Reflex, 12. 7. 2007, s. 21).

Baštecký např. upozorňuje, že by bylo vhodné okruh indikací k nedobrovolné hospitalizaci osob jevících známky duševní poruchy ještě rozšířit (1997, s. 101).

Rozšíření by mohlo být uskutečněno v následujících ohledech: na člověka by se mělo vztahovat ze zákona ustanovení o nedobrovolné hospitalizaci i v případě, kdy osoba jevící příznaky duševní poruchy sice zjevně fyzicky agresivní proti sobě či okolí není, ale je nebezpečná potencionálně (tamtéž). Jedná se např. o situace, kdy nemocný ohrožuje své okolí zanedbáváním hygieny (třeba když je zahmyzený nebo hromadí odpadky, které se mohou samovznítit) anebo ohrožuje sebe (zanedbáváním výživy, ošacení, větrání, topení, odmítáním zdravotnické péče, soc. služeb a dávek) (1997, tamtéž, s. 101 a 102).

V této souvislosti mě napadá také chování člověka, který v manických stavech rozprodává majetek rodiny, rozdává lidem peníze na ulici apod.

V případě, že nejsou závažně duševně nemocní lidé schopni objektivně nahlížet na své onemocnění, přichází v úvahu tzv. náhradní souhlas rodiny. Takový postup však může být podle J. Ondoka poněkud problematický – rodina např. rozhoduje za člena, který je pro ní břemenem a snaží se ho tak „zbavit“, aniž by se dostatečně zohledňoval jeho prospěch (2005, s. 117). Hrozí, že dojde k zanedbání pacientových zájmů.

Dalším rozsáhlým tématem, které bylo v poslední době notně medializováno, je používání tzv. omezujících prostředků v ústavech sociální péče a v psychiatrických zařízeních.

V léčebných institucích České republiky jsou v odůvodněných případech používány omezovací prostředky tohoto typu: jde o „pobyty na uzavřeném oddělení, o umístění v ochranném (síťovém) lůžku, o umístění v izolační místnosti, omezení v pohybu (ochranné pásy, kurty), užití ochranných prostředků (svěrací kazajky), připoutání k lůžku a jinému prostředku (kočárek, křeslo, nosítka) a o parenterální podávání psychofarmak (Používání omezovacích prostředků u pacientů v psychiatrických zařízeních České republiky, s. 4). Taková opatření se indikují pouze v případě, kdy pacient svým jednáním ohrožuje sebe nebo své okolí (tamtéž). Je nepřípustné, aby lékař nařídil některý z těchto prostředků za účelem „výchovy“, korekce či trestu (tamtéž). Lékař je o každém použití omezovacích prostředků povinen učinit zápis (tamtéž, s. 5).

13. 2. 5. 2 Omezující prostředky v psychiatrii

V letech 2003-2004 se u nás rozvířila diskuse o restriktivních opatřeních v psychiatrii, a to dokonce na několika rovinách. Kauza „síťová či klecová lůžka“ doslova otřásla médií, stala se živým tématem televize, novin a časopisů. Zabývalo se jí ministerstvo zdravotnictví, vláda i parlament (Bašný, Síť v psychiatrii a psychiatrie v síti, Čes. a slov. Psychiat., 2004, 100, 8, s. 471). Zásadní kritiku přinesla 64stránková zpráva „Mental Disability Advocacy“, která informuje o užívání klecových a síťových lůžek v sociálních ústavech a psychiatrických zařízeních čtyř států, včetně České republiky (Používání psychiatrických restriktivních prostředků v Anglii, Baudiš, Bašný, 2005, 101, 4, s. 228).

Většina odborníků z řad psychiatrů zastává přesvědčení, že se česká psychiatrie bez síťových či klecových lůžek zatím neobejde a že jsou v některých řídkých případech vlastně dobrým řešením (např. dr. Baudiš, in Ripová, Seminář o omezujících prostředcích v psychiatrii, Esprit, 2004, 4-5, s. 14).

I známý liberálně smýšlející lékař DPS Ondřejov M. Jarolímek považuje v úzce indikovaných stavech jako je např. těžké delirium tremens nebo velmi těžká zmatenost seniorů omezující lůžka za nutná (J. X. Doležal, V Bradavicích klece nejsou, Reflex, 2006, 21; dostupné na: <http://www.reflex.cz/Clanek23838.html>).

Třebaže nejsou Dr. Jarolímkovi klecová lůžka příliš sympatická, není jejich jednoznačným odpůrcem. Alternativou pobývání v klecovém či síťovém lůžku je totiž při nedostatečném počtu personálu pacienty často mnohem hůře prožívané kurtování (tamtéž). Kurtování pacientů k lůžkům patří k metodám běžně používaným v zahraničí. Při dlouhodobém užívání

je však rizikové: „Po pacientech lezou mouchy a oni se nemohou podrbat. Mohou jim vznikat proleženiny a odřeny od řemenů. Někteří si rozedrou kůži do krve, jak se snaží uvolnit.“ (Čermák, Politika je ošklivé panoptikum, Reflex 16/2006, dostupné na: <http://www.reflex.cz/Clanek23492.html>).

Ve srovnání s klecovým či síťovým lůžkem není o moc lidštější ani dlouhodobější zklidňování vysokými dávkami antipsychotik („chemická svěrací kazajka“) či pobyt v tzv. „izolační místnosti“ (tamtéž).

Své zkušenosti se zahraničními izolačními místnostmi popisuje Dr. David, současný ředitel PL Bohnice, takto: „Byl jsem v únoru v Izraeli. Tam v jedné léčebně zavírají pacienty do takové malé místnosti, která není ani vypočítávaná. Pacienta tam přikurtují k lůžku, které má nohy zabetonované v podlaze, a nechají ho být. Je to humánní?“ „Je otázka, jestli pacientovi není lépe v síťovém lůžku, ve kterém může komunikovat s okolím a vnímá podněty“. (tamtéž). První volbou jsou při snaze pacienta zklidnit pochopitelně psychofarmaka. Nejsou však všemocná: „Problém je v tom, že psychofarmaka nezaberou okamžitě a ne vždy a ne na každého. Problém je i v kvantitě. Pokud bychom chtěli některé pacienty zklidnit výhradně léky, tak je budeme mít trvale předávkované“. (tamtéž).

Faktem je, že jsou restriktivní prostředky při výrazném neklidu, deliriu či agresí, které vysoce ohrožují postiženého nebo jeho okolí, nezbytné a že se používají, jak už jsem naznačila, i v zahraničí. V názorech na to, které z těchto prostředků jsou nejvhodnější, co je více a co méně humánní, se však jednotlivé země (někdy i lůžková zařízení ve stejné zemi) navzájem liší (Ripová, Seminář o omezujících prostředcích v psychiatrii, Esprit, 2004, 4-5, s. 14).

V Anglii jsou zakázány jiné formy imobilizace pacienta vyjma jeho držení zdravotnickými pacienty (Používání psychiatrických restriktivních prostředků v Anglii, Baudiš, Bašný, 2005, 101, 4, s. 228). Kurtovat a zavírat pacienta do síťového lůžka se tam ze zákona nesmí (tamtéž; podobně Ripová, Seminář o omezujících prostředcích v psychiatrii, Esprit, 2004, 4-5, s. 14). Je však otázkou, zda je anglická praxe opravdu kýmžným vzorem hodným následování. Daní za síťová lůžka a za kurtování je totiž ordinování takových dávek léků, které jsou českými lékaři pokládány za toxické (Čermák, Politika je ošklivé panoptikum, Reflex, 16/2006, cit. podle slov Dr. I. Davida, dostupné na: <http://www.reflex.cz/Clanek23492.html>).

Nejzávažnějším restriktivním prostředkem je ve Velké Británii izolace ve zvláštní místnosti (Používání psychiatrických restriktivních prostředků v Anglii, Baudiš, Bašný, 2005,

101, 4, s. 228). Pobyt v prázdné místnosti s jedním zamřížovaným okénkem není záviděníhodný.

Se značnou skepsí lze rovněž uvažovat o efektivitě zklidňování člověka, který prodělává třeba psychotickou ataku, dobrým slovem: „To prostě nejde. Nebo to rozhodně nejde vždy.“ (Čermák, Politika je ošklivé panoptikum, Reflex, 16/2006, slova Dr. I. Davida, dostupné na: <http://www.reflex.cz/Clanek23492.html>).

Z hlediska humánnosti je diskutabilní nakonec i držení agitovaného člověka zdravotnickými pracovníky: „Jeden kolega byl nedávno v Británii a požádal, aby mu ukázali, jak by ho zklidnili. On má skoro dva metry a váží 130 kilo. Tak se vyřítilo šest chlapů jako hora, povalili ho na zem, zkroutili mu ruce a začali ho dusit. Ještě druhý den ho všechno bolelo.“ (Čermák, Politika je ošklivé panoptikum, Reflex, 16/2006, slova Dr. I. Davida, dostupné tamtéž).

Ve srovnání s našimi poměry je zdejší lůžková i ambulantní péče podstatně lépe financně dotována (Používání psychiatrických restriktivních prostředků v Anglii, Baudiš, Bašný, 2005, 101, 4, s. 229 a 230). Pro omezovací prostředky jsou přesně stanoveny indikace, metody a kontrola (tamtéž, s. 230). Jejich použití je kompenzováno až neuvěřitelným počtem zdravotnických a jiných pracovníků (tamtéž).

V tomto smyslu se anglická praxe podobá situaci ve Spojených Státech. Zde na jednoho pacienta připadá nejméně jeden ošetřovatel „a ten se od něj nehne.“ (Očima Cyrila Höschla, Reflex, 2004, 30; dostupné na: <http://www.reflex.cz/Clanek16931.html>). Přesto se i zde používají hojně „samotky“ (tamtéž). Oproti evropské tradici je v Americe běžná součinnost policie a zdravotnických zařízení (tamtéž).

V Německu jsou pacienti ve výjimečných případech kurtováni (přivazování řemeny k posteli) (Ripová, Seminář o omezujících prostředcích v psychiatrii, Esprit, 2004, 4-5, s. 14). V Nizozemí se z restriktivních prostředků nejvíce uplatňují izolační místnosti (tamtéž). Bez souhlasu však pacienta fyzicky omezit nelze a nelze jej ani medikovat (tamtéž). V Rakousku se používají síťová lůžka podobně jako u nás (Očima Cyrila Höschla, Reflex, 2004, 30; dostupné na: <http://www.reflex.cz/Clanek16931.html>).

Opravdovým problémem tedy není skutečnost, že omezující lůžka existují a že se u nás dosud používají, nýbrž otázka hrozby eventuálního zanedbávání předpisů, jimiž je provádění takové restrikce právně ošetřeno. S touto tezí korespondují také slova prof. Höschla: „Problém je v tom, že omezovací prostředky se smějí použít jen tam, kde je to nutné, a jen na

nezbytnou dobu; nikdy nesmějí sloužit pohodlí personálu („zavřít děti do klecí a dát si v klidu kafe a cigárko“ (Očima Cyrila Höschla, Reflex, 2004, 30; dostupné tamtéž).

Omezující prostředky se v ČR používají i mimo psychiatrii, a to na odděleních gerontologických, neurologických, JIP a na záchytných stanicích (Ripová, Seminář o omezujících prostředcích v psychiatrii, Esprit, 4-5/2004, s. 14).

O potřebě zvlášť citlivého přístupu píše ve svém článku v souvislosti se zvládáním delirózních stavů (hlavně u starších osob) doprovázených neklidem a agresí na nepsychiatrických pracovištích T. Tošnerová (Zamyšlení nad omezujícími prostředky. Pohled psychiatra spolupracujícího s nepsychiatrickými pracovišti, Čes. a slov. Psychiat., 2004, 100, 8, s. 500 - 504). Ze strany ošetřujícího personálu (ať už v ÚSP nebo zdravotním zařízení) jsou vůči duševně nemocnému člověku (či mentálně retardovanému) a vůči neklidné osobě pod vlivem duševní poruchy, jak zmiňuje Tošnerová, potřebné „především znalosti, dovednosti a zaujímání přiměřeného postoje“ (tamtéž, s. 502).

Dr. Tošnerová vybízí ke hledání odpovědi na otázky, proč k různým formám agitovanosti^{lx} dochází, jaký vztah mají zdravotníci k postižené osobě, zda přemýšlejí o důstojnosti postiženého člověka, jak tuto důstojnost chápou (tamtéž, s. 502). Zmiňuje, že agresivní chování hospitalizovaného někdy svědčí o „pouhém neporozumění ve vztahu pacient – zdravotník, tedy ne o duševní chorobě v pravém slova smyslu“ (tamtéž).

Tošnerová také srovnává postupy, jimiž je řešen neklid pacientů v některých zemích EU s praxí v zařízeních českých. Příkladní jsou ve zvládání neklidu svých pacientů pracovníci ústavních zařízení ve Skandinávii. Nejen, že zde nejsou uplatňovány omezující mechanické prostředky (síťová lůžka, svěrací kazajky, izolace) - minimálně se používají i neuroleptika (tamtéž, s. 503). „Neuroleptizace klientů na odděleních je občasně kontrolována“ (tamtéž). Přednosti skandinávského modelu podle Tošnerové nelze zdůvodňovat pouze známým argumentem o tom, že „mají na péči více peněz“ (tamtéž). K nosným pilířům tamějšího dobře fungujícího systému totiž patří kromě dostatku financí také „jiná organizace práce, odlišný přístup k člověku, především k jeho důstojnosti“, „péče podle standardů“ a existence celé řady kontrolních mechanismů (tamtéž).

Zastávám přesvědčení, že by se v souvislosti s „kauzou síťová lůžka v léčebnách a ústavech soc. péče“ pozornost měla zaměřit také na dosti alarmující zprávy typu: „Používání omezujících prostředků jako jsou izolace, kurtování či umístění do síťových lůžek, není personálem řádně dokumentováno a zdůvodněno; omezující prostředky včetně medikace jsou nadužívány a je jimi řešen nedostatek personálu a finančních prostředků; veřejná a objektivní

kontrola podmínek a dodržování práv pacientů v léčebnách fakticky neexistuje“ atd. (Ripová, Ochrana práv občanů s duševním onemocněním, Esprit, 2004, 4-5, s. 12).

Dobrym ovocem rozbujelé kauzy „síťová lůžka“ by mohlo být upozornění široké veřejnosti a politiků na nutnost „pozvolné transformace celé české psychiatrické péče a na její nezbytný „výsun“ z léčen do původního prostředí pacientů (ambulance, komunitní péče a nemocnice)“ (Očima Cyrila Höschla, Reflex, 2004, 30; dostupné na: <http://www.reflex.cz/Clanek16931.html>).

Skandální výkřiky po naprostém zrušení síťových či klecových lůžek (navíc při stávajícím nedostatečném počtu personálu a finančním podhodnocení psychiatrické péče v ČR) však pokládám za neodpodstatněné, škodlivé a naprosto vytržené z kontextu.

13. 2. 6 Pracovní a sociální rehabilitace lidí s duševním onemocněním

Říká se, že „duševní nemoc je jako povodeň, která v životě člověka i jeho příbuzných zpřehází vše“ (Bílková, Lékaři mě neberou jako partnera, ale jako maminku... Proč?! Esprit, 2003, 7, 1, s. 4).

Vážné duševní onemocnění zasahuje do řady oblastí života nemocného. Ovlivňuje rodinu, mezilidské vztahy, narušuje pracovní kariéru a ochuzuje využití volného času. Pokud byl člověk delší dobu hospitalizován v psychiatrické léčebně, nebývá jeho přestup z „umělého prostředí“ do běžně fungující společnosti úplně jednoduchý.

Po řádném léčebném ovlivnění nejobtížnějších příznaků nemoci často pacient odchází do světa, který se mu zdá být nepřátelský a komplikovaný. „Léky pomáhají v tom, že nemoc zůstává za zavřenými dveřmi“ (Kalina, 1987, s. 157). I když při jejich řádném užívání duševní nemoc ustupuje, může přetrvávat určitý „symptomový zbytek“ (Kalina, 1987, s. 157). „Nemoc sice vyhasíná, ale člověk jako by vyhasínal také“ (tamtéž). Ke zvýšené zranitelnosti se v období polevování duševní nemoci přidává také určité „zúžení života“, „útlum“ a „nespokojenost s tím, co je, i obavy z toho, co bude dál“ (tamtéž, podobně Vágnerová, 1999, s. 175).

Po přechodném odbřemenění od běžných povinností by měl člověk usilovat o vybudování nového a uspokojujícího každodenního života (Praško a kol., 2001, s. 63). Nejvhodnější je nalézt zlatou střední cestu mezi nadměrnými nároky a nároky nedostatečnými (tamtéž).

13. 2. 6. 1 Návrat k původnímu životu a role pracovní a sociální rehabilitace

V období rekonvalescence po prodělání vážné duševní nemoci, jíž jest např. schizofrenie, neplatí, že „nervy potřebují klid“ (Praško a kol., 2001, s. 63). Relaxace se totiž v případě duševně nemocných často mění v rezignaci (tamtéž). V nečinnosti se člověk propadá do depresí. Může dojít až k pokusu o sebevraždu, který signalizuje, že pacient svou situaci nezvládl (Vágnerová, 1999, s. 175). Nejasnost, nestrukturovanost a prázdnota života patří k nepříznivým faktorům, jež mohou snižovat odolnost jedince proti návratu psychózy (tzv. relapsu) (Praško a kol., 2001).

Jakákoliv práce je tedy lepší než meditace a nečinnost, která vede k bolestíinství a často nic nepřinášejícímu hloubání nad nepříznivou osobní situací. „Umožní nemocnému zvýšit sebedůvěru, samostatnost a schopnost další sociální adaptace.“ (Vágnerová, 1999, s. 175 a 176). Pacienti v léčebnách mají proto možnost účastnit se již během hospitalizace, jakmile to dovolí jejich stav, pracovní terapie (Praško a kol., 2001, s. 63).

Po propuštění se mohou klienti, zvláště ve větších městech, zapojit do rozličných forem pracovní i sociální rehabilitace. Jejím smyslem je obnovit u řady z nich základní pracovní návyky, rozvíjet zachované schopnosti a dovednosti a posilovat nemocí nahlovanou sebedůvěru. Za nejvhodnější pokládám takové pracovní-rehabilitační aktivity, které mohou být realizovány v co nejpřirozenějším prostředí.

Dobře vymyšlené projekty, při nichž jsou rehabilitovaní klienti v každodenním kontaktu s veřejností, uskutečňuje pražská nezisková organizace Green Doors. Patří mezi ně Café Na půl cesty, Klub V. kolona a Kavárna Klubu v Jelení (Výroční zpráva O. S. Green Doors, 2004, s. 1; dostupné na: <http://www.greendoors.cz/>).

Café Na půl cesty nabízí mladým lidem, kteří onemocněli schizofrenií, „intenzivní pracovní trénink a nácvik zátěže srovnatelné se zaměstnáním v běžných podmínkách“ (tamtéž, s. 2). „Tento trénink klientům kavárny napomáhá překonat krizi a vrátit se co nejrychleji do běžného zaměstnání nebo ke studiu“ (tamtéž, s. 3). „Programy zaměstnávání jedinců se schizofrenií přispívají k tomu, aby postupně zase krůček po krůčku tyto lidé opět došli tam, odkud je nemoc vytrhla“

(Veřejnost a duševně nemocný, Český rozhlas 6, Relace Studia Stop, 14.9.2005; Dr. F. Španiel; dostupné na: http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/napsali_o_nas_26.html).

Originální název kavárny nesouvisí jen s její polohou (mezi DPS Ondřejov a stanicí metra Pankrác), nýbrž také s tím, že jsou zde vytvářeny podmínky, které mají klientům dopomoci, aby v této jakési přestupní stanici mezi léčebnou a „normalitou“ načerpali síly a mohli se na

svoji cestě životem vydat dále (volně podle článku „Pestrý šatník doktora Jarolímka, S Martinem Jarolímkem o autoritách, indiánech a šatnících).

13. 2. 6. 1. 1 Dojmy ze stáže v o. s. Green Doors

Při více než týdenní stáži v o. s. Green Doors jsem měla možnost poznat pracovní - rehabilitační systém zblízka.

Byla jsem seznámena s chodem kavárny, hovořila jsem se zdejšími terapeuty a klienty. Několikrát jsem se zúčastnila běžné směny i hodnocení klientů. Směna trvala čtyři hodiny (od 10-14 hod a od 14-18 hod). Klienti pracovali za barem vždy ve dvojici. Kromě této party zde působila jakási „úklidová skupinka“, která se zabývala údržbou zdejšího parku a interiéru. Terapeut, který byl po celou dobu směny přítomen, stupňoval zatížení rehabilitovaných klientů tím, že kladl co největší důraz na jejich samostatnost při zvládnání běžných, ale i náročnějších stresových situací. V případě nutnosti klientům poradil a byl jim nevtíravým způsobem pořád „po ruce“. Na závěr denní směny proběhlo pravidelné pracovní hodnocení. Oba dva klienti byli po rozhovoru s terapeutem obodováni – boduje se celkový dojem z práce, výkonnost a výdrž.

Během závěrečného hodnocení jsem si povšimla, že terapeuti uplatňují vůči jednotlivým klientům individuálně specifický přístup a že ve zdravé míře klienty motivují k dalšímu sebezdokonalování.

Osvědčila se mi tu pravdivost již zmíněné teze – v případě duševní nemoci je jakákoliv práce prostě lepší než meditace a nečinnost. „Schizofrenik by zkrátka neměl příliš medítovat, ale mýt nádoby a štípat dříví.“ Tento postřeh svými slovy doložila i jedna z klientek: „Jsem toho názoru, že duševní nemoc se má léčit prací. V době po propuštění z PL jsem byla rok před nástupem do rehabilitace v Café Na půl cesty téměř opuštěná a můj stav se jen zhoršoval, propadala jsem se do deprese...“

O tom, že je kavárna svému poslání, jímž jest pracovní rehabilitace a návrat psychicky nemocných zpět do společnosti, skutečně věrna, svědčí také slova dalšího klienta: „Před několika měsíci jsem se při namáhavé a stresující práci v bance psychicky zhroutil. V té době jsem nic nejedl ani nespál a vadilo mi falešné přátelství mých ambiciózních kolegů. Trpěl jsem tzv. „asociální fóbií“, kdy se lidé, kterým někdo ukřivdil či ublížil, stáhnou do sebe a myslí si, že jim teď budou škodit všichni. Až práce tady v kavárně mě opět postavila na nohy. Srovnal jsem si myšlenky, a až skončím, začnu se věnovat práci, na kterou jsem studoval.“ (Broukalová, Kavárna schizofreniků oslavovala).

Klienti mohou být pracovně i sociálně rehabilitováni také v Klubu V. kolona. Zde mají možnost podstoupit aktivizační trénink. 70 % klientů dochází do V. kolony krátkodobě po dobu své hospitalizace v psychiatrické léčebně Praha – Bohnice, v jejímž areálu se Klub nachází (Výroční zpráva Green Doors, 2004, s. 5; dostupné na: <http://www.greendoors.cz/>).

Stěžejním smyslem aktivizačního tréninku je příprava na život po propuštění v „normálním“ světě - pacient je zkrátka trénován na fakt, že pobyt v léčebně jednou skončí a on se bude muset zadaptovat na komplikované společenské konvence. Už před propuštěním se pracuje na obnově jeho pracovních návyků. Rehabilitovaní klienti zde stejně jako v předchozích projektech pracují za barem, v kuchyni apod. Výhodný je i přístup k internetu, který je v V. koloně umožněn. Funguje zde také sociální poradna, v níž mohou klienti už před propuštěním z psychiatrické léčebny spolu s ergoterapeutkou pracovat na řešení nejrůznějších potíží souvisejících s bydlením, budoucím pracovním uplatněním a jejich sociálním zabezpečením. Vyskytne-li se problém, jenž vyžaduje intervenci právníka, je možné využít anonymního právního poradenství.

Aktivní spolupráce mezi V. kolonou a PL se týká především pavilonů 4 a 30. Do rehabilitace se mohou klienti zapojit se souhlasem svého ošetřujícího lékaře a pracovního terapeuta o. s. Green Doors.

Díky spolupráci s Klubem V. kolona, který přispívá ke klientově resocializaci, je pacient natrénován na zvládání mnohdy ještě stále nepřátelské reality a na coping stresových situací. Člověk tak neopouští léčebnu pouze zbaven markantních příznaků psychózy, nýbrž vybaven pro fungování a uplatnění ve společnosti. Myslím, že by bylo ku prospěchu, aby spolupráce mezi léčebnou i V. kolonou probíhala i v budoucnosti.

Do rehabilitačního programu Klubu v Jelení, jsou zařazováni klienti, kteří potřebují během pracovního tréninku vyšší míru terapeutické podpory (Výroční zpráva Green Doors, 2004, s. 4; dostupné na: <http://www.greendoors.cz/>). Působí zde opět ve dvojici pod vedením terapeuta – „patrona“ za barem. Další z nich uklízejí klub, nakupují potraviny, zajišťují běžný chod kavárny, někteří roznášejí letáky s kulturním programem. Zájemci mohou podstoupit trénink kognitivních dovedností, který vyhodnocují s psychologem.

13. 2. 6. 1. 2 Postřehy o klientech:

Někteří se mi svěřili, že zpočátku, brzy po začlenění do rehabilitačního procesu, měli největší obtíže zejména s určitým ostychem a nedůvěrou v komunikaci se zákazníky, ale

časem se podle slov řady z nich potíže tohoto charakteru dosti umenšily. Všichni mnou oslovení svoji participaci na chodu kavárny hodnotili velmi kladně.

V praxi jsem si tu ověřila vcelku známý fakt, že totiž lidé, kteří mají zkušenost s vážným duševním onemocněním, bývají velmi senzitivní, citliví a zranitelní. Je skvělé, že jsou ve zdejší pracovní rehabilitaci vedeni v asertivním duchu – s některými by snad bylo vhodné odborně terapeuticky pracovat i po skončení rehabilitace a dále tak rozvíjet jejich pracovní a sociální dovednosti.

Aktivita, pracovní nasazení a svědomitost, které jsem si povšimla u mnoha klientů, odporuje klasickému předsudku laické veřejnosti o lenosti a nechuti duševně nemocných cokoliv dělat.

Postřehla jsem také, že řada klientů projevuje určitou touhu po poznání – ta by měla být rozvíjena, a to např. prostřednictvím nejrůznějších vzdělávacích aktivit (jak už se zčásti děje v Jelení). Navrhovala bych zorganizovat např. s klienty, kteří by měli zájem, pravidelný diskusní kroužek nad společně čtenou knihou... S volbou abstraktních filosofických či teologických témat bych byla trochu opatrnější. Myslím, že u psychotiků mohou být taková témata z důvodu nebezpečí možného skluzu do pseudofilosofování poněkud riziková. Prospěšná by mohla být např. výuka cizího jazyka, diskuse nad určitým společenským tématem, kauzou, aktuální událostí, kvalitním filmem... Jistě by se rádi zapojili i návštěvníci kaváren.

13. 2. 6. 1. 3 Postřehy o všech projektech o. s. Green Doors

Za výrazný přínos, který se týká všech projektů Green Doors, pokládám skutečnost, že jsou klienti v kontaktu s veřejností a běžným pracovním prostředím. Prospívají tedy veřejnosti, která si na základě kontaktu s nimi koriguje stereotypní představy o duševně nemocných a veřejnost zase prospívá klientům, již si v kontaktu s „normálními“ lidmi posilují nemocí nahlodaané sebevědomí. Navíc se zde rehabilitovaní nesetkávají pouze s lidmi, s nimiž je spojuje vážná duševní nemoc – v kavárně se konají nejrůznější kulturní akce - rozhodně tedy není nouze o přátele a různé zajímavé lidi. Klient tak funguje v prostředí, které může dopomoci ke snížení rizika relapsu duševního onemocnění.^{lxi} Zapojení do běžného pracovního režimu ve skupině (dvojice společně s terapeutem) je výhodné, protože se jím umenšují klientovy často přehnané obavy ze selhání.

Klienti i terapeuti se tu podílejí na destigmatizaci duševně nemocných a originálním i nenásilným způsobem na významné korekci laických postojů veřejnosti. Duševně nemocný se

tu prezentuje jako osoba, která na sobě chce pracovat, která je schopna týmové spolupráce, která si nepočíná jako nevyzpytatelné „monstrum“, s nímž není radno cokoliv mít a kterému je lépe se raději vyhnout.

Patron své klienty vede k tomu, aby dokázali projevit svůj vlastní názor. Zároveň jsou terapeuti nastaveny jasné hranice, kam až může ve své pracovní morálce klient zajít, čímž se pracuje na umenšování možného rizika úniku do nemoci a na odstraňování „naučené bezmocnosti“. V závěrečném hodnocení jde o zprostředkování reálné zpětné vazby.

Ten, kdo navštíví některou z těchto tréninkových kaváren, na vlastní oči uvidí, že lidé, kteří mají zkušenost s vážnou duševní poruchou, nejsou líní, že mohou a smějí pracovat, že nejsou násilní a nebezpeční, že jsou schopni racionálně uvažovat. Kdo se s nimi dá do řeči a pozorně naslouchá, brzy pozná, že mnohdy vyjadřují něco hluboce pravdivého.

13. 2. 7 Sociálně rehabilitační formy péče o lidi s duševním a/nebo mentálním hendikepem v plzeňském regionu

Od roku 2001 vytváří komplex sociálních služeb pro osoby s duševním a/nebo mentálním hendikepem v plzeňském regionu také občanské sdružení jménem Ledovec. Protože jsem na Ledovci v rámci odborné studijní praxe strávila několik dní, provedu krátkou reflexi, v níž shrnu dojmy, které mě po skončení pobytu provázely a zhodnotím efektivitu zdejších sociálně – rehabilitačních aktivit.

Sdružení Ledovec funguje od r. 2001. V současné době komplex sociálních služeb, které tato nezisková organizace poskytuje, spadá pod Agenturu podporovaného zaměstnávání v Plzni, Terapeutické centrum Ledovec (dále TC), Poradenské centrum (předsunuté pracoviště TC se sídlem v Plzni) a Agenturu podporovaného zaměstnávání v Rokycanech.

Ve spolupráci s pracovníkem Poradenského centra si klienti stanovují svoje rehabilitační plány.

Pracovníci Poradenského centra nabízejí individuální doprovázení, první vstupní kontakty s uživateli služeb, poradenství sociálně právního typu, podporu při jednání s úřady a celou řadu dalších služeb.

TC Ledovec vytváří prostředí, v němž klienti mohou v případě zájmu své individuální rehabilitační plány naplňovat. TC jim zabezpečuje příjemné zázemí v přirozeném a klidném venkovském prostředí. Středisko, v němž se schází skupina klientů, terapeutů a dobrovolníků, poskytuje služby komunitního charakteru. Komunitní forma péče spočívá ve snaze vést

klienty „k získání co nejvyšší míry soběstačnosti v přirozených podmínkách s využitím běžných zdrojů společnosti a klientových vlastních možností“ (Výroční zpráva Sdružení Ledovec, 2005; dostupné na: <http://www.ledovec.cz/obrazky3/2005-vyrocka.pdf>).

Lidé starší 18 let, u nichž je přítomno duševní onemocnění psychotického okruhu, mentální hendikep anebo kombinace obou, mají možnost v TC (sídlí v prostorách bývalé fary v obci Ledce u Plzně) rozvíjet a udržovat své pracovní a sociální dovednosti.

Pracovníci terapeutického centra nabízejí klientům uplatnění v sociálně terapeutických dílnách (tkalcovna, řemeslná dílna, svíčkárna). V Domě Ledovec (bývalá fara) a jeho okolí se také uskutečňují programy zaměřené na nácvik pracovních dovedností. Klienti mohou pracovat ve zdejším hospodářství a rehabilitovat se prací na zahradě. Na některé z nich působí velmi příznivě kontakt s domácími chovnými zvířaty, o něž se spolu s terapeutky starají (ovce, koza, pes). Běžný denní pracovní program sestává např. z těchto povinností: zalévání kyttek v domě, sbírání vajíček, mytí hrníčků po snídani, vaření oběda, mytí nádobí, doplňování vody ovcím a kozám, vytírání chodby, zametání, sbírání špinavých ručníků a utěrek, třídění odpadu, doplňování zrní pro slepice... V komunitní místnosti mají klienti k dispozici počítač připojený na internet.

Terapeutické centrum Ledovec funguje dle slov jeho ředitele takovým způsobem, aby nebylo rozpoznatelné, kdo zde působí za plat a kdo je klientem. „Jedná se o organizaci, která se prezentuje lehce bláznivým profilem – „normální“ se zde proměňují v „bláznů“ a „bláznů“ se mění v normální – smyslem oboustranné rehabilitace je tedy, že se mění jak klienti, tak terapeuti.“ Terapeutický tým se často obměňuje, takže přicházejí stále noví a noví lidé. Supervizi zaměstnancům poskytuje psychiatr, který se také v případě potřeby angažuje na řešení případných specifických potíží klientů.

Sdružení se ve svých koncepcích hlásí k programům psychosociální rehabilitace z Holandska. Někteří z terapeutů strávili delší dobu v zahraničních camphillských komunitách. Jedná se o jeden z typů terapeutické komunity orientovaný na pomoc mentálně a tělesně hendikepovaným lidem.⁵⁸

⁵⁸ Camphillská komunita je charakteristická těsnějším soužitím klientů a personálu a radikálním vyrovnáním pozic „zdravých“ a „postižených“. Klient a spolupracovník se od sebe učí navzájem; ten, kdo pomáhá klientovi, pomáhá zároveň sám sobě.“ „Základní jednotkou takové komunity je rodina – obvykle mladí manželé se svými dětmi, s nimiž žije vždy několik postižených“. Název odvozen od Camphill House ve Skotsku, kde byla komunita tohoto druhu založena před 2. sv. válkou rakouským lékařem K. Koenigem; Matoušek, 1999, s. 61).

V terapeutickém domě Ledovec žije mladý manželský pár se svými dětmi. Jejich postižení společníci sem dojíždějí. Zdejší sdružení se principům camphillského hnutí podobá kupříkladu hlavní náplní dne (návčivky pracovních dovedností: péče o hospodářská zvířata, práce na zahradě, v dílnách; výlety, kulturní akce) a vysoce individualizovaným přístupem ke klientům. V souladu s camphillskými principy je v neposlední řadě také skutečnost, že zde jeden prospívá druhému, bez ohledu, zda se jedná o spolupracovníka (personál) či jeho společníka (klient).

V terapeutickém centru může být 20 – 25 klientů, 10 klientů je však maximální strop pro sociální únosnost a denní provoz (tzv. „uzdravující a nedeprimující skupina“).

Na Ledovci klienti pobývají cca 3x týdně od 8-16 hod., ve čtvrtek se konají nejružnější výjezdy a výlety. Služby se poskytují 5 dní v týdnu. Kontakt s veřejností je udržován prostřednictvím rozličných akcí. Jedná se např. o Hromnicové svíčkování, Farní masopustní zabíjačku, Ledecké velmi kulturní odpoledne, Pouťové veselí s ukázkami lidových řemesel a nejružnější prázdninové akce, pobyty pod stany... Těmito aktivitami jsou podporovány přátelské postoje veřejnosti vůči lidem, kteří jsou „jiní“.

V rámci rehabilitace funguje institut klíčového pracovníka (obdobný patronům v Green Doors). Ten má přehled o rehabilitačním plánu svěřeného klienta, popř. pomáhá klientovi nalézt, co skutečně potřebuje a pomáhá klientovi ujasnit, čeho si přeje vlastně v rehabilitaci dosáhnout.

Poskytované služby mají charakter sociální rehabilitace, která zahrnuje především socioterapii a návčiv pracovních dovedností .

Psychoterapie se v Domu Ledovec neprovádí. Služby pro osoby s duševním onemocněním byly nedávno úspěšně rozšířeny i o chráněné bydlení v Dýšině u Plzně.

Zdejší terapeuti se „necítí být střelci, kteří dělají divočinu“, počínají si profesionálně a kvalitně.

Alternativnost záleží hned v několika úrovních: Lidé z Ledovce se snaží podnikat věci, které jsou nové a vytvářet podmínky pro oboustrannou rehabilitaci. Poskytované služby přizpůsobují potřebám i možnostem klienta v maximální míře (Výroční zpráva Sdružení Ledovec, 2005; dostupné na: <http://www.ledovec.cz/obrazky3/2005-vyrocka.pdf>). Alternativním je vyšší osobní angažovanost a více osobního vztahu ke klientům. Terapeuti, kteří bydlí přímo na Ledovci od své profese neoddělují osobní a rodinný život. S klienty společnými silami vytvářejí místo, kam prostě všichni chodí rádi... Sociální práce se tu provozuje s větším osobním nasazením než je běžně poskytovaný standard. K jednomu z

důležitých cílů organizace patří „nestát se sice možná fungující, ale lidsky oploštělou „fabrikou na sociální služby.“ (Výroční zpráva Sdružení Ledovec, 2005).

Do sociální práce jsou zde ve větší míře zapojováni také laici, každý je prostě veden k tomu, aby si ve sdružení našel „to své“. Vyšší procento pracovníků je křesťansky zaměřeno, ale hnutí se striktně religiózně nevymezuje. Religiózní vymezení by předem diskvalifikovalo nevěřící klienty. Dalším důvodem pro nevhodnost religiózního vymezení je riziko pseudofilosofování u psychotiků, kteří mohou v důsledku klinických symptomů nemoci unikat do často poněkud temného a komplikovaného náboženského jazyka.

Terapeuti s klienty komunikují otevřeně, pokud možno neabstraktně, tedy s větším důrazem na konkrétno. Ke každodenním zvyklostem patří společná modlitba před jídlem.

Klienti na Ledovci zůstávají v omezeně dlouhé době - v případě, že jsou již sociálně zlepšeni, odcházejí do návazných služeb, tedy náročnějších programů, které jsou více podobné samostatnému životu. Je to i prevence proti vzniku jakéhosi „reliktu z minulosti“, který by za stereotypních podmínek mohl stagnovat ve vývoji a „zakrtnět“.

Sdružení Ledovec trápí na českých podmínkách, v nichž naplňuje své cíle, zejména následující jevy: neexistuje záruka stálých příjmů, je třeba nepřetržitě shánět peníze na provoz, což zatěžuje, finanční nejistota do budoucnosti...

Vedoucí terapeuti byli k založení Terapeutického centra vedeni touhou žít na vesnici a vybudovat komunitní péči o duševně nemocné i komunitní bydlení.

Do Terapeutického centra jsou zařazováni klienti s duševním a/nebo mentálním hendikepem nad 18 let, s možností dojezdu. Překážkou pro zapojení do „ledovcových aktivit“ je pochopitelně závažná dekompenzace klientova zdravotního stavu.

Jedním z cílů sdružení Ledovec je, aby byli klienti dobře socializovaní – „když dřepí doma a není kam vyjít, hrozí deprese, bolestíinství, sebelítost a nezřídká i znovuvzplanutí psychózy.“ Odolnost proti návratu potíží lze dle odborníků zvyšovat vhodnými psychosociálními opatřeními (Praško a kol., 2001, s. 56). Jsem přesvědčena, že k organizacím, které taková opatření a služby klientům poskytují, a dokonce je pro ně i „vyrábí“, Sdružení Ledovec patří.

14. Transformace české psychiatrie

Již od 90. let 20. stol. se u nás hovoří o potřebě více sladit českou psychiatrickou péči s probíhajícími (a proběhlými) změnami v celém světě. V zemích, které už transformací péče o duševně nemocné lidi prošly, je systém nastaven tak, aby co nejvíce vyhověl potřebám pacientů. Tento celoevropský trend nepochybně přichází i do ČR, třebaže dosud platí, že mezera mezi potřebami pacientů a tím, čeho se jim dostává, je stále větší (Höschl, Duševní choroby a podpora duševního zdraví se stávají prioritou evropské politiky, Zdravotnické noviny, 24. 2. 2006, 55, 8, s. 9). Po odborné stránce mezi psychiatrickou péčí u nás a v zahraničí rozdíl není: „to, co se ví a co se dělá je tady i v zahraničí stejné“ (Höschl, in Janíček, 2004, s. 147). Rozdíl však tkví v tom, co zažívají pacienti (tamtéž). Někteří z nich by se po svých zkušenostech možná dokonce podepsali pod větu, že „být duševně nemocným v ČR není žádný med.“

(dostupné na: http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/napsali_o_nas_7.html).

Po roce 1989 svitlo na lepší časy a bylo opravdu uskutečněno hodně pozitivního. Konečně se u nás začala pomalu zaplňovat téměř prázdná oblast mezi ambulancí a léčebnou, která je ve světě s naprostou samozřejmostí vyplněna tzv. intermediární péčí (denní sanatoria, krizová centra, sociální kluby, chráněné dílny a bydlení).

K dalším pozitivům patřilo zmenšení počtu osob v ústavech, omezení nadbytečného užívání „razantních“ metod typu elektrošokové terapie, pokles nedobrovolných hospitalizací a zlepšení zacházení s pacienty na odděleních řady léčeben... (Jařab, Evropský soud nás bude muset probrat z reálného socialismu, Zdravotnické noviny ČR, 2002, 51, 48, s. 21).

Za významné pozitivum zasahující do stereotypního režimu tak vypjatého projevu klasické psychiatrické péče, jímž jest léčebna, pokládám např. festival „Mezi ploty“. Díky této každoroční akci jsou do bohnického areálu vnášeny aktivity, které zajímají i ostatní veřejnost. Tím dochází ke vzájemnému setkávání a k průniku léčebny do „normálního světa“. „Nepochybným přínosem festivalu je, „že se léčebna na pár dní v médiích a tím i ve vědomí lidí ocitne v pozitivní souvislosti. Pak zase začnou hyenistické zprávy o tom, kdo je zde hospitalizován a jaký „nebezpečný šílenec“ z léčebny utekl.“ (Léčebna v pozitivních souvislostech, Festivalové noviny, Rozhovor s MUDr. I. Davidem, ředitelem PL Bohnice, 2006).

Festival „Mezi ploty“ je vynikajícím prostředkem pro odlehčení ústavní atmosféry a pro její posunutí „někam jinam“ (volně dle slov Dr. Bašného, dokument ČT jménem „Blázinec

v blázinci. Propojení vnějšího světa s vnitřním světem psychiatrické léčebny“, 5. 10. 2003). Bylo by skvělé, kdyby existovala možnost uspořádat tuto akci častěji než pouze 1x za rok.

Třebaže psychiatrické léčebny v posledních desetiletích prodělaly změny k lepšímu, patří dosud k jakémusi podezřelému segmentu z minulosti. „Na mnoha místech se nedůstojné podmínky změnily jen málo či vůbec, přičemž jde nejen o podmínky materiální (velký počet pacientů na pokoji), ale i „automatické“ (zacházení personálu s pacienty bez ohledu na jejich soukromí, právo na sebeurčení a lidskou důstojnost) – to vše při absenci kontrolních mechanismů“ (Jařab, Evropský soud nás bude muset probrat z reálného socialismu, Zdravotnické noviny ČR, 2002, 51, 48, s. 21).

Struktura psychiatrických lůžek v ČR má kvůli těmto zařízením velmi archaickou podobu (Bašný, Stigma oboru psychiatrie. *Esprit*, 2003, 7, 4, s. 3). Ačkoliv už v řadě zemí Evropské unie těmto „koncernům na duševní zdraví“ „odzvono“, u nás se 88 % lůžek z celkového počtu nachází právě v nich (tamtéž).

Tyto obtížně reformovatelné obří instituce by měly být nahrazeny psychiatrickými odděleními ve všeobecných nemocnicích (tamtéž).

Tvůrci reformy psychiatrické péče v České republice počítali s větším rozvojem hospitalizace na psychiatrických klinikách – ukázalo se však, že v letech 1990 – 2000 počet lůžek na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic ještě dokonce mírně poklesl. Tlak na nemocniční lůžka se však zvyšoval. (Kalina, Psychiatrická reforma v ČR: Byla? Je? Bude?, Zdravotnické noviny, 2002, 51, 48, s. 15).

Rychlé zavření léčeben bez náhrady není adekvátní. Trpěli by jím dlouhodobě psychiatricky nemocní. „Akutní nemocniční péče by však z léčeben být přesunuta mohla, ale pouze bude-li souběžně věnována pozornost vybudování nemocničních oddělení s dostupným komplementem a sítí zařízení komunitního typu.“ (Libiger, Obor potřebuje více zdrojů, Zdravotnické noviny, 24. 2. 2006, 55, 8, s. 13).

Ambulantní sféra je však dosud nerozvinutá (Jakar, Blázinec po Česku, *Reflex*, 20. 10. 2005, s. 12). Dokládají to i slova psychiatra Jana Pfeiffera: „Chybí nám akutní péče v nemocnicích, ambulance, denní stacionáře, krizové služby, chráněná bydlení a rehabilitační programy.“ (Transformace psychiatrie v České republice, Zbláznit se není u nás žádný med; dostupné na: http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/napsali_o_nas_7.html - Transformace psychiatrie v ČR).

Trochu paradoxní je, že „systém ani rozvoj ambulantních služeb nestimuluje, protože pro léčebny je ekonomicky nevýhodné propouštět pacienty do ambulantní péče“ (Jařab, Evropský soud nás bude muset probrat z reálného socialismu, Zdravotnické noviny ČR, 2002, 51, 48, s. 21). Jsou placeny za „obložnost“, což znamená, že čím více lůžek se zaplní a čím déle léčba trvá, tím víc „inkasují“. Přitom je všeobecně známo, „že svým stavebním uspořádáním, personálním vybavením a absencí přímé návaznosti na diagnostické možnosti dalších medicínských oborů tato zařízení péči v souladu se současnými psychiatrickými trendy zajišťovat nemohou.“ (Bašný, Stigma oboru psychiatrie. *Esprit*, 2003, 7, 4, s. 3).

Hutnou atmosféru v některých z nich pěkně ilustruje MUDr. Jarolímek: ... „např. léčebna v Bohnicích je tak přeplněná, že dochází k tomu, že pacient je po přijetí hospitalizován na nějakém pavilónu, ale protože je tam velký tlak na lůžka, je po dvou týdnech přestěhován do jiného a pak zase do dalšího. A během své několikátýdenní hospitalizace tak vystřídá třeba tři nebo čtyři doktory. Což té léčbě nemůže pomoci“ (Pospíšil, Infoservis. net společnosti Člověk v tísni, Lidé v pasti, Nebylo tady vůbec nic, 8. 1. 2003; Dostupné na: <http://www.infoservis.net/art.php?id=1042037172>).

14. 1 Komunitní péče o duševně nemocné a její realizace v českých podmínkách

Paradigmatem komunitní péče o duševně nemocného člověka je „práce s pacientem v jeho přirozeném prostředí.“ ... „Je nutné přesunout těžiště léčby pacientů směrem k jejich přirozenému prostředí, pomáhat jim se životem, neomezovat jejich přirozená práva a neoddělovat je od rodiny a přátel. Je to více účinnější, laskavější a také otevřenější veřejné kontrole.“ (Transformace psychiatrie v ČR, Zbláznit se není u nás žádný med; dostupné na: http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/napsali_o_nas_7.html).

Koncepce transformace české psychiatrické péče není nepromyšlená. Svědčí o tom následující věty: „Transformace psychiatrie si klade za úkol snížit počet lůžek v psychiatrických léčebnách zhruba o polovinu, v léčebnách ponechat pouze péči o dlouhodobě nemocné a zvýšit akutní péči v psychiatrických odděleních nemocnic a současně zvýšit kapacitu řady dalších služeb: psychiatrických ambulancí, denních stacionářů, krizových služeb, chráněných bydlení nebo rehabilitačních programů.“ (Transformace psychiatrie v ČR; dostupné na: http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/napsali_o_nas_15.html).

Z těchto slov lze dospět k závěru, že průkopníci reformy nechtějí střílet do prázdna a jsou si vědomi možných důsledků zbrklých a neuvážených řešení, jimž chtějí předejít.

Od vynálezu prvních psychofarmak je zřejmé, že dobře léčený schizofrenik se mnohem lépe uzdravuje a resocializuje, když má kvalitní komunitní péči, která však velmi často navazuje a souvisí s péčí nemocniční (J. X. Doležal, Když se perou psychiatři, Reflex, 26 – 27/2007; dostupné na: <http://www.reflex.cz/Clanek27920.html>).

Domnívám se, že zastánci modelu tzv. komunitní psychiatrie mají před sebou ještě poměrně tuhý boj, který budou pravděpodobně komplikovat i faktory, jejichž charakteristice věnuji následující řádky.

V poslední době se ukazuje, že proti sobě v českém prostředí vykristalizovaly dvě spolu soupeřící frakce psychiatrů – jedni jsou přesvědčenými konzervativci, zastánci klasické kustodiální péče v tradičních léčebnách (např. Dr. David). Potřebnost komunitní psychiatrie sice respektují, nejraději by ji však viděli nejdál od bran svých léčeben (J. X. Doležal, Když se perou psychiatři, Reflex, 26 – 27/2007; dostupné tamtéž).

Stoupenci komunitní péče sázejí na pomoc pacientovi v jeho přirozeném prostředí. Prosazují maximální začlenění psychicky nemocných do běžné společnosti. Česká psychiatrická péče podle nich volá po reformě (Dr. Jarolímek, Dr. Příhoda, Dr. Pfeiffer). Bylo by dobré, aby si obě dvě strany naslouchaly a aby se v diskusích jejich reprezentanti dokázali vzájemně obohatit.

Určité pnutí panuje také mezi klasickými zastánci tradiční péče o choromyslné lidi v psychiatrických ústavech a neziskovými organizacemi, které usilují o vytváření komplexu sociálních služeb pro tyto lidi. Podle Dr. Davida podporuje vznik takového napětí myšlenkový stereotyp „nekritických propagátorů komunitní péče“ – „že oni se o pacienty starají dobře, zatímco psychiatři v léčebnách špatně.“ („Zbláznit se může každý, Proč narůstá počet pacientů v psychiatrických ambulancích“? pořad z cyklu Ta naše povaha česká, 10. 1. 2007, ČT 2).

Srovnávat činnost obou dvou pečujících skupin je však podle Davida bezpředmětné. Obě dvě totiž řeší jiné pacienty: „Léčebny se starají o ty, kdo potřebují lůžkovou péči, zatímco uživatelé komunitní péče jsou ti, kdo takovou ústavní péči nepotřebují.“ (tamtéž). „Různé neziskové organizace prý léčebny využívají jako zástěrku k získávání peněz z grantů“ (Žaludová, Kdo nezneužívá psychiatrii? Psychiatři!, časopis Bohnice 2006, s. 17-19). Proti nařčení z „parasitismu komunitních služeb“ se ředitelka Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví B. Wenigová ohrazuje slovy: „Neziskové organizace pracující v oblasti komunitní péče získávají jen asi 2 % z celkových nákladů vynaložených na péči o duševně nemocné.“

(Wenigová, Pěč, Vycházíme z potřeb pacientů, Zdravotnické noviny, 24. 2. 2006, 55, 8, s. 10).

Bez pomoci neziskových organizací může mít člověk po návratu z psychiatrické léčebny při adaptaci na komplikované životní dění potíže. Lidé, kteří trpí duševní poruchou zkrátka potřebují i pomoc v praktickém životě, což je schopnost, kterou si lze ve „sterilním“ prostředí léčebny těžko získat. Po propuštění bývá člověk ještě určitou dobu hodně zranitelný. Často hrozí, že duševní nemoc kromě intenzivní psychické trýzně přinese závažnou dekompenzaci situace jejího nositele v sociální sféře – právě tady potřebuje člověk zpravidla pomoci. Bohužel dosud existují oblasti, kde nejsou komunitní služby zajišťující podporu v oblasti práce a bydlení vůbec k nalezení, protože tam zatím neexistují.

14. 1. 1 Další překážky, s nimiž se proces „přestavby“ psychiatrické péče v Čechách potýká

Proces transformace psychiatrické péče, který spočívá kromě přesunu z léčeben do oddělení nemocnic a komunitních služeb m. j. také v boji se stigmatem duševní nemoci, vyžaduje pochopitelně odpovídající a nutné finanční prostředky. Je skutečností, že z celkového rozpočtu na zdravotnictví připadá v ČR na psychiatrickou péči jen 3, 6 % výdajů (Transformace psychiatrie v ČR, dostupné na:

http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/napsali_o_nas_15.html). Finanční injekce však potřebují rovněž stávající a tolik kritizované psychiatrické léčebny. V Bohnicích existují dle slov jejího ředitele i 14-ti lůžkové pokoje, což je neúnosné a ve srovnání s většinou evropských zemí nemyslitelné (dokument „Zbláznit se může každý. Proč narůstá počet pacientů v psychiatrických ambulancích?“ 10. 1. 2007, ČT 2). Rekonstrukce jednotlivých pavilonů stojí desítky milionů korun (např. nově přestavěný a vybavený pavilon pro gerontopsychiatrické pacientky vyšel na 67 milionů) (tamtéž).

Už v roce 2002 se mluvilo o tom, že by mohl být na překážku pozvolné „přestavbě“ české psychiatrické péče také nedostatek reformátorů, kteří by dokázali téma změny zformulovat ve smysluplný projekt a „prodat“ ho politikům i médiím (Kalina, Psychiatrická reforma v ČR: Byla? Je? Bude?, Zdravotnické noviny, 2002, 51, 48, s. 15).

14. 2 Aktuální kauza týkající se poskytování péče duševně nemocným lidem

Je pravdou, že mě v poslední době zprávy týkající se české psychiatrie spíše utvrzují v dojmu, jako by reformní proces ustrnul na bodu mrazu. Zcela mimo nový trend psychiatrie je kupříkladu opatření, jímž došlo k radikálnímu omezení provozu Centra krizové intervence

v léčebně Praha – Bohnice v červnu 2007. Bývalý ředitel této léčebny hodnotí zásah do provozu CKI jako krok o téměř 30 let zpět (pořad Reportéři ČT, červen 2007; o omezení provozu CKI též v článku „Blázinec na slovo vzatý“; dostupné na:

http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/napsali_o_nas_31.html). Argumenty ekonomického charakteru, jimiž současné vedení léčebny svůj postup zdůvodnilo, Bašný komentuje slovy: „Pochopitelně neumíme počítat s hodnotami jako je pomoc v krizi, záchrana lidského života, ubránění a snížení kvality života a pomoci lidem - tyto hodnoty neumíme vyčíslit. Jsou však natolik vysoké, že tu ztrátovost daleko nahrazují.“ (Bašný, pořad Reportéři ČT, červen 2007). Uvidíme, jak se bude „kauza radikálního omezení CKI“ vyvíjet dále.

Osobně jsem pro zachování centra. Pro lidi v hluboké psychické krizi je lidský kontakt, který centrum zajišťovalo, často otázkou života a smrti, tedy jednou z mála pomoci, která je dokáže odradit od sebevražedného jednání (Höschl, tamtéž). Pokud tkví potíže CKI v jeho financování, snad by mohly být prostředky čerpány z jiných zdrojů (magistrát, granty, dotace, privátní sektor...)

15. Fenomén šílenství v domácí a světové beletrii

Úvodní reflexe

Zastávám přesvědčení, že zamyšlení nad knižními postavami choromyslných lidí, je mimořádně zajímavým počinem. Je až překvapující, jak mnoho se spisovatelé napříč dějinami domácí i světové literatury zabývali fenoménem šílenství. Někdy se jej dotkli pouze nepřímo, jindy mu věnovali celou knihu. Vybrala jsem konkrétní postavy vážně duševně nemocných lidí, na nichž chci demonstrovat jejich postavení ve společnosti, ne podružné, ale skutečné potíže, které v souvislosti s duševní nemocí řeší, ať už oni, nebo jejich okolí.

Jedná se o postavy knižní - někdy jsou v jejich pozadí osoby skutečné, jindy jsou postavami zcela fiktivními. To, co o nich autoři sdělují, u všech z nich přináší cenný vhled do zvláštního světa choromyslných. Někde autor duševně chorému rozumí méně a pojímá ho spíše jako okrajovou figurku či kulisu k dokreslení nebo dramatizaci děje. Jinde mám k dispozici hluboký ponor a vhled do choré duše podložený dokonce osobními prožitky, zkušenostmi či přímo zpovědí. To hlavně tehdy, když autor vypráví o své vlastní choromyslnosti.

Z kulturně historického hlediska si mohu na základě literárního svědectví o nejrůznějších podivínech, pomatencích až vážně duševně chorých lidech učinit konkrétní představu o tom, jak byli v té či oné době vnímáni, jaké potíže z jejich nemoci plynuly, jakých možností pomoci mohli využít apod. Tato slova korespondují i s názorem odborníka: „Jednou z možností jak pochopit svět duševně nemocného je projekce, kterou umožňuje krásná literatura...“ (Höschl, in Janíček, 2004, s. 70; podobně též v dokumentu ČT Diagnóza: Deprese, 26.3.2003, ČT2).

Leckde dospívám ve svých úvahách k závěru, že duševní nemoc je pouze přehnaným zdůrazněním běžného lidského údělu, který nabývá v době vzplanutí choroby až nesnesitelné podoby, ať už pro dotyčného nebo jeho okolí.

U všech psychicky chorých, o nichž budu psát, se ukazuje to, co je červenou nití celé mojí práce: Duševní nemoc je bytostně lidskou záležitostí starou jako lidstvo samo. Způsoby, jak se s ní nemocný i jeho okolí vyrovnávají jsou mnohotvárné a vždy zcela specifické. Odvíjí se dosti od možností a charakteru doby, v níž nemocný žije, od ochoty či neochoty blízkých postarat se o něj a od závažnosti i povahy onemocnění.

15. 1 Vybrané literární postavy, které trpěly duševní chorobou

15. 1. 1 Viktorka

Prototypem osoby, která onemocněla v důsledku nešťastného milostného osudu, je postava Viktorky z Babičky Boženy Němcové (* asi 1820, †1862). Baladický příběh, jež patří k nejpůsobivějším pasážím knihy, dojíká mnohé čtenáře a vepisuje se do jejich povědomí mocnou silou. Viktorčin osud bývá dokonce zmiňován dnešními odborníky na lidskou duši, obzvláště když srovnávají současnou moderní péči o psychicky choré lidi s neblahým živořením mnohých choromyslných v minulosti.

Příběh o šílené Viktorce, který je vlastně jakousi samostatnou novelou, vloženou do dějového toku celé knihy, pokládám za cenný, a to hned z několika důvodů. Jeho prostřednictvím se mohu seznámit s dobovými konvencemi a s vnímáním choromyslných prostými venkovskými lidmi. Do vyprávění o Viktorce jsou také vloženy lidové pověry, což umožňuje nahlédnout do způsobu myšlení a uvažování tehdejších venkovanů. Z kulturně historického hlediska příběh zrcadlí, jak si venkovští lidé vysvětlovali a jak vnímali psychopatologické projevy a podivné chování choromyslných figurek, které celkem běžně patřily k venkovskému dobovému koloritu.

Vždy jsem toužila po vypsání všech postřehů, které mě v souvislosti s nebohou Viktorkou napadaly. Snad proto, že v jejím osudu spatřuji cosi dojemně a syrově lidského.

Je sice pravdou, že Němcová některé jednotliviny ze života skutečné Viktorky poněkud upravila, jádro působivého příběhu o nešťastné dívce však zůstalo nedotčeno.

Tajemná postava Viktorčina je zmíněna již na začátku knihy – babička ji s dětmi vídala při procházkách lesem a sbírání lučního kvítí.

Viktorka je líčena jako bytost vymykající se běžnému úzu svým vzezřením i chováním: „...bývala vždy bledá, oči jí svítily jako dva uhle, černé vlasy měla vždy rozčuchány, nikdy neměla pěkných šatů a nikdy nepromluvila. Na kraji lesa byl veliký dub, tam stávala Viktorka celé hodiny, upřeně se dívajíc dolů k splavu. Za soumraku sešla až k samému splavu, sedla na omšený pařez, dívala se do vody a zpívala až dlouho, dlouho do noci.“ (1932, s. 18). Pozoruhodné je, že Němcová projevy duševně nemocné Viktorky identifikovala s rozběsněným vodním živlem, k němuž je žena až magicky poutána (Černoušek, 1994, s. 47).

V dětech i v dospělých vyvolávalo setkání s Viktorou mnoho zvědavých a někdy i všetečných otázek. Babička dětem proto o tajemné Viktorce vyprávěla. Povšimla jsem si, že dobrotivá babička s dětmi o Viktorce uměla rozmlouvat neobyčejně citlivě a chytře.

Když dětem povídala o hvězdách a každé z nich hledalo na nebi tu svoji, zazněly od splavu žalostné zvuky nesouvislé písně. Barunka pomyslela také na Viktoru a zeptala se, zda má i ona svoji hvězdu. Babička odpověděla, že ano, ale že je zakalena (1932, s. 19).

Před samostatnou kapitolou věnovanou Viktorce se ještě např. dovídáme, že obzvláště špatně se ženě dařilo v zimě, kdy přicházela prosit ke stavení o kus chleba neb cos jiného a mlčky odcházela. Ve sněhu děti vidávaly její krvavé stopy. V létě i v zimě přespávala ve skalní jeskyni. Třebaže přímo nežila v lidské pospolitosti a stranila se jí, přece jen jí lidé měli stále v povědomí a častokrát si o ní povídali.

Obyvatelé Babiččina údolí i ostatní, kteří ji potkávali, s ní spíše soucítili a je dost pravděpodobné, že se jí báli. Vnímali její osud jako tragédii. Obzvláště její rodiče se trápili, protože cítili, že jejich dítě strádá a nevěděli, jak by mu mohli pomoci.

Podrobnou historii Viktorčina života Němcová zařadila až ve chvíli, když jí naslouchali pouze dospělí, kteří se sešli u jednoho stolu ve světnici, zatímco děti si hrály venku (Pulec, in Babička, 1932, s. 71). To vše snad proto, že nepokládala za vhodné před dětmi zmiňovat podrobnosti. Epizodu Viktorčina života vložila do úst myslivce, který se pravděpodobně s pomatenou ženou na svých pochůzkách setkával víc než ostatní. Vyprávět začal na vyzvání babičky, která se na Staré Bělídlo přistěhovala a historii Viktorčina života neznala.

Dovídáme se, že Viktorka byla dcerou sedláka ze Žernova. Když jí bylo dvacet let, otec na ni pod vlivem společenských zvyklostí začal naléhat, aby se konečně vdala, nejlépe, jak se říká, „do hotového“. Viktorka však nápadníky odmítala, až se začalo povídat, že „je hrdá, že čeká, až pro ni přijedou v kočáře; prorokovali, že pýcha předchází pád, kdo dlouho vybírá, že přebere..“ (1932, s. 53).

Toho času přišli do vsi myslivci a jeden z nich začal za Viktorou chodit. Černý myslivec je vykreslen jako zosobnění tajemných sil a téměř ďábelská bytost. Nápadným znakem jeho obličeje byly uhrančivé oči a černé srostlé obočí připomínající havraní křídla (1932, s. 54). Husté a černé srostlé obočí bývalo skutečně znakem uhrančivých očí (Vondráček, 2003, s. 90).

Černý voják měl také pronikavý, možná až pichlavý pohled. Viktoru jeho oči pronásledovaly, a to dokonce tak silně, že ve mně vyvolávají Viktorčiny prožitky dojem, jako by občas halucinovala. Prof. Vondráček ve své studii „Fantastické a magické z hlediska

psychiatrie“ při popisu zrakových halucinací skutečně zmiňuje pacienty mající halucinace očí: „Nemocní viděli „divné oči“ na sebe upřené, „magnetické oči“ apod. (2003, s. 40).

Myslivcův pohled Viktorku postupně začal paralyzovat: „Už ji mrzelo vycházet, kam právě nemusela, jen aby se na chvíli zprostila těch očí, které ji všady pronásledovaly.

Už ji přestala muzika těšit, protože se vždy z některého kouta v sednici pošmourný obličej na ni díval; už nechodila tak ráda na přástvy, neboť věděla jistě, nesedí-li ve světnici, že stojí venku u okna černý myslivec, a děvčeti vázl hlas v hrdle a nit' se jí trhala. Trápilo jí to..“ (1932, s. 54).

Mezi lidmi se brzy rozkřiklo, že je myslivec podivín a že nemá dobrého rozumu. Kdykoliv které dítě ve vesnici zastonalo, už sousedky říkaly, že je uřkl černý myslivec. Viktorčin nápadník se stal skutečně zosobněním démonických sil a byl také jako škůdce společností vnímán a „ocejchován“. Není žádným překvapením, že se čert v lidské představivosti zjevuje nejčastěji právě v podobě myslivce (Vondráček, 2003, s. 106).

Protože si Viktorčini blízcí vysvětlovali změnu v jejím chování magickým působením člověka, který dívce jakoby na dálku škodí, jednali také v souladu s těmito představami. Matka odvedla dceru ke kovářce, která jí zavěsila na krk škapulíř. Tento amulet měl působit jako tzv. volt - tedy předmět, jenž má intimní vztah k tělu někoho (Viktorka jej nosila na nahém těle) a má představovat dotyčného člověka (Vondráček, 2003, s. 155).

Uhrančivý pohled vojáka měl na volt padnout a tak se na něm jaksi zlomit. Kovářka však pozapomněla na to, že podaří-li se černému vojákovu škapulíř od Viktorky získat, upadne nebohá dívka cele do jeho moci, což se také stalo. S voltem navíc může nepřítel kouzelně manipulovat a seslat na svou oběť nemoc (Vondráček, 2003, s. 151).

Ať už si prostí venkované na popud řečí kovářky, „která měla ve všem jasno“, vysvětlovaly zhoršení Viktorčina stavu odnětím amuletu či nikoliv, faktem je, že ani se škapulířem ani bez škapulíře se dívce neulevilo a planoucí oči ji pronásledovaly dál. „Ale na Viktorku přicházely od večera zase předešlé těžké chvíle, a jakkoli s důvěrou škapulíř k srdci tiskla, kdykoli byly nešťastné oči nablízku, nepřestalo přece jen nepokojně tlouci.. Však to je to nejhorší, říkala kmotře, že se nemohu už s pokojnou myslí pomodlit, plakala..“ (1932, s. 59). Kovářce podrobně vylíčila, co se s ní dělo na louce.

Z toho, co Viktorka popisovala, se lze domnívat, že dívka měla již tehdy nejspíš sluchové halucinace: ... „ale dnes, dnes mi od rána v uších znělo: Jdi na jetelinu, jdi na jetelinu! Jako by mi to někdo pošeptával... Cestou mi přišlo na mysl, že jsem sama svým škůdcem, ale v uších jen vždy šeptalo: Jdi jen, jdi na jetelinu, kdo ví, bude-li tam.“ (1932, s. 60). Auditivní

halucinace, „hlasy“, pacientovi radí (teleologické) nebo mu rozkazují (imperativní) (Vencovský, Dobiáš, 1976, s. 61) : „Oh, vy jste měla pravdu, milá kmotra, že učaruje i hlasem; mně zaznívá ustavičně v uších jeho hlas, jeho slova.“ (1932, s. 61).

Viktorce se po incidentu s krádeží škapulíře zle přitížilo. Nakonec za vojákem utekla. Lidé si vysvětlovali její chování pochopitelně tak, že „šla Viktorka za vojákem, nemohouc odolat tajné ďábelské moci, která nad ní vládla“. (1932, s. 64). Viktorčino zešílení je lidmi chápáno jako důsledek působení tajemných sil, proti nimž dívka marně hledala obranu.

Nešťastný otec se dceru vydal hledat. Mnozí mu radili, aby záležitost předal úřadům, ale sedlák přes úřady záležitost řešit nechtěl. Měl totiž strach, že by mu mohli nebohou dceru „přivést jako poběhlici a že by si na ni lidé ukazovali prstem.“ (s. 65).

Viktorka se po roce přece vrátila. Do lidské pospolitosti však nikoliv. Lidé ji viděli potulovat se v lese a konečně ji spatřil i hajný: Měla zpuštěnou a zvlčenou postavu a byla téměř k nepoznání (1932, s. 65). „Její šat měl panský kroj a jistě býval pěkný, ale teď byl všecek sedrán. Na postavě její shledal jsem, že je matkou!“ (s. 66).

Známí a příbuzní na ni začali číhat, a dokonce ji přesvědčovali, aby se vrátila domů, ale Viktorka se přemluvit nenechala. Začala nocovat v jeskyni, v níž měla jen „trochu suchého stlaní a mechu“. Lidem se vyhýbala.

Podle I. Pospíšila, který se ve stručné eseji zabývá také fenoménem šílenství v české literatuře, je šílená Viktorka prezentována takřka jako nadpřirozená bytost, bytost z jiného světa (1995, s. 118). Svědčí o tom např. způsob, jakým její chování popisuje hajný: „Jednou v noci jsem stál na čekané na stráni nad Starým bělidlem; měsíc svítil jako ve dne. Tu vidím vycházet Viktorku z lesa. Když jde, nese ruce pod prsy přes sebe položené, hlavu kupředu schýlenou a běží tak lehce, až se člověku zdá, země že se nedotýká. To utíkala také tak z lesa a zrovna k splavu. Já ji vídal již tenkrátě začasto sedět u vody aneb na stráni pod tím velikým dubem, a tehdy jsem si toho hned nevšiml. Ale když jsem dobře přihlídl, vidím, že cosi zahazuje do vody a slyším ji tak divoce se zasmát, až se mi vlasy zježily. Můj pes začal hrozně výt. Já se tenkrátě hrůzou třásl. Viktorka si sedla potom na pařez a zpívala; nerozuměl jsem ani slova, ale nota byla k ukolébavce, již zpívají matky dětem“... (s. 67). Přízračná hrůza a vytí psa jdou ruku v ruce s prezentací Viktorky jako bytosti podivné až děsivé (Pospíšil, 1995, s. 118).

Viktorka se objevila doma pouze v den svatby její sestry Marie a v den skonání jejího otce. Protože se ve vsi udržovala pověra, že člověk na smrtelné posteli nemůže skonat, jelikož mu

choromyslný drží duši, rozhodli se Viktorčini příbuzní dívku přivést domů. Dlouho mezi nimi však nepobyla, jakmile maminka začala plakat, divně se kolem sebe ohlédla a byla ta tam.

Jednou Viktorku přepadl silný záchvat zuřivosti, dnešní psychiatři by jej patrně nazvali akutní psychotickou agitovaností (neklidem). Stalo se to, když šel zámecký písař Němec „Zlatohlávek“ po louce. Viktorka jej nejspíš spatřila a jeho podoba v ní evokovala bolestné vzpomínky.

Vyřítla se na něj, začala jím lomcovat a trhat. Polesný vše viděl a sbíhal „Zlatohlávkovi“ na pomoc, „ale Viktorka jen soptila, kousala ho do rukou a křičela hlasem plným vzteku: „Ted' tě mám v moci, ty hade, ty d'áble! Já tě roztrhám! Kams dal mého hochu, ty d'áble, d'áble, dej mi ho!“ A tak se rozvzteklila, že jen sípala, že jí ani rozumět nebylo.. Ale nebyli bychom ani my oba dva s ní nic pořídili, kdyby nebylo bývalo pacholků. Viděli tu rvačku, přiběhli na luka a teprve jsme jí chudáka písaře z rukou vyrvali. Ale když jsme ji chtěli sevřít, vytrhla se nám vši mocí, utíkala k lesu a od lesa házela na nás kameny a zlořečila, až se oblaka otrásala. Potom jsem ji kolik dní ani neviděl.“ (1932, s. 69).

I když obyvatelé vesnice nejspíš zámeckému písaři výprask přáli, přece jen máme doklad o tom, že Viktorka byla ve svých psychotických záchvatech nebezpečná svému okolí a že dokázala v zuřivosti vyvinout obrovskou sílu. Proto se nabízí otázka, zda by měla figurka typu Viktorky v tehdejší době a v jejím postavení šanci na umístění do některého z ústavů pro choromyslné.

Je pravdou, že v 19. stol., kdy Viktorka skutečná a vlastně i knižní žila, existoval např. pražský ústav pro choromyslné U Sv. Kateřiny. Viktorka, alespoň tak, jak ji prezentuje ve své knize Němcová, pocházela z rodiny selské. Nepatřila tedy k nejnižší sociální vrstvě obyvatel, ale můžeme se zcela oprávněně domnívat, že Viktorčini rodiče patrně měli dosti starostí s vedením hospodářství. Nejspíš bylo nad jejich síly, cokoliv pro nešťastnou a psychicky nemocnou dcerku vyjednávat v Praze. Navíc museli být dosti limitováni pravděpodobnou neznalostí německého jazyka. V neposlední řadě tu hraje roli skutečnost, že Staré Bělídlo je od Prahy přece jen poněkud vzdáleno.

Pokud by Viktorčini rodiče neměli prostředky k tomu, aby hradili v pražském ústavu za svoji dceru náklady na ošetřování, nemusela být nemocná žena v ústavu vůbec přijata. Teprve v letech 1816 a 1819 vyšlo nařízení, že je za nemocného, jehož rodina je platebně insolventní, povinna odvádět poplatky za léčení obec, v níž se dotyčný narodil, od r. 1856 zemský fond (Pankratz in Heveroch, Frabša, 1926, s. 105 a s. 108-109).

V úvahu však přicházejí ještě další možné překážky. Městské ústavy totiž neustále bojovaly s přeplněností a bránily se přílivu chovanců z venkova.

Nemenší roli tady sehrávají rovněž faktory emoční - pokud by dceru rodiče umístili do ústavu pro choromyslné v Praze, nemohli by ji nejspíš příliš často navštěvovat.

Nejsem si nakonec vůbec jista, zda by pro nemocnou ženu umístění v dobovém ústavu sv. Kateřiny bylo nejvhodnější. Nejspíš by skončila v oddělení pro chroniky, kde by nakonec vedla svoji truchlivou existenci dál a v úvahu přichází i to, že by se netěšila téměř žádné naději na vyléčení. Po stránce objektivní by však byla zabezpečena jak stravou tak před nebezpečnými přírodními živly, které se nakonec románové postavě staly osudnými.

Když přece jen všechny uvedené hypotézy zvážím, dospívám k přesvědčení, že šance na umístění nemocné Viktorky do ústavu pro choromyslné byly skutečně malé. Němcová je tedy v líčení Viktorčina osudu velmi realistická.

15. 1. 1. 2 Co způsobilo, že se Viktorka pomátla na rozumu?

Odpověď není snadná a všechny moje hypotézy jsou poněkud zjednodušující. Psycholog - analytik James Hillman se domnívá, že „ať už o lidské duši řekneme cokoli, je to vždy, pokud se jí to vůbec tkne, současně pravda i lež.“ (1997, s. 7). Přesto se alespoň o stručnou reflexi pokusím.

Šílenství Viktorčino mohlo být vyprovokováno hned několika faktory. Dívka se zamilovala do muže, pro něhož nakonec opustila vlastní rodiče i snoubence, jehož jí rodiče vybrali. V lásce k černému vojákovi se Viktorka s velkou pravděpodobností hořce zklamala. Ke blízkým se však vrátit ostýchala, snad pro výčitky svědomí, že sobě i jim připravila hanbu (Pulec, in Babička, 1932, s. 71). Řada lidí, kteří Viktorku znali, si mohla vysvětlovat její pomatenost jako trest za lehkomyšlnost a za to, že se nepodvolila společenským konvencím.

V pozadí jejího šílenství byla do jisté míry také pověřivost jí samotné a hlavně jejího okolí. Kovářčino „Už jsi v jeho moci, už ti ani Pánbůh nepomůže“ Viktorku jen utvrzovalo v beznadějném postavení. V náznaku je Viktorčino šílení prezentováno jako důsledek působení temných sil, které v představivosti prostých lidí zosobňoval svým typickým vzezřením a chováním černý voják.

Viktorčini příbuzní však dívku nezavrhlí a snažili se s ní nadále přece jen určitý kontakt udržovat. Pokoušeli se o to i ostatní, např. Barunka či paní Prošková a samozřejmě také babička.

15. 1. 1. 3 Interakce mezi šílenou Viktorou, babičkou, dětmi a pospolitostí, v níž se Viktorka narodila

Babička svojí mírností, dobrotivostí a uměním jednat s lidmi dokázala mnohdy pomoci. Tváří v tvář šílenství si však nespíš připadala poněkud bezmocná. Snad proto jí při vyprávění myslivce o Viktorce vstoupily do očí slzy.

K velmi častým otázkám dětí patřilo, jak může Viktorka přežít v lese zimu a jednou z možných odpovědí bylo, že zimu jako ostatní lidé šílená Viktorka necítí (1932, s. 149-150). Jako by ji jakási „zvířecí vrstva“ obrnila proti hladu, krutým životním podmínkám i bolesti. Samotná babička dětem vysvětlovala schopnost Viktorky přebývat pod širým nebem po celý rok tak, že na ní Bůh seslal jako na ostatní ubohé děti anděly strážce, aby ji vystříhali od všeho zlého (s. 150).

Ačkoliv Viktorka nežila přímo v pospolitosti s ostatními, někteří lidé s ní byli solidární – myslivcovi jí nechávali v lese chléb, paní Prošková jí dala celý bochník a jidášky apod. Mezi Viktorou a obyvateli Starého Bělidla se tak udržovalo určité pouto a lze říci, že dobří lidé o šílenou Viktoru, jaksi na dálku a v rámci možností, nadále pečovali nebo se o to alespoň pokoušeli. O existenci zvláštního pouta mezi lidmi a Viktorou svědčí rovněž skutečnost, že když Viktorka zemřela, nechali za ní vesničané zvonit umíráček.

15. 1. 1. 3. 1 Viktorčina smrt

Ve styk s Viktorou čtenáře Božena Němcová naposledy uvedla v souvislosti s popisem bouře (Pulec, in Babička, 1932, s. 214).

Viktorka byla zasažena bleskem. Babička s dětmi se vypravila k její rakvi do myslivny. Velmi působivá jsou slova, která babička nad zesnulou pronesla. „Co tě asi bolelo, ty ubohé srdce? Co ti udělali? (s. 213). Ve slovech „po smrti by zaobalili do zlatohlavu, a za živa se nezeptají, člověče, co je ti?“ zaznívá dokonce povzdech samotné Němcové nad vlastním těžkým životem a strádáním (Pulec, in Babička, 1932, s. 214).

Smrt Viktorčinu si lidé vysvětlovali jako vysvobození z nuzného živoření. Svědčí o tom slova hajného: „Vždyť mi před bouřkou bylo o ni úzko, když jsem ji viděl stát pod stromem. Volal jsem, kýval jsem, ale ona se jen smála. Naposled jsem ji tedy viděl. Dobře jí.“ (s. 210).

Viktorka vyvolávala v obyvatelích Starého Bělidla přece jen, jak vidno, určitou úzkost. Snad proto někteří odmítli přijít k její rakvi. Mlynářka se dokonce bála, aby se jí zemřelá Viktorka v noci nezjevovala.

I z vylíčení Viktorčina posmrtného zjevu vyplývá, že okolí spatřovalo ve smrti Viktorčiny zasloužený klid: „To nebyla již tvář divoká! Černé, žhavé oči byly zavřeny, svit jejich uhasl. Černý, zcuchaný vlas ležel sčesan a kolem čela jako mramor chladného se vinul červený věneček jako páska lásky. Na tváři nebylo vidět divokého cukání, co ji v hněvu ošklivou činilo; ale na rtech ležela její poslední myšlenka, jako by zaleknuta na nich byla umřela – trpký úsměšek.“ (s. 213).

15. 1. 1. 4 Kdo byla skutečná Viktorka, jejíž osud přizpůsobila Němcová svým uměleckým záměrům?

Skutečná Viktorka, která opravdu žila a již si Němcová vzala za předlohu pro vymodelování postavy své knihy, se narodila v r. 1792 a zemřela nikoliv následkem úderu blesku (Konečný, Pravda a Báseň in Babička, 1932, s. 237). Dokonala svůj truchlivý život v rodné obci a zemřela v 76 letech sešlostí věkem. Jmenovala se Viktorie Židová a byla dcerou chalupníka Žida z Červené Hůry (tamtéž).

Němcová její skutečný osud přizpůsobila svým uměleckým představám a romantickému sklonu k dramatizaci a tajemnu. Viktorie Židová se od knižní Viktorky liší také tím, že porodila ve 42 letech ještě druhé dítě. (Konečný, Pravda a Báseň in Babička, 1932, s. 237).

Ve světě filmu byla Viktorka nezapomenutelně ztělesněna Libuší Geprtovou, která byla za účelem přesvědčivého ztvárnění šílené ženy dokonce školená psychiatry.

15.1. 2 Bertha Rochesterová

V přibližně stejné době, kdy vyšla Babička (1855), se objevila na půdě světové literatury kniha od Charlotte Brontëové (1816-1855) jménem Jana Eyrová (1847).

Jana Eyrová se stala typickou, řekla bych, až vzorovou postavou ženy, která touží vést krásný a čistý život, oproštěný od společenských konvencí a předsudků. Po těžkém dětství, které prožila v rodině nepřející tety, dospívá v Lowoodu, v nevábném prostředí ústavu pro osiřelé děti. Nový život začala vést na panství pana Rochesteru v Thornfieldu, kam odejde vychovávat Rochesterovu dceru.

Jana Eyrová již krátce po svém příchodu na pochmurný Thornfield zaslechne jakýsi podivný smích, „zřetelný, šílený a neveselý“. Služky jí vysvětlí, že patří jedné z nich, Grace Poolové. Jana sice jejich vysvětlení přijme, ale smích ji nepřestává znepokojovat a nahání jí strach: „Když jsem se tak o samotě procházela po chodbě, nezdídko jsem zaslechla smích Grace Poolové. Byl to vždy ten jistý tichý a tahavý smích, který mě tak rozrušil, už když jsem ho uslyšela poprvé. Uslyšela jsem také její vzrušené mumlání, které bylo ještě divnější než

smích. Některé dny ani neumlkla a jindy zase vydávala zvuky, které jsem si nedovedla vysvětlit..“ (s. 97).

Jana Eyrová netuší, že ze zamčené komory vychází smích a skřeky duševně choré manželky pana Rochesterera. Teprve v den její svatby s Rochesterem vyjde najevo, že byl ženich už jednou oddán a jeho manželství s ženou Berthou, byť šílenou, dosud trvá.

Náhle se objevivší bratr Berthy pan Mason přeruší probíhající obřad. Rochester se hájí tím, že vešel do manželství s vážně duševně nemocnou ženou, aniž by mu kdokoliv z její rodiny cokoliv o jejím zdravotním stavu naznačil. Následně donutí všechny účastníky vejít do místnosti, kde je běsnící a svému okolí nebezpečná bytost ukrývána. Obzvláště pro Janu je setkání s pomatenou ženou velmi děsivé: „Pan Rochester odemkl klíčem nízké černé dveře a vešli jsme do místnosti se stěnami zakrytými gobelíny a velikou postelí... odhrnul závěs na stěně, který zakrýval druhé dveře. Také ty otevřel. Ocitli jsme se v pokoji bez oken. V místnosti, kterou chránila vysoká silná mříž hořel oheň. Ze stropu visela na řetěze lampa. Nad ohněm se skláněla Grace Poolová a cosi vařila v hrnci. V přítmí na druhém konci pokoje běhala sem a tam jakási postava. Na první pohled se nedalo rozeznat, jestli je to zvíře nebo lidský tvor. Lezlo to jakoby po čtyřech, chňapalo a vrčelo jako nějaká divná divá zvíře. Mělo to však na sobě šaty, hlavu a tvář zakrývala kštice černých prošedivělých vlasů, vlajících jako hříva.“ (s. 263).

Jana Eyrová pana Rochesterera opustí. Bertha v záchvatu šílenství ukradne opilé Grace Poolové klíče a podpálí celý dům. Z vyprávění hostinského se Jana zpětně dozví, že běsnící žena nakonec z hořícího domu vyskočila: „Slyšel jsem ji a viděl na vlastní oči. Byla to vysoká zavalitá žena a měla dlouhé černé vlasy, které jí vlály v plamenech.“ (s. 386).

Sám pan Rochester spatřuje příčiny duševní nemoci své družky v dědičnosti, neboť pocházela z rodiny zatížené šílenstvím dokonce v několika pokoleních (s. 262). Ženu vnímá jako překážku ke svému štěstí. Z pevné vůle nepoddávat se nešťastnému osudu ji ukrývá před ostatními. Přesto ji zcela neztrácuje a do poslední chvíle bojuje o záchranu jejího života.

Je otázkou, proč Rochester neumístil ženu, která byla evidentně nebezpečná svému okolí (napadla nožem svého bratra a opakovaně i svého manžela, nakonec podpálila dům) do některého ze soudobých zařízení pro choromyslné, o něž viktoriánská Anglie (1837-1901), jak jsem ukázala výše, neměla nouzi. Existující „blázince“ typu starého londýnského Bedlamu sice působily nevlídně a byly skutečně děsivé, v době, kdy však románová Bertha Rochesterová žila, už byly plně rozvíjeny snahy po jejich reformě. Za života Charlotte Brontëovové uskutečňovali své reformní aktivity jak yorští Tukeové tak John Conolly.

Zámožný Rochester měl také možnost za choromyslnou manželku hradit péči v některém ze soukromých blázinců. On však chtěl svoji družku před ostatními ukrýt. Skrýval ji záměrně, nejen tedy za účelem ochrany obyvatel domu před jejími útoky. Kdyby vyšlo ve všeobecnou známost, že je ženatý, zůstal by navěky vázán pouze k těžce nepříčetné bytosti, o níž se domníval, že není s to, opřít jeho lásku a jakkoliv sdílet teplo rodinného krbu.

15. 1. 3 Metoda doktora Téra a profesora Péra

Jde se o jednu z „povídek děsu a hrůzy“ od amerického básníka, povídkáře, kritika a esejisty Edgara Alana Poea (1809-1849). Její děj se odehrává v soukromém blázinci „Maison de santé“ v jižní Francii.

Poe sám trpěl těžkými depresemi⁵⁹ a šílenství v něm bujelo jako zhoubný nádor. V pozadí jeho bědného stavu byla bída a alkohol. Fenomén šílenství je čitelný mezi řádky mnoha jeho hrůzostrašných povídek a novel, a je pravdou, že někdy mívá strach ze zešílení také Poeův poctivý čtenář. Mnou analyzovaná povídka je specifická tím, že se odehrává přímo mezi choromyslnými.

Protože Poe zachází v líčení atmosféry v ústavu pro duševně choré do překvapivých podrobností, lze se domnívat, že mu bylo ústavní prostředí důvěrně známo a nejspíš s ním měl osobní zkušenosti.

Vypravěč se rozhodl při svých cestách po nejjižnějších provinciích Francie navštívit „Maison de santé“, soukromý blázinec, o němž mnohé slyšel.

Popisuje jej jako fantastický zámek, téměř na spadnutí, starobylý a zchátralý, takže se mu ani nechtělo věřit, že je vůbec obyvatelný. Přivítá jej sám vedoucí ústavu monsieur Maillard, z něhož vyzařuje autorita a důstojnost.

Vypravěč se rozhodl ústav navštívit, protože se v Paříži dozvěděl, že v něm lékaři používají při léčebném ovlivňování nemocných jakousi tajemnou „utišující metodu“. Tato metoda spočívá v minimálním útisku nemocných. V přeneseném slova smyslu se dokonce podobá Conollyho „non restraint“ přístupu k choromyslným: „... vůbec se tu nepoužívá trestů, dokonce jen zřídklady tu nemocné zavírají, pacienti jsou tajně hlídáni, ale požívají zdánlivé svobody, většina z nich se smí volně pohybovat po budově a zahradách v občanských šatech jako lidé se zdravým rozumem.“ (s. 445).

⁵⁹ Prof. Höschl uvádí, že se u Poea jednalo o maniodepresivitu. (in Poznamenán ohněm, 1996, s. 185). Ze slavných osobností touto torturou trpěli také Lord Byron, V. Hugo, P. Gaugin, V. Woolfová, R. Schumann, E. Hemingway, M. Kopecký (+1996) a mnozí další (tamtéž). „Tato diagnóza se vyskytuje u umělců daleko častěji než v obecné populaci“ (Höschl, in Havlíková, 2000, s. 17).

Zatímco si návštěvník po očku prohlíží divné osazenstvo ústavu, ředitel mu přibližuje, v čem tajemná utišující metoda spočívá: při jejím praktikování se pacientům vyhovuje ve všem, nač si vzpomenou – žádnou myšlenku, kterou si nemocný vezme do hlavy mu nikdo z personálu nevyvrací, ba naopak – nejen, že jsou ošetřovatelé k nápadům chovanců shovívaví, ale ještě je v nich podporují. Chorobné představy berou jako skutečnost, čímž se prý nakonec duševně chorý vyléčí.

Postupuje se podle hesla, že „nic tak nerozruší chabý mozek choromyslného jako logické přesvědčování – *reductio ad absurdum*.“ (s. 447).

V praxi to znamenalo, že choval-li v sobě někdo z pacientů např. bludné přesvědčení, že je kuřetem, nějakou dobu mu odpírali jakoukoliv potravu, než jaká se běžně dává kuřatům. Součástí zvláštního léčebného plánu bylo ustanovení samosprávy z pacientů - tzn., že jeden dohlížel na druhého a střežil počínání ostatních. „Projevit důvěru v soudnost či pochopení ze strany duševně chorého, znamená cele si ho získat.“ (s. 448).

Spoléhalo se především na prosté formy rozptýlení, jako je hudba, tanec, tělocvik vůbec, karetní hra, četba jistého druhu atd. (tamtéž). Od tělesných trestů se definitivně upustilo.

Když se u někoho prudce zhoršil jeho zdravotní stav a náhle propukla zuřivost, byl jednoduše odstaven do odloučené cely, aby nepodnítl k zuřivosti ostatní.

Od užívání této pozoruhodné metody, která tak trochu zavání utopií, se však po nějaké době muselo upustit. Choromyslní se chovali dlouho vzorně, až podezřele dobře, ale ve skutečnosti kuli d'ábelské pikle. „Jednoho krásného dne se ošetřovatelé octli v poutech – byli svázáni na rukou i na nohou a zavřeni do cel, kde je pak jako blázny ošetřovali blázni sami – zkrátka šílenci převzali násilím úlohu ošetřovatelů.“ (s. 461). Samosprávu choromyslných nastolil jeden „omezenec – blázen“, který si vzal do hlavy, že vymyslel lepší správní systém, než o jakém se kdy komu snilo (tamtéž).

Místo utišující metody, která se prokázala být nebezpečnou, tak byla zavedena metoda mnohem tvrdší a přísnější. Podle slov ředitele Maillarda se na ní podílel profesor Tér spolu s proslulým profesorem Pérem. Metoda spočívala v tom, že byli běsníci chovanci nejprve natřeni térem, pak pečlivě posypáni peřím a zavřeni do podzemních kobek. Tam prodlévali déle než měsíc a po tu dobu dostávali nejen tér a peří, ale také trochu chleba a téměř neomezené množství vody. Tou byli denně poléváni.

Kromě povedené metody, o níž se, jak v samotném závěru autor povídky letmo poznamenal, návštěvníkovi ústavu nepodařilo v evropských knihovnách cokoliv najít, je pozoruhodná charakteristika chovanců ústavu.

Měli tu muže, který si namlouval, že je žabák; ženu, která se cítila být malým kohoutkem; muže, který trpěl utkvělou představou, že se proměnil v dětskou hračku známou jako vlček; chlapíka, který si namlouval, že je čajník nebo člověka, který si umanol, že vlastní dvě hlavy... Vypravěč lakonicky poznamenává, že se nemohl ubránit dojmu, že ve všem, co kolem sebe viděl, je cosi bizarního.. (s. 451).

Zastávám přesvědčení, že Poe zapojil do líčení atmosféry fiktivního ústavu notnou měrou svoji bohatou fantazii a že mohl být v pozadí postřehů o chování choromyslných lidí jeho zvláštní sklon budít ve čtenářích hrůzu prostřednictvím nejbizarnějších fantasmat.

Je však pravdou, že odborníci ve svých studiích skutečně zmiňují prožitky pacientů, které s mnohým, co o pacientech vypovídá Poe, korespondují.

Prof. Vondráček uvádí, že ve zvlášť těžkých případech schizofrenie bývají produkovány projevy, v nichž hrají určitou roli právě zvířata. Konkrétně zmiňuje např. jednoho muže - inženýra, který se cítil být vlkem, a dokonce jako vlk napadal svoji lékařku, jiný muž zase kromě jiné bohaté symptomatologie dělal „kočkodana“, lezl pod stoly a štěkal atd. (2003, s. 228 a 229).

Velmi zajímavým zjištěním, které nelze při analýze povídky nezmínit, je skutečnost, že od počátku mám pocit, jako by neexistovala jasná hranice mezi tím, kdo je skutečný „blázen“ a ústavní chovanec a kdo je jeho lékař. O průvodci návštěvníka ústavu, kterého nejprve pokládáme za ředitele tajemného zařízení, se v závěru povídky praví: „Tento pán byl skutečně před dvěma nebo třemi lety ředitelem ústavu, sám se však zbláznil a tak se stal pacientem.“ (s. 464).

15. 1. 4 Předčasný pohřeb

Nyní bych se velmi ráda stručně věnovala Poeově povídce „Předčasný pohřeb“, kterou vypráví, jak se zdá, člověk jevící známky závažné psychopatologie.

Nejprve vypravěč zmíní příběhy několika jedinců, o nichž se lidé domnívali, že zemřeli a kteří se pak probudili v rakvi. Následně čtenáře seznamuje s tím, že trpí záchvaty zvláštní choroby, kterou „lékaři z nedostatku přesnějšího označení nazývali katalepsií“ (Poe, 2002, s. 175).

Projevuje se tím, že postižený leží delší nebo kratší dobu ve stavu jakési strnulé letargie. „Je jako omráčený a znehybněný; ale tlukot jeho srdce je dosud slabě slyšet.. Trans může trvat týdny nebo i měsíce.“ (s. 175).

Takový člověk se prý nachází ve zvýšeném nebezpečí, že bude pohřben za živa, proto je třeba, aby své přátele o těchto kataleptických záchvatech informoval. Trpí totiž šířajícím strachem ze smrti a strachem z toho, že jej lidé budou v kataleptickém stavu pokládat za absolutně mrtvého, pohřbí jej a on se pak pod zemí probudí.

Vypravěč přesně, do nejmenších podrobností, popisuje, jak záchvaty katalepsie prožívá: „Někdy jsem bez jakékoli zjevné příčiny velice zvolna upadal do jakéhosi mráкотného stavu, neschopen se pohnout a v pravém slova smyslu myslet, ale s tupým, letargickým vědomím života i přítomnosti lidí kolem lůžka, jsem setrval, dokud nenastala krize; po ní jsem se vždy rázem vzchopil a ihned jsem dokonale vnímal. Jindy mě nával srazil náhle a prudce. Udělalo se mi zle, naráz mě přepadla zimnice a závrať, tělo zmrtvělo a já jsem se zhroutil. Pak jsem týdny živořil v prázdnu, ve tmě a tichu, vesmír se proměnil v nicotu. Totální zánik byl drtivější. Z takovýchto záchvatů jsem se však probíral oproti náhlosti, s jakou se dostavovaly, velice pomalu. Tak jako žebrákovi bez přátel a bez domova, bloudícímu dlouhou, pustou zimní nocí ulicemi, začíná svítat den, tak liknavě, tak malátně, ale zároveň tak povzbudivě se do mé duše znovu vracelo světlo“ (s. 176).

Aktér povídky nazývá svoji nemoc „katalepsií“. Vencovský a Dobiáš katalepsií charakterizují jako zvláštní formu stuporu („útlum pohybových projevů“, častý u schizofrenie, také u těžké melancholie) (1976, s. 97). Katalepsií se míní „pasivní povolnost a dlouhé setrávání v nastavených pozicích“ (*flexibilitas cerea*) (1976, s. 97).

Psychomotorické poruchy jednání ve formě katalepsie patří k symptomům jednoho z typů schizofrenie tzv. katatonie (tamtéž, s. 291). Při stuporózní formě této schizofrenie se omezí hybné, někdy i mimické projevy natolik, že člověk jakoby ztuhne. V těchto stavech může setrvat i několik měsíců. Přes nápadně patický obraz však není porušeno vědomí a pacient registruje všechno, co se kolem něho děje a mluví (Vencovský, Dobiáš, 1976, s. 291).

Do stuporózního stavu může člověk, jak jsem se dočetla, upadnout také při těžké depresivní poruše označované souslovím „*melancholia stuporosa*“ (Vencovský, Dobiáš, 1976, s. 261). Tolik odborníci, díky jejichž poznatkům jsou mi prožitky hrdiny rozebírané povídky podstatně srozumitelnější.

Nemohu opomenout moji domněnku o tom, že vypravěč trpěl těžkou thanatofobií (strachem ze smrti). Její obsah nabýval až bludných rozměrů a přerůstal do morbidních fantasmat, místy i těžko srozumitelných.

V obou dvou uvedených povídkách se projevuje nápadný autorův zájem o duševně nemocné, o jejich projevy, chování apod. Jak bylo uvedeno výše – sám autor se k šílenství

pozvolna propracovával a měl s ním zkušenost. Kromě drog a alkoholu bylo jeho nedobré psychické rozpoložení provokováno silným citovým vzplanutím k mladičké dívce Virginii. Milovaná Virginie E. A. Poeovi náhle zemřela. Obyčejně se uvádí, že naprostému šílenství žalem a alkoholem zničený spisovatel podlehl po dívčině smrti.

15. 1. 5 Fenomén šílenství v ruské literatuře ve 2. pol. 19. stol.

15. 1. 5. 1 Pavilón č. 6

Překvapivou sondou do života chovanců v jednom ruském ústavu pro choromyslné je povídka Antona Pavloviče Čechova (1860-1904) jménem Pavilón číslo 6.

Autor v ní podává čtenářům jasný a spolehlivý vhled do stavu tehdejší nemocniční psychiatrické péče a dotýká se celé škály etických problémů v psychiatrii. Je jedním ze spisovatelů, kteří nastolili psychiatrické téma v krásné literatuře burcujícím způsobem. Přispěl s velkou pravděpodobností k podnícení zájmu o psychicky nemocné lidi a ke společenské diskusi o psychiatrické péči.

V několikastránkové povídce přicházejí na přetřes závažné filosofické otázky týkající se smysluplnosti lidského konání, dále otázka po nebezpečí potenciálního zneužití lékařské autority a problém zneužitelnosti psychiatrie v neprospěch člověka.

Odhalení katastrofálního stavu dobové psychiatrické péče je třeba pokládat s ohledem na fakt, že autor byl svým občanským povoláním lékař, za velmi věrohodné.

Protože byl autor lékařem, mám navíc k dispozici spolehlivé a hodnověrné popisy chorobných projevů psychicky nemocných lidí. V tom se liší o E. A. Poea, který na mnoha místech notně zapojuje svoji fantazii, vlastní psychopatologii a ve srovnání s Čechovem menší smysl pro realitu.

Děj povídky se odehrává v nejmenované nemocnici. Tato nemocnice zahrnuje také nevelkou budovu, která je zevnitř zohyděná železnými mřížemi a která je obrostlá hotovou džunglí lopuchu, kopřiv a divokého konopí (1968, s. 214).

Když vejdete dovnitř, „dechne na vás pach kyselého zelí, knotového koptu, štěnic a čpavku – a pro ten zápach máte v prvním okamžiku pocit, jako byste vlezli do zvěřince. Stojí tu postele, přišroubované k podlaze. Na nich sedí a leží postavy v modrých nemocničních pláštích a postarodávnu v domácích čepicích. Jsou to choromyslní.“ (s. 214).

Jsme v době (2. pol. 19. stol.), kdy neexistují klasická neuroleptika, natož moderní antipsychotické medikamenty. Pacienti nemají téměř žádný denní program. Jsou ponecháváni

napospas sami sobě s dozorem jediného ošetřovatele Nikity. Ten si vynucuje pořádek surovým „mlácením“.

Lékař sem takřka nezavítá, což lze doložit slovy: „Kromě holiče do pavilónu nikdo nezabloudí. Pacienti jsou odsouzeni vídat dennodenně jedině Nikitu.“ (s. 222).

To se však najednou nečekaně změní a po celé nemocnici se „roznese divná zvěst – do pavilónu číslo 6 začal docházet doktor.“ (s. 222). Tímto lékařem je Andrej Jefimyč Ragin. Kdysi patřil k nejnadhšenějším lidem – „denně ordinoval od rána do oběda, dělal operace a docela se věnoval i porodnické praxi.“ (s. 224).

Postupem doby jej však práce omrzela jednotvárností a navíc mu začala připadat neužitečná. Vadí mu, že je za stávajících podmínek takřka vyloučeno léčit hospitalizované pacienty podle vědeckých zásad. Zoufá si, že v nemocnici je místo čistoty a větrání špína a že jsou pacienti místo zdravé stravy syceni zasmrádlým kyselým zelím. Trápí jej, že nemá k dispozici ani pořádný personál.

Sžírání se myšlenkou, že přes existenci antiseptik a Kocha s Pasteurem, nemocnost a smrtelnost zůstávají jako dřív. Zdravotní stav lidí se nelepší, terapeutické metody jsou nadále nedostačující, personál se chová nezodpovědně... „Celá nemocnice je stejně jako před dvaceti léty ustavena na zlodějně, machinacích, klepech, strýčkování, na sprostém šarlatánství, a jako kdysi i teď je celý ústav instituce nemorální a zdraví lidu v nejvyšší míře škodlivá.“ (s. 230). Lékař ve svých úvahách nezapomíná ani na psychiatrii – „teď už se (sice) nepolévají nemocným hlavy studenou vodou a nenavlékají se jim svěrací kazajky“. (Alespoň) podle toho, co se píše v novinách, se s pacienty jedná lidsky a pořádají se pro ně představení a plesy. Pavilón č. 6 je však novými trendy v péči o choromyslné téměř nedotčen – ve světle moderních diagnostických metod a způsobů léčení zůstává hnusnou ohavností a jakousi malou bastilou! (s. 230).

Poctivý lékař nakonec dospěje k přesvědčení, že vlastně pobírá plat od lidí, které podvádí, a že slouží škodlivé věci. Brzy rezignuje na úsilí dále léčit, začne předstírat lékařské aktivity a dokud to dělá, jeho okolí je s ním spokojeno.

Andrej Jefimyč jednoho dne zabloudí na Pavilón číslo 6, kde přežívají choromyslní. Ostatní lékaři s nimi neztrácejí čas. Andrej Jefimyč však mezi choromyslnými nalezne zajímavého člověka Ivana Dmitriče Gromova. Mravně čistý Gromov je oceňován jako duševně nemocný, protože „trpí, je nespokojen a žasne nad lidskou ničemností“ (s. 238).

Andrej Jefimjč se s ním velmi sblíží a nakonec v něm nalezne jediného člověka, s nímž si rozumí a s nímž stojí za to filosofovat: „Za celý čas, co jsem tady, je to asi první člověk, se kterým se dá mluvit. Umí myslet a zajímá se právě o to, oč jde.“ (s. 236).

Gromov trpí stihomamem (paranoidní schizofrenie),^{lxii} jehož symptomy dokázal Čechov vystihnout s obdivuhodnou přesností. Protože je Čechovův popis těchto symptomů pozoruhodný, zmíním se o něm podrobněji:

Od svých studentských let býval Gromov velmi hloubavý. O lidech ve městě se vyjadřoval pohrdlivě, protože se mu hnusila jejich neomalenost a líná živočišnost. Častokrát si v diskusích s ostatními stěžoval, že „život ve městě je k zalknutí, že společnost nemá žádné vyšší zájmy, že si svůj malátný a nesmyslný život lidé zpestřují leda násilnictvím, hrubou prostopášností a pokrytectvím.“ (s. 217). Gromov měl v mnohém dozajista pravdu - „Svým úsudkům o lidech však dával syté barvy, vlastně jen černou a bílou, žádné odstíny neuznával.“ (s. 217). Velmi mnoho četl.

Jednoho rána potkal trestance v poutech, kteří byli eskortováni muži s puškami. „Z ničeho nic mu najednou připadlo, že i jeho by mohli spoutat okovy a právě takhle ho vést blátem do vězení.“ (s. 218) Myšlenka jej začala neodbytně trápit a brzy se stala pevným přesvědčením: „Večer si nerozsvítil a pořád myslel na to, že by mohl být zatčen, spoután a vsazen do vězení.“ (s. 218). Všichni lidé, které potkával mu najednou začali připadat jako „špiclové a tajní“.

Všechno se začíná dít v nějakém záměru vzhledem k jeho osobě. „Všechno něco znamená, všechno může být signálem a symbolem.“ (Vencovský, Dobiáš, 1978, s. 295). „Auta si dávají znamení světly, houkačkami, jezdí jich nápadně mnoho nebo málo, lidé na sebe významně mrkají.“ (tamtéž). Podobné prožitky má Gromov: Hejtman, který denně projížděl ulicí v kočáře na policejní velitelství, jede nějak příliš rychle a nějak divně se tváří: zřejmě spěchá podat hlášení, že se v městě objevil nějaký těžký zločinec;... prožíval muka, kdykoliv se u bytné setkal s někým cizím; děsilo ho každé cinknutí a zaklepání na vrata...(s. 217).

Gromov propadá přesvědčení, že mu tajní ukládají o život natolik, že začne vykonávat protiopatření a podivné ochranné zákroky: V noci je třeba hlasitě oddechovat a budít v bytné zdání spokojeného spánku, protože kdo špatně spí má nejspíš špatné svědomí; je-li potkán policista nebo četník, je třeba pohvizdovat si a vypadat jako že nic atd. atd. (s. 219). Perzekuční bludy však i přes zavedená protiopatření nabývají stále větších a trýznivějších rozměrů: „Celou noc prostál na prostředku místnosti a bez hnutí naslouchal. Časně ráno před

východem slunce přišli k bytné kamnáři. Ivan Dmitrič dobře věděl, že přišli proto, aby přestavěli v kuchyni kamna, ale strach mu našeptal, že to jsou tajní, převlečení za kamnáře.“ (s. 220). V akutním psychotickém záchvatu Ivan Dmitrič byt plný hrůzy opustil.^{lxiii} Chytli jej polonahého a odvedli domů. Lékař mu předepsal obklady na hlavu, baldriánové kapky a poznamenal, že „kdo se má zbláznit, tomu se v tom nedá zabránit“ (s. 220). Vše se odehrává v jakémsi bezprostředním sledu.

Protože byl Ivan Dmitrič bez prostředků, byl z bytu odvezen, a to nejprve na oddělení pro veneriky (snad pro podezření na progresivní paralýzu). Nakonec je doživotně umístěn na Pavilón č. 6.

Vede zde truchlivou existenci: „Není ani místa, kde by byl život tak jednotvárný jako v tomto pavilónu. Ráno se pacienti s výjimkou paralytika a otlého mužika myjí v síni ve velkém džberu a utírají se do šosů marodních pláštů. Potom pijí z cínových koflíků čaj, který nosí Nikita z hlavní budovy. Na každého z nich připadá po koflíku. V poledne jedí zelňačku a kaši, k večeři dostávají kaši, zbylou od oběda. Jinak leží, spí, koukají z okna a přecházejí z kouta do kouta. A tak to jde den po dni. Dokonce i bývalý řidič mluví neustále o jedněch a těchž řádech.“ (s. 222).

V ústavu si Gromova náhodou povšimne Andrej Jefimyč. Stanou se z nich přátelé. Okolí lékařovo však není s to pochopit, jak je možné, že si lékař rozumí s „bláznem“.

Počínání Andreje Jefimyče hodnotí takřka celý nemocniční personál jako přinejmenším zvláštní: „Po celé nemocnici se záhy rozkřiklo, že doktor A. J. začal navštěvovat pavilón č. 6. Ani felčar, ani Nikita, ani ošetřovatelky, nikdo nedovedl pochopit, proč tam chodí, proč tam vysedává celé hodiny, o čem tam rozpráví a proč nepředepisuje žádné recepty. Jeho počínání jim připadalo divné.“ (s. 241).

Návštěv Andreje Jefimyče na Pavilónu č. 6 si záhy povšiml jeho mladší ambiciózní kolega Jevgenij Fjodoryč Chobotov. Ten se promptně chopí příležitosti jak se nenáviděného Andreje Jefimyče zbavit a vetřít se tak na jeho místo. Při jednání na městském úřadě Chobotov svého kolegu nečekaně podrobí psychiatrickému vyšetření.

Když si A. J. připomene otázky, které mu dávali, poprvé v životě pocítí lítost nad lékařskou vědou. „Bože můj, .. vždyť to není dávno, co poslouchali přednášky z psychiatrie a skládali zkoušky, kde se v nich bere taková nevědomost? Nemají o psychiatrii ani ponětí!“ (s. 244).

Chobotov Andreje Jefimyče pod záminkou, že mu ukáže na oddělení zajímavý případ pacienta s komplikacemi na plicích, odvede do Pavilónu choromyslných a na oddělení ho

uzamkne. „Dílem okamžiku se z normální bytosti stává internovaný blázen, (tedy) pacient nejhorší kategorie – duševní nemoc se (prostě) administrativně vyrobí.“ (Černoušek, 1994, s. 34).

Andrej Jefimych zde na vlastní kůži zažije peklo. Dostane výprask od Nikity a je nucen snášet všechno ponížení jako ostatní chovanci. „Bolestí se zahryzl do polštáře a stiskl zuby, a najednou v tom chaosu mu jasně kmitla hlavou strašná, nesnesitelná myšlenka, že touž bolest museli po léta, den za dnem zakoušet tihle lidé tady, vypadající teď v měsíčním světle jako černé stíny. Jak se jen mohlo stát, že on to po více než dvacet let nevěděl a nechtěl vědět?..“ (s. 257).

15. 1. 5. 2 Další postřehy k Čechovově povídce Pavilón č. 6

Problémem moudrého Gromova i dobráckého lékaře Andreje Jefimycha je skutečnost, že oba dva poněkud vyčnívají z davu. Odmítají uznávat celospolečensky rozšířené konzumní hodnoty a stádní způsob života. Oba zastávají „neortodoxní“ názory a tím se nakonec stávají podezřelými.

Andreje Jefimycha nenechává v klidu, že se mnozí pacienti trápí v nemocnici ve fyzických a psychických bolestech a špíně, vyčítá si, že hospitalizovaní „bojují s hmyzem“, že pacienti hrají s ošetřovatelkami karty a popíjejí vodku.. V boji s tím vším si však připadá naprosto opuštěný a nakonec i bezmocný, proto zcela rezignuje na všechny aktivity i celoživotní poslání a přijímá odevzdaně úděl choromyslného.

Ivana Dmitriče Gromova trýzní pomyšlení na všechno zlo, které hýbe světem, na „mravní pakáž“, která si vydobyla díky celospolečenské lhostejnosti a necitelnosti k etickým hodnotám, své místo na výsluní. Nechápe, proč právě on má přežívat v ústavu pro choromyslné, když po světě „běhají desítky a stovky šilenců“.

Andrej Jefimych není choromyslný, je pouze unaven životem. Přesto se zásluhou pletichaření svého zjištěného kolegy dostává na oddělení pro těžce duševně nemocné lidi.

Ctižádnostivý Chobotov je typem lékaře, který bezostyšně využívá nálepky duševní nemoci k uspokojení svých osobních potřeb. Čechov skrze jednání lékaře Chobotova nastoluje v krásné literatuře velice závažné téma – nebezpečí možnosti negativních manipulací s lidmi a zneužití lékařské autority. V povídce je názorně předvedeno, jak se mravně čistý Andrej Jefimych pozvolna stává nepohodlnou osobou a jak je jednoduše odstraněn.

Carské Rusko bylo pro takové praktiky zvlášť příhodným prostředím. Společensky nonkonformní jedinci bývali podobně odstraňováni v době existence totalitního

komunistického režimu v Sovětském svazu, kde se právě popsané tendence dále rozvíjely a byly dosti spjaty také s politickými motivy (např. „odklízení“ neloajálních disidentů „potížístů“ do ústavů choromyslných).

Izolování nepohodlných jedinců – ať už ve vězení nebo v ústavu pro choromyslné, jak pěkně demonstruje ve své povídce A. P. Čechov, má v Rusku poměrně hluboké historické kořeny. Další burcující podněty, které můžeme v povídce Pavilón č. 6 nalézt:

Autor projevuje velkou skepsi k existenci ostré hranice mezi psychicky nemocným a zdravým člověkem (Lajkep, Svědectví literatury o situaci psychicky nemocných v Rusku a Sovětském svazu, Čes. a slov. Psychiat., 2004, 100, 5, s. 313). „Kdo se sem dostal, ten tu sedí, a kdo ne, ten je na svobodě a tím to končí. Že já jsem doktor a vy duševně nemocný, to nemá ani s morálkou, ani s logikou co dělat, to je věc čiré náhody.“ (s. 233).

Sám autor psychiatrii nejspíš pokládá za dílo, které je notnou měrou provozováno na společenskou objednávku. K regulaci psychického zdraví prostřednictvím psychiatrie však příliš nevěří a doufá, že se v budoucnosti všechno zásadně změní (volně dle Lajkepa, tamtéž, s. 313): (Rozhovor Andreje Jefimyče s Gromovem): „Ve vaší situaci by bylo nejlepší odtud utéct. Jenomže, bohužel, to nemá smysl. Pokud se společnost chrání před zločinci, před psychicky nemocnými a vůbec před nepohodlnými lidmi, je nepřemožitelná... Jestliže věznice a ústavy pro duševně choré existují, pak v nich přece někdo sedět musí... Dočkejte, až v daleké budoucnosti blázince přestanou existovat, pak bude konec jak těmhle mřížím v oknech, tak těmhle marodním pláštům. Taková doba dříve nebo později nepochybně nastane“ (s. 234).

Drama vrcholí smrtí Andreje Jefimyče. Umírá v hluboké depresi a v naprosté rezignaci: „Mně je všechno jedno, myslel si, když se ho na něco ptali. Odpovídat nebudu... Mně je všechno jedno.“ (s. 258).

15. 1. 6 - 1. pol. 20. stol. – „Choromyslní“ v díle Michaila Bulgakova

V letech 1929-1940 vznikl román Michaila Bulgakova jménem Mistr a Markétka.

Události jedné z vrstev tohoto literárního díla se odehrávají na slavné psychiatrické klinice kdesi za Moskvou. Právě proto se mohu z této zajímavé knihy dozvědět mnohé o situaci a postavení psychicky nemocných lidí v sovětském svazu na poč. 1. pol. 20. stol., do níž děj románu spadá.

Než se hlavní hrdina knihy Ivan Nikolajevič ocitne na psychiatrii, odvíjí se jako rámcové vyprávění následující děj:

Na lavičce v parku u Patriarchových rybníků spolu rozmlouvají dva muži: „šéfredaktor tlustého literárního časopisu“ Michail Alexandrovič Berlioz a básník Ivan Nikolajevič Ponyrjov tvořící pod pseudonymem Bezprizornyj (Bezdomovec). Diskuse se týká Ježíše Krista. Šéfredaktor si totiž od básníka Ivana Nikolajeviče objednal pro další číslo rozsáhlou protináboženskou poému. Ukázalo se však, že básník svěřenému úkolu nedostál podle všech očekávání: ačkoliv vykreslil Ježíše v neobyčejně černých barvách, podařilo se mu jej znázornit jako skutečnou osobnost, která v dějinách reálně existovala. Teolog by řekl, že Ivan Nikolajevič zachytil ve svém článku historického Ježíše tím, že nejspíš poukázal na konkrétní historická fakta z jeho reálného pozemského života. Berlioz však jako přesvědčený ateista historického Ježíše zásadně popírá a žádá básníka, aby svůj článek přepsal. V diskusi básníkovi vykládá, že Ježíš jako skutečná osobnost nikdy neexistoval a všechno, co se o něm vypráví, jsou pouhé smyšlené mýty a prachobyčejné výmysly.

Do rozpravy obou mužů se nečekaně zapojí jakýsi cizinec. Ten je přesvědčením obou dvou o neexistenci Boha velmi překvapen: „Takže vy jste... ateisté?!“ „Ano, jsme ateisté,“ .. „V naší zemi ateismus nikoho nezaráží,“ odvětil s diplomatickou zdvořilostí Berlioz, „většina našeho obyvatelstva uvědoměle a již dávno přestala pohádkám o Bohu věřit.“ (s. 12).

Tajemný cizinec okázalou nevíru redaktora Berlioze a básníka Bezdomovce nesdílí a začne oběma diskutérům vyprávět příběh o Pilátovi Pontském a o Ješuoovi Ha-Nocrim (Ježíš). Berlioz stále požaduje objektivní důkazy pro Ješuoovu existenci. Cizinec nečekaně prozradí, že byl všem událostem, o nichž vyděšeným mužům vyprávěl osobně tajně přítomen. Tvrdí, že je očitým svědkem Ješuoova výslechu před Pilátem i Pilátovy rozmluvy s Kaifášem... Poté předpovídá Berliozovu smrt.

Redaktor Berlioz považuje každý dotek nadpřirozena za bláznovství, proto cizince pokládá za psychicky nemocného. Dává básníkovi znamení, aby choromyslnému neodporoval: „... Hlavně se s ním nehádej a nevzdoruj mu.“ Všechny cizincovy předpovědi se však posléze naplní. Berlioz tragicky zahyne pod koly tramvaje a básník Bezpryzornyj jeho skonu zděšeně přihlíží.

Básníkovi následně dochází, že se v tajemném cizincovi setkal s d'áblem. Umane si, že je třeba toto personifikované zlo zneškodnit. Začne d'ábla a jeho společníka, tlustého černého kocoura, pronásledovat - pobíhá po městě a ve vši zmatenosti vtrhne do jedné moskevské restaurace. Je bos a oděn pouze v podvlékačkách, v ruce třímá hořící svatební svíci a má

odřený obličej... zoufale se rozhlíží kolem a hledá d'ábla a jeho společníky- padouchy. Číšníci jej svážou ručníky a znehybní. Nakonec je převezen na psychiatrickou kliniku. Na psychiatrii se básník setkává se spisovatelem, který si říká Mistr. Ten se na kliniku uchýlil poté, co ztroskotaly jeho snahy po vydání knihy o posledních dnech Ježíše Krista a potom, co se rozešel s Markétkou, která mu při psaní knihy byla oporou. Do „domu smutku“ (na kliniku), jako by se sbíhali mnozí ve světle masové státní ideologie zneuznalí lidé: Básník, který říká cosi o d'áblovi, jehož je třeba zatknout a spisovatel – Mistr, jehož dílo pošpinili kritici.

Básník se lékařům pokouší marně vysvětlit, že všechno, co prožívá, je čistá pravda. Lékaři hodnotí jeho představy jako bludy a domnívají se, že trpí zvláště komplikovanou formou schizofrenie. Básníková snaha po zatčení démona a jeho společníků vyplývá podle odborníků ze šalebných vjemů a z bludných přesvědčení. Čtenář však dobře ví, že všechno, co básník prožil, se alespoň na stránkách knihy skutečně stalo.

Autor svým líčením básníkovy osudu usiluje o vyjádření velmi podstatné a stěžejní myšlenky, jež prolíná celou knihou: „Naše společnost si tak zvykla na „vědeckou pravdu“, že všechno, co tuto pravdu obchází nebo se nad ni povznáší, je považováno za třeštění choré mysli.“ (Lajkep, Čes. a slov. Psychiat., 2004, 100, 5, s. 314). Projevuje se to jak v postojích redaktora k d'áblově vyprávění o Pilátovi tak v postojích týmu psychiatrů k hospitalizovanému básníkovi.

Profesor psychiatrie Stravinskij je typickým představitelem člověka, který dokáže věci nahlížet pouze ze svého zorného úhlu. Je to zatvrdělý ateista, který pokládá básníkovy řeči o Pilátu Pontském a o d'áblovi za bezduché či zcela bludné povídačky. Vynakládá všechny síly na to, aby pacientovi od chorobných představ ulevil. Uniká mu však, že ve svých protináboženských postojích v podstatě znásilňuje básníkovu duši a zůstává vlivným představitelem státní ideologie.

V Bulgakově románu se ukazuje rovněž následující fakt: „Odborný pohled na problém psychické nemoci byl v Rusku i v Sovětském svazu budován v úzké spolupráci se státní mocí. Všudypřítomná státní ideologie pronikala i do odborných medicínských záležitostí a vlivní představitelé byli úzce spojeni s vládnoucí komunistickou byrokracií.“ (Lajkep, Svědectví literatury o situaci psychicky nemocných v Rusku a Sovětském svazu, Čes. a slov. Psychiat., 2004, 100, 5, s. 314).

I proto byl Bulgakovův román Mistr a Markétka krajně nevítaným dílem a čekal na své vydání dlouhých 25 let.

Dnešnímu čtenáři připadá zneužívání psychiatrie politickou mocí jako špatný vtíp. Existují však literární doklady, které výše uvedené i to, co v náznacích vyjadřuje ve své knize Bulgakov, potvrzují.

Zvláště v době totalitního teroru bývali nepohodlní disidenti (vědci, spisovatelé, náboženští aktivisté), jejichž uvěznění by mělo nežádoucí dopad na sovětskou ideologickou propagandu, skutečně odstraňováni do ústavů choromyslných. V knize Biotika, biotechnologie a biomedicína jsem se dočetla, že dokonce existovaly i speciální diagnózy „šité na míru“ politicky neloajálními lidmi (Ondok, 2005, s. 117; Lajkep, Svědectví literatury o situaci psychicky nemocných v Rusku a Sovětském svazu, Čes. a slov. Psychiat., 2004, 100, 5, s. 315). K těmto zvláštním nosologickým jednotkám patří např. tzv. „loudavá“ nebo „mělká schizofrenie“^{lxiv} (tamtéž). Byla vykonstruována vedoucím sovětské psychiatrie Andrejem Sněžněvským pravděpodobně na politickou objednávku. Účelově vykonstruovanými nálepkami byly rovněž zvláštní psychopatické a paranoidní symptomy jako např.: přeceňování vlastního významu, nerealistické plánování společenské reformy a sociální maladaptace (Lajkep, tamtéž).

„Mělká schizofrenie“ se používala k perzekuci a dlouhodobé izolaci odpůrců vládnoucí garnitury. Ačkoli J. P. Ondok i T. Lajkep ve svých studiích podobně vystihují, že činnost Sněžněvského byla v souladu s linií strany, O. Vinař se domnívá, že koncepce „mělké schizofrenie“ ke službě sovětskému režimu vykonstruována nebyla (Etika a mělká schizofrenie, Čes. a slov. Psychiat., 2005, 101, 4, s. 225).

To, že někteří sovětské lékaři stáli plně ve službách komunistického establishmentu, je jistě odsouzeníhodné. Na druhé straně si však myslím, že někdy bylo snad skutečně lepší mít invalidní důchod a pobývat v psychiatrické léčebně, než být uvězněn v sovětském gulagu.

15. 1. 7 Jerzy Krzyszton – Trilogie Šílenství (1980) (Obléd)

Toto rozsáhlé literární dílo polského prozaika a dramatika Jerzyho Krzysztona (1931-1982) je strhující výpovědí rozhlasového reportéra Kryštofa o jeho bolestném zápase s vážnou duševní nemocí.

V prvním svazku (Pronásledovaný a obklíčený) se hlavní hrdina postupně poddává bludnému vnímání světa s těžkými paranoidními stavy a halucinacemi. Při jeho četbě jsem byla svědkem hrůz, úzkostí, utrpení, zoufalství a pozvolného rozpadu Kryštofovy osobnosti. Protože je román psán převážně v ich-formě, výpovědi jsou nezvykle přesvědčivé. Je vlastně

autobiografickou zprávou z druhé strany barikády – kdy o nemoci nehovoří lékař, ale pacient, který reflektuje svoji intenzivní zkušenost s šílenstvím (volně podle Černouška, 1994, s. 113).

Reportér Kryštof se vrací ze Szczawnice, kde připravoval s mladými studenty rozhovory pro rozhlas, do Varšavy ke své rodině. Kromě toho, že již téměř nedokáže pracovat, pokud nemá vedle svého psacího stroje skleničku s alkoholem, pozoruje ve svém okolí podivné změny. Pociťuje také, že se kolem něj „začínají dít a hromadit nějaké hrozné věci.“ (Krzyszton, 1984, I., s. 13 a s. 17).

Při četbě jsem byla svědkem toho, jak události běžného života a běžné stresové situace pro Kryštofa nabývají zvláštních a skrytých významů. Jsou to šifry, které sdělují tajemná poselství. Vše, co se kolem Kryštofa děje, má zvláštní souvislost s ním samotným.

Kupé ve vlaku, v němž Kryštof sedí na cestě do Varšavy, je „nadité elitou tajných“. Všichni, kromě Kryštofa, jsou v něm dokonale spříznění a tvoří ideální spolek, ačkoliv se navenek tváří, že se vůbec neznají. Kryštof si nejprve není jist, jaké mají spolucestující záměry, ale najednou je mu všechno jasné. Jsou nad ním ve střehu jako supi, nejsou to obyčejní lidé, nýbrž tajní agenti. Prozrazují to koneckonců už jejich divné a zkoumavé pohledy...

Nejprve se dá do řeči s knězem, který v kupé spolu s ním sedí. Tento řadový kněz Kryštofovi symbolizuje zájem Vatikánu. Je jím demaskován jako „pontifikální vatikánský emisar“. Zanedlouho Kryštof ještě ke všemu podlehne přesvědčení, že jej kněz zamýšlí získat pro nějaké bratrstvo působící pod pláštíkem bohulibé iniciativy...

Zvlášť nebezpečným agentem je plešatý muž, za nímž stojí záhadné síly a neznámá moc. V jeho vyprávění o nešťastníkově, v němž chytila kořalka, kterou vypil, Kryštof nepochopitelně spatřuje výhružky posledním soudem adresované jeho osobě: „Podíval se na mě a jeho oči zase říkaly: Ale ty uhoříš. A nic ti nepomůže! Uhoříš v ohni pekelném! Uvidíš!“. Podezřele vyboulené sako záhadného plešivce znamená, že má u sebe zbraň. Plešatý muž v Kryštofovi budí zděšení, až mám pocit, jako by jej „na dálku“ paralyzoval ... „Cítil jsem se jako ochromený, jako bych se díval do očí kobře nebo prorokovi, který velkým hlasem volá: Budiž proklet! Budiž proklet! Od těch očí se šířily červené kruhy zbrocené krví.“ Jeho pohled se nedá snést, proto Kryštof přivře víčka jako uštvaná zvěř, ale v hlavě mu doslova vře (Krzyszton, 1984, I., s. 25, s. 27 a s. 28).

Cesta do Varšavy pokračuje. Přistupuje šikmooký muž, Číňan Tung, vlastně „žlutý ďábel“. Ze všech lidí v kupé má nad Kryštofem největší převahu. Navenek je sice usměvavý a

zdvořilý, pod povrchem jeho slov se však skrývají samé hrozby, výstrahy a napomenutí, určená výhradně Kryštofovi. Číňan je jeden z těch, kteří se Kryštofa rozhodli odpravit a sám zoufalý Kryštof dává jeho zaujatost do souvislosti s tím, že ve Szczawnici před studenty kritizoval červenou knížku Maových citátů. Nejspíš tím vyprovokoval Číňany. Poté co do Pekingu proniklo slaboučké rozhlasové vysílání, spikli se proti němu a „teď je má na krku“, teď po něm jdou!

Od počátku mi bylo jasné, že s Kryštofem není něco v pořádku. V kupé přece sedí obyčejní lidé. Ale Kryštof má za to, že v něm probíhá „hra, do níž jsou zapleteny mocné síly“. U Kryštofa se podle všeho začínají proklubávat paranoické bludy,^{lxv} „které jsou výsledkem nesprávných závěrů o záměrech jiných osob nebo významu stimulů z okolního prostředí.“ (Schizofrenie, Edukační program WPA, 2003).

Hrdina knihy začne domýšlet obyčejné jevy každodenního světa do velmi podivných souvislostí: Stisknutí stupadla na záchodě uvádí do chodu rozbušku; když se objeví průvodčí, znamená to, že už pro něj přišli, aby ho mohli zlikvidovat. Pociťuje také strach z toho, že jej za jízdy nějaký ničema vystrčí ven z vlaku, proto začne (podobně jako Čechovův Gromov) produkovat ochranná opatření – předstírá že je opilý, aby jej nechali na pokoji atd. (I., s. 23 a s. 24).

Nejprve úzkostně přemítá o záměrech společníků, pozvolna v něm vyklíčí přesvědčení, že se jedná o trojici tajných agentů, kteří mu chtějí uškodit a kteří jsou součástí promyšleného komplotu proti jeho osobě.

Sluchové halucinace Krzysztón pěkně znázornil v následujícím: „Najednou slyším nějaké zvuky... Jakoby kdosi hrál na violu do gamba, ale kde by se tu vzala viola, vždyť je to renesanční nástroj... Takové pisklavé melodie jako bzučení komárů ve stepi, za mého dětství... a najednou do té hudby zazněl bronzový zvon! Tři údery, od kterých mi div nepraskla hlava! Vzápětí zmlkl. Nastalo ticho. Užasle jsem si prohlížel přítomné, ale oni nic neslyšeli! Nejprve jsem si myslel, že ta hudba zní zvenku, ale když moji bližní nereagovali – pochopil jsem, že něco hraje ve mně, v mé hlavě... a tak jsem najednou zaslechl zvuky, které obyčejné lidské ucho nezachytí, opravdovou hudbu sfér... proboha, můj mozek funguje jako radioteleskop!“ (Krzysztón, 1984, I., s. 51 a s. 52). Kromě auditivních halucinací (šalebné smyslové vnímání bez odpovídajícího podnětu ve vnějším světě) oku pozorného čtenáře neuniknou ani halucinace čichové: v kupé se začíná šířit sírový pach... (Krzysztón, 1984, I., s. 43).

Chorobně deformované vnímání hrdiny románu lze rozkrýt také v následujících slovech: „všichni ostatní čekali v pohotovosti a úkradkem po sobě pokukovali. Tu a tam blýskl někdo okem směrem ke mně, ale bleskurychle zase odvrátil pohled... Čekali napjatě, soustředěně, číhali jako šelmy. Jako leopardi. Který mi první skočí na krk? Tak lehko se nedám. Číňan je sice malý, ale ovládá džudo a karate. Vatikánec zná zas jiné hmaty. A ten třetí, to je silák, lamželezo v kožiše...“ (I., s. 78). Je zde zřetelně vyjádřeno přesvědčení o tom, že mu lidé v kupě chtějí uškodit, že jsou proti němu smluveni a že usilují o jeho život.

Děsivé vize v Kryštofově nitru pochopitelně vyvolávají odpovídající pocity: ; „Bože dobrý, mám vůbec něco na svou ochranu? Nic!... pot na čele i na krku, klubko trnů v žaludku, zoufalství...“; „Zmocnil se mě takový nevýslovný smutek, jaký jsem ještě nezažil... Smutek ptáků. Smutek stromů. Smutek moře. Věčný smutek zemřelých. A tak jsem nehybně čekal na rychlou záhubu, na smrt (I., s. 79).

Zajímavým zjištěním je, že Kryštof od počátku nemá na plíživě se rozvíjející onemocnění téměř žádný náhled: „...Všechno, co jsem cítil, co jsem viděl, co jsem vnímal, všechno, co mě obklopovalo – to všechno bylo reálné. Dosvědčuje to můj reálný strach, který jsem nesměl dát najevo...“ (I., s. 74-75). „Když jsem se díval na to všechno, co se dělo, byl jsem zdravý, jen svět kolem mne byl chorý. Nevyléčitelně chorý. Nic mu nemohlo pomoci...“ (Krzysztof, 1984, I., s. 29) - Sám sebe tedy pokládá za zdravého, ačkoliv od počátku nepochybuji o tom, že „problém tkví v jeho hlavě.“ Kryštof je přesvědčen, jak tomu u vážně psychicky nemocných lidí bývá, že by se měl změnit spíše svět než on sám.

Strhující kronika zápasu člověka s těžkou duševní chorobou pokračuje dál. Ve Varšavě Kryštof navštíví jednu restauraci. Trápí jej představy a dojmy s velmi bizarním obsahem: „Měl jsem dojem, že se ten tatarský biftek hýbá a mění v krvavý mozeček nemluvně.“ (I., s. 169). Barmanku pokládá za travičku – před pitím koňaku dokonce přezkušuje, zda není ve skleničce obarvená kyselina solná nebo jiná žiravina: „Upustil jsem pár kapek na zem, abych se přesvědčil, jestli nevypálí díru do podlahy.“ (I., s. 170). Na stěně najednou spatří příšernou stvůru, až je nucen zavřít oči.. „Měla ženská ňadra a mužský rozkrok, půl tváře člověka a půl lidoopa..“ (I., s. 171).

V Ujazdovském parku potká starého železničáře, kterého šalebně vnímá jako ďábla: „Nadýchl jsem se a rozhlédl kolem, abych se přesvědčil, zda jsem skutečně tam, kde jsem. Podíval jsem se – ano, bylo to konkrétní: země, park, lavička. A skrčený ďábel vedle mě, který kouřil oharek cigarety.“

Chorobný způsob uvažování postupně nabývá velmi propracované podoby, takže se Kryštof začíná točit v jakémisi bludném kruhu: lomcuje jím strach, že ďábel vyvlastní jeho nitro, že ztratí sám sebe, že se „změní v nástroj ďábelských praktik“.

Vlastní myšlení se Kryštofovi stává trýznící torturou. Chvilkově pomýšlí na skoncování se životem, v němž spatřuje záchranu před „pronásledovníky“.

O stěny jeho spánků doslova buší ledově ironické halucinatorní hlasy. Tyto hlasy mu drsně sdělují, že jeho dcera i žena zemřou (I., s. 203). A že zemře i on sám. (tamtéž). Opakovaně mu vyhrožují a oznamují smrt nejbližších. Zažívá proto ukrutný strach. Je přesvědčen, že má co do činění s „neuvěřitelně zlověstným spiknutím, že není s to proniknout do jeho tajů“ (I., s. 205). Příčinu svého zbědovaného stavu spatřuje v tom, že má nejspíš na svědomí něco, o čem sám neví. Tajemné síly, jimž je vydán napospas, to však vědí - jim je to jasné a zřejmé. (I., s. 205).

Domnívám se, že Kryštofovo uvažování funguje na způsob zvlášť propracovaného bludného systému. Odborníci definují blud jako „mylné přesvědčení, vzniklé z chorobných duševních předpokladů na chorobném psychotickém podkladu, kterému nemocný chorobně věří a které má patický vliv na jeho jednání“ (definice prof. Myslivečka, in Zvolský a kol., 2001, s. 97). Jedná se o poruchu obsahu myšlení, která mívá určitý časový vývoj, takže může skutečně vzniknout celý systém vzájemně skloubených bludných myšlenek (lidé v kupě se divně tváří, jsou to tajní agenti, kteří usilují o Kryštofův život, protože spáchal něco, o čem sám neví, ale oni to dobře vědí... je třeba před nimi ochránit sebe i rodinu, udělat ochranná protiopatření..). Bludné přesvědčení může být podporováno iluzemi, halucinacemi a vzpomínkovými klamy (Zvolský, in Zvolský a kol., 2001, s. 98).

Všimla jsem si, jak reportér Kryštof ve zcela přirozených událostech spatřuje zvláštní souvislosti a divné významy. Každá událost jakoby se vztahovala k němu osobně. Mnohé okolnosti se jeví jako záměrně zinscenované („schválně narařené“) proti němu. Všechno je jakási hra, jejíž pravidla je třeba už z prostého pudu sebezáchovy rozluštit, všechno něco symbolizuje: „Ruch ve městě nebyl náhodný, ale byl plný významů - na každém kroku jsem se něco nového dozvěděl - chodci a bylo jich mnoho, mi dávali skryté signály, které jsem bleskurychle dešifroval: Jdeš dobře. Jdi dál tímto směrem. Neuhýbej z cesty. Drž se, spoléháme na tebe.“ „... Ženy dávají signály kabelkami nebo síťovkami s nákupy, jindy výmluvným pohledem; muži zase pohybem ruky, hlavy nebo výrazem tváře; červená barva

tramvaje je barva bezpečí a povzbuzení, červený autobus znamená, že věc bude vyřešena v můj, v náš prospěch“ atd. atd. (Krzyszton, 1984, I., s. 208).

Když Kryštof konečně dorazí domů, jeho manželka Helena se jej pochopitelně táže, co se s ním děje. Zoufalý muž své ženě vysvětluje, že bude nutné, aby z důvodu hrozícího nebezpečí otravy všech členů rodiny zavedla zvláštní vegetariánský jídelníček sestávající pouze z ovoce a zeleniny. Sám odmítá vypít obyčejný čaj, protože podle „zásad toxikologie“ nedává záruku ani převařená voda (I., s. 228).

Psychiatři Vencovský a Dobiáš ve své studii uvádějí, že k podskupině perzekučních bludů patří tzv. bludy otravovanosti. Kdo jimi trpí, může být přesvědčen, že mu nepřátelé dávají jed do jídla. V důsledku tohoto bludu (a s ním související úzkostí z otrávení) pak může dotyčný jídlo dokonce odmítat, což odborníci nazývají výrazem sitofobie (Vencovský, Dobiáš, 1976, s. 92).

Kryštofa nepřestává svírat velký strach. Obává se, že do jeho domu vtrhne tlupa „pronásledovníků“, kteří dokonají vše, co předpověděl chraptivý, ironický hlas: že jeho žena, dcera i on zemřou. Svě ženě prozradí, že potkal v parku d'ábla, že jej chtěla otrávit barmanka a že pro nebezpečí, které jim všem hrozí, možná nebudou moci vycházet z bytu. Manželka Helena Kryštofa vybízí, aby pohlédl na jevy, které jí líčí, strážlivě a aby uznal, že jde o bludy a halucinace. Kryštof však svoje prožitky, vjemy, představy i myšlenky pokládá za čirá fakta a žádá změnu od svého okolí: „Prokristapána, z čeho mě chceš léčit? Vyléčíš snad skutečnost? To všechno, co se kolem mě děje? Má snad na to tvůj felčar nějaké tabletky?“ (Krzyszton, 1984, I., s. 239). Kryštof cítí, že se mu Helena vzdaluje, že mu nerozumí. Předhazuje jí, že „neumí číst zašifrované písničky a nerozumí signálům, které jsou naprosto srozumitelné“. Nakonec se uzavírá do světa svého chorobně zdeformovaného myšlení a svých fantasmat. Helena si pozvolna uvědomuje, že má doma někoho úplně jiného, někoho, komu přestala rozumět.

K perzekučním bludům se přidávají tzv. bludy mesiášského poslání (zvláštní síly a schopnosti spasit) a megalomaničké představy:^{lxvi} „Já z Internacionály mozků! Zachráním modrou planetu! Přivodím úrodu pro tělo i ducha! Necht' rozkvétá život... (I., s. 269). Kryštof se podle všeho snaží varovat svět před hrozící jadernou válkou (je možné, že stávající politická situace ovlivňuje tematiku a náplň bludných přesvědčení, tzn., že působí patoplasticky na obsah Kryštofových bludů).

Kryštofův hlas má rozhodnout o osudu celého světa. Je třeba, aby mu bylo umožněno vyplnit své poslání – oznámit bližním, že se blíží katastrofa. Stává se tajným agentem dobré vůle, spasitelem lidstva. Jeho mozek může změnit celý svět.

Místy se ozývá halucinatorní hlas, který o Kryštofovi mluví dokonce ve 3. osobě: „Čtyřicet let živořil na tomhle světě, a tak málo metafyzických zážitků má za sebou!“ (I., s. 283).

Halucinatorní hlasy káravě komentují Kryštofovo jednání: „Tak tys jí řekl o pronásledovnicích! O tom přece neměl vědět nikdo jiný než ty!... Kam se poděl tvůj smysl pro odpovědnost! To je víc než zlé, adepte. Zklamal jsi při první zkoušce. Jak na tebe potom můžeme spoléhat? (I., s. 279).

Ke slovu se dostávají podle všeho také halucinace imperativní (udělují rozkazy), které lze s ohledem na Kryštofovo okolí hodnotit jako nejnebezpečnější. Tyto „hlasy“ mají silně patický náboj. I když jsou v rozporu s přáními a zásadami dotyčného, může je uposlechnout a vykonat (nebezpečí homicidia, sebepoškození a suicidia) (Zvolský, in Zvolský a kol., 2001, s. 104).

Za všechno vypovídají následující slova: „Vezmi do ruky nůž a drž ho pevně.“ – „Dobře. Už ho držím.“ – „A teď poslouchej, zapiš si to do paměti ... Kdo překročí můj práh, toho zabiju. Opakuj.“ – „Kdo překročí můj práh, toho zabiju.“ – „A bude-li třeba, zabiju i manželku a dceru.“ – „A bude-li třeba, zabiju i manželku a dceru.“ – „A bude-li třeba, zabiju i sebe.“ – „A bude-li třeba, zabiju sebe.“ - „Amen.“ – „Amen.“ (I., s. 285).

Kryštofovy někdejší obavy ze ztráty sebe sama se nakonec naplňují: „Nejsem pánem sama sebe, nejsem nic – jsem jen vykonavatelem všelijakých cizích záměrů“.

To, čeho se obával, se stává realitou – ztratil sám sebe a stává se koněm na opratích šíleného jezdce, který se řítí do hlubin...

Po probdělé noci sedí stále schoulen v křesle a čeká na příchod „pronásledovníků“. Odmítá přijímat potravu. Je dezorientovaný. Selhává mu paměť. Nakonec je sanitkou převezen do psychiatrické léčebny Tworky.

Kryštof uvízl v tenatech psychické choroby. V léčebně se naprosto uzavírá do vlastního světa a pokračuje v bludné produkci nevývratných iracionálních myšlenek dále. Dlouhé dny tráví zcela izolován a přikurtován na lůžku (v popruzích mu ochrne ruka). Připadá si jako „přivázaný ke stěžni“ (odtud také název 2. dílu knihy). Celý jeho urputný zápas s duševní chorobou symbolizuje Odysseova plavba na Ithaku rozumu.

Pokoj, který sdílí s ostatními pacienty, vnímá jako karmazínovou komnatu. V ní spolu s ním prodlévají konspirátoři a členové Sboru občanské zálohy. V jednotlivých spolubydlících spatřuje historické osobnosti polských dějin, mezi nimi např. Romana Dmowského, knížete Josefa Poniatowského a generála Pilsudského. Ve svých chaotických představách se Kryštof jakoby vyrovnává s dosud nezpracovanými reminiscencemi z minulosti i současnosti – týkají se jeho rodinného života, profese, politiky, národních dějin, hrůz 2. světové války, hrozby jaderné katastrofy apod..

Ošetřovatelky se mu v halucinogenních vizích proměňují v pronásledovatelky a „d'áblice“, robustní ošetřovatel „Tlust'och“ zas v Kryštofově očích nabývá podoby „oberteufelführera“. V primářovi Kryštof spatřuje Dia. Místo přezdívky „oberteufelführer“ někdy užívá výrazu Cerber (asociace s k Kerberem, obludným psem, který hlídal vstup do podsvětí).

Jakmile šílené vize a scénáře alespoň trochu poleví, stávají se ze sester i lékařů docela sympatičtí lidé. Kryštof k nim nakonec nalezne celkem pozitivní vztah. Ošetřovatelky častuje jmény: „Cherubínek“, „Šotek“ a „Pantoflíček.“ (III., s. 130); mladou lékařku přezdívkou „Lasička“. Přes to všechno však ve svých úvahách zůstává vůči nedostatkům zdejší psychiatrické péče kritický.

Atmosféra v léčebně je dosti ovlivněná jednotvárností denního režimu i chováním pacientů. Na chodbě se procházejí lidé v pruhovaných mundúrech, „poutníci bez cíle a beze smyslu“ –, „jedni podivným poklusem, druzí slavnostně a ještě jiní jen co noha nohu mine, ale všichni se stejnou perseverancí (ulpíváním), jako kdyby je někdo natáhl stejným klíčkem a každému zvlášť přikázal chodit a kývat sebou, takže to mechanické kolébání nebere konce“ (II., s. 173). Vnitřní chod léčebny, zatvrzele mlčící poutníci bloumající po chodbách... při pohledu na to vše se lidí duševně zdravých zmocňuje strach: „... Jenže mi ten strach dostat nemůžeme, neboť my jsme v tom uvnitř, a zevnitř nic, ani peklo nevypadá tak hrůzně, jak by se mohlo zdát. Člověk si dokáže nejen zvyknout, ale dokonce i osvojit každou skutečnost. V tom je jeho velikost nebo ubohost.“ (Krzyszczón, 1984, III., s. 178).

Dny v léčebně se vlečou a jeden se podobá druhému - každý den se odehrává totéž a ve stejném rytmu: budíček, toaleta, injekce, snídaně, léky, úklid, oběd, léky, večeře, léky a spát (III., s. 138). V neděli a ve čtvrtek přicházejí návštěvy. Někteří muži však zůstávají v léčebně vlastními rodinami nemilosrdně opuštěni: „Na sto manželek, které za námi dosud přicházejí, připadá stejně tolik manželek, které sem už chodit přestaly anebo se tu vůbec neobjevily.“ (III., s. 122). „Je hrozné opustit zdravého člověka, je ničemné opustit člověka nemocného, ale

opustit šíleného člověka znamená zabouchnout nad ním víko od rakve, aby už z ní nikdy nevylezl...“ (Krzyszton, 1984, III., s. 123).

Ztratil-li někdo z pacientů rozum a přece jen mu zbyla kultura, není ještě tak zle. Pokud měl však před vzplanutím psychické nemoci jen rozum a kulturu nikoliv, pak v choromyslnosti o rozum přijde a nezůstane už mu vůbec nic – právě takto si Kryštof sám pro sebe zdůvodňuje slabosti hladovějících spolupacientů, kteří před vydáním potravy připomínají mručící stádo divé zvěře.

Přes všechny dojmy a závěry, zpočátku notně ovlivněné psychickou nemocí, Kryštof s trpícími lidmi soucítí a je s nimi nefalšovaně solidární. S rolí duševně nemocného se smiřuje jen stěží – možná mu v jejím přijetí brání pomyšlení na bláznovství širého světa – jaká logika tkví v zabíjení a válce? Proč zrovna on má prodlévat na psychiatrii, když všude kolem je tolik iracionality? - Neprospělo by světu, kdyby prošel také podobným ústavem?

Kryštof se podobně jako Andrej Jefimyč z Pavilónu č. 6 domnívá, že pevná hranice mezi duševní nemocí a tzv. normalitou neexistuje: „Každý má jinou představu, a má na to svaté právo. Tak proč někdo uvádí v potaz moje právo na mé vlastní představy? Proč mám být nenormální zrovna já? Kdežto ti, co tohleto prohlásili, jsou normální! Promiňte mi tu drzost, přátelé, ale kde je vlastně ta norma? Nejdřív mi ji ukažte!..“ (Krzyszton, 1984, III., s. 138).

Léčebna Tworky je líčena jako ohromný, poněkud neosobní, kolos se všemi nedostatky, které obvykle takové obří léčebné kolosy mají. Na velké množství pacientů zde pracuje, jak už tomu často bývá, velmi málo lékařů. Lékaři jsou zahlceni povinnostmi, takže se na některé z pacientů prostě nedostává. Kontakt s pacientem se ponejvíce omezuje na dvě tři formální věty, protože se tu léčí chemií, injekcemi a pilulkami, a ne moudrým slovem a přesvědčováním (III., s. 173). ... „Umíte mi jenom dát prášek na spaní, takže na chvílku usnu. Zaplať pánbůh za to, protože jinak by se člověk pod tuhleto střechou zbláznil...“ (III., s. 138). Mezi rutinně pracujícími lékaři se objevuje také psychiatricka (Kryštofem přezdívána „Lasička“), která se alespoň tak, jak jí stávající podmínky umožňují, pokouší zaběhlým tworkovským rituálům vymykat. Se svými pacienty tedy komunikuje o něco více než její ostatní kolegové.

Kryštofův příběh se odvíjí v době, kdy už byla součástí psychiatrické léčby nezbytná zklidňující neuroleptika.⁶⁰ I když se s velkou pravděpodobností jednalo o léky staršího typu, které vyvolávají více nepříjemných nežádoucích účinků, představovaly v psychiatrické léčbě obrovský zvrat k lepšímu, protože nahrazovaly např. dřívější terapie opiem, spánkové kúry a v některých případech jistě i terapeutickou bezmoc. Zároveň však už od počátku nebyla neuroleptika úplně všemocná. Nikdy nemohla naprosto zastoupit lidské uši ochotné naslouchat. Jejich význam spočíval a dosud spočívá spíš v tom, aby otevřela v pacientově nitru dveře ke komunikaci s lékařem. Dodnes se užívají proto, aby jejich prostřednictvím byly otevřeny dveře k psychoterapeutické práci (Kalina, 1987, s. 78). Pokud se jimi vztah lékař-pacient nahrazuje, není vše tak, jak by mělo být.

Také Kryštof si je vědom, jak léčivou moc má komunikace s druhými, „prosté a pravidelné vypovídání se“. Protože lékaři tworské léčebny disponují omezeným množstvím času (snad z důvodu velkého počtu pacientů a zahlcenosti povinnostmi), musí tento nedostatek vykompenzovat obětavá práce a služba ošetřovatelek, které jsou tu s nemocnými v denním kontaktu: „Uvědomuju si, že se nepamatuju, že by si byl nějaký lékař nebo lékařka přisedli na mou postel. Za celých šest měsíců. Dívají se na pacienta jako na rychlou dištanc. Strašně obrovská klinika. Takže nemají čas. Nebo potřebu? Asi obojí. Ve všem je nahradí chemie. V myšlení, mluvě i skutcích. A dokud v psychiatrii chemie nebyla? Co s námi k čertu dělali tenkrát? Ta starožitnost, kterou jsem zdědil, moje zastaralá postel pro agresivní pacienty, ta by mohla vyprávět! Ano, tady se dá mluvit s kusem nábytku, s pacienty, se sebou, a ještě s ošetřovatelkou. Každá má službu sedm a půl hodiny“ (III., s. 308). Kromě ošetřovatelek je Kryštofovi nenahraditelnou oporou jeho žena Helena, která jej pravidelně navštěvuje.

K zajímavým lidem, s nimiž se v průběhu svého pobytu v léčebně Kryštof seznámí, patří tajemný gnóm, s nímž nemocný reportér filosofuje o smyslu života. Kromě gnóma Kryštof často rozmlouvá také s obrovitým mužem jménem Silvek, přezdívaný Silvek-Kolos. Silvek slyší zvláštní hudbu sfér, která zní pouze v jeho hlavě. Hledá pro ni nástroj (II., s. 216).

V řádcích i mezi řádky je čitelný soucit se všemi trpícími lidmi, s jejich slabostmi, nedostatky a vadami, které se v chorobě ještě zvyrazňují. Strašlivou „psychotickou dírou“, do níž Kryštof spadl, začínají prosvítat první paprsky úlevy. „Nad Epidaurem zasvitne měsíc.“ Kryštof se zotavuje a symbolicky doplouvá k Ithace rozumu.

⁶⁰ Léky působící proti psychotickým příznakům; výraz je odvozen z řečtiny a doslovně jej lze přeložit jako „držení nervů“; in Schizofrenie, Edukační Program WPA, 2003.

15. 1. 8 Pan Theodor Mundstock

Ladislav Fuks (1923-1995) ve svém prvním románu čtenářům otevírá vhléd do nepředstavitelně tísnivé atmosféry v období 2. svět. války. Příběh se začal odehrávat v Praze roku 1941. Pan Mundstock, občan židovské národnosti, trpí trýznivým strachem z předvolání do koncentračního tábora. Strach jej postupně přemáhá natolik, že se přestává orientovat v realitě. Ve všeobecné atmosféře hrůzy a děsu pana Mundstocka pronásledují podivné přízraky. Do jeho bolavého vědomí se dere cosi strašného. V hlavě má myšlenky, které jej doslova drtí, cítí, že zoufalství, která se jej zmocňují, „jsou těžká jako kameny egyptských pyramid“ (1985, s. 23).

Celá kniha je protkána rozmluvami s tajemným stínem, který pan Mundstock oslovuje jménem „Mon“: „Klesl do křesla u psacího stolu a jeho oči ustrnuly na Kolumbově plachetnici na bledém stínidle lampy. „Mám zničené nervy, Mone“, řekne svému stínu s pohledem upřeným na loď, „když se ve schránce něco bělá, hned vidím předvolánku, a zatím není na obálce ani úřední razítko.“ A v duchu si myslí: mám zničené nervy, ale teď by už můj stín Mon mohl jít.“ (1985, s. 11).

Mon v knize jedná jako živá bytost. Tam, kde se stírají rozdíly mezi jím a panem Mundstockem, si L. Fuks se svými čtenáři tak trochu hraje. Mon je totiž zosobněním šeptajícího preludu a zároveň zrakovou halucinací.

Kromě Mona je panu Mundstockovi partnerem v rozmluvách slepička, kterou hrdina knihy v bytě chová: „Slepičko,“ říká náhle velmi důtklivě a z očí se mu derou slzy, „to nejhorší, co je, je ztratit naději. Ztratit naději je to nejhorší, co může člověka potkat. Bez ní je i boháč žebrák, natož pak my, chudáci s hvězdami. Slepičko, víš, co je to hrob?“ (1985, s. 16).

Reálná hrozba, že bude pan Mundstock předvolán do transportu, nabývá v očích nemocného člověka ještě děsivější podoby: Na ulici slyší ševelení svého jména, „prohánějí se nad ním kočky a mluví o předvolance.“ „V černých keřích, které se objevují u aleje, překryty stromy, prolézají podobné kočky a každý jejich šlápot je krok na shromážděště..“ (1985, s. 26). Obsahem děsivých vizí jsou i pocity pronásledování: „Vedle něho někdo jde a pořád něco říká, ale zdali je to paní Schleimová či Jarná, je už jedno. Ti dva zepředu se blíží a jejich ocelové oči hledí na jeho hlavu v hrudníku. Když jsou vzdáleni asi dvacet kroků, vykřikne. To nejsem já, to zde jde někdo jiný..., ale jejich šedé oči již pronikly jeho aktovku, která je ostatně úplně prázdná. Bože, to není hvězda, copak nevidíte, že mně sem spadl list?“... (1985, s. 25). „Jako v mlze vidí ty dva, sedm, šest, pět kroků před sebou, vedle sebe jakousi tvář

v šátku, která pořád něco vykládá a vysvětluje, a pak přijde chvíle, kdy všechno zhasne. Cítí v hlavě jen olovo“. (tamtéž).

Halucinatorní Mon interferuje s Mundstockovou vnitřní řečí. Podle jednoho z možných odborných vysvětlení vzniku „hlasů“ lze existenci šeptajícího Mona zdůvodnit takto: šeptání Mona, který soustavně komentuje chování pana Mundstocka, je ve skutečnosti dezorganizovaná vnitřní řeč. „Výsledkem této dezorganizovanosti jsou neočekávané myšlenky, které nezapadají do aktuální myšlenkové linie. Díky své neočekávanosti jsou vnímány jako cizí“ (Hofman in, Schizofrenie, Edukační program WPA, 2003).

Že dokáže být Mon ve svých poznámkách k Mundstockově jednání velmi nepříjemný, jsem postřehla např. v následující větě: - Blesky boží, řekne Mon, on se v něm probouzí život. Vždyť tam ještě ani nejsme! Kdoví, zda tam vůbec dojdeme? (pan Mundstock se ubírá ke známým) (1985, s. 33).

Když Mon utichá, nastává alespoň částečná úleva. Je však zároveň pravdou, že se pan Mundstock Monovi zpovídá ze svých obav a děsů, stěžuje si mu a chce jím být vyslechnut, protože je jinak úplně sám.

Budoucnost je však plná hrůz. Všechno překrývá dusivý závoj temnoty. Mundstock na mnoha místech knihy ztělesňuje bezbrannou lidskou bytost - Žida, který se cítí být ztracen ve vši záplavě zla, brutality a násilí. Je zničený, ztýraný a ubitý. „Něco uvnitř něho jako by se štěpilo“. „Pláče jako mladík, jako třináctiletý hoch o pohřbu rodičů, jako venku šedé zachmuřené nebe, jeho slzy se mísí s deštěm, stékajícím z klobouku, napadá ho, svobodná židovská svině, která pláče, a v té chvíli, kdy ho to napadne, něco uvnitř něho se rozštěpí. Z deště a slz u jeho nohou povstane stín. Jeho jméno je Mon. Jinak ho nemůže nazvat.“ (s. 71). Zde lze vyzorovat, že Mon je odštěpkem Mundstockova nitra. Fuks zde pravděpodobně naznačuje zajímavý fenomén - rozštěpení Mundstockovy mysli.

Pan Mundstock vnímá chvílemi své okolí jako cizí a zčásti je tak i prožívá: „Domy, ulice, třídy, podjezdy, parky, auta, tramvaje, obchody, a lidé, nic z toho pro něho neexistovalo.“ (s. 99).

V následujících slovech je mistrným způsobem popsán rozdíl mezi vjemy zdeptaného pana Mundstocka a vnímáním kolemjdoucích: .. „Kdo by býval měl obzvlášť citlivé oči, byl by možná viděl, jak se mu pod nohama plete jeho vlastní stín Mon jako cvičený psík artistovi v manéži. Kdo by býval měl obzvlášť citlivý sluch, byl by snad slyšel, jak šeptá jako lístečky ratolesti, jak šumí jako mladé víno, jak píská jako tančící klarinet, jak hlaholí jako zvon nebo

klučik v kruhu vrstevníků. Ale takových lidí na ulici nebylo. Na ulicích byli jen lidé, kteří viděli staršího spěchajícího pána ve starém obnošeném kabátě pokrytém prachem se žlutou šesticípou hvězdou, s rukama v kapsách a hlavou předkloněnou.“ (s. 99).

Letmo se dovídáme, že Grünwaldovi (už) se oběsili, Streckrovi se otrávil plynem, Albina Schodková skočila z okna, Kohn se dal přejet u Chuchle rychlíkem..“ (s. 102).

V důsledku intenzivního strachu a takřka neustálé tenze začne vykonávat řádnou přípravu na odjezd do koncentračního tábora. „Pan Theodor Mundstock měl svou metodu a postup. Připravoval se dnem i nocí. Postupně, prakticky, metodicky, plánovitě... (s. 102). Úzkostlivě odměřuje, zda jeho kufřík s věcmi svou hmotností nepřesáhl 50 kg, cvičí si zdvihání kufru levou rukou, kterou měl vždycky slabší... Pozvolna ztrácí pojem o čase a zčásti i o místě, chová se dezorganizovaně. Nakonec umírá pod koly nákladního auta při odchodu na místo odjezdu transportů.

Domnívám se, že chorobné příznaky pana Theodora Mundstocka souvisejí s intenzivním stresem, jemuž je takřka ve dne v noci vystaven a s téměř bezvýchodnou životní situací, do níž se tento neviný člověk dostal. Vliv sociokulturního prostředí na obsah jeho psychických potíží je evidentní. Na osudu citlivého pana Mundstocka je demonstrována totální nelidskost nacistického režimu. Příliš nepřekvapuje, že nacistické praktiky a poměry v době okupace bezbranné lidi doháněly k šílenství. Ačkoliv je vnitřní prožívání pana Mundstocka ovládáno jakousi bizarní logikou, s ohledem na dobu, v níž tento ubohý člověk žil, je mi jeho vnímání, byť chorobně zkreslené, ještě pořád poměrně srozumitelné a nakonec i dobře pochopitelné.

15. 1. 9 Viditelná temnota

Každý, kdo se pokouší pochopit svět člověka, který je paralyzován torturou zvanou deprese, by měl svůj čas věnovat četbě útlé, ale svým obsahem velmi hluboké knihy amerického spisovatele Williama Styrona (1925-2006) jménem „Viditelná temnota“. Autor v ní podává „přímou, bezprostřední výpověď o vlastní psychické krizi, kterou prožil na podzim r. 1985, tj. ve svých 60 letech.“ (Syřišťová, Doznání W. Styrona, Doslov ke knize, s. 67).

Styron se v knize retrospektivně ohlíží na bolestná léta, kdy byl zajatcem těžkého depresivního onemocnění. Krok za krokem analyzuje „lezavou bezútěšnost“ a dusivou temnotu, které s sebou deprese přináší. Protože píše o svém onemocnění zpětně, dívá se již na depresi s jakýmsi rozumným a pro čtenáře obohacujícím nadhledem. Ve svých tezích se

zabývá projevy své nemoci, přemítá nad její podstatou, přemýšlí nad efektivností (či neefektivností) péče, jež se mu v ní dostalo, nad změnami, které onemocnění vyvolalo v jeho životě, nad smyslem života vůbec ... reflektuje význam svého pobytu na psychiatrické klinice.

Koncem října 1985 pobývá v Paříži, kde se má zúčastnit slavnostního ceremoniálu, při němž převezme prestižní cenu Prix Mondial Cino del Duca. Zmiňuje, že už několik měsíců bojuje s poruchou své mysli a že se cítí navzdory velkému životnímu úspěchu velmi neblaze a sklesle. Připadá si zbytečný a zakouší nepříjemnou ztrátu sebeúcty.

V retrospektivní poznámce Styron vzpomíná, že v době, o níž píše, už „postoupil daleko za obecně známou a zvládnutelnou podobu skleslosti“.

Již tehdy, za svého pobytu v Paříži, procházel kritickým stadiem vývoje deprese. Trpěl nespavostí, kterou zatím zdolával běžnými sedativy, ale zároveň se děsil, že se stav bude dále zhoršovat. Kromě toho již několik měsíců prožíval náhlé záchvaty úzkosti. V občasných chvílích úlevy se věnoval rozsáhlé četbě. Snažil se jí získat faktické informace o nemoci, která pomalu, ale jistě začala doslova lomcovat jeho nitrem. Ačkoliv se psychiatrické pomoci dlouho vyhýbal, rozhodl se jednoho lékaře přece jen kontaktovat. Choval v sobě poněkud naivní představu, že lékař „svými medikamenty bleskurychle jeho neduh zažene.“ (s. 14). S „dr. Goldem“ si však příliš do oka nepadli.

Kromě toho, že mu ledabyle předepisoval poměrně vysoké dávky léků, nenašel v něm nejspíš ani vhodného partnera k diskusím: „Při návštěvách jsme i nadále probírali banality a já jen víc a víc zadržával, protože moje řeč se přizpůsobila mé chůzi a zpomalila se na hlasovou obdobu šourání – myslím, že pro oba to bylo stejně únavné.“ (s. 43). Navíc po jisté době Styron pochopil, že je natolik nemocen, že již jeho pád do hlubin farmakoterapie ani psychoterapie nedokáže zastavit (s. 42).

Známí útočníci v podobě paniky, úzkosti a pocitu vykořenění jej pronásledují stále více. Najednou má pocit, že se stal „chodící mrtvolou“. Nabývá přesvědčení, že prochází podobně jako jeho dva známí přátelé rozkladným procesem – že se jeho „mysl postupně a zákeřným způsobem rozkládá.“ (s. 22). Počíná se zaobírat myšlenkou, že bude-li trýzeň v popsané podobě pokračovat dál, brzy jej dožene k rozhodnutí, „že život nestojí za to, aby byl žit. Tím alespoň za sebe zodpoví základní otázku filosofie“ (s. 24) tak, jak ji ve svém Mýtu o Sisyfovi klade A. Camus.

O fenoménu sebevraždy Styron dokáže přemýšlet velmi zajímavě – pokud se někdo v depresích zabíjí, je tomu tak v mnoha případech proto, „že se muka už nedají snést“. Usiluje-li někdo vážně o prevenci sebevražd, je třeba, aby odkrýval lidem skutečnou povahu depresivní trýzně. Právě o to se Styron snaží prostřednictvím své zpovědi.

Při četbě jsem nabyla přesvědčení, že osamocený člověk je na obludnou duševní trýzeň, kterou deprese představuje, vsutku krátký... že potřebuje pomoc, a to nejlépe pomoc odbornou.

Hrdina spisku zakouší ukrutné depresivní stavy „unipolárního typu“ (s. 31). To znamená, že prožívá pouze depresivní epizody, aniž by se střídaly s jakousi patickou „odměnou“ za duševní muka, tedy mánií. Jednoduše řečeno – byl jedním z pacientů, s nimiž „to jde jen z kopce.“ (s. 31). Zde se konečně nabízí prostor pro osvětlení pojmu deprese, který v této kapitole od začátku používám.

Deprese patří mezi tzv. poruchy nálad neboli afektivní poruchy (Vágnerová, 1999, s. 191). „Jejím základním projevem je chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného.“^{lxvii} (tamtéž). Styronova zkušenost s depresí takové tvrzení věrně dokládá, když vezmeme v úvahu, že „do šachty deprese“ spadl v době když sbíral ovoce za skvělé romány.

„Smutná nálada však sama o sobě na to, abychom mohli mluvit o depresi, nestačí. O depresi se mluví, když se ke smutnému ladění přidružují ještě mnohé další příznaky jako: snížené sebevědomí, pesimismus, černé vize do budoucnosti ohledně všeho, ztráta vůle, iniciativy, koníčků, zájmů, pocity únavy, mnoho tělesných příznaků, předčasné ranní probouzení s nemožností dále usnout, ztráta zájmu o sport, hudbu, o přátele, následné vyhýbání se přátelům, povšechné psychomotorické zpomalení“ apod. (podle dokumentu ČT z cyklu Diagnóza: Deprese, dle výkladu C. Höschla, ČT 2, 26. 3. 2003, 22 : 35 hod.).

„Některé z popsaných symptomů měl někdy každý z nás... o onemocnění však mluvíme tehdy, jsou-li takové stavy delšího trvání“ (podle dokumentu ČT z cyklu Diagnóza: Deprese, volně dle výkladu C. Höschla, ČT 2, 26. 3. 2003, 22 : 35 hod.).

Nemoc postihuje asi 1% obyvatelstva (Souček, Zvolský, in Zvolský a kol., 2003, s. 90). Pravděpodobnost onemocnění depresivní poruchou se pro normální populaci odhaduje asi na 3% (tamtéž, s. 101). Riziko pro příbuzné v 1. stupni (rodiče, sourozence, děti) je asi 10-15% (tamtéž). Tolik odborná fakta.

Styron se ve spisku snaží svoji depresi rozebrat a stanovit, co bylo jejím spouštěčem. Napadá ho, že za vším stojí sice dobrovolná, ale náhlá abstinence alkoholu, která jej

traumatizovala (s. 33). To, co je však s velkou pravděpodobností jednou ze skutečných příčin jeho zbědovaného stavu, letmo zmínil až v samém závěru knihy: „Dospěl jsem k přesvědčení, že moje patologická dispozice pochází z mých nejranějších počátků – od mého otce, který z touhle obludnou chorobou zápasil po většinu života... o genetických kořenech deprese snad už dnes není sporu. Ovšem já jsem přesvědčen, že u mě daleko významnějším faktorem byla ztráta matky, která zemřela, když mi bylo třináct. Takové rozrušení a předčasný zármutek – smrt nebo odchod jednoho z rodičů, obzvláště matky, v době před pubertou nebo v jejím průběhu – se v literatuře o depresi opakovaně popisuje jako trauma vedoucí v některých případech k vyšinutí.“ (s. 60).

Za depresemi skutečně stojí, jak uvádějí lékaři, různé psychologické vlivy. „Jde především o ztrátu důležitého identifikačního vzoru, nejčastěji rodiče, v kritické periodě dospívání před pubertou a v pubertě.“ (Höschl, in Janíček, 2004, s. 156). Podobně tomu bylo u hrdiny knihy. Mezi další faktory psychologického typu patří opuštěnost a traumata – z nich např. ztráta blízké osoby, která byla v naše životě důležitá (tamtéž).

Nesmím zapomenout rovněž na faktory genetické a na biologické vlivy (předporodní a poporodní) (tamtéž). Když se jednoduše řečeno sejdou „sety takových rizikových faktorů v určité kombinaci, bývá překročena hranice, za níž se objeví duševní nemoc.“ (tamtéž, s. 157) „Tak je tomu u schizofrenie i u deprese, a zřejmě také u jiných poruch“ (Höschl, 2004, s. 157). Tyto uvedené příčiny pak způsobují „změny hladin přenašečů“, „změny receptorů“, „změny růstu synapsí“ (Höschl, in Kovář, 1996, s. 188). O nich se často píše právě v souvislosti s depresemi.

Zatímco v dávné minulosti se příčiny depresí hledaly v nerovnováze tělesných šťáv, v dnešních nejmodernějších vysvětleních deprese hraje stěžejní roli změna hladiny neurotransmiterů v mozku. Neuropsycholog D. Gamon vysvětluje, že se na stavech chronické deprese či mánie a na kolísání nálad, podílejí tzv. biogenní aminy (chemické sloučeniny známé jako neurotransmitery) (Gamon, Bragdon, 2001, s. 146). Nadbytek aminů je příčinou mánie, nedostatek naopak deprese (tamtéž, s. 147). Léčba chronicky smutné nálady a výrazně sníženého psychomotorického tempa se tedy soustřeďuje na zvýšení hladiny aminů (tamtéž). Toho lze dosáhnout zpomalením jejich zpětného vstřebávání do nervové buňky či zablokováním odbourávacího enzymu, který aminy deaktivuje (tamtéž). Na této bázi fungují dnešní moderní antidepressiva.

Celá skutečnost je však mnohem složitější než se tvrdí dle aminové teorie (tamtéž). Antidepressiva totiž izolovaně nepůsobí pouze na ty receptory, které ovlivňují náladu, nýbrž i

na celou řadu dalších, které regulují jiné funkce, např. trávení či sexuální apetenci. Po celém světě užívaný Prozac tak působí na všechny serotoninové receptory, místo aby stimuloval či blokoval jen ty, které souvisejí s náladou. Zde nacházím alespoň minimální vysvětlení otázky, proč bývá léčba depresí spjata s určitými nežádoucími účinky a proč je tak obtížná. Navíc také platí, že ačkoliv antidepresivum blokuje zpětné vychytávání aminů v rámci minut či hodin, na náladě člověka se toto projeví až s odstupem několika týdnů (Gamon, Bragdon, 2001, s. 147).

S uvedeným možná souvisely trampoty Williama Styrona. Jeho psychiatr, „Dr. Gold“, mu předepsal antidepresivum, po němž hrdina knihy zakoušel subjektivně velmi nepříjemné stavy: „Tyhle pilulky ze mě udělaly podrážděného, nesnesitelně aktivního protivu, a když po deseti dnech dávku ještě zvýšil, jednou v noci se mi na několik hodin zablokoval močový měchýř. Když jsem o svých problémech informoval dr. Golda, řekl mi, že bude trvat dalších deset dní, než se můj organismus léku zbaví, a teprve pak můžeme začít nanovo, s jinými tabletami.“ (Styron, 1993, s. 42). Léčba „pokusem a omylem“ nakonec utkvěla na delším užívání vysokých dávek hypnotik, před nimiž hrdina knihy čtenáře důrazně varuje (Styron, 1993, s. 38, 54 a 55).

V nejtěžších chvílích svého života Styron formuloval přesné úvahy o nemoci, kterou osobně prožil a které nepotřebují složitých komentářů:

- „Při depresi tahle víra v osvobození, v možný návrat k původnímu stavu neexistuje. Bolest nepolevuje a pacientův stav činí nesnesitelným vědomí, že žádná pomoc nepříjde – ani za den, ani za hodinu, ani za měsíc nebo za minutu. Pokud dojde k nepatrnému zlepšení, pacient ví, že je dočasné; bolesti se objeví zas. Tahle beznaděj deptá duši možná víc než bolest sama.“ (s. 47 a 48).
- „Deprese, to jsou skutečná a aktivní muka, jistý druh duševních bolestí naprosto neznámých v normálním životě.“ (s. 16).
- „Bolest a obtíže, kterou s sebou těžká deprese přináší, jsou nepředstavitelné pro lidi, kteří tím neprošli, a zabíjejí v mnoha případech proto, že se muka už nedají snést. Dokud nebude povaha depresivní trýzně obecně známá, prevence mnoha sebevražd je nadále ohrožena. Léčitel čas – a také zásah medikamentů a v mnoha případech hospitalizace – způsobí, že většina lidí depresi přežije, což je to jediné, co se jí dá

přičíst k dobru, ale tomu tragickému zástupu lidí dohnaných k sebezáhubě by se nemělo nic vyčítat, stejně jako nic nevyčítáme obětem rakoviny.“ (s. 27 a 28).

- „Vím docela určitě, že v jednom takovém bezesném transu ke mně proniklo poznání – takový ten nadpozemský šokující objev, jakým je např. dlouho zatracovaná metafyzická pravda - , že půjde-li to takhle dál, zaplatím jednou tenhle stav životem.“ (s. 38).

„Nouzovým přístavem“ se trpícímu hrdinovi, který se v rozbouřeném moři své nemoci potácel jako opilý koráb, stala nemocnice, kde se nechal hospitalizovat. Své umístění na uzavřeném oddělení vnímá jako spásu. „Člověk se přenesse z důvěrně známého prostředí domova, kde všechno vyvolává úzkost a konfliktní situace, do spořádané a prospěšné vazby, v níž jeho jedinou povinností je snaha uzdravit se. Mými skutečnými léčiteli bylo ústraní a čas.“ (s. 53).

Nemocnice není pochopitelně prosta sobě vlastní otupující atmosféry – jsou tu přeplněné pokoje, nedobré jídlo, podobně trpící lidé. Na uzavřeném oddělení se pořádají typické ústavní hrátky: „pro hrdinu knihy celkem zbytečná“ skupinová terapie a výtvarný kroužek.

Jinak nesporně významnou skupinovou terapii hrdina nahlíží jako zbytečnou z následujícího důvodu: Je zde aplikována rutinně a bez hlubšího porozumění náročné životní situace nemocného člověka - proto se stává bezsmyslounou fraškou.

Přes veškerou jednotvárnost a stísněnost nemocničního oddělení na sobě Styron začíná pozorovat určité zlepšení – v nemalé míře se na něm podílela kromě vhodně zvolené medicíny jistě skutečnost, že téměř všichni zaměstnanci, snad s výjimkou odporně nafoukaného mladého psychoanalytika, se na oddělení ke psychicky nemocným lidem chovali s příkladným taktem a s porozuměním (s. 56). Viditelnou temnotou začínají konečně prostupovat paprsky světla. Deptaný člověk dospívá k osvobozující úlevě a k uzdravě. V závěrečné kapitole už optimisticky prohlašuje: „Kdyby deprese neměla konce, pak by sebevražda skutečně byla jediným lékem. Deprese však lidského ducha nerozdrťí, to je pravda bez příměsí falše nebo klamně naděje. Všichni muži i ženy, kteří se z téhle choroby dostali – a je jich bezpočet - , mohou dosvědčit patrně jedinou spásonosnou přednost deprese: je přemožitelná.“ (s. 63).

Při depresi tedy, pokud se nemocný podrobí včasné odborné intervenci, platí: „Kde v půli život náš je svou poutí, procházet musel jsem tak temným lesem, že pravý směr jsem nemoh

uhodnouti ... tu vyšli jsme a spatřili zas hvězdy.“ (Dante, cit. podle Styrona, Viditelná temnota, s. 63 a 64).

15. 1. 10 Postava Nathana Landaua

V souvislosti s dílem Williama Styrona mě napadá ještě jedna postava vážně duševně nemocného člověka, a to postava Nathana Landaua z románu *Sophiina volba*.

Jižanský začínající spisovatel Stingo se přistěhuje do jednoho brooklynského penzionu a pozná v něm dva sympatické partnery Sophii a Nathana. Nalezne v nich skvělé přátele. Nathan je mu představen jako vystudovaný biolog pracující ve výzkumné laboratoři na výrobě léků. Polka Sophie Zawistovská opustila rodnou Varšavu hned po skončení 2. svět. války a nyní žije spolu s Nathanem v penzionu Yetty Zimmermannové.

Stingo je od počátku svého pobytu v penzionu svědkem hrůzných hádek mezi Sophií a Nathanem. Tyto hádky jsou protkány chvílemi klidu, pohody a vzájemné lásky.

Nathan se chová v určitých chvílích velmi zvláště, je citově nevyrovnaný. V jakýchsi záchvatovitých vzplanutích Sophii dokonce surově napadá, a to jak verbálně, tak brachiálně. Projevují se u něj záhadné a těžko pochopitelné náladové zvraty, v nichž se proměňuje v nezvladatelnou běsnící bytost.

Záchvaty agresivity jsou střídány světlými okamžiky. Sama Sophie Nathanovo chování popisuje výstižně slovy: „Víš, Nathan je teď v pořádku, je klidný, má zrovna svůj dobrá čas – vy snad byste spíš řekli „údobí“, ne? Ale když má svoji zlou dobu – tu měl, kdyžs ho viděl prvně -, když je v těch svých, jak já říkám, tempetes, tak to na mě začne křičet a vždycky mi spílá, že jsem „polský antisemitský prase“. Co všechno ten říká a jaké mi dává jména, to jsem v životě neslyšela, nejdřív anglicky, pak v jidiš, všecko! Ale vždycky mi nadává jako „Ty špinavý polský prase, ty ucouraná nafko ... ty mě chceš zabít, stejně jako jste, vy špinavý polský prasata, vždycky vybíjeli Židy!“ Snažím se mu to vysvětlit, ale vůbec mě neposlouchá a vztek s ním pořád jenom lomcuje a už teď vím, že nemá cenu vykládat mu v takové chvíli něco o hodných Polácích...“ (s. 93).

Nathanovo třesnutí se vyskytuje stále častěji a častěji. Pokouší se je alespoň dočasně tlumit barbituráty (s. 350). V záchvatech mu často přichází na mysl sebevražda, k níž se snaží přemluvit také traumaty a pocitem viny trýzněnou Sophii (měla bolestné vzpomínky na život v Osvětimi, kde byla kromě jiného postavena před volbu, které z dětí pošle do plynové komory).

Záchvaty jsou periodicky motivovány bludným přesvědčeními o Sophiině nevěře. Místy se tato Nathanova přesvědčení skutečně dosti podobají tomu, co píše odborníci o tzv. žárliveckému bludu. Vencovský a Dobiáš jej charakterizují jako nevývratné přesvědčení o nevěře manželského nebo milostného partnera (1976, s. 92).

Při Nathanových záchvatovitých výlevech lze rovněž postřehnout jeho iracionální obavy z toho, že by mu snad mohla Polka Sophie jakožto Židovi nějak ublížit, zlikvidovat ho obdobně jako fašisté likvidovali Židy. Sophii podezírá také ze smilstva s fašistickými předáky a z toho, že se údajně smilstvem snažila v Osvětimi získat výhody.

Teprve v závěru knihy se z úst Nathanova bratra Larryho dovídáme, že Nathan trpí paranoidní schizofrenií.^{lxviii} „Paranoidní schizofrenik, aspoň tak zní diagnóza, i když já nejsem zcela přesvědčen, že ti mozkoví specialisté všechno vědí přesně. Ať už jde o cokoli, je to prostě onen stav, kdy po týdny, měsíce, dokonce roky jde všechno dobře, aniž se co projeví, ale pak najednou – prásk! – a je úplně vedle. Jeho stav za poslední měsíce strašlivě zhoršily ty drogy, které bere.“ (s. 446).

Stingo je postaven před nepříjemnou pravdu o Nathanovi – jeho zmínky o báječných objevech a zapálené výklady o pokrocích ve výzkumu, jsou výplody duševně chorého. Mohly vzniknout v rámci tzv. megalomanických bludů. Při nich nemocný přeceňuje svůj význam, cítí se být proslulou osobou, ale také třeba profesorem, umělcem či dokonce prezidentem (Höschl, 1996, s. 14). Nathan sám sebe prezentuje jako schopného biologa a vědce.

Stingo jej také jako vědce obdivuje a v závěru knihy se střetne s hořkou pravdou – Nathanovy řeči jsou pouhou iluzí, fikcí, smyšlenkou.

Na Nathanově příkladu je pěkně demonstrováno, jakou překážkou se vážná duševní choroba v životě člověka může stát. Nathan byl vysoce inteligentní muž. Hodně četl a na vysokoškolské studium bezpochyby mentálně stačil. V důsledku psychotických záchvatů a občasné přítomnosti patických stavů, však ucelené formální vzdělání získat nemohl.

Stingo Larrymu slíbil, že bude Nathana pozorovat a že dá ihned vědět, jakmile se Nathanův stav závažně zhorší. To na sebe nenechalo dlouho čekat – Nathan v jednom ze svých záchvatů odejde od Sophie. Po telefonu jí i Stingovi vyhrožuje zabitím. Stingo se snaží Sophii přesvědčit, že Nathan potřebuje hospitalizaci v ústavu. Nakonec oba dva, Sophii i Nathana, nalezne v penzionu Yetty Zimmermannové, bohužel již po smrti. Otrávil se kapslemi kyanidu draselného.

15. 1. 11 „Schizofrenické zhroucení z přepracování“

Otevřeně o své zkušenosti s těžkou duševní nemocí vypovídá Sylva Donátová z románu Evy Kantůrkové (* 1930) jménem Po potopě. Prožila bouřlivé psychotické záchvaty, při nichž komunikovala s neexistujícím „Kubíčkem“, dávala sama sobě tajná znamení, propichovala listy fíkusů, ničila ostatní pokojové květiny a „proměňovala“ kuchyňský sporák ve vysílačku (s. 174)... Sylva se žije jako malířka. Před propuknutím nemoci, která zaplavuje její život jako potopa (odtud pochází název knihy), prožila uměleckou krizi, kterou vyprovokovalo přepracování a nešťastná láska k ženatému muži. Léčí se na psychiatrické klinice v Praze. Děj románu se odehrává v dobách hluboké totality (1. vydání je z r. 1969).

Své postřehy Sylva sepisuje po propuštění z kliniky, kdy už je její mysl projasněna. Lze z nich vyčíst celou řadu zajímavých úvah o tom, jak těžce na člověka doléhá duševní trýzeň. Psychická nemoc rozleptává sebedůvěru a zdravé lidské sebevědomí a narušuje vztah k sobě i vztahy ke druhým lidem.

V době Sylviina pobytu bylo psychiatrické oddělení přečpané k prasknutí – „každý výkyv doby se totiž projeví nápirem na psychiatrii.“ (s. 6).

Na pokoji ležela se Sylvou jedna mladá žena, které zemřelo maličké dítě. „Chodila v nemocnici po té dlouhé chodbě, spojující pokoje celého jednoho nemocničního křídla, chodila tam a sem, celé nekonečné hodiny, chodila by ve dne v noci, kdyby ji neodvedli do postele. Ve středu a v neděli odpoledne, když byly návštěvní hodiny, ji zavírali na klíč, jinak jí nechávali výběh volný. Chodila tam a sem a co bylo strašné, pohybovala se pozadu; ta nebožačka si nebyla s to zapamatovat, co ji čeká na obou koncích chodby, a kdykoliv došla ke dveřím, udeřila se do zad o kliku, a kdykoliv došla na druhou stranu k lavici, udeřila se o ni; na zádech a na stehně měla krvavé podlitiny.“ (s. 70-71).

Sylva se vrací domů oprostěná od bludných představ. Cítí se být vyčerpaná. Čeká na ni holá skutečnost. S tím, že ji v nemoci zradil vlastní mozek, se vyrovnává jen těžko: „Byla to zlá věc. Vracela jsem se vyléčená – jak říkali – mezi lidi, mezi věci, do vztahů, do relací, a měla jsem při tom hrůzu, zda je všechny ve svém mozku najdu, objevím, zda nejsou smazáni, vyhubeni, vyhlazeni, zdeformováni... a jak s nimi budu dál žít. Děsila jsem se svého mozku. V té bezstarostné době před nemocí byl můj mozek jediným orgánem v mém těle, od kterého jsem nečekala zpronevěru... Opravdu jsem se domnívala, že o svém mozku všechno vím, když jím myslím, když je to mé vědomí, že ho svými myšlenkami zároveň kontroluji... mám ho v moci... všechno o něm vedu v patrnosti... a že mi tedy nemůže nečekaně provést

nějakou neplechu. A byl to otřes najednou zjistit, že si ta moje šedá kůra dělala, co se jí umanulo... a bez mé účasti, bez mé vědomé účasti, za mými zády... že mé vědomí není totožné se sebeuvědoměním... Tohle všechno vám provede váš mozek: že jste a zároveň nejste, že nejste a zároveň jste, že nevíte a konáte, že konáte a nevíte... strašné... ---. Byla pravda to, co vidí mé oči v průsvitném světle jarního podvečera, anebo mi skutečnou pravdu můj mozek tají?“ (s. 174).

Protagonistka románu zakoušela strach z reakcí veřejnosti na její návrat z psychiatrie. Tento pocit Kantůrková vystihla brilantním způsobem: „Neměla jsem ten strach z lidí, jaký blázni obyčejně mají, nepodezírala jsem nikoho, že mi chce ublížit; bála jsem se, že až se mi někdo podívá do očí, hned na mně pozná, nač stůňu. Na klinice jsem byla za větrem, tam se mnou byl jen dvojí druh lidí a ani jeden mě nemohl ohrozit: nemocné ženy, se kterými jsem byla na pokoji a na oddělení, bláznily tak jako já, a protože jsem byla vyléčitelný případ, byla jsem na tom nesrovnatelně líp než většina těch nešťastnic, které se ze svých bludných snů už nikdy neměly probudit; a lékaři a sestry, kteří tvořili druhou skupinu, o mě nejen všechno věděli, ale měli ke mně jedinou povinnost: mých bludů mě zbavit... „Bláznům se lidi smějí.“ – „Kteří lidí?“ – „No tak vůbec. Všichni.“ – „Odkud to víš?“ – „Když jsem byla malá, byl ve vsi, kde jsme s Babi bydleli, obecní blázen. Všichni se mu smáli. Já taky.“ (s. 9).

Hrdinka románu pozvolna nalézá ztracenou sebedůvěru. Vrací se ke své práci. Svoje zdravotní potíže má díky odborné lékařské intervenci pod kontrolou. Psychóza zůstává spoutaná za zamčenými dveřmi...

15. 1. 12 Duševně nemocný jako anděl všehomíra

Kniha *Andělé všehomíra* napsaná islandským spisovatelem Einarem Márem Gudmundssonem, zachycuje příběh mladíka Palliho. Ve vyprávění je shrnuto mnoho životních zkušeností autorova bratra Palla, který trpěl paranoidní schizofrenií. Knižní Palli se tedy stal ztělesněním Gudmundssonova bratra.

Palli se živí jako malíř. Je velmi citlivý a přemýšlivý, až se někdy zdá, jako by „vůbec nestál nohama na zemi“. Dagný, jeho vysněná láska, je součástí skutečnosti, v níž jsou lidé šťastni a milují se. Postupně se však tato skutečnost stává preludem, protože opravdová Dagný Palliho city neopětuje a přestává mu naslouchat.

Odmítnutý Palli začne trpět ukrutnými bolestmi hlavy. Ty se stále stupňují, až se stávají nesnesitelnými. Palli je velmi roztržitý a podrážděný. Přestává si rozumět se svými rodiči a

stále víc se uzavírá do vlastního světa. Rodiče se v něm nevyznají a Palliho záhadná popudlivost je trápí.

Palli se nakonec zabarikáduje ve svém pokoji, kde do noci bubnuje, aby přehlušil halucinatorní hlasy, které doslova burácejí o stěny jeho spánků. Konflikty mezi ním a sourozenci jsou stále častější.

Rodiče jsou pronikavými změnami v jeho chování velmi zaskočeni. Nejprve se domnívají, že budou moci Palliho „zkrotit“ důraznými domluvami, ale ukazuje se, že domluvy nestačí... možnost umístění syna na psychiatrii maminka zpočátku zamítá – obává se, že by tam byl stejně pouze „nacpán do svěrací kazajky a přecpáván léky“. Navíc má strach z reakce lidí. Zároveň však oba dva rodiče velmi dobře tuší, že domácí atmosféra začíná být za přítomnosti Palliho víc než nesnesitelná a že je třeba jednat.

Palli se cítí být pronásledován a je přesvědčen, že se ho někdo snaží dostat, že po něm někdo jde. Postupně své pronásledovatele konkretizuje takto: „Pronásledovali mě ještěři a krokodýli. Vrásčité nestvůry mě chtěly uškrtit. Jedné noci se mi zdálo o studentovi s vyholenou hlavou“ (2000, s. 93). Děje se kolem něj cosi zvláštního a záhadného. Něco, čemu sám dost dobře nerozumí. Odborníci by takové nálady mohli charakterizovat jako tzv. krystalizační období - fázi bludné nálady ještě před vytvořením bludu (Zvolský, in Zvolský a kol., 2001, s. 98).

A najednou je vše jasné: Palli objeví příčinu svých nesnází a nepříjemných pocitů, která je však z pohledu takzvaně zdravého člověka bludná: „Bylo to jasné: někdo se mě snaží dostat. Od sousedů ke mně začínají pronikat různé signály. Používají šifry a odposlouchávající zařízení, které Halli (bratr) propašoval do našeho domu“ (2000, s. 93).

Ochranná opatření, která jsou obvykle v důsledku takových přesvědčení konána, na sebe nedají dlouho čekat. Nejsou však příliš účinná: „Pokud možno se držím v rohu pokoje. Přesto žena z vedlejšího domu požaduje, abych se s ní šel vyspat. To ovšem nepřipadá v úvahu. Odmítám“ (tamtéž).

Imperativní hlasy boží Pallimu oznámí, že by měl ve svém pokoji zbudovat archu, protože je posledním mužem na zemi. Atmosféra houstne. Rodiče jsou podezříváni z toho, že uzavřeli pakt s novináři a dávají tak novinářům o Pallim informace, sledují ho. Naprosto běžné skutečnosti mají najednou nevyvratitelně jistou souvislost s Pallim: „V té chvíli se kluci v Halliho pokoji dají do smíchu. Jsem si jist, že se smějí mně“ (tamtéž). Bratr Harald má nejspíš ve své aktovce schovanou pistoli, proto mu ji Palli prohledává.

Příliš asi nepřekvapí, že soužití s Pallim v domácím prostředí se stalo naprosto nemožným. Rodičům se jej podaří vylákat na nedělní výlet. Když matka upozorňuje otce, že dům, který mívá, má divnou barvu, Palli vztáhne její slova na sebe – jeho sako má tutéž barvu. Nakonec Palli z domu uteče. Je chycen a převezen do psychiatrické léčebny na Útesu.

Zde se jej ujímá ošetřující lékař Brynjólf. Svůj pobyt v psychiatrické léčebně Palli kvituje takto: „ocitl jsem se ve světě cvoků, byl jsem „máklej“, „cáklej“, „blemblem“, „bzumbzum“ - věčně na startu, věčně na konečné, samotář z povolání.“

Život v léčebně však není líčen černobíle, ne tedy pouze jako tragédie – Gudmundsson dokázal pojednat i o smutných jevech neobyčejně humorně a vtipně. Nepřehlédl však ani křiklavé nedostatky v péči o nemocné a tragické osudy některých z nich. O Velikonocích např. navštívili Palliho rodiče a divili se, proč je tak „nadrogovaný“. Zdravotní sestra jim odpověděla, že přes svátky v léčebně slouží příliš málo personálu, proto musí pacienti dostávat více léků, aby byli zvládnutelní (2000, s. 54). Zlý ošetřovatel Vilhjálmur k dobré vizitce ústavního zařízení na Útesu rovněž nepřispívá. Naštěstí je tu chápavý lékař Brynjólf.

Každopádně nemá Palli na Útesu nouzi o velmi zajímavé přátele: Óli je skladatelem písní pro Beatles. Posílá jim je za využití telepatie. Nevadí mu, že Beatles už spolu nehrají - i po jejich rozpadu se přece jen spojení nepřerušilo a písničky vydávají dál. Óli je skládá a z léčebny také telepaticky posílá... Viktor se občas cítí být Hitlerem a občas se podobně jako Hitler snaží chovat. Ve svých záchvatech žádá cyankáli pro sebe a pro Evu (míněna Hitlerova žena Braunová). Do léčebny byl převezen poté, co Hitlerovým jménem podepsal žádost o bankovní půjčku. Pétur v sobě chová přesvědčení, že v Číně sepsal dizertační práci o Schillerovi a že mu ji dosud neposlali. Domnívá se, že nejspíš o jeho práci existují nějaké zmínky na univerzitě, kterou však z důvodu hospitalizace v psychiatrické léčebně nemůže navštívit. Je přesvědčen, že dokáže létat. To se mu nakonec stane osudným – jednoho dne vyskočí z okna léčebny.

Také Palli svoji nemoc vysvětluje, a to následovně: Je přesvědčen, že vstupem do NATO vláda ratifikovala chaos v jeho hlavě. Každý rok se protestuje právě v den vstupu do NATO proti jeho narození.

Přátelský ošetřovatel Eystein, který se ke všem chovancům Útesu ve srovnání s drsným Vilhjálmorem choval lidsky, se vypraví s Pállem, Péturem a Ólim na universitu. Chtějí zjistit, zda nemají nějakou zprávu o Péturově disertační práci.

Pétur později spáchal sebevraždu. Viktor s Pallim rozmlouvají o Péturově smrti. Viktor je přesvědčen, že by Péturovu smrt neměli moc prožívat, protože je prostě o jednoho „blázna“ zase méně. Když totiž duševně nemocný člověk, jak dále říká, zemře, uleví se daňovým poplatníkům. Ve svém proslovu nezapomene ani na Hitlera, do něhož se někdy v záchvatech „převtěluje“. Ten prý dělal likvidací duševně chorých lidí to, co potají plno lidí schvaluje. Palli je Viktorovými slovy zaskočen a reaguje na ně odkazem na fakt, že všichni lidé, ať zdraví nebo nemocní, jsou si rovni a že jsou všichni anděly všehomíra. Rozmluvu zakončí Óli, který Viktorovi doporučuje, aby se řídil Písmem a nechal se prostoupit láskou, která mu chybí.

Trojice kamarádů je propuštěna na dovolenku do města, aby se rozloučili se zemřelým Péturem. Všichni tři zamíří do luxusní restaurace, kde si naporoučejí všemožné lahůdky. Na závěr požádají číšníka, aby je nechal odvézt zpět do léčebny. Za tuto akci Palli, Óli i Viktor dostanou od ošetřovatelů výprask.

Palli je po několika měsících z léčebny propuštěn. Nečeká na něj však vysněná realita, ale holá skutečnost. Začíná se potýkat s nedostatkem finančních prostředků. Stává se z něj sociálně vykořeněný člověk. Žije v „paneláku pro invalidy“ a připadá si naprosto opuštěný. Mezi ním a světem zeje těžko překlenutelná propast. Baladický příběh končí Palliho skokem z okna.

16. Závěr

Cílem mojí práce bylo zmapovat postavení duševně nemocných lidí ve společnosti. Témata, která se týkají postavení těchto osob, ať už v minulosti nebo nyní, jsem pojala v sociálně – filosofickém kontextu. Z hluboké historicko-filosoficko-sociologické analýzy pozice těchto lidí v průběhu jednotlivých epoch vývoje lidstva jsem vyvodila mnohé poznatky, na něž jsem průběžně upozorňovala. V této závěrečné kapitole bych chtěla pojednat o stěžejních tezích, k nimž jsem dospěla, v uceleném sledu.

Z mého rozboru sociálního postavení duševně nemocných lidí vyvozují následující závěry:

Sociální status abnormálních lidí byl v jednotlivých údobích minulosti mnohotvárný. Závisel na závažnosti a na charakteru projevů postiženého.

Starověk pokrývá poměrně široká škála postojů k lidem, kteří jsou rozpoznáváni jako abnormální. Jedním z možných přístupů k nim byla péče v rodině. Šlo o vůbec nejstarší a nejideálnější zaopatřování těchto jedinců (Šimsa, 1904, s. 26). Pokud psychicky nemocný člověk neohrožoval své okolí, byl pospolitostí poměrně tolerován. V opačném případě společnost reagovala restriktivními opatřeními.

Ve středověku byly přístupy k choromyslným lidem mnohotvárné, podobně jako tomu bylo ve starověku. Starost o psychicky nemocného člověka padala na hlavu rodiny. Pokud ji dotyčný neměl, nebo péči o něj rodina odmítala, bylo na institucích sociálně charitativního typu, zda se jej ujaly či nikoliv. Zaopatřování znevýhodněných garantovaly špitály a kláštery. U jednotlivých klášterů a poutních míst byly zakládány naprosto specifické osady bláznů (Gheel), v nichž bylo o nemocné všestranně postaráno. Modely gheelské péče o duševně nemocné lidi přispěly ke zrodu tzv. rodinné opatery. Ta je dosud zvažována jako jedna z možných alternativ tradiční péče ústavního typu (Matoušek, 1999, s. 79).

K nevýhodám péče sociálně charitativního typu patřila určitá roztržštěnost po různých špitálech a upřednostňování osob s nadačním nárokem. Ve středověkých špitálech byl podporován poměrně malý počet strádajících. Pořád bylo dosti těch, kteří se toulali, žebrali a živořili.

Vedle dobročinných církevních aktivit se zejména v pozdním středověku rozbujel démonologický výklad duševních nemocí. Šlo o bizarní názory na postižené v souvislosti s představami týkajícími se čarodějnic a jejich činnosti (Ondok, 2005, s. 186). V knize

Malleus maleficarum jsou duševně nemocní lidé chápáni jako oběti démona. Takové interpretace doprovázelo kruté inkviziční pronásledování.

Tato nelidská a odsouzeníhodná praxe však nebyla jediným přístupem k hendikepovaným v této době. Stalo se však téměř zvykem paušalizovat ji jako přístup jediný. Reflexe o postavení choromyslných lidí ve středověku se tak často omezují na barvitě líčení hrůz a krutostí. Snažila jsem se tento omezený pohled ve své práci poněkud zrelativizovat a ukázat, že vedle kruté perzekuce nevinných lidí byly tehdy k choromyslným bytostem uplatňovány i jiné přístupy.

V období renesance (15. a 16. stol.) dochází k rozkvětu měst. Dědictvím středověku byly nejrůznější tlupy tuláků, žebráků a lapků. „Městské úřady“ se jich snažily zbavit. Choromyslní byli spolu s různými asociály a nepracujícími vykazováni. V západní Evropě mohli být naloděni. Zůstává otázkou, zda loď bláznů skutečně existovala, nebo jde o pouhou literární fikci středověkého básníka S. Branta (1458-1521), kterou M. Foucault pojal jako skutečnost.

Od 17. stol. vznikají v západní Evropě instituce, do nichž jsou umístovány asociální bytosti, lidé abnormální a duševně nemocní. V internačních domech nejde o ošetřování ani o léčbu. Jejich smyslem je segregace a izolace abnormality od zbytku populace. Psychiatrie tehdy ještě neexistovala.

Na konci 18. století se postavení duševně nemocných lidí v západní Evropě začíná měnit. Dostává se do zorného úhlu osvícených lékařů. Péče o duševně choré je humanizována. Jsou zakládány vzorové psychiatrické nemocnice.

Impulzem k odstartování reformy péče o choromyslné jsou nejrůznější gesta, jejichž význam byl obrovský: Roku 1793 Philippe Pinel snímá nebohým psychicky chorým v Bicêtre okovy a přistupuje k nim v duchu „morální léčby“. Anglický obchodník s čajem William Tuke 2 roky na to zakládá s příbuznými společnost, jejímž cílem je zlepšit péči o choromyslné. Conolly hlásá svůj „non restraint“ přístup (1856).

Moderní trendy zasahují také oblast rakouské monarchie. Od dob Josefa II. se u nás konečně rozvíjí systematická péče o choromyslné. Vznikají první budovy, které se specializují na poskytování podpory výhradně duševně nemocným.

V českých zemích byl zřízen první ústav nového typu ve 20. letech 19. stol. v bývalém klášteře u sv. Kateřiny v Praze (tzv. „Kateřinky“). Ústav se postupně rozšiřoval o další budovy. V roce 1860 vznikla jeho pracovní kolonie, která už počítala s možností vyléčení

části šilenců a jejich návratu do „normální společnosti“. V budově tzv. Nového domu začíná od r. 1886 pracovat česká psychiatrická klinika (Zvolský, Mečíř, in Zvolský, 2001, s. 9).

Na přelomu 19. a 20. stol. vznikají šedivé areály psychiatrických léčeben. Někteří pacienti v nich tráví i celý život. Zachází se s nimi z hlediska možností doby. Duševní trýzeň je převážně tlumena. Chovanec není pouze izolován. Stává se uživatelem všestranné péče.

V 19. stol. byly vytvořeny komplexní systémy klasifikace psychických poruch a chorob (Zvolský, Mečíř, in Zvolský a kol., 2001, s. 13). Objevuje se zájem o neurovědecké zkoumání a touha po nalezení nových způsobů léčení duševních poruch. Oproti směru, který zdůrazňoval organickou stránku příčin vzniku duševních nemocí, se vyděluje směr, který vyzdvihoval důvody psychologické (reprezentuje jej např. S. Freud).

V nacistickém Německu jsou duševně choří vnímáni jako „vřed na společnosti“. Ohrožují čistotu a „bezvadnost“ rasy. Dochází k nepředstavitelnému zneužití medicíny. Duševně nemocní spadají do kategorie existencí, o nichž je rozhodnuto, že nemají právo na život.

Od 50. let 20. stol. se léčba i péče o duševně nemocné lidi naprosto proměňuje. Možnosti ovlivňování duševních chorob jsou konečně rozšířeny o účinné léky. Rozvojem vědy a její aplikace se atmosféra v psychiatrických léčebnách odlišuje od té, která v nich byla ještě krátce po válce.

V západní Evropě probíhá v 60. a 70. letech také antipsychiatrická kampaň. Jejím smyslem je upozornit na křiklavé nedostatky v přístupu k choromyslným v léčebnách a na kontroverzní léčebné praktiky. Díky tomuto hnutí prodělala péče o lidi s psychickou poruchou v západoevropských zemích a v USA mnohé změny k lepšímu. Také česká psychiatrická péče o choromyslné volá po transformaci.

Ta by měla spočívat v přenesení těžiště léčby z ústavů do přirozenějšího prostředí, v budování nových psychiatrických klinik a v posílení kapacity psychiatrických ambulancí, stacionářů, krizových služeb, chráněného bydlení i sociálně rehabilitačních aktivit. Důležitým předpokladem této transformace je stálé formování skutečné komunitní péče a nahrazování zrušených lůžek v léčebnách odpovídajícím počtem lůžek na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic.

Duševně nemocní lidé mají inherentní hodnotu a důstojnost, kterou je třeba respektovat. V praxi se to však někdy neděje. Přetrvává fenomén stigmatu a nedostatečná informovanost o tom, co lidé s psychickou poruchou opravdu prožívají. Vnímání a postoje k duševně nemocným ovlivňují předsudky. Postoje k lidem s duševní poruchou se pomalu, ale jistě, mění k lepšímu.

V současnosti probíhá celospolečenská diskuse o alternativách tradiční ústavní péče o psychicky nemocné. V budoucnosti nejspíš bude muset dojít ke změnám i ve stávajících konzervativních baštách, jimiž jsou psychiatrické léčebny. Pro lidi, kteří jsou z nich propuštěni, by měla být k dispozici následná péče v podstatně větším rozsahu než je tomu nyní. Není žádoucí, aby člověk, který onemocní ve 20 letech schizofrenií, dostal ve 21 letech invalidní důchod. Je třeba, aby se s odbornou pomocí vrátil do pracovního procesu či ke studiu a aby vybředl z kariéry dlouhodobě duševně nemocné bytosti.

Seznam použitých pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů

a) primární literatura

ARZENBACHER, A. *Úvod do filosofie*. Přel. K. Šprunk. 2. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1991, ISBN 80-04-26038-1.

BABYLÓNSKÝ TALMUD. DER BABYLONISCHE TALMUD. Přel. L. Goldschmidt. 1. vyd. Berlin : Jüdischer Verlag, 1931; svazek IV., VI. A XI., XII.

BARTEL, J., S. *Holocaust (Ztracená slova), Nejtemnější hodina lidstva*. Přel. K. Chejnová. Místo vyd. nevedeno. Mayday publishing spol. s. r. o., 2006, ISBN 80-86986-05-5.

BAŠNÝ, Z. Stigma oboru psychiatrie. *Esprit*, 2003, 7, 4, s. 3.

BAŠTECKÝ, *Psychiatrie, právo a společnost*. 1. vyd. Praha : Grada, 1997, ISBN 80-85824-45-0.

BAUDIŠ, P., BAŠNÝ, P. Používání psychiatrických restriktivních prostředků v Anglii (Zpráva z poznávací cesty). *Česká a slovenská Psychiatrie*, 2005, 101, 4, s. 228 -230.

BENEŠ, J. *Dvanáctka – Úvod do studia malých proroků*. Praha : Teologický seminář Církve adventistů s. d., 2006, ISBN 80-903827-0-3.

BIBLE, PÍSMO SV. STARÉHO A NOVÉHO ZÁKONA, Ekumenický překlad. Praha 1979.

BIČ, M. *Ze světa Starého zákona I*. 1. vyd. Praha : Kalich, 1986.

BIČ, M. a kol. *Starý zákon. Překlad s výkladem. Knihy Exodus a Leviticus*. Praha : Kalich, 1975.

BIČ, M. a kol. *Starý zákon. Překlad s výkladem. Daniel, Ezechiel*. Praha : Kalich, 1984.

BIČ, M. a kol. *Starý zákon. Překlad s výkladem. Genesis*. Praha : Kalich, 1978.

BIČ, M. a kol. *Starý zákon. Překlad s výkladem. Knihy Samuelovy*. Praha : Kalich, 1977.

BÍLKOVÁ, J. Lékaři mě neberou jako partnera, ale jako maminku... Proč?! *Esprit*, 2003, 7, 1, s. 4.

BLACK, J., GREEN, A. *Bohové, démoni a symboly starověké Mezopotámie*. Přel. J. Novotná. 1. vyd. Praha : Volvox - Globator, 1999, ISBN 80-7207-266-8.

BOBÍKOVÁ, L. Svět podivínů a lidí nápadných. *Magazín Práva*, 2006, 30. 9., s. 29-30.

BOUČEK, J. Zamyšlení nad vývojem léčby duševních poruch po roce 1989. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 2003, 99, 4, s. 183-184.

BROUKALOVÁ, L. Kavárna schizofreniků oslavovala.

- CLAYOVÁ, C. M., Laepman M. *Panská rasa. Nacistické Německo a experiment Lebensborn*, Přel. Ivan Ryčovský, Praha : Columbus, 1996, ISBN 80-85928-43-4.
- ČAPEK, V., PÁTEK, J., ZWETTLER, O. *Světové dějiny II. Dějiny lidských civilizací od pol. 17. stol. po současnost*. Praha : Fortuna, 1993, ISBN 80-7168-091-5.
- ČERNOUŠEK, M. *Historie pojmu duševní zdraví a duševní nemoc (Filosoficko-historické studie o dějinách a vývoji psychiatrického myšlení)*. Praha : Zprávy, 1990, ISBN 80-85121-60-3.
- ČERNOUŠEK, M. *Šílenství v zrcadle dějin*. Praha : Grada, 1994, ISBN 80-7169-086-4.
- DAVID, I. Pokrytectví duševně nemocným nepomůže. *Zdravotnické noviny*, 2006, 55, 15, 18-19.
- DÖRNER, K. *Bláznit je lidské*. Přel. J. Lorenc. 1. vydání. Praha : Grada, 1999, ISBN 80-7169-628-5.
- DÖRNER, K. *Osvobozující rozhovor. Psychicky nemocný člověk v rodině*. Přel. P. Sedláček. 1. vyd. Praha : Grada, 1999, ISBN 80-7169-892-X.
- DRAGOMERICKÁ, D., BAUDIŠ, P., SMOLOVÁ, E., DZÚROVÁ, D., HOLUB, J. Psychiatrická nemocnost obyvatel České republiky. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 2002, 98, 2, s. 72-80.
- DUINOVÁ, N., SUTCLIFFOVÁ, J. *Historie medicíny od pravěku do roku 2020*. Přel. A. Hradílek. Praha : Slovart, 1997, ISBN 80-85871-04-1.
- DUŠEVNÍ PORUCHY A PORUCHY CHOVÁNÍ (Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize). Praha : Psychiatrické centrum. 2. vyd. 2000, ISBN 80-85121-44-1.
- ENTRALGO, P., L. *Nemoc a hřích*. Praha : Vyšehrad, 1995, ISBN 80-7021-128-8.
- FILIPI, P. *Hostina chudých*. 1. vyd. Praha : Kalich, 1991, ISBN 80-7017-336-X.
- FOUCAULT, M. *Dějiny šílenství. Hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Přel. V. Dvořáková. Praha : Lidové noviny, 1994.
- FOUCAULT, M. *Psychologie a duševní nemoc*. Přel. V. Dvořáková, R. Vyhlídal. Praha : Horizont, 1971.
- FŮRST, M. *Psychologie. Včetně vývojové psychologie a teorie výchovy*. Přel. J. Horák. Olomouc : Votobia, 1997, ISBN 80-7198-199-0.
- GAMON, D., BRAGDON, A. *Mozek a jak ho cvičit*. Přel. S. Struková, M. Čaha. 2. oprav. vyd. Praha : Portál, ISBN 80-7178-680-2.
- GIRARD, R. *Obětní beránek*. Přel. H. Beguivinová. Praha : Lidové noviny, 1997, ISBN 80-7106-255-3.

- GOFF, J., LE., SCHMITT, J. C. *Encyklopedie středověku*. Přel. L. Bosáková. 1. vyd. Praha : Vyšehrad, 2002, ISBN 80-7021-545-3.
- GOFF, J., LE. *Kultura středověké Evropy*. Přel. J. Čermák. 1. vyd. Praha : Odeon, 1991, ISBN 80-207-0206-7.
- GOFFMAN, E. *Stigma. Poznámky o způsobech zvládnání narušené identity*. Přel. T. Prášek. 1. vyd. Praha : Sociologické nakladatelství, 2003.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Fenomén stáří*. 1. vyd. Praha : Panorama, 1990, ISBN 80-7038-158-2.
- HAVLÍKOVÁ, J. *Nevyjasněná úmrtí VI*. 1. vyd. Praha : The World Circle Foundation, 2000, ISBN 80-902731-5-7.
- HEERS, J. *Svátky bláznů a karnevaly*. Praha : Argo, 2006, ISBN 80-7203-777-3.
- HENKIN, A. „*The two them went together*“ (Genesis 22:6). *Vision of interdependence. Judaism*. In. WALTER, M. *Postižený člověk z pohledu náboženských knih judaismu*. Theologická revue, 1999, 2, 70, s. 68-84.
- HERODKOVÁ, J. Každý z nás se může zbláznit. *Právo* 20. 9. 2005.
- HEVEROCH, A. *O významu pražského ústavu pro choromyslné pro pěstování psychiatrie*. In HEVEROCH, A., FRABŠA, F. S. *Zemské ústavy pro choromyslné v Čechách*. Praha : Zemský správní výbor v Čechách, 1926.
- HEVEROCH, A., FRABŠA, F. S. *Zemské ústavy pro choromyslné v Čechách*. Praha : Zemský správní výbor v Čechách, 1926.
- HILLMAN, J. *Duše a sebevražda*. 1. vyd. Praha : Sagittarius 1997, ISBN 80-901898-4-9.
- HORÁČEK, J. a kol. *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha : Academia Medica Pragensis - Amepra, 2003. ISBN 80-86694-01-1.
- HÖSCHL, C. Duševní choroby a podpora duševního zdraví se stávají prioritou evropské politiky. *Zdravotnické noviny*, 24. 2. 2006, 55, 8, s. 9.
- HÖSCHL, C. Očima C. H., *Reflex*, 12. 7. 2007, s. 21.
- HÖSCHL, C. Očima C. H., *Reflex*, 8; 21. 2. 2008, s. 21.
- HÖSCHL, C. „*Poznamenán ohněm*“. Kapitola v knize: Miloš Kopecký – Já. 1. vydání.uspoř. P. Kovář. Praha : Eminent, 1996, ISBN 80-85876-29-9.
- HÖSCHL, C. *Psychiatrie pro praktické lékaře*. Praha : Jinočany H&H, 1996, ISBN 80-85787-96-2.
- HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2. doplněné a opravené vydání. Praha : Tigis, 2004, ISBN 80-900130-7-4.

- HRAŠE, J. *Aktuality naší péče o duševně nemocné*. Praha : Vydáno nákladem vlastním, rok neuveden.
- HRAŠE, J. *O potřebě prohloubení naší péče o duševně nemocné*. Praha : V komisi nakladatelství Josefa Pelcla, 1916.
- HRUBÝ, D. *Lurdy – místo zázraků*. *Reflex*, 8, 21. 2. 2008, s. 68-71.
- HUGHES, M., MANN, CH. *Hitlerovo Německo (Život v období třetí říše)*, přel. Petr Kovács, Praha : Columbus, 2002, ISBN 80-7249-123-7.
- CHROMÝ, K. Antipsychiatrie. *Československá Psychiatrie*, 1975, 71, 4, s. 251-258.
- CHROMÝ, K. *Duševní nemoc. Sociologický a sociálněpsychologický pohled*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1990.
- CHROMÝ, K. Některé novější názory na historii psychiatrie. *Československá Psychiatrie.*, 1975, 71, 6, 407-413.
- CHROMÝ, K. *Postoj veřejnosti k duševně nemocnému a jeho význam pro orientaci zdravotní výchovy*, in ŠKODA, C., MIKULA, VL. *Sborník referátů. 3. symposium o aktuálních otázkách sociální psychiatrie*. PL Kroměříž : 24. 9. –25. 9. 1975.
- CHROMÝ, K. *Sociologie duševních poruch*. 1. vyd. Brno : Ústav pro další vzdělávání středních zdravotnických pacientů, 1984.
- JAKAR, J. Blázinec po Česku. *Reflex*, 20. 10. 2005, s. 12.
- JANÍK, A. *Veřejnost a duševně nemocný*. Praha: Avicenum, 1987.
- JANÍČEK, J. *Cyril Höschl - Kde bydlí lidské duše*. 1. vyd. Praha : Portál, 2004, ISBN 80-7178-954-2.
- JAROLÍMEK, M. Antipsychiatrie včera a dnes. *Esprit (Měsíčník nejen pro duševní zdraví)*. 2004, 4/5, 8-10.
- JAROLÍMEK, M. Je bláznivé být odlišný? Přednes. na Psychol. dnech v Olomouci 2002. *Esprit*, 2002, 6, 11, 4-5.
- JAROLÍMEK, M. *Psychofarmaka, respektive neuroleptika a jejich vedlejší nežádoucí účinky*. *Esprit*, 2003, 7, 1, s. 6-7.
- JAROLÍMEK, M., STUDIHRADOVÁ, A. Reforma psychiatrie ve Velké Británii. *Esprit*, 2003, 7, 6, s. 10-11.
- JAŘAB, J. Evropský soud nás bude muset probrat z reálného socialismu. *Zdravotnické noviny ČR*, 2002, 51, 48, s. 21.
- JIRÁSKO, L. *Církevní řády a kongregace v zemích českých*. Praha : Fénix, 1991, ISBN 80-85245-11-6.

- JODL, M. *Proměny křesťanství*. Praha : Akropolis, 2005, ISBN 80-7304-065-4.
- KADLEC, J. *Přehled českých církevních dějin I*. Praha : Zvon, 1991, ISBN 80-7113-004-4.
- KALINA, K. *Jak žít s psychózou. Rady nemocným*. 1. vyd. Praha : Avicenum, 1987.
- KALINA, K. Psychiatrická reforma v ČR: Byla? Je? Bude? *Zdravotnické noviny*, 2002, 51, 48, s. 14-15.
- KÁŠ, S., ORSZÁGH, J. *Neurologie pro 4. ročník středních zdravotnických škol*. 1. vyd. Praha : Scientia Medica. ISBN 80-85526-53-0.
- KAŠPARŮ, M. *Základy pastorální psychiatrie pro zповědňíky*. Brno : Cesta, 2002, ISBN 80-7295-031-2.
- KLÍMA, J. *Lidé Mezopotámie. Cestami dávné civilizace a kultury při Eufratu a Tigridu*. 1. vyd. Praha : Orbis, 1976.
- KNEIDL, C. *Příspěvek k dějinám péče o choromyslné v Čechách od r. 1790-1890*, in HEVEROCH, A., FRABŠA, F. S. *Zemské ústavy pro choromyslné v Čechách*. Praha : Zemský správní výbor v Čechách, 1926.
- KODYMOVÁ, P. *Domácí tradice sociální práce*. In. MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001, ISBN 80-7178-473-7.
- KOVÁŘ, F. *Novozákonní události. I. a II. díl*. 3. vyd. Samospráva bohoslovecké koleje CČS : Praha, 1950.
- KOVÁŘ, F. *Výklad Otčenáše*. 1. vyd. Praha : Nakladatelské družstvo Blahoslav, 1952.
- KOVÁŘ, P. *Miloš Kopecký – Já. Soukromý život Miloše Kopeckého*. 1. vyd. Praha : Eminent, 1996, ISBN 80-85876-29-9.
- KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 3. doplněné, rozšířené a přeprac. vyd. Praha : Portál, 2000, ISBN 80-7178-414-1.
- LAING, R., D. *Rozdělené self. Existenciální studie o duševním zdraví a nemoci*. 1. vyd. Přel. I. Bartošová. Praha : Psychoanalytické nakladatelství. ISBN 80-86123-13-8.
- LAJKEP, T. Svědectví literatury o situaci psychicky nemocných v Rusku a Sovětském svazu, *Česká a slovenská Psychiatrie*, 2004,100, 5, 315 -
- LÉČEBNA V POZITIVNÍCH SOUVISLOSTECH (rozhovor s MUDr. I. Davidem, ředitelem PL Bohnice). *Festivalové noviny Mezi ploty*, 20. 7. 2006.
- LIBIGER, J. Obor potřebuje více zdrojů. *Zdravotnické noviny*, 24. 2. 2006, 55, 8, s. 13.
- MEČÍŘ, Jan. Aulus Cornelius Celsus o systematice a léčení duševních onemocnění. *Česká a slovenská psychiatrie*, 1998, 5, s. 297-301.
- MALÝ, R. *Je dovoleno bránit inkvizici?* Lískovec : Michael S. A., 2005.

- MATOUŠEK, O. *Potřebujete psychoterapii?* Praha : Portál, 1999, ISBN 80-7178-314-5.
- MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 2. rozšíř. a přeprac. vyd. Praha : Sociologické nakl., 1997, ISBN 80-85850-24-9.
- MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 2. vydání, rozšířené a přeprac. Praha : Slon, 1999, ISBN 80-85850-76-1.
- MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. 1. vydání. Praha : Portál, 2001, ISBN 80-7178-473-7.
- MATOUŠEK, O., ŠUSTOVÁ, J. *Náboženství a společenská solidarita*. In. *Základy sociální práce*. 1. vydání. Praha : Portál, 2001, ISBN 80-7178-473-7.
- MATOUŠEK, O., ŠUSTOVÁ, J. *Vývoj sociální práce jako oboru v západním světě*. In. *Základy sociální práce*. 1. vydání. Praha : Portál, 2001, ISBN 80-7178-473-7.
- McCARTHY, D., G.; BAYER, E., J. *Handbook on Critical Life Issues. – The Pope John XXIII*. Center, Massachusetts, 1988; in ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. 1. vyd. Praha : Triton, 2005, ISBN 80-7254-486-1.
- MICHÁLEK, E. *Pohyb a měna nemocných v zemských ústavech pro choromyslné v letech 1998-1922.*, in HEVEROCH, A., FRABŠA, F. S. *Zemské ústavy pro choromyslné v Čechách*. Praha : Zemský správní výbor v Čechách, 1926.
- MIREAUX, E. *Život v homérské době*. Praha : Odeon, 1980.
- MOULIS, M., CÍLEK, R. *Zapomeňte, že jste byli lidmi (Nacistické koncentrační tábory - symbol barbarství)*. Praha : Epoque, ISBN 80-86-328-79-1.
- MRŇA, SKŘIVÁNKOVÁ. *Poznámky k ošetřování psychicky chorých v předpinelovském období*. *Československá Psychiatrie*, 1977, 73, 2, 130-132.
- MUNKOVÁ, G. *Sociální deviace. Přehled sociologických teorií*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze : Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0279-2.
- MÜHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče (Historicko-filosofický pohled)*. Brno : Masaryk. univerzita, Pedf., 2001, ISBN 80-210-2512-3.
- NEJVĚTŠÍ MALÍŘI. ŽIVOT, INSPIRACE A DÍLO. Hieronymus Bosch. vyd. Eagle Moss International. Red. Čes. vyd. M. Špačková. 2000, č. 53.
- ONDOK, J. P. *Biotika, biotechnologie a biomedicína*. 1. vyd. Praha : Triton, 2005, ISBN 80-7254-486-1.
- PAVLOVSKÝ, P. *Historický vývoj názorů na duševní nemoci*. *Časopis Lékařů českých*, 141, 2002, č. 10, s. 327.

- PANKRATZ, A. *Vývoj veřejné péče o choromyslné v Čechách.*, in HEVEROCH, A., FRABŠA, F. S. *Zemské ústavy pro choromyslné v Čechách.* Praha : Zemský správní výbor v Čechách, 1926.
- PANKRATZ, A. *Zemský ústav pro choromyslné v Kosmonosech*, in HEVEROCH, A., FRABŠA, F. S. *Zemské ústavy pro choromyslné v Čechách.* Praha : Zemský správní výbor v Čechách, 1926.
- PANKRATZ, A. *Zemský ústav pro choromyslné v Dobřanech*, in HEVEROCH, A., FRABŠA, F. S. *Zemské ústavy pro choromyslné v Čechách.* Praha : Zemský správní výbor v Čechách, 1926.
- PESTRÝ ŠATNÍK DOKTORA JAROLÍMKA. S Martinem Jarolímekem o autoritách, indiánech a šatnících.
- PORTER, R. *Největší dobrodiní lidstva (Historie medicíny od starověku po současnost).* Přel. J. Hořejší. 1. vydání. Praha : Prostor, Knižní klub, 2001, ISBN 80-7260-052-4.
- PORTER, R., J. *Život Ježíše Krista (Ježíš historie, Kristus víry).* přel. D. Zbavitel. 1. vydání. Praha : Euromedia Group k. s. a Knižní klub, 1999, ISBN 80-242-0046-5.
- POSPÍŠIL, I. *Fenomén šílenství v ruské literatuře 1. pol. 19. a 20. stol.* Brno : FF Masarykovy university, 1995, ISBN 80-210-1083-5.
- POUŽÍVÁNÍ OMEZOVACÍCH PROSTŘEDKŮ U PACIENTŮ V PSYCHIATRICKÝCH ZAŘÍZENÍCH ČR. *Věstník Ministerstva Zdravotnictví*, 2005, 1, s. 4-5.
- PRAŠKO, J. a kol. (BAREŠ, M., HORÁČEK, J., SEIFERTO VÁ, D., ŠÍPEK, J.) *Psychotická porucha a její léčba (Příručka pro nemocné a jejich rodiny).* Praha : Maxdorf s. r. o., 2001, ISBN 80-85912-65-1.
- PRAŠKO, J. a kol. (BAREŠ, M., HORÁČEK, J., MOHR, P., MOTLOVÁ, L., SEIFERTO VÁ, D., ŠPANIEL, F.) *Léčíme se s psychózou. Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách (Příručka pro nemocné a jejich rodiny).* 1. vyd. Praha : Medical Tribune CZ, 2005, ISBN 80-239-5482-2.
- PREUSS, J. *Biblisch-talmudische Medizin.* Berlin : Verlag von S. Karger, 1911, ISBN 3-7463-0160-2.
- PROSECKÝ, J. *Prameny moudrosti, Mudroslovná literatura starověké Mezopotámie.* Praha : Oikúmené, 1995.
- PŘÍHODA, P. *Psychofarmaka.* Informační materiál MUDr. Příhody získané při stáži v o. s. Green Doors.
- RAVIK, S. *Velká kniha světců.* 1. vyd. Praha : Regia, 2002, ISBN 80-86367-24-x.

- REICH, W. T. *Encyclopedia of Bioethics*. MacMillan Library References USA, 1995; in ONDOK, J. P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*. 1. vyd. Praha : Triton, 2005, ISBN 80-7254-486-1.
- RIPOVÁ, L. Seminář o omezujících prostředcích v psychiatrii. *Esprit*, 2004, 4/5, s. 14.
- RÖDER, T., KUBILLUS, V. *Muži za Hitlerem – architekti hrůzy*. Přel. N. Paboučková. Olomouc : Votobia, 2000, ISBN 80-7198-421-3.
- ROUBÍČEK, J. *Šokové léčení duševních poruch*. 1. vyd. Praha : Lékařské nakladatelství a knihkupectví, 1946.
- SÁZAVA, Z. *Mistr a Pán*. Praha : Blahoslav, 1988.
- SCHIZOFRENIE. *Edukační program WPA (World Psychiatric Association)*. Přel. T. Hájek, I. Tůma, C. Höschl. Praha : Academia Medica Pragensia (Amepra), 2003.
- SMOLKA, J. *Osudové lásky Bedřicha Smetany*. Praha : Media Bohemica s. r. o., 1998, ISBN 80-9025-253-2.
- SVOBODNÝ, P., HLAVÁČKOVÁ, L. *Pražské špitály a nemocnice*. Praha : Lidové noviny, 1999, ISBN 80-7106-315-0.
- STYX, P. *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi. Kdo je zdravý a kdo nemocný?* Brno : Computer Press, 2003, ISBN 80-7226-828-7.
- ŠEDIVEC, V. Avicenna o duševních nemocech. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 2000, 96, 3, 159-161.
- ŠEDIVEC, V. Johann Weyer, bojovník proti čarodějnictví. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 2002, 98, 1, 50-51.
- ŠEDIVEC, V. O duševních nemocech vysvětlovaných posedlostí démony a o čarodějnictví v 16. a 17. století. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 2001, 97, 6, 301-304.
- ŠEDIVEC, O tzv. heterofamiliární péči. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 2002, 98, 7, s. 417-418.
- ŠIMSA, J. *Ošetření duševně chorých v doma i v ústavech*. Praha : Nákladem J. Otty, 1904.
- ŠINDELÁŘ, B. *Hon na čarodějnice*. Praha : Svoboda, 1986.
- ŠOUREK, M. *Hovory s Biblií. Za poznáním Knihy knih a jejího významu*. 1. vyd. Praha : Kalich, ISBN 80-7017-348-3.
- STÖRIG, H., J. *Malé Dějiny filosofie*. Přel. P. Rezek, M. Petříček, K. Šprunk. 5. vyd. Praha : Zvon. České katolické nakladatelství, 1996, ISBN 80-7113-175-X.
- STUDIHRADOVÁ, A. Antipsychotika - rozdíl generací (Přednes. na tiskové konferenci. Praha, 25.11.2002) *Esprit*. 2003, 7, 1, s. 7.

- ŠVESTKA, J. *Deprese. Léčitelná duševní porucha se vzrůstajícím výskytem. Informace pro nemocné a jejich blízké*. 3. vyd. Praha : L. Houdek – nakl. Galén, 2000. ISBN 80-86257-23-1.
- TOMEŠ, I. *Sociální politika, teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. vyd. Praha : Socioklub, 2001, ISBN 80-86484-00-9.
- TOŠNEROVÁ, T. Tošnerová. Zamyšlení nad omezujícími prostředky. Pohled psychiatra spolupracujícího s nepsychiatrickými pracovišti. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 2004, 100, 8, s. 500 – 504.
- TRILLING, W. *Hledání historického Ježíše*. Přel. J. Slabý. 1. vyd. Praha : Vyšehrad, 1993, ISBN 80-7021-132-6.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 1999, ISBN 80-7178-214-9.
- VACHKOVÁ, L. Antipsychotika. *Esprit*, 2003, 7, 1, s. 5.
- VAŠEK, B. *Dějiny křesťanské charity*. Olomouc : Velehrad, 1941.
- VENCOVSKÝ, E., DOBIÁŠ, J. *Psychiatrie*. Praha : Avicenum, 1976.
- VENCOVSKÝ, E. *Čtení o psychiatrii*. Praha : Avicenum, 1983.
- VENCOVSKÝ, E. *Počátky české psychiatrie (XIII. A XIX. století)*. Praha : Státní zdravotnické nakladatelství, 1957.
- VENCOVSKÝ, E. *Sto let české psychiatrické kliniky v Praze 1886-1986*. Praha : Univerzita Karlova, 1987, 60-029-86.
- VENCOVSKÝ, E. *Psychiatrie dávných věků. Od Hippokrata k Pinelovi*. Praha : Karolinum, 1996, ISBN 80-7184-226-5.
- VINAŘ, O. Etika a mělká schizofrenie. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 2005, 101, 4, s. 225-?.
- VONDRÁČEK, V., HOLUB F. *Fantastické a magické z hlediska psychiatrie*. 2. vyd. Praha : Columbus, 2003, ISBN 80-7249-139-3.
- VRBA, R. *Utekl jsem z Osvětimi*. Přel. I. Hrdličková a T. Pěkný. Praha : Sefer, 1998, ISBN 80-85924-17-X.
- WALLENFELS, D. *Zemský ústav pro choromyslné v Praze- Bohnicích.*, in HEVEROCH, A., FRABŠA, F. S. *Zemské ústavy pro choromyslné v Čechách*. Praha : Zemský správní výbor v Čechách, 1926.
- WALTER, M. *Postižený člověk z pohledu náboženských knih judaismu*. Theologická revue, 1999, 2, 70, s. 68-84.
- WENIGOVÁ, B., PĚČ, O. Vycházíme z potřeb pacientů. Transformace psychiatrie. *Zdravotnické noviny*, 24. 2. 2006, 55, 8, s. 10.

ZÁMEČNÍK, S. *To bylo Dachau*, Praha-Litomyšl : Paseka, 2003, ISBN 80-7185-536-7
ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. Praha : Karolinum, 2003, ISBN 80-7184-203-6.
ZVOLSKÝ, P. a kol. *Obecná psychiatrie*. Praha : Karolinum, 2001, ISBN 80-7184-494-2.
ŽALUDOVÁ, D. Kdo nezneužívá psychiatrii? Psychiatrii! *čs. Bohnice*, 2006, s. 17-19.

b) sekundární literatura

AISCHYLOS, *Oresteia*, přel. a doplnil výklad. poznámkami M. Havrda.
BRONTĚOVÁ, CH. *Jana Eyrová*. Přel. Š. Kyška. 8. vyd. Bratislava : Mladé Létá, 1985.
BULGAKOV, M. *Mistr a Markétka*. Přel. L. Dvořák. Praha : Euromedia Group k. s., 2005, ISBN 80-86938-08-5.
ČECHOV, A., P. *Srdce nechodí samo*. Přel. E. Frynta, J. Hulák, A. Zahradníčková. 1. vyd. Praha : Odeon, 1968.
FRYNTA, E. *Moudří blázni*. 3. vyd. Praha : Albatros, 1973.
FUKS, L. *Pan Theodor Mundstock*. 3. vyd. Praha : Československý spisovatel, 1985.
GOGOL, N., V. *Bláznovy zápisky*. Přel. J. Gillar. Praha : Lidové nakladatelství, 1969.
GORDON, B. *Tančím tak rychle, jak dokážu*. Přel. Jitka Beránková. 1. vyd. Praha : Práce, 1985.
GREENBERGOVÁ, J. *Neslibovala jsem ti procházku růžovým sadem*. Přel. L. a L. Trávníčkovi. 1. vyd. Praha : Triton, 1998, ISBN 80-85875-52-7.
GUDMUNDSSON, E., M. *Andělé všehomíra*. Přel. O. M. Franzdóttir. 1. vyd. Praha : Arista, 2000, ISBN 80-86410-00-5.
HITLER, A. *Mein Kampf*. Přel. S. Michalčík. Místo vyd. neuvedeno : nakl. Otakar II., 2000, ISBN 80-86355-26-8.
HÉRODOTOS. *Dějiny, aneb, Devět knih dějin nazvaných Músy*. Přel. a pozn. a vysvětl. opatřil J. Šonka. 3. vyd., v Academii 1. Praha : Academia, 2003, ISBN 80-200-1192-7.
HUGO, V. *Chrám matky Boží v Paříži*. Přel. M. Tomášková. 3. vyd. Praha : Odeon, 1968.
KANTŮRKOVÁ, E. *Po potopě*. 2. vyd. Praha : Hynek, s. r. o., 1998, ISBN 80-86202-003.
KAPLICKÝ, V. *Kladivo na čarodějnice*. 4. vyd. Praha : Československý spisovatel, 1977.
KESEY, K. *Vyhod'me ho z kola ven*. Přel. J. Kořán. 6. vyd. Praha : Euromedia Group k. s., 2006, ISBN 80-86938-41-7.
Kladivo na čarodějnice (Malleus Maleficarum), přel. J. Lenková. Praha : Levné knihy KMa, 2006, ISBN 80-7309-361-8.
KRZYSZTOŃ, J. *Šílenství. Díl 1., Sledovaný a obklíčený*. Přel. H. Stachová. 1. vyd. Praha : Odeon, 1984.

- KRZYSZTOŃ, J. *Díl 2, Přivázaný ke stěžni*. Přel. H. Stachová, verše E. Sojka. 1. vyd. Praha : Odeon, 1984.
- KRZYSZTOŃ, J. *Šílenství. Díl 3, Měsíc nad Epidaurem*. Přel. H. Stachová, verše E. Sojka. 1. vyd. Praha : Odeon, 1984.
- LAERTIOS, D. *Životy, názory a výroky proslulých filosofů*. Přel. A. Kolář. 2. vyd. Pelhřimov : Nová tiskárna, 1995.
- LAGERLÖF, S. *Císař z Portugalie*. 1962.
- LIVIUS. *Dějiny*. Přel., pozn. a seznamem vlast. jmen doplnili P. Kucharský a Č. Vránek. 1. vyd. Praha : Svoboda, 1971.
- LÚKIÁNOS. *O bozích a lidech*. Přel. V. Bahník, M. Říhová, L. Varcl. Předml. R. Hošek. Praha : Svoboda, 1981.
- NĚMCOVÁ, B. *Babička. Obrazy z venkovského života*. Pro školní četbu upravil. F. Pulec. Brno : Královo Pole, 1932.
- OVIDIUS, N., P. *Proměny*. přel. F. Stiebitz. 4. vydání. Praha : Odeon, 1969.
- PETEROVÁ, Z. *Jak jsme se zbláznili, můj táta Ota Pavel a já*. Praha : G plus G, 2001, ISBN 80-86103-50-1.
- PLATÓN. *Zákony*. Přel. F. Novotný. 1. vyd. Praha : Oikúmené, 1997, ISBN 80-86005-31-3.
- PLATÓN. *Ústava*. Přel. F. Novotný. 3. opr. vyd. Praha : Oikúmené, 2001, ISBN 80-7298-024-6.
- POE, E., A. *Jáma a kyvadlo a jiné povídky*. Přel. J. Schwarz. 1. vyd. Praha : Levné knihy KMa, 2002.
- ROTTERDAMSKÝ, E. *Chvála bláznovství*. Přel. a úvodem opatřil J. Dvořáček. Praha : Jan Otto, rok vydání neuveden.
- STYRON, W. *Sophiina volba*. Přel. R. Nenadál. Praha : Beta-Dobrovský, 2001, ISBN 80-7306-007-8.
- STYRON, W. *Viditelná temnota : Memoáry šílenství*. Přel. J. Emmerová. Dosl. E. Syřišťová. 2. vyd. Praha : Svoboda-Libertas, 1993, ISBN 80-205-0306-4.
- TRAGOEDIE SOFOKLEOVY II. AIÁS. Ku potřebě školní vydal a poznámkami opatřil J. Král. 2. vyd. Praha : Nákladem Jednoty českých filologů, 1913.

c) užité encyklopedie a slovníky

- ALLMEN, J., J. *Biblický slovník*. přel. J. Miřejovský a kol. 2. vyd. Praha : Kalich, 1991.
- ATTWATER, D. *Slovník svatých*. Rudná u Prahy : Papyrus, Jeva, 1993, ISBN 80-901365-7-5.
- Encyklopedie DIDEROT 2000. Velký svět na malém disku. EPA Software, spol. s. r. o. CD-ROM.
- FINK, G. *Encyklopedie antické mytologie*. Olomouc : Votobia, 1996, ISBN 80-85885-99-9.
- HOUTZAGER, G. *Encyklopedie řecké mytologie*. Přel. H. Válková. 1. vyd. Dobřejovice : Rebo Productions, 2003, ISBN 80-7234-287-8.
- KÁBRT, J., KUCHARSKÝ, P. a kol. *Latinsko-český slovník*. 3. vyd. Praha : SPN, 1991. ISBN 80-04-26000-4.
- KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. 5. přeprac. a doplněné vyd. Praha : Státní ped. nakl., 1995.
- Lexikon für Theologie und Kirche, X. Band. 3. vydání, plně a nově zpracované. Herder-Freiburg-Rom-Basel-Wien : 2001, ISBN 3-451-220 10-5.
- NEWMAN, J., SIWAN, G. *Judaismus od A do Z, slovník pojmů a termínů*. Praha : Sefer, 1992, ISBN 80-900895-3-4.
- OTTŮV SLOVNÍK NAUČNÝ (Illustrovaná encyklopedie obecných vědomostí). Praha : Jan Otto, 1906. (hesla – Bedlam, S. Brant, čemeřice, helleborus, helleborein, helleborin, P. Pinel, Ranunculaceae, Tuke, Bicêtre, Salpêtrière, Charcot, Gheel). 3. díl, 1890; 4. díl, 1891; 6. díl, 1893; 11. díl, 1897, 19. díl, 1902; 25. díl, 1906; 22. díl, 1904, 12. díl, 1897; 10. díl, 1896.
- PRACH, V., J. G. SCHULZ. *Řecko český slovník (Vydání rozšířené o attické tvary slovesné podle nápisů a rukopisů)*. Praha : Vyšehrad, 1998, ISBN 80-7021-285-3.
- PROSECKÝ, J. a kol. *Encyklopedie starověkého Předního Východu*. Praha : Libri, 1999, ISBN 80-85983-58-3.
- SLOVNÍK ANTICKÉ KULTURY, kolektiv autorů, spolupracovníků antické knihovny. Praha : Svoboda, 1974.
- Zákon č. 20/1966 Sb. o Péči o zdraví lidu; in Zdravotní pojištění, Zdravotní péče, Úplné znění k 1. 8. 2005, č. 509, s. 126 – 127; Ostrava-Hrabůvka : J. Motloch-Sagit.
- WIDIMSKÝ, F. *Německo-český a česko-německý slovník. Německo-Česká část*. Praha : Státní pedagogické nakl., 1970.
- ZAMAROVSKÝ, V. *Bohové a hrdinové antických bájí*. Praha : Mladá fronta, 1965 (heslo „Mania“).

d) elektronické dokumenty nebo jejich části

Odkazy elektronické:

1. ANTIPSYCHIATRIE. Dostupné na: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Antipsychiatrie>
2. BLÁZINEC NA SLOVO VZATÝ; DEYL, D., 28. 5. 2007, Týden.cz; Dostupné na: http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/napsali_o_nas_31.html
3. ČERMÁK, M. Politika je ošklivé panoptikum. *Reflex*, 16; 26. 4. 2006, dostupné na: <http://www.reflex.cz/Clanek23492.html>
4. ČERNOUŠEK, M. Lod' bláznů. *Reflex*, 2001, 5; dostupné na: <http://www.reflex.cz/Clanek4799.html>
5. Černoušek, M. Šílenství. *Reflex*, 2000, 12; dostupné na: <http://www.reflex.cz/Clanek1416.html>.
6. DOLEŽAL, J., X. Když se perou psychiatři. *Reflex*, 26 – 27; 28. 6. 2007, dostupné na: <http://www.reflex.cz/Clanek27920.html>
7. DOLEŽAL, J., X. V Bradavicích klece nejsou. *Reflex*, 21; 25. 5. 2006, dostupné na: <http://www.reflex.cz/Clanek23838.html>
8. DOLEŽAL, J., X. Když se perou psychiatři. *Reflex*, 26 – 27; 28. 6. 2007, dostupné na: <http://www.reflex.cz/Clanek27920.html>
9. DUŠEVNĚ NEMOCNÍ JSOU DISKRIMINOVÁNI V PRÁCI, UPOZORŇUJÍ PŘÍBUZNÍ; dostupné na: http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/napsali_o_nas_11.html
10. KOMÁREK, M. Bohnice, *Reflex*, 21, 2007; dostupné na: <http://www.reflex.cz/Clanek27526.html>
11. KOVÁŘ, P. Psychiatrie na křižovatce. *Reflex*. 14/2004, dostupné na: <http://www.reflex.cz/Clanek15901.html>
12. MICHEL FOUCAULT. Dostupné na: http://de.wikipedia.org/wiki/Michel_Foucault.
13. OČIMA CYRILA HÖSCHLA, *Reflex*, 2004, 30. dostupné na: <http://www.reflex.cz/Clanek16931.html>
14. O. S. GREEN DOORS – VÝROČNÍ ZPRÁVA 2004, dostupné na: <http://www.greendoors.cz/>
15. PRAŠKO, J. Stigmatizace u „psychogenních poruch“; dostupné na: <http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH101/07prasko.htm>
16. POSPÍŠIL, F. Infoservis. net společnosti Člověk v tísni, Lidé v pasti, Nebylo tady vůbec nic, rozhovor s Dr. Jarolínkem, 8. 1. 2003;

- Dostupné na: <http://www.infoservis.net/art.php?id=1042037172>
17. ROSENHAHNŮV POKUS; dostupné na:
<http://64.233.183.104/search?q=cache:YfdhSNiIiqcJ:www.kklub.cz/salat/2004/salat042004.pdf+Rosenhahn+Psychiatrie&hl=cs&ct=clnk&cd=3&gl=cz>
www.kklub.cz/salat/2004/salat042004.pdf
18. SDRUŽENÍ LEDOVEC - VÝROČNÍ ZPRÁVA 2005,
dostupné na: <http://www.ledovec.cz/projekt.htm>
<http://www.ledovec.cz/obrazky3/2005-vyrocka.pdf>
19. SMOLÍK, P. Poruchy spánku u duševních poruch dospělého věku, *Practicus, Odborný časopis Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP*, 2005, 4, 6, s. 239 dostupné na:
<http://www.practicus.cz/2005/practicus05-06.pdf>.
20. TRANSFORMACE PSYCHIATRIE V ČR; 2004,
dostupné na: http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/napsali_o_nas_15.html
21. Úzis ČR, Aktuální informace č. 2/2007, Psychiatrická péče v letech 2001 – 2005, s. 2.
Dostupné na:
http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=psychiatr®ion=100&kind=21&mnu_id=6200
22. ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 75/2004, Hospitalizovaní v psychiatrických lůžkových zařízeních ČR v roce 2003, s. 1.
Dostupné:
http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=psychiatr®ion=100&kind=21&mnu_id=6200
23. VEŘEJNOST A DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. Český rozhlas 6, Relace Studia Stop, 14.9.2005;
Dr. F. Španiel:
Záznam diskuse dostupný na: http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/napsali_o_nas_26.html
24. http://en.wikipedia.org/wiki/The_Retreat#History
25. http://en.wikipedia.org/wiki/William_Tuke
26. http://en.wikipedia.org/wiki/Moral_treatment#England
27. WENIGOVÁ, B. Stigma a duševní poruchy,
dostupné na: http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/aktual_poruchy.html
28. ZBLÁZNIT SE U NÁS NENÍ ŽÁDNÝ MED; 2004,
dostupné na: http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/napsali_o_nas_7.html

29. Zákon 99/1963 Sb. – Občanský soudní řád;
Dostupné na: <http://www.pravnik.cz/uplna-zneni/uz-50.html>; <http://www.pravnik.cz/uplna-zneni/uz-263.html>.
30. VINAŘ, O. Schizofrenie... daň lidstva za reč? Možnosti prevence schizofrenie; dostupné na: www.vesmir.cz/soubory/1998_V307-309.pdf.
31. EMIN PŘÍBĚH, I. ČÁST; dostupné na: www.psychozy.cz/kapitola.php?10_kazuistiky;
http://www.psychozy.cz/kapitola.php?10a_ema
32. O organizaci Sympathea; dostupné na:
<http://www.sympathea.cz/>; <http://www.sympathea.cz/organizace.html>
33. HYHLÍK, F., NAKONEČNÝ, M. *Malá encyklopedie současné psychologie*. Praha : SPN, 1977; in Praško, J. Stigmatizace u „psychogenních“ poruch; dostupné na: <http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH101/07prasko.htm>
34. Historie – Sestry v České republice; dostupné na: <http://www.vincentky.cz/historie/>
35. Deklarace práv duševně postižených lidí schválená Valným shromážděním OSN 20. 12. 1971; dostupné na: <http://www.capz.cz/dokumenty/deklarace/deklarace1.htm>

Videozáznamy odborných dokumentárních a populárně naučných filmů:

- A BRILLIANT MADNESS („Geniální šílenství“), dokument ČT, 2005. středa 20. 12. 2006. 17:15, ČT 2.
- Dokument Střepiny. Téma: 150 let od narození S. Freuda. Dokument TV Nova, 2006.
- BLÁZINEC V BLÁZINCI, Propojení vnějšího světa s vnitřním světem psychiatrické léčebny, dokument ČT. Připravil V. Kučera. neděle 5. 10. 2003 , 14:50, ČT 1.
- ZBLÁZNIT SE MŮŽE KAŽDÝ. Proč narůstá počet pacientů v psychiatrických ambulancích? dokument z cyklu Ta naše povaha česká. 10. 1. 2007, 20:00 hod, ČT 2.
- POŘAD ČT REPORTÉŘI, červen 2007 (Kauza omezení provozu CKI v PL Praha-Bohnice).
- DIAGNÓZA DEPRESE, 26.3.2003, 22:35 hod., ČT 2.
- Dokument ČT z cyklu „CO MOHU PRO SEBE UDĚLAT... SCHIZOFRENIE I., 2004, 15. 7. 2005, 16:20, ČT 2.

Duševně nemocní lidé a jejich postavení ve společnosti od starověku po současnost

Mentally ill persons and their social status (from antiquity till present)

Regina Fictumová

Shrnutí:

V práci jsem předložila hlubokou sociálně filosofickou reflexi na téma duševně nemocní lidé a jejich postavení ve společnosti od starověku po současnost. O všech sledovaných obdobích jsem pojednávala, aniž bych se dopouštěla simplifikace. Ve všech historických obdobích jsem odhalila mnohoznačný a často zcela rozporný postoj lidí k pomatencům, posedlým, psychicky i mentálně narušeným. Represivní přístup vůči abnormálním lidem se uplatňoval, byla-li společnost ohrožena (nebo cítila-li se být ohrožena) jejich rušivým chováním. K tzv. „tichým“ bláznům se společnost napříč dějinami chovala poměrně tolerantně.

Nejprve jsem rozebírala status abnormálních lidí ve starověku. Středem mojí pozornosti byla poměrně široká škála postojů, které tehdy lidé k pomateným a choromyslným zaujímalí. V nejstarších názorech na duševní nemoci se uplatňovala představa o tom, že jsou projevy, které dnešní odborníci hodnotí jako psychické poruchy, způsobeny posedlostí zlými duchy. Démonologické vysvětlování duševních poruch bylo pozvolna zpochybňováno přírodovědeckým pohledem lékařů.

Zvláště velkou pozornost jsem věnovala období středověku. Ve středověku byly postoje k duševně nemocným lidem mnohotvárné. Démonologie nepředstavovala jedinou koncepci šílenství. Její vliv na postavení choromyslných v této době bývá historiografy psychiatrie přeceňován. Všichni šílení lidé nebyli ve středověku vnímáni jako posedlí.

Potěšitelným přístupem v této době je křesťanský soucit se slabomyslnými. Sociálně charitativní péče spočívala na předpokladech, které položil svým důrazem na univerzální lásku k bližnímu Ježíš Kristus. On také zpochybnil názor o tom, že je postižení vždy následkem hříchu (J 9, 1-34) (Ondok, 2005, s. 186).

Existoval přesně vymezený čas, kdy se blázen mohl stát králem. Středověká společnost měla k dispozici internační zařízení v podobě klecí a věží bláznů. Věž bláznů se ve Vídni používala k internaci duševně chorých ještě v 1. pol. 19. stol. Myšlenkový směr, který se vymezoval negativně proti interpretaci abnormálních projevů jako posedlosti démonem, se nazývá 1. psychiatrická revoluce.

V 15. a 16. stol. bylo šílenství v Německu a Nizozemí.. regulováno svérázným způsobem, jímž je loď bláznů. Její skutečná existence je diskutabilní. Při rozboru některých dobových literárních děl („Chvála bláznovství“) jsem zjistila, že bláznovství bylo prezentováno nejen v dimenzi nerozumu a poštilosti, ale také moudrosti a poznání.

Internační budovy ze 2. pol. 17. stol. nebyly léčebnými institucemi. Na druhou stranu jsem však ukázala, že již před vznikem psychiatrie jako lékařského oboru byly psychické poruchy léčebně ovlivňovány. Léčba se odehrávala mimo internační budovy, které měly polosoudní charakter.

O pokrokových tendencích slavných reformátorů péče o duševně nemocné Philippa Pinela a Williama Tukea (tzv. 2. psychiatrická revoluce) jsem pojednala co nejkomplexněji.

Evropské humanizační trendy se na konci 18. a v průběhu 19. stol. promítaly také do poměrů v naší zemi. Prvním krokem k vybudování veřejné asylové péče o duševně nemocné v Čechách je otevření ústavu pro choromyslné při pražské všeobecné nemocnici (1790). Ve specializovaných zařízeních byli choromyslní zaopatřováni dle možností doby. V pražském klášteře u kostela sv. Kateřiny vznikl nový ústav pro choromyslné, který se v r. 1829 oddělil od všeobecné nemocnice. Později je otevřen Nový dům, kde je pacientům poskytováno léčení v duchu pokrokových ošetřovatelských metod a moderních terapeutických programů (léčba prací, knihovna, ústavní vyučování).

Od roku 1886 funguje pražská psychiatrická klinika. Začínají se budovat první psychiatrické léčebny.

Ve 20. stol. jsou nalezeny nové léčebné metody, jimiž se dají duševní choroby ovlivňovat. Lobotomie se stala bioeticky nepřijatelnou. Za 2. svět. války jsou duševně nemocní v nacistickém Německu likvidováni jako „vřed na společnosti“.

V 50. letech 20. stol. došlo k totální proměně psychiatrie. Pacientům se konečně dostávají účinné léky. Díky nim mohou vést mnohem kvalitnější život. V západní Evropě probíhá antipsychiatrické hnutí. Jeho smyslem je upozornit na kontroverzní léčebné techniky a nehumánní podmínky v psychiatrických léčebnách. Československo bylo kvůli bariéře, kterou vůči západnímu světu utvořil totalitní režim, antipsychiatrickými tendencemi nedotčeno.

2. pol. 20. stol. je obdobím hledání alternativ tradiční péče o choromyslné v psychiatrických léčebnách, která se ve světle moderních trendů ukazuje být zastaralá.

Z výzkumu názorů na schizofrenii provedených v r. 2004 v rámci projektu „Změna“ vyplynulo, že je většina česká populace přesvědčena o neléčitelnosti této psychické poruchy a o nevypočitatelnosti a agresivitě jejích nositelů.

Z psychických poruch se nejčastěji vyskytují poruchy úzkostné (F 40 – F 49) a afektivní (F 30 – F 39) (poruchy nálady), které společně představují kolem 80 % ze všech duševních nemocí v naší populaci (Herodková, Každý z nás se může zbláznit, Právo 20. 9. 2005).

Vážná duševní nemoc stále funguje jako silné sociální stigma. Při vnímání duševně nemocných hrají roli předsudky. Komplex předsudků a široce sdílených představ utváří stereotyp duševně nemocného. Česká péče o lidi s psychickou poruchou je odborně na vysoké úrovni. Pozvolný přesun pacientů z psychiatrických léčeben přichází v úvahu pouze při zřizování nových nemocničních oddělení a soustavné podpoře péče komunitního typu.

Summary:

In my work I have presented deep social and philosophical reflexion on the theme of mentally ill persons and their status in society from antiquity till present. I have discussed every followed era without any simplification. In all historic periods I have showed ambiguous and often absolutely contradictory attitude of people to lunatics, possessed and mentally disturbed persons. The repressive attitude towards abnormal persons was applied when the society had been endangered (or had felt itself in such way) by their disturbing behaviour. To the so called "quiet" fools the society has behaved rather tolerantly throughout the ages.

In the beginning I have discussed the status of abnormal persons in antiquity. In the centre of my attention was quite a broad range of attitude taken by people to lunatic and insane persons then. According to the oldest opinions on mental illnesses a concept was applied that the manifestation of what today's specialists assess as a mental disorder was supposed to be caused by possession of evil spirits. Such demonological explanation was slowly impeached by the scientific position of physicians.

I have given especially a big attention to the era of middle ages. At that time the attitude to mentally ill persons was diversiform. The demonology was not the only conception of insanity. Its influence on the status of insane persons would be overemphasized by the historiographers of psychological medicine. Not all insane persons in the middle ages were considered to be possessed. A gratifying approach was Christian compassion on weak-minded persons. The social charitable care consisted in premises given by Jesus Christ in his emphasis on universal love to neighbours. He also disputed the opinion that a handicap is always a consequence of a sin (John 9:1-34) (Ondok, 2005, s. 186).

There used to be a precisely defined time when a fool could become a king. The medieval society would have some internment facility in the form of a cage or a tower of fools at its disposal. The tower of fools in Vienna was used for internment of mentally ill persons as late as in the first half of the 19th century.

The line of thought which delimited itself against the interpretation of abnormal manifestations as a possession of a demon is called the first psychiatric revolution.

In the 15th and 16th century was insanity in Germany, in Belgium and the Netherlands.. regulated by a specific way - the ship of fools. Its real existence is debatable.

During my analysis of some period literary works („The Praise of Folly“) I have found that insanity was presented not only in dimension of foolishness and silliness, but also wisdom and cognition.

The internment facilities from the second half of the 17th century were not therapeutic institutions. Contrariwise, I have shown that already before the constitution of psychiatry as a branch of medicine the psychic disorders would be therapeutically influenced. The treatment would take place outside the internment buildings which had semijudicial character.

As for the progressive tendencies of the famous reformers of the care of mentally ill persons Philippe Pinel and William Tuke (so called second psychiatric revolution), I have discussed them in the most complex way.

The European humanization trends in the end of the 18th and during the 19th century projected themselves into the conditions in our country as well. The first step towards establishing of public asylum care for mentally ill persons in Bohemia was opening of a mental asylum attached to the Prague General Hospital (1790). Mental patients were provided at specialized facilities according to the possibilities of that time. At the Prague convent at the church of saint Catherine started up a new mental institution which was detached from the General Hospital in 1829. Later the New Home (Nový dům) was opened where the patients were provided with treatment in spirit of progressive nurse methods and modern therapeutic programs (work therapy, library, institutional schooling).

Since 1886 the Prague Psychiatric Clinic served. The first psychiatric institutions began to be opened.

New treatment methods were invented in the 20th century which allowed influencing of mental illnesses. Lobotomy became bioethically inadmissible. During the Second World War the mental persons in Nazi Germany were wiped out as "ulcer in society".

A total shift of psychiatry came about in the fifties. The patients would finally get efficacious medication. Thanks to it they could finally live superior life. The antipsychiatric movement took place in the Western Europe. Its purpose was to draw attention to controversial treatment techniques and inhuman conditions in psychiatric institutions. The Czechoslovakia was untouched by the antipsychiatric tendencies due to the barrier created towards the world by the totalitarian regime.

The second half of the 20th century is the era of looking for alternatives of traditional care for insane persons in mental institutions which has been shown to be out of date in the light of modern trends.

The poll on schizophrenia taken in 2004 within the „Change“ („Změna“) project has shown that most of the Czech population is convinced about incurability of this mental disorder and unpredictability and aggressiveness of its bearers.

The most occurring ones from mental disorders are anxious (F 40 - F 49) and affective disorders (F 30 - F39) (mood disorders), which together make about 80 % of all mental illnesses in our population (Herodková, Každý z nás se může zbláznit, Právo 20. 9. 2005).

A serious mental illness functions as a severe social stigma. Prejudices in reception of mentally ill persons play a big count.

Complex of prejudices and widely shared notions form stereotype of mentally ill person. The Czech care for people with mental disorders is on a high level. A gradual transfer of patients from mental institutions is eligible only with founding of new hospital wards and continuous support of community care.

Vysvětlivky:

ⁱ Řecký filosof, jeden z největších myslitelů v dějinách filosofie. Osm roků byl žákem Sókrata (asi 469-399 př. n. l.), který jej výrazně ovlivnil. V r. 387 př. n. l. otevřel athénskou filosofickou školu Akadémií. Zde vyučoval bezplatně žáky, kteří se kolem něj brzy shromáždili (Störig, 1996, s. 116). Je znám svými filosofickými mýty. Proslul např. mýtem o jeskyni, v němž vychází z kritiky každodenní zkušenosti (Arzenbacher, 1991, s. 41). "Dokud lidé žijí nekriticky v každodenní zkušenosti, žijí ve světě zdání (jeskyně) a nevědí nic o vlastním bytí" (tamtéž). To, co vidí a pokládají za skutečné, jsou jen stíny pravých věcí, promítané připoutaným vězňům na stěnu jeskyně. Filosof je ten, kdo vyšel z jeskyně a spatřil pravou skutečnost. Jeho úkolem, je mluvit o tom k lidem, kteří prodlévají ve světě zdání (jeskyně) a vyvést je a osvobodit z tohoto světa ke slunci pravdy. V této práci cituji dvě Platónova stěžejní díla: *Zákony*, v nichž je prezentována Platónova představa o mravním založení státu a odpovídající výchově jeho občanů a *Ústavu*, v níž rozpracoval své učení o společnosti (Störig, 1996, s. 117-118). Platónovy názory na duševně nemocné lidi jsou explicitně vyjádřeny v XI. knize *Zákonů* (1997, s. 319).

ⁱⁱ "uctívána též jako bohyně měsíce, zpočátku byla považována za dobrodějku lidstva, později se však stala neblahou ochránkyní kouzelníků a čarodějnic" (in Houtzager, 2003, s. 108, heslo Hekaté).

ⁱⁱⁱ "Hlavní bůh města Babylónu. K rozkvětu jeho kultu a vzrůstu jeho významu došlo v období 1. babylónské dynastie (19. – 16. stol. př. n. l.), když se za vlády Chamurapiho (18. stol. př. n. l.) Babylón stal centrem sjednocené starobabylónské říše. V důsledku vzrůstu politického významu Babylónu, který se udržel po celé další období mezopotamských dějin, rostl i význam jeho městského boha, jenž postupně zaujal ústřední postavu v babylónském pantheonu." (Prosecký, 1995, s. 39). Byl uctíván jako bůh moudrosti a zaklínání, hubitel zla, bůh-léčitel, vegetační božstvo, božský soudce a rádce, určovatel osudů atd. (in Prosecký a kol., 1999, s. 226, heslo Marduk).

S postavou boha Marduka je spjat mýtus Enúma Eliš, "v němž je Mardukovi připsána úloha stvořitele světa, organizátora kosmu a inspirátora stvoření člověka" (tamtéž).

^{iv} Novobabylónský panovník, který vládl v době, kdy byla hospodářská situace země dosti zkonsolidovaná, proto se mohl věnovat expanzivním výbojům do zahraničí. Dobil město Karchemiš (605 př. n. l.), táhl do Sýrie a Palestiny, bojoval s egyptským faraonem Nékoem II. (601 př. r.). Většina syrských a palestinských vládců se Nabukadnesarovi II. vydávala bez boje. Podmanění vazalové mu pak museli odvádět poplatky. V r. 597 př. Kr. proběhlo první obléhání Jeruzaléma, při němž bylo 3000 Židů odvečeno do babylónského zajetí. Další obléhání nastalo r. 587 př. Kr. Na domácí půdě se N. věnoval zkrášlování hlavního města Babylóna (akkad. Bab-ilim – brána boží), z něhož vybudoval reprezentační centrum říše. (Vše sestaveno dle Proseckého a kol., 1999, s. 257, heslo Nabukadnesar II.).

^v Joram (848-841) - syn judského krále Jóšafata (870-846). Hned po nástupu na trůn vyvraždil mečem všechny své bratry (2 Pa 21, 4) (Bič, 1986, s. 217). Za jeho vlády se vymanili Edómci (semitské kmény usazené nejméně od 13. stol. př. Kr. jižně od Mrtvého moře s hlavními městy Bosra a Sela, dle Sz. potomci Ezauovi a příbuzní Izraele) z moci Judy, přitáhli i Pelištejci (původně byli součástí velkého společenství tzv. mořských národů, úhlavní nepřátelé Izraelců) a Arabové (2 Pa 21, 16). Joram těžce onemocněl. Eliáš mu prorokoval těžkou střevní chorobu, zhošující se den ode dne, jako trest za jeho kruté a neuvážlivé jednání (chodil po cestě izraelských králů, sváděl Judu a obyvatele Jeruzaléma k modloslužbě; vyvraždil dům svého otce) (2 Pa 21, 12-15). I na jeho lid, syny, ženy a jmění, měla dopadnout veliká pohroma (2 Pa 21, 14).

^{vi} Saul byl prvním králem Izraele z pokolení Benjamín. Jeho vláda začala vítězstvím nad Amónci (semitský kmen, zřejmě aramejský, který se usadil ve 13.-12. stol. př. Kr. východně od Jordánu a severně od sousedního Moábu) a Pelištejci (viz vysvětl. v) i Amálekovci (loupežné nomádské kmény, kt. stále ohrožovaly Izraele), ale pak se odvrátil od Hospodina a podlehl žárlivosti na mladého a úspěšného Davida. Začal jej usilovně, ale marně pronásledovat. Stal se štvancem vlastního strachu. Padl v bitvě proti Pelištejcům na hoře Gilbóa (1 S 31). Saulovu dynastii se na severu pokusil udržet jeho syn Íš-bóšet, který byl zavražděn. Sever se poté připojil k jižní říši, kde už vládl David (sestaveno dle Proseckého, 1999, s. 333, heslo Saul). Saul představuje jednu z tragických biblických postav.

vii “David (vládl přibližně v letech 1000-960 př. Kr.) byl podle Sz. druhým králem judsko-izraelského království a zakladatelem davidovské dynastie. Pocházel z kmene Judova (jeho otec se jmenoval Jišaj Betlémský). Původně sloužil jako důstojník u krále Saula, ale později u něj upadl v nemilost a byl nucen uprchnout.” Na čas žil v pelištejském městě Gat. Když zemřel Saul, otevřela se Davidovi cesta ke královské koruně. Nechal se korunovat za judského krále jižních kmenů v Chebrónu. Na počátku vlády ještě svedl boj se Saulovým synem Íš-bóšetem, jehož království se opíralo o severoizraelské kmeny. Po sedmiletém dvojvládí David obě říše sjednotil. Za své sídlo a hlavní město zvolil Jeruzalém, který opevnil a přestavěl. Vytvořil rozsáhlé království, jehož slabostí byl rozpor mezi severní (izraelskou) a jižní (judskou) částí. Nástupcem Davida se stal Šalamoun (961-922 př. Kr.). Po Š. smrti došlo k úplnému rozkladu státu na jižní (judskou) a severní (izraelskou) část. Davidova dynastie se udržela pouze v Judsku (Vše sestaveno dle Proseckého a kol., 1999, s. 68, heslo David). S Davidovým jménem je spjato např. známé vyprávění o jeho zápasu s pelištejským obrem Goliášem (1 S 17). Tehdy šlo doslova o existenci a neexistenci izraelského lidu. Kdyby David v boji prohrál, Izraelci by se stali otroky Pelištejců (1 S 17, 9). Museli by uctívat i jejich bohy, čímž by došlo ke zmaření Hospodinova díla (Bič, 1986, s. 52).

viii Kambýsés II. († 522 př. n. l.) byl syn a nástupce Kýra Staršího (559-530 př. n. l.), jenž r. 538 př. n. l. umožnil Židům návrat z babylónského zajetí do Palestiny a obnovu jeruzalémského chrámu. R. 525 př. n. l. se Kambýsés II. zmocnil Egypta. Pro Židy to byla obtížná doba (Bič, 1986, s. 74). “Když perská vojska několikrát protáhla jejich zemí, hlad, bída a nemoci znemožnily vybudování chrámu, jemuž Kýros zaručil všestrannou podporu” (tamtéž). “Kambýsés se projevoval jako člověk chorobně nedůvěřivý a popudlivý, a proto náchylný ke krutostem: nechal potají zavraždit svého bratra Bardiju (Smerdise), aby neusiloval o trůn” (tamtéž). Zemřel v Sýrii, když se na zpáteční cestě do Persie chystal potlačit povstání, které vedl Gaumata, jenž se vydával za jeho zavražděného bratra” (Prosecký a kol., 1999, s. 168-169, heslo Kambýsés II.).

ix Sára – hebr. Kněžna (in Bič a kol., 1978, s. 111). Manželka praotce Abrahama (Gn 11-23). Abram s ní a se svým synovcem Lotem vyšel na Hospodinův příkaz z Cháranu do země kenaanské (Gn 12, 5). Byla to žena velmi krásného vzhledu (Gn 12, 11 a 12, 14). Když sestoupili oba dva manželé společně do Egypta, Abram začal spatřovat v její kráse pro sebe riziko, neboť se obával, že faraón bude usilovat o jeho život, aby se krasavice zmocnil. Proto před faraónem ze strachu předstírá, že jde o jeho sestru. Sára zůstala dlouhou dobu svého života bezdětná. Její neplodnost snad souvisí s tím, že mohla být původně kněžkou měsíčního kultu, který byl v tzv. ursko-cháranském okruhu rozšířen (Bič a kol., 1978, s. 87). Takovéto kněžky zachovávaly celibát, nebo se sice vdávaly, ale po většinu života musely zůstat neplodné (tamtéž). K rození dávaly manželovi svou otrokyni a zploděné děti pak byly považovány za jejich vlastní (tamtéž). Izáka, zaslíbeného syna, Sára nakonec porodila ve velmi vysokém věku. “Hospodin si ji dlouhodobou neplodností připravil ke svému cíli, totiž aby se stala matkou jeho vyvoleného (podobně tomu bylo např. s Rebekou, Ráchel a Chanou)” (Bič a kol., 1978, s. 87). Byla živa 127 let. Abraham ji pohřbil do makpelské jeskyně na pozemku Chetejce Efróna naproti Mamre u Chebrónu, který i s jeskyní zakoupil (Gn 23, 17-20).

x Praotec Jákob, syn Izáka a Rebeky, mladší z dvojčat. Jméno souvisí s hebrejským aqeb – pata. V Gn 25, 26 se praví, že Jákob, jenž se narodil jako druhý, držel svého bratra Ezaua za patu, jako by už tehdy chtěl svého bratra předejít a stát se tak prvorozeným (Bič a kol., 1978, s. 156). Jméno Jákob však může souviset rovněž s výrazem aqab, který odkazuje na Jákobovu úskočnost (tamtéž, s. 169). Ta se projevuje, když Jákob lstivě získá od Ezaua prvorozenství za trochu chleba a čočkové kaše (Gn 25, 24-34). Chytráctví Jákobovo se ukázalo také tehdy, když Jákob, přestrojený za Ezaua, oklamal svého otce a vylákal na něm otcovské prvorozenecké požehnání (Gn 27, 36). V Gn 32, 28 je zmínka o třetím a zcela novém jméně Jákobově – Izrael (“zápasí Bůh”). Jákob se stává nositelem tohoto jména po zápasu s Bohem u potoka Jabok (Gn 32, 23-33), k němuž došlo v noci před setkáním s Ezauem. Vnější dokladem skutečnosti, že byl Jákob poznamenán Bohem, se kromě theoforické složky “el” v jeho novém jméně stalo kulhání, které bylo způsobeno úderem do kyčle (Gn 32, 26; 32, 32; 32, 33). Židé od té doby nejdí šlachy kyčelního kloubu (Gn 32, 33). Důvod Jákobova poranění lze spatřovat také v tom, že “úskočný Jákob příliš spoléhal sám na sebe, proto mu byl dán do těla osten (2. list Korintským, 12, 7)” (Bič a kol., 1978, s. 200). “Zároveň však toto ochromení znamená zvláštní zaslíbení, jak je patrné z prorockých textů (Micheáš, 4, 6n a Sofoniáš, 3, 19)” (tamtéž).

^{xi} Mojžíš se poté, co jej Hospodin seznámil s posláním, k němuž jej určil (Hospodin jej vyslal, aby vyvedl ujařmený lid z egyptské poroby), zdráhá toto poslání přijmout a když už neví, nač by se vymluvil, zmíní, že není výřečný a že má neobratná ústa a jazyk (dosl. neobřezané rty) (Ex 4, 10). Pokládá se proto za člověka neschopného tlumočit vyvolenému lidu Hospodinovo slovo a tudíž nezpůsobilého ke splnění Hospodinem stanoveného úkolu. Ale Bůh tento argument nepřijímá a dává Mojžíšovi Árona, který se má stát jeho mluvčím (doslova jeho ústy) (Ex 4, 14-16).

^{xii} Áron – první izraelský velekněz v době putování pouští. V Ex 4, 14 je sice označen za Mojžíšova bratra - to však ještě nemusí znamenat pokrevní spřízněnost. Doprovázel Mojžíše při vyjednávání o propuštění Izraele z Egypta (Ex 5-12) (Prosecký a kol., 1999, s. 37, heslo Áron). Áron nebyl Mojžíšovi vždycky oporou. Provinil se tím, že podlehl přání lidu a vyrobil mu modlu, zlatého býčka, zatímco Mojžíš dlel na hoře Sínaj (Ex 32, 1-6) (Bič, 1986, s. 180). "V úřadu velekněze však setrval a podle Nu 20, 28 zemřel na poušti ještě před vstupem do zaslíbené země" (Prosecký a kol., 1999, tamtéž).

^{xiii} Proslulý lékař, později řecký bůh lékařství (lat. Aesculapius). Byl zplozen Apollónem a Korónidou. Na svět přišel zcela zvláštním způsobem: protože byla Korónis Apollónovi nevěrná, byla usmrcena a z jejího mrtvého těla pak Apollón vyňal svého syna Asklépia. Lékařství a umění uzdravovat se Asklépios vyučil u svého vychovatele, moudrého Kentaura Cheiróna. Jako bůh začal být Asklépios uctíván obyvateli Epidauru a na ostrově Kós, kde se nacházela svatyně (Asklépieion), do níž lidé přicházeli za uzdravením. Had, jenž se na vyobrazeních Asklépia ovíjí kolem jeho hole, je dodnes mezinárodním symbolem lékařství (sestaveno dle Houtzagera, 2003, s. 62, heslo Asklépios).

^{xiv} Největší lékař antického Řecka. Narozen v Meropis na ostrově Kós, kde se učil lékařství u svého otce. V lidském těle podle jeho koncepce kolují 4 základní látky: krev, hlen, žlutá žluč a černá žluč. Krev tvoří srdce, hlen mozek, žlutou žluč játra a černou žluč slezina (Vencovský, 1983, s. 31-32). Jsou-li 4 uvedené tekutiny v harmonickém souladu, pak je člověk zdrav. Nemoc propukne, převládá-li některá z tekutin nad ostatními (tamtéž). Vznik duševních chorob je závislý na tom, která ze základních tělesných šťáv zaplavuje mozek (zaplaví-li mozek černá žluč, vznikne smutek, zádumčivost a trudnomyslnost) (tamtéž). Z duševních nemocí H. rozeznával např. melancholii, manii a "popsal maniodepresivní psychózu" (Höschl, in Janíček, 2004, s. 123). "Pocházejí od něj i poznatky, že se duševní choroby někdy objevují po porodu u kojících matek, že úzkosti a strachy mohou být způsobeny i zevními příčinami a že pokud úzkostné a depresivní stavy trvají dlouho, mohou přejít v melancholii" (Vencovský, 1983, s. 33). Počínaje Hippokratem již můžeme soustavněji sledovat vývoj zdravotnické péče o choromyslné (tamtéž). H. je znám také svou typologií, využívající vazby tělesných a temperamentových vlastností. Každý typ temperamentu (sangvinik, choleric, flegmatik, melancholik) byl dle H. spjat s převahou určité "tělesné šťávy". "Z dnešního pohledu jsou tyto Hippokratovy představy o souvislosti osobnostních typů s tělesnými šťávami nevědecké" (Höschl, in Janíček, 2004, s. 123). "H. by se např. mohl domnívat, že je-li někdo smutný, stačí mu vyoperovat žlučník a bude vyléčen" (tamtéž). V tehdejší době však byly tyto názory velmi významné, protože H. při vysvětlování duševních chorob přestal připisovat jejich etiologii působení démonů a obrátil svoji pozornost na humorální teorii (o šťávách těla). Neméně významnou zásluhou H. je, že stanovil etické požadavky na jednání lékařů (Hippokratova přísaha) (Encyklopedie Diderot 2000, heslo Hippokratés).

^{xv} Jeden z nejdůležitějších bohů řeckého světa, a to hlavně helénistického období (2. pol. 4. stol.–30 př. n. l.). Ženské zastánkyně jeho kultu se jmenovaly mainady ("šílící") neboli bakchantky (Houtzager, 2003, s. 83). Jsou známé svými nespoutanými rituály: "Oděny do kůží zvířat se oddávaly divokým tancům a dostávaly se do extatického opojení. Táhly v průvodech držíce zapálenou pochodeň nebo hůl ovinutou břečťanem či vinnou révou a stuhami, s borovou šiškou (tzv. thyrsos) a někdy zaživa trhaly obětní zvířata a jedly jejich syrové maso" (Houtzager, 2003, s. 84, heslo Dionýsos).

^{xvi} Syn mykénské krále Agamemnona a královny Klytaimnéstry. Před vraždou svého manžela Klytaimnéstra odeslal Oresta ke králi Strofiovi do Fókie, kde vyrůstal spolu s Pyladem. Po letech se Orestés z exilu vrátil, v přestrojení se vetřel do paláce a Aigistha (milence Klytaimnéstry) i svou matku zabil, aby tak pomstil vraždu svého otce. Za tento čin byl mučen strašlivými Erínyemi. Erínye stihly Oresta šílenstvím, všude jej pronásledovaly a nedopřály mu klidu. Podle Aischylovy verze byl Orestés osvobozen soudem na athénském Aeropagu, který k tomuto účelu zřídila boh. Athéna. Podle jiných podání příběhu byli Orestés i jeho sestra ělektrá krátce po vraždě v Mykénách souzeni a odsouzeni k smrti (sestaveno dle Houtzagera, 2003, s. 191-192).

^{xvii} Syn salaminského krále Telamona. Dle Homéra byl po Achilleovi nejstatečnějším hrdinou, bojujícím na řecké straně proti Tróje. K jeho vlastnostem patřila nezměrná síla, nezkrotná ctížádost, prchlivost, hrdost a přílišné sebevědomí. Neuposlechl otce, kt. mu vštěpoval, aby zůstal stále pamětliv bohů, odmítl dokonce pomoc bohyně Pallas Athény ve válečné tísní. Trest v podobě šílenství jej postihl proto, že svou vypínavostí, člověku nepřislušející, urazil Athénu. Místo boje se svými skutečnými soky se vrhl na bezbranná stáda. Ten, kdo vítězil v bojích nad nejstatečnějšími nepřáteli, nyní zápasí jako smyslů zbavený s obyčejným skotem (v domnění, že bojuje s řeckými druhy). Aiás se tím znemožnil před ostatními muži. Aby obhájil svou čest a smysl svou pohanu, rozhodne se podstoupit dobrovolnou smrt vlastní rukou (sestaveno dle předmluvy k Sofoklově tragédii Aiás od J. Krále, 1913, s. III-IX).

^{xviii} Aiantův příběh a konec jsem zpracovala dle verze Sofoklovy, která je nejběžnější (Tragoedie Sofokleovy - Aiás, poznámkami opatřil J. Král, 1913; též in Houtzager, 2003, s. 35-36, heslo Aiás). Sofoklés (asi 496-406 př. n. l.) často ukazuje jedince, kt. jsou zničeni za to, že přecenili své síly.

^{xix} Nejslavnější představitel tzv. kynické školy. Její stoupenci nepracovali, byli proto chudí, k čemuž však byli lhostejní stejně jako k ostatním běžným hodnotám (např. vůči lásce k vlasti). Dógenés ze Sinópy byl současníkem Alexandra Velikého (356-323 př. n. l.). „Žil v sudu nebo ve psí boudě a jeho jediným majetkem byla miska z dýně k nabírání vody. Když ale viděl, že pes je schopen napít se i bez nádoby, odhodil i tu.“ Z toho lze vyvodit, že Dógenés domýšlel zásady kyniků do krajních důsledků. „Své spoluobčany kynikové dělili na moudré a na blázný“ (sestaveno dle Störiga, 1996, s. 139).

^{xx} Metrón – chrám matky bohů Kybély (Řeky ztotožňována s bohyní země Rheiou, matkou Dia a jiných významných bohů). V chrámu byl státní archiv (pozn. A. Koláře, in Laertios, 1995, s. 230; Houtzager, 2003, s. 154, heslo Kybelé).

^{xxi} Narozen v posledním desetiletí 1. stol. př. Kr., ukřižován 27/34 (Velikonoce), nejpravděpodobněji r. 30. Zakladatel a ústřední postava křesťanského náboženství. Historii jeho dětství zachytili evangelisté Matouš (1, 18n) a Lukáš (2, 1n). Ježíš se narodil podle obou evangelistů v Betlémě. Podle Matoušovy verze tam jeho rodiče bydleli trvale. Ze strachu před Herodem uprchli do Egypta a odtud se po jeho smrti vrátili, ale už ne do Betléma, nýbrž do Nazaretu v Galileji. Lukášovo podání počítá s tím, že rodiče Ježíše bydleli v Nazaretu a Ježíš se narodil v Betlémě proto, že tam odešli na příkaz císaře Augusta, aby se dali zapsat do daňového soupisu. Dle Micheáše se měl mesiášský potomek Davidův narodit právě v Betlémě (5, 2). V dospělosti se nechal pokřtít Janem Křtitelem (Mk 1, 9-11) a asi ve 30 letech začal veřejně působit (L 3, 23). Hlásal radostnou zvěst uloženou od Boha. Jejím obsahem bylo, že se přiblížilo Boží království na zemi (Mk 1, 14-15). Toto poselství přináší radost, ale zároveň klade na člověka povinnost činit pokání (metanoieite - činite pokání; metanoia – vnitřní přerod, změna smýšlení i chování, teorie i praxe) a věřit evangeliu (Kovář, 1950, s. 32). Základem jeho učení byl požadavek lásky k Bohu a k bližnímu (viz Dvojpříkázání lásky, Mk 12, 28-34). V tomto duchu se pokusil reformovat soudobý judaismus. Lásku k bližnímu neomezoval pouze na soukmenovce a souvěrce nebo cizince, kteří se připojili k židovské pospolitosti (proselyty), nýbrž naopak rozšiřoval univerzálně na všechny lidi (Matoušek, Šustová, 2001, s. 36). Závazek lásky vůči všem potřebným názorně vyjádřil např. v podobenství o milosrdném Samařanovi (L 10, 25-37). Požadavek lásky k bližnímu rozšířil dokonce na nepřátele (Mt 5, 43-48) a na hříšníky (Mt 9, 9-13; Lk 7, 36-50). Konal zázraky a uzdravení, která jsou znamením příchodu nebeského království (Mt 10, 7-8; L 10, 9; 11, 20; L 7, 18-23). Tóru neruší, ale naplňuje a dovršuje příkázáním lásky (Mt 5, 17-20; 22, 34-40). Vůči rituálním předpisům, které člověka zbytečně svazují, byl svobodný (Mk 2, 23-28; Mt 12, 9-14; Mt 23, 4), Tóru však naopak zásadně radikalizuje, jedná-li se o vztah ke 2. člověku a o lásku k bližnímu (Mt 5, 38-48). Choval vřelý postoj k ženám (J 4, 1n) a k dětem (L 18, 15-17). Po příchodu do Jeruzaléma byl zatčen a jako údajně falešný mesiáš předán Pilátovi Pontskému, římskému místodržiteli, který jej po určitém váhání nechal ukřižovat. Podle biblického podání byl vzkříšen (J 20, 1n; J 21, 1n; Sk 2, 32; Sk 4, 10).

^{xxii} Nákazy čarodějnických procesů nezůstala ušetřena ani naše země. Ve 2. pol. 17. stol. zde propukl hon na čarodějnice na severní Moravě (Šumperk, Velké Losiny). Je spjat s ohavnou postavou soudce J. F. Bobliga z Edelstadtu, kt. nechal v letech 1678-1696 pod záminkou čarodějnickví popravít na sto osob, hlavně žen (Šindelář, 1986, s. 210; též in Kaplický, 1977). Známý jsou rovněž např. procesy s čarodějnicemi ve Slezsku z let 1639-1651 aj. další (tamtéž, s. 170-186).

^{xxiii} Nesl jméno: "Hospitale hominum rationem non habentium" ("útulek či špitál pro ty, kteří nemají zdravý rozum"). Nejednalo se o církevní zařízení, nýbrž o dům, který byl vydržován pouze z veřejných a městských prostředků (Vencovský, Dobiáš, 1976, s. 28). "S úpadkem města Znojma tento první azyl pro duševně choré na území našeho státu zanikl" (Vencovský, 1983, s. 64).

^{xxiv} Podle údajů z Ottova sl. nauč. se Gheel nachází v antverpské provincii. V r. 1890 žilo v Gheelu 12026 obyvatel. Na konci 19. stol. bylo zdejší osadou choromyslných zaopatřeno celkem 1300 lidí (1896, 10. díl, heslo Gheel).

^{xxv} Starým Orientálcům a také Izraelcům se moře jevílo jako živel protibožský, nepřátelský, jako Vodstvo, které se vzpíná proti Bohu a ohrožuje jeho lid. Proto v novém stvoření moře již nebude, i když tam budou vody." (Zj 21, 1; 22, 1) (Bič a kol., 1978, s. 16).

Ve sz. příběhu Ex 14, 15-31 (přechod přes Rákosové moře) moře symbolizuje chaos, zhoubu a smrt. Vyvolenému Božímu lidu však neuškodí, protože Hospodin ve své moci a svrchovanosti moře rozpoltil a "zřídil v mořských hlubinách cestu, aby mohli vyvolení a zachránění bezpečně přejít." (Iz 51, 10).

^{xxvi} Česká provincie Milosrdných sester sv. Vincence de Paul vznikla r. 1920 v Kroměříži (schválena r. 1922). Od r. 1845 zde fungovala řádová nemocnice. Sestry působily hlavně v nemocnicích, chudobincích, sirotčincích a mateřských školách. Po r. 1948 byla vincentkám charitativní činnost znemožněna. Většina z nich byla přesídlena do Bílé Vody u Javorníka. Období nesvobody trvalo až do r. 1989. R. 1990 sestry opět získaly původně znárodněnou budovu kláštera a nemocnice v Kroměříži, kde dosud působí. Jejich činnost je také známa např. ve Veselí nad Moravou, ve Frýdku-Místku a na Slovensku. (sestaveno dle materiálu dostupného na: <http://www.vincentky.cz/historie/>)

^{xxvii} Dr. J. T. Held (1770-1851) je obecně znám v poněkud zidealizované podobě z Jiráskova románu F. L. Věk. (Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 33; podobně též, Kneidl, in Heveroch, Frabša, 1926, s. 20).

^{xxviii} Byl zřízen r. 1403 při nemocnici v Bethlehemu u Londýna (Vencovský, 1983, s. 64). Záhy se stal známým pod jménem Bedlam. Dle prof. Vencovského se jedná o první evropský neklášterní azyl pro duševně choré lidi (tamtéž).

^{xxix} Stejné datum otevření uvádí i dr. Kneidl (in Heveroch, Frabša, 1926, s. 19) x Svobodný a Hlaváčková zmiňují, že v pramenech bývá jako datum otevření nemocnice uváděn 1. 12. 1790 (1999, s. 58), ojedinele až 2. 1. 1791 (tamtéž). Prof. Vencovský vychází z data 1. 11. 1790 (1983, s. 116).

^{xxx} Prof. Bayer byl prvním ředitelem všeob. nem., protomedikem a současně též prvním primářem nově zřízeného ústavu pro duševně choré. Nemocnici a ústav řídil až do r. 1805 (Vencovský, 1983, s. 117).

^{xxxi} Následek dlouhodobého pobytu v redukovaném ústavním světě projevující se např.: ztrátou zájmu o lidi, nezájmem o dané prostředí, zhoršováním schopnosti komunikovat, hledáním náhradního uspokojení v jídle, nepřiměřeně dlouhým spánkem, návratem do ranějších vývojových stádií, pocity stísněnosti, automatickými pohyby... (Matoušek, 1999, s. 118).

^{xxxii} Byla zde používána od r. 1848 (Kneidl, in Heveroch, Frabša, 1926, s. 38).

^{xxxiii} V plném provozu byl kosmonoský ústav od r. 1871 (Vencovský, 1983, s. 144). Tehdy v něm bylo k dispozici 280 lůžek (tamtéž).

^{xxxiv} Na podzim 1943 (in Vencovský, 1983, s. 146).

^{xxxv} Již v době panování Josefa II. (1780-1790) se při zřizování nových zdravotních ústavů počítalo více s adaptací stávajících budov než se stavbou zcela nových objektů. V letech 1782-1787 císař svými nařízeními zrušil postupně 17 mužských a 6 ženských klášterů, 37 kostelů a kaplí, vyšehradskou kapitulou a 5 církevních špitálů (Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 47). Nové zdravotní ústavy hledaly svá sídla především v těchto uprázdněných budovách. Některé z nich nemocničním účelům od počátku nevyhovovaly. Toto se týká rovněž původně světských budov ústavu šlechticů u sv. Andělů, v nichž byla zřízena pražská všeob. nem. Krátce po jejím otevření (1790) byly zahájeny stavební úpravy, přístavby a přestavby, které trvají takřka dodnes (Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 55-56). Také pozdější kateřinský ústav (1. pol. 19. stol.) pro choromyslné sídlil v budově, kt. musela být náležitě upravena (původně se totiž jednalo o klášter) (viz. s. 110). O využití kláštera u sv. Kateřiny pro zdravotnické účely se uvažovalo už na sklonku 18. stol. (Svobodný, Hlaváčková, 1999, s. 83).

^{xxxvi} Koncem 19. stol. žilo v Gheelu celkově 12000 obyvatel (Kuffner, 1897, in Šedivec, O tzv. Heterofamiliární péči, Čes. a slov. Psychiat., 2002, 98, 7, s. 417), sr. s údaji z Ottova sl. nauč. ve vysvětlivce xxiv.

^{xxxvii} Např. F. Kafka (1894-1941), ředitel pražského ústavu pro choromyslné (popraven nacisty r. 1941). Za realizaci heterofamiliární péče se Kafka sice přimlouvá (za předpokladu, že bude pěstoun nadále pod dohledem ústavu, kt. jej v případě potřeby přijme). „Upozorňuje však, že nemocní nemohou mít v rodinách lepší zaopatření než v ústavech, ani co do stravování, ani co do ubytování, ani pokud jde o lékařský dohled.“ (in Šedivec, O tzv. Heterofamiliární péči, Čes. a slov. Psychiat., 2002, 98, 7, s. 417).

^{xxxviii} 11. 2. 2008 uplynulo 150 let ode dne, kdy se Bernadettě Soubirousové zjevila Panna Maria. Lurdy se staly nejnavštěvovanějším poutním místem křesťanského světa. Ročně sem přijde až 6 miliónů poutníků (Hrubý, Lurdy-místo zázraků, Reflex, 8, 21. 2. 2008, s. 68-71).

^{xxxix} „Nedá se říci, že jsou „elektrošoky“ na ústupu. Používají se tam, kde se jedná o těžké onemocnění, kde je potřeba zasáhnout rychle, kde je ohrožen život nebo prožívání závažným způsobem.“ (slova současného ředitele PL Bohnice MUDr. Davida; z dokumentu Střepiny, 2006).

^{xl} „Ještě v 70. a někde i v 80. letech 20. stol. podávali ovšem elektrokonvulze bez anestezie“ (Höschl, in Janíček, 2004, s. 141).

^{xli} Je tomu tak např. „kvůli obecné zkušenosti s elektrickým proudem. Každý z nás, kdo se někdy dotkl fáze v zásuvce nebo viděl udeřit blesk, má z elektrického proudu oprávněný strach jako z něčeho mocného, hrozivého a zároveň zákeřného... Jde o oblast, která je podvědomí spjata s něčím velice nebezpečným a život ohrožujícím.“ (Höschl, in Janíček, 2004, s. 141).

^{xlii} Úmyslné a záměrné ukončení života druhého člověka.

^{xliii} „Obětí nucené eutanazie se stalo 275 000 mentálně nebo fyzicky handicapovaných lidí. Kritérium bylo dokonce rozšířeno na děti označené jako „obtěžně vychovatelné“ (McCarthy, Bayer; in Ondok, 2005, s. 166).

^{xliv} Chorea minor (Sydenhamova nemoc, posunčina). Nervové onemocnění. „Je to porucha v extrapyramidovém systému, která se projevuje nepotlačitelnými mimovolními pohyby (hyperkinézami)“, jež ruší běžnou motoriku. U chorey minor jde o drobné červovité pohyby, nejčastěji v obličeji (připomínají úmyslné posunky) nebo na akrech končetin. Někdy porušena i řeč a chůze. Postihuje děti ve školním věku (sestaveno dle Káš, Országh; 1996, s. 50, 18).

^{xlv} Setkávání nacistických dohlížitelů s choromyslnými v koncentračních táborech spouštělo brutalitu těžkého kalibru: „Esesáci byli jako posedlí, protože před nimi bylo něco, čemu nerozuměli. Něco, co neznalo žádný pořádek, žádnou disciplínu, žádnou poslušnost, žádný strach před násilím nebo smrtí“ (slova R. Vrby, který byl v letech 1942-1944 vězněn v Osvětimi; 1998, s. 190).

^{xlvi} Na zvlášť bezcitné jednání s psychicky nemocnými lidmi vzpomíná také bývalý osvětimský vězeň Rudolf Vrba (* 1924): „V lednu dorazil po nevyslovitelných útrapách transport s několika stovkami chovanců z holandské židovské nemocnice pro duševně choré.“ (Vrba, 1998, s. 188-189). Nedlouho po příjezdu byli choromyslní i s jejich ošetřovatelkami na příkaz Mengeleho posláni do plynových komor (tamtéž, s. 191).

^{xlvii} Chlorpromazin (firemní název – Plegomazin) patří mezi tzv. klasická antipsychotika první generace (typická) (Praško a kol., 2005, s. 35). „Je první ataraktickou látkou, která žádným razantním způsobem nenarušovala organismus nemocných“ (Černoušek, 1994, s. 131). Užívá se nejen jako antipsychotikum, ale také při zvládnání akutního neklidu (Faltus, in Zvolský a kol., 2001, s. 125). Kromě antipsychotického efektu má též účinek tlumivý (Praško a kol., 2005, s. 91). Ch. zcela nahradil dřívější terapie opiem a spánkové kúry (Černoušek, 1994, s. 132). O objevení terapeutického účinku chlorpromazinu se zasloužil také francouzský lékař Laborit (tamtéž).

^{xlviii} „Vnitřní neklid a napětí, jehož projevem je neustálé přešlapování“ (Praško a kol., 2005, s. 36).

^{xlix} Mezi klasická antipsychotika první generace (typická) patří např.: chlorpromazin (Plegomazin), haloperidol (Haloperidol), chlorprothixen (Chlorprothixen), zuclopentixol (Cisordinol), sulpirid (Dogmatil) aj. (Praško a kol., 2005, s. 35).

ⁱ Pokud je člověk, který trpí psychickým onemocněním nebezpečný sobě nebo svému okolí, může psychiatr či ošetřující lékař na psychiatrickém oddělení rozhodnout o léčbě i navzdory přání pacienta nebyť léčen či být propuštěn z nemocničního ošetření (viz. kap. 13. 2. 5. 1) (Praško a kol., 2005, s. 79). “V léčbě je důležitá spolupráce pacienta, jeho okolí a ošetřujícího lékaře.” (tamtéž, s. 80).

ⁱⁱ “Neuroleptika blokují dopamin (snižují hyperaktivitu dopaminu v mozku), čímž pomáhají odstraňovat příznaky schizofrenie. Tím také umožňují psychoterapii, která nemocnému pomáhá distancovat se od bludů a halucinací a vrátit se do světa “normálních lidí” (Vinař, Schizofrenie, daň lidstva za řeč? Možnosti prevence schizofrenie; dostupné na: www.vesmir.cz/soubory/1998_V307-309.pdf). Podobně též in Praško a kol.: “Antipsychotika umožnila nemocným mnohdy návrat zpět do života, zkrátila délku epizody onemocnění, snížila potřebu hospitalizace a umožnila rozvoj ambulantní a komunitní péče” (2005, s. 34).

ⁱⁱⁱ “hlasy” – termín, kterým často označují lidé, již onemocněli psychózou, sluchové halucinace (Praško a kol., 2005, s. 89).

ⁱⁱⁱⁱ “Někteří odborníci jsou však v poslední době v určení diagnózy méně přísní, a dostávají se tak k údají výskytu okolo 3 %.” (Höschl, Očima C. H., Reflex, 8; 21. 2. 2008, s. 21).

^{iv} S tím koresponduje např. Zkušenost Emy: “...Nebylo pro mě vůbec jednoduché najít si práci. Musela jsem se potýkat s předsudky, které obvykle mají zaměstnavatelé vůči lidem s duševními problémy, obzvláště se schizofrenií, neboť vůči ní panuje velmi negativní názor.” (dostupné na: www.psychozy.cz/kapitola.php?10_kazuistiky; www.psychozy.cz/kapitola.php?10a_ema).

^{lv} Podobně též Praško a kol. (2001, s. 47): “Násilné trestné činy jsou u lidí trpících psychózou méně časté než u zdravé populace.”

^{lvi} Přesvědčení mnohých rodičů, že schizofrenii svého potomka zavinili špatnou výchovou, pochází z psychoanalytických teorií, kt. byly vlivné začátkem 20. stol (Praško a kol., 2005, s. 61). O vliv rodiny na vznik a vývoj duševních onemocnění se intenzivně zajímala psychoanalytička Frieda-Fromm-Reichmannová (1889-1957) – Celý život se věnovala psychoterapii psychotických pacientů (viz kniha “Neslibovala jsem ti procházku růžovým sadem od J. Greenbergové, 1998). V roce 1948 použila termín “schizofrenogenní matka” (viz. s. 187) (Praško a kol., 2005, s. 62). Teorie o nevhodné výchově v dětství jako příčině schizofrenie je však mýtem (tamtéž). “Výchovou schizofrenie nevzniká.” (tamtéž).

^{lvii} “Tato matka je charakterizována jako necitlivá, panovačná a nestabilní, zatímco otec je popisován jako nevýrazný, slabý a pasivní.” Studie z 80. let. 20. stol. naopak prokazují značnou protektivitu matek u později schizofrenických dětí. (Matoušek, 1997, s. 106-108).

^{lviii} Uvažovalo se např. o nepříznivém vlivu tzv. dvojné vazby (Matoušek, 1997, s. 107). “Jsou jí míněna význačná sdělení: Např. když se mračíme a přitom sdělujeme, že druhého máme rádi – slovně slyší, že je milován, mimoslovně vidí zlost (Praško a kol., 2001, s. 50).”

Kalifornská psychoterapeutická škola z Palo Alto se domnívala, že “takovéto opakované situace ve významných vztazích v dětství (hlavně ve vztahu k matce) hrají úlohu v etiologii schizofrenie” (Kratochvíl, 2000, s. 82). Praško a kol., uvádějí, že dvojné vazby bychom se při komunikaci s lidmi trpícími psychózou měli vyvarovat, protože se při “dvojné vazbě” dostávají do silné úzkosti (2001, s. 50). Ani dvojná vazba však přítomnost psychózy beze zbytku nevysvětluje (Matoušek, 1997, s. 107). Kromě dalších psychosociálních faktorů jsou zde ještě faktory biologické (např. dědičnost, zvýšená činnost dopaminového systému...) (Praško a kol., 2001, s. 17-19).

^{lix} Celonárodní organizace příbuzných duševně nemocných, kt. vznikla jako o. p. s. r. 2003 v Praze. Její aktivity lze rozdělit na pražské (poradna, linka) a celorepublikové (přednášky, poradenství...). Jedním z cílů organizace je fungovat jako celonárodní sdružení rodinných příslušníků a přátel lidí, kteří trpí duševní nemocí. Sympathea také usiluje o zlepšení vnímání a pohledu na duševně nemocné lidi, jejich blízké a přátele ze strany společnosti. Hnutí se dále podílí na kolektivním boji se stigmatem a na podpoře lidí s duševními problémy a jejich rodin. Propojuje v rámci svých aktivit různé oblasti psychiatrické péče – příbuzné, odborníky, pacienty, státní správu, odbornou i laickou veřejnost. Ve spojení těchto skupin hledá řešení, jak zlepšit situaci duševně nemocných a jejich příbuzných v ČR. (sestaveno dle: <http://www.sympathea.cz>).

^{lx} “Agitovanost je stav neklidu, ve kterém se úzkost projevuje v motorické oblasti zvýšenou činností a vzrušením” (Höschl, 1996, s. 12).

^{lxi} Termínem relaps se zde označuje “nové vzplanutí psychotických příznaků” (Praško a kol., 2005, s. 90).

^{lxii} “Forma schizofrenního onemocnění charakterizovaná bludy pronásledování, pocity aktivní nebo pasivní kontroly, pocity ovlivňování, přesvědčením o pronásledování a často též megalomanickými (velikášskými) tendencemi” (Zvolský, in Zvolský a kol., 2003, s. 73).

^{lxiii} “Se štěkotem za ním vyrazili psi, kdesi vzadu za ním křičel mužik, Ivanovi Dmitriči hučel v uších vítr, a tak měl pocit, že veškeré násilí světa se shluklo za jeho zády a žene se za ním.” (1968, s. 220).

^{lxiv} Diagnostickými kritérii “mělké schizofrenie” byly tzv. pseudoneurotické symptomy (obsese – nutkavé myšlenky, popudy k jednání apod., jež jsou nesmyslné a bezdůvodně ovládají mysl nemocného, ačkoliv se je snaží potlačit; in Klimeš, 1995, s. 520); hysterie a hypochondrie (Lajkep, 2004, s. 315). Pro “loudavou schizofrenii” byl zase typický extrémně pomalý postup. Ten, komu byla tato “nemoc” diagnostikována, mohl být perzekuován a izolován v psychiatrických ústavech (Ondok, 2005, s. 117, cit. dle Encyclopedia of Bioethics, W. T. Reich, MacMillan Library References USA, 1995).

^{lxv} “Okolí jakoby se spiklo proti postiženému. Patří sem např. bludy perzekuční (nemocný se domnívá, že je pronásledován osobou, skupinou, mafií, policií, atd.)” (Höschl, 1996, s. 15).

“Jsou podmíněny vztahovačností a podezřívavostí. Vztahovačnost je tendence vztahovat ke své osobě jevy (ať již poznámky druhých nebo nějaké události), kt. se jedince netýkají.” (Zvolský, in Zvolský a kol., 2001, s. 99).

^{lxvi} Dominuje v nich “chorobné nadhodnocování vlastních tělesných nebo (a) duševních schopností” (též velikášství) (in Klimeš, 1995, s. 467).

^{lxvii} “...všichni jsme v životě někdy smutní. Ale deprese v psychiatrickém slova smyslu se svou kvalitou zásadně odlišuje od toho, co cítíme normálně, když jsme smutní z pochopitelné příčiny. Je to asi taková nemoc jako nemoc štítné žlázy nebo nějaká porucha metabolická. Postiženy jsou ty okruhy v mozku, které řídí, jak cítíme, které dělají smutek nebo veselí. Depresivní nemocný nemá na tyto subjektivní pocity žádný vliv, není možno po něm chtít, aby se rozptýlil nějakou zábavnou činností” (Höschl, in Havlíková, 2000, s. 37).

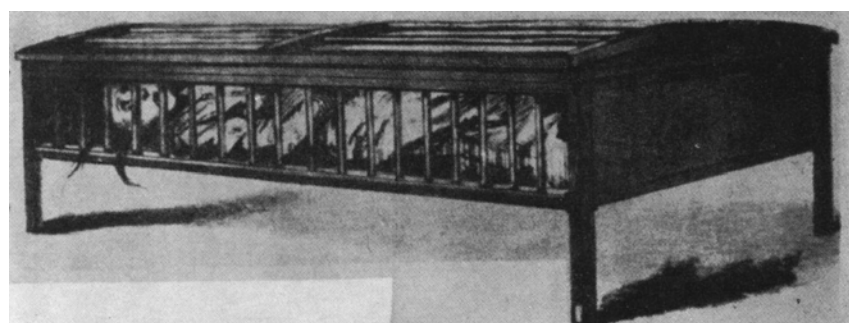
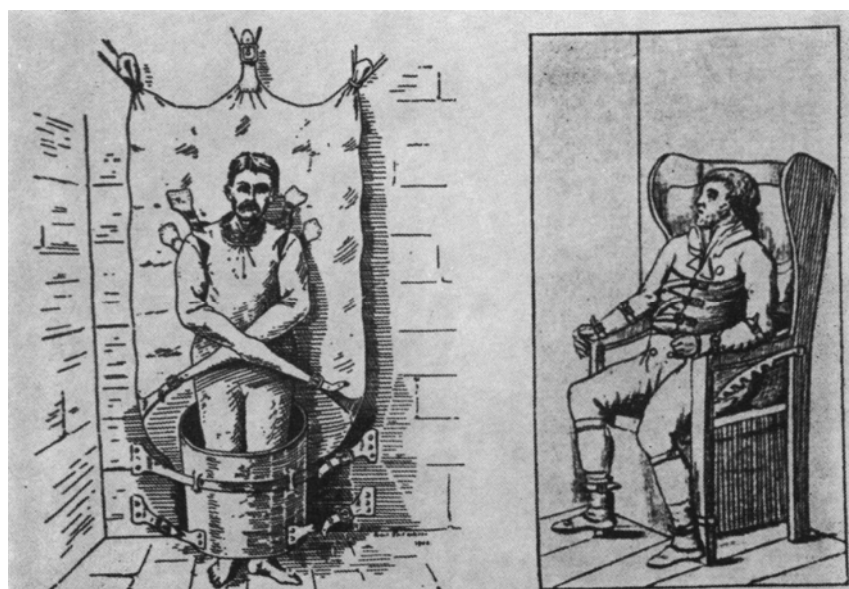
^{lxviii} “Nejobvyklejší typ schizofrenie ve většině částí světa (MKN-10, 2000, s. 99). “V klinickém obraze převládají relativně stálé bludy, často paranoidní, které jsou doprovázeny halucinacemi, převážně sluchovými, a jinými poruchami vnímání.” (MKN-10, 2000, s. 99).

PŘÍLOHY

Příloha č. 1



Obr. 1. Vnitřek špitálu v XVI. stol.



Obr. 2. „Zklidňování“ duševně nemocných v XVIII. století



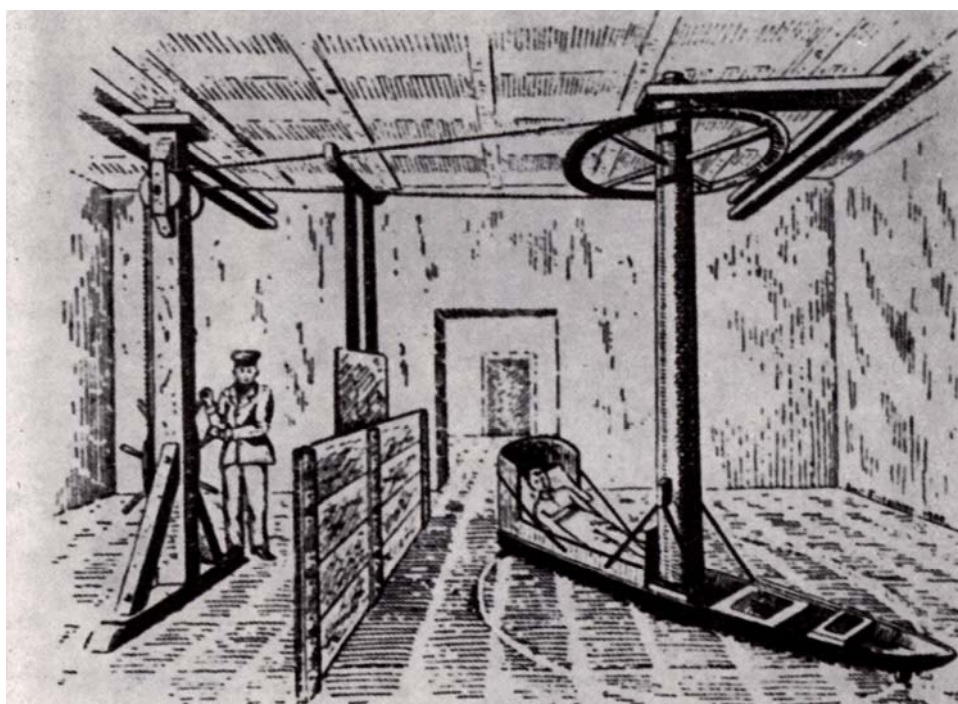
Obr. 3. Duševně nemocný v řetězech



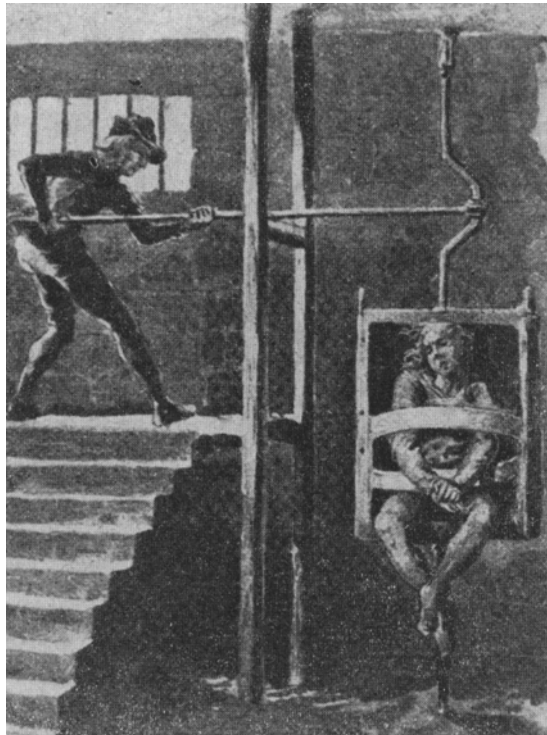
Obr. 4. Duševně nemocná připoutaná ke zdi ve sklepení,
kde byla „hospitalizována“



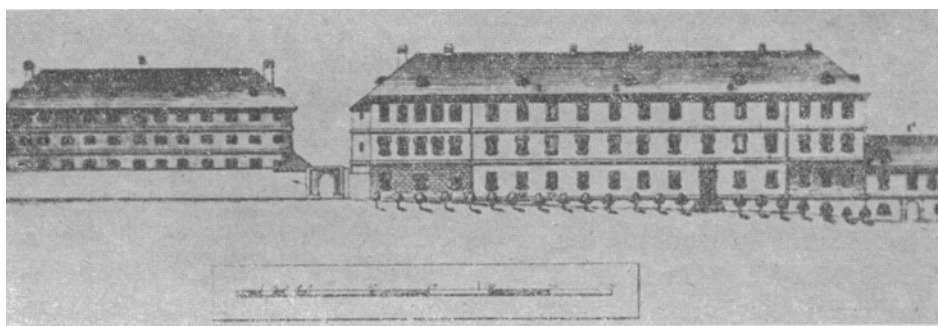
Obr. 5. Philippe Pinel,
tvůrce tzv. druhé psychiatrické revoluce



Obr. 6. Rotační přístroj pro „zklidňování“ duševně chorých



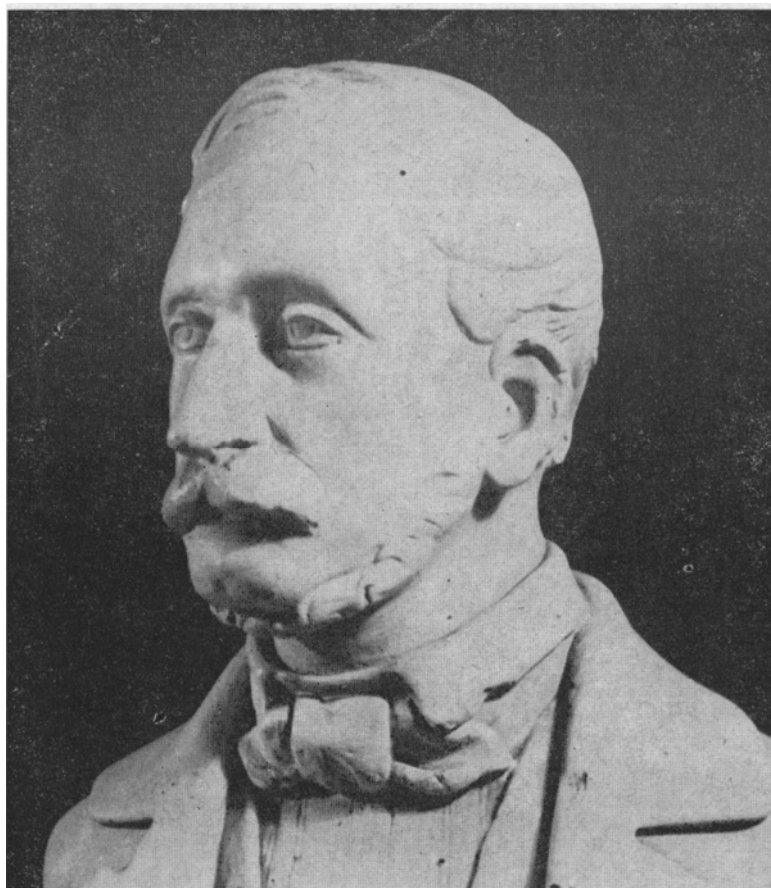
Obr. 7. Omezování neklidu duševně chorých
(rotací těla až do bezvědomí)



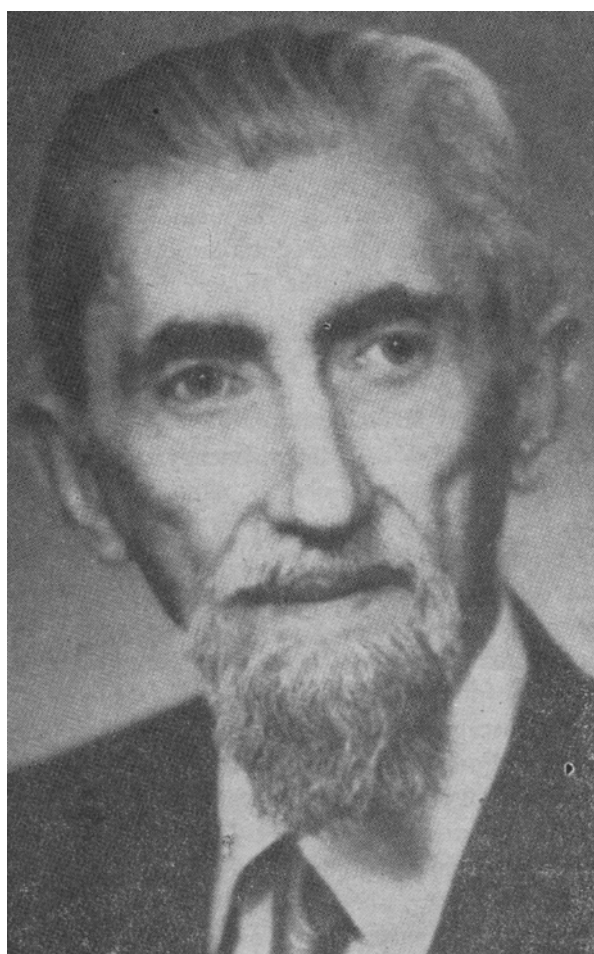
Obr. 8. Nově vybudovaná Pražská Všeobecná nemocnice. Vlevo budova Ústavu pro choromyslné



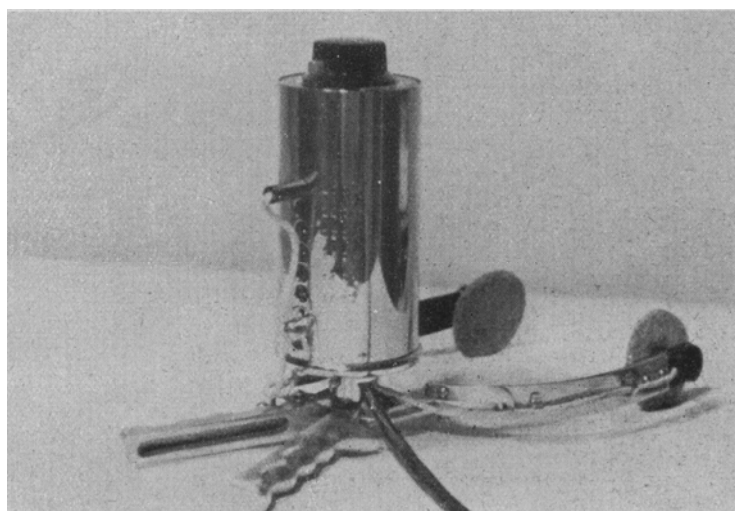
Obr. 9. Augustiniánský klášter u sv. Kateřiny adaptovaný pro II. Ústav pro choromyslné v Praze



Obr. 10. Profesor Dr. Josef Riedel
(podle busty uchované v archivu Psychiatrické kliniky v Praze)



Obr. 11. Profesor MUDr. Vladimír Vondráček, DrSc.



Obr. 12. Elektrošokový přístroj Holzerův (fma Reiner, Vídeň)



Obr. 13. Český elektrošokový přístroj „Nervostat“
(fma Telegrafie, Pardubice)

Příloha č. 2

Deklarace práv duševně postižených lidí

1. Duševně postižený občan má, pokud je to jen možné, stejná práva jako ostatní občané.
2. Duševně postižený občan má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti.
3. Duševně postižený občan má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standard. Má také právo na produktivní práci nebo odpovídající zaměstnání, které odpovídá, pokud možno, jeho schopnostem.
4. Tam, kde je to možné, měl by duševně postižený žít se svojí vlastní nebo opatrovnickou rodinou a s ní společně sdílet život. Rodina, ve které žije, by měla ke společnému životu obdržet podporu. Pokud je nutný pobyt v zařízení, pak by se způsob života v tomto zařízení a podmínky v něm měly přiblížit normálnímu životu, jak je to jen možné.
5. Duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k jeho blahu a zájmům žádoucí.
6. Duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud je obžalován za přečin, pak má právo na řádné soudní vyšetřování a posouzení jeho míry odpovědnosti se zřetelem na jeho postižení .
7. Pokud duševně postižený občan není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakékoliv formě zneužití. Tento proces musí vycházet z odborného posouzení sociálních schopností duševně postižené osoby a musí podléhat pravidelné kontrole, jakož i právu se odvolat k vyšší instanci.

Tuto rezoluci schválilo Valné shromáždění OSN dne 20.prosince 1971

Dostupné na: <http://www.capz.cz/dokumenty/deklarace/deklarace1.htm>.

Seznam pramenů k přílohám

Příloha č. 1

- Obr. 1. Vnitřek špitálu v XVI. stol.** In. VENCOVSKÝ, E. *Počátky české psychiatrie (XIII. A XIX. století)*. Praha : Státní zdravotnické nakladatelství, 1957.
- Obr. 2. „Zklidňování“ duševně nemocných v XVIII. století.** In VENCOVSKÝ, E. Čtení o psychiatrii. Praha : Avicenum. 1983.
- Obr. 3. Duševně nemocný v řetězech.** In VENCOVSKÝ, E. Čtení o psychiatrii. Praha : Avicenum. 1983.
- Obr. 4. Duševně nemocná připoutaná ke zdi ve sklepení, kde byla „hospitalizována“.** In VENCOVSKÝ, E. Čtení o psychiatrii. Praha : Avicenum. 1983.
- Obr. 5. Philippe Pinel, tvůrce tzv. druhé psychiatrické revoluce.** In VENCOVSKÝ, E. Čtení o psychiatrii. Praha : Avicenum. 1983.
- Obr. 6. Rotační přístroj pro „zklidňování“ duševně chorých.** In VENCOVSKÝ, E. Čtení o psychiatrii. Praha : Avicenum. 1983.
- Obr. 7. Omezování neklidu duševně chorých (rotací těla až do bezvědomí).** In VENCOVSKÝ, E. *Sto let české psychiatrické kliniky v Praze 1886-1986*. Praha : Univerzita Karlova, 1987, 60-029-86.
- Obr. 8. Nově vybudovaná Pražská Všeobecná nemocnice.** In VENCOVSKÝ, E. Čtení o psychiatrii. Praha : Avicenum. 1983.
- Obr. 9. Augustiniánský klášter u sv. Kateřiny adaptovaný pro II. Ústav pro choromyslné v Praze.** In VENCOVSKÝ, E. Čtení o psychiatrii. Praha : Avicenum. 1983.
- Obr. 10. Profesor Dr. Josef Riedel (podle busty uchované v archivu Psychiatrické kliniky v Praze).** In. VENCOVSKÝ, E. *Sto let české psychiatrické kliniky v Praze 1886-1986*. Praha : Univerzita Karlova, 1987, 60-029-86.
- Obr. 11. Profesor MUDr. Vladimír Vondráček, DrSc.** In. VENCOVSKÝ, E. *Sto let české psychiatrické kliniky v Praze 1886-1986*. Praha : Univerzita Karlova, 1987, 60-029-86.
- Obr. 12. Elektrošokový přístroj Holzerův (fma Reiner, Vídeň).** In. ROUBÍČEK, J. Šokové léčení duševních poruch. 1. vyd. Praha : Lékařské knihkupectví a nakladatelství. 1946.
- Obr. 13. Český elektrošokový přístroj „Nervostat“ (fma Telegrafie, Pardubice).** In. ROUBÍČEK, J. Šokové léčení duševních poruch. 1. vyd. Praha : Lékařské knihkupectví a nakladatelství. 1946.

Příloha č. 2

Deklarace práv duševně postižených lidí schválená Valným shromážděním OSN 20. 12. 1971.

Dostupné na: <http://www.capz.cz/dokumenty/deklarace/deklarace1.htm>

