

U n i v e r z i t a K a r l o v a v P r a z e
F a k u l t a h u m a n i t n í c h s t u d i í



Bakalářská práce

Pojetí duševní nemoci v současné české společnosti

Vypracovala: Marie Kavanová

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Václav Břicháček

Praha 2007

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracoval/a samostatně s použitím uvedené literatury a souhlasím s jejím eventuálním zveřejněním v tištěné nebo elektronické podobě.

V Praze dne 14.9.2007

.....

Podpis

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala panu Doc. PhDr.Václavu Břicháčkovi za otevřenost s jakou přistupoval k mé práci a cenné rady, které mi poskytl při jejím vypracování. Dík dlužím i všem ostatním, kteří se na práci podíleli ať už radou či praktickou pomocí při provádění dotazníkového šetření.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině za trpělivost a podporu, kterou mi poskytovali v průběhu celého studia.

Anotace

Práce se snaží osvětlit podstatu a původ současného pojetí duševní nemoci v naší společnosti. Pomocí historického diskurzu je vysvětlován původ a způsob vzniku současné psychiatrické koncepce, jak v zahraničí, tak u v ČR Dále jsou představena některá alternativní teoretická stanoviska k problému definice duševní nemoci, včetně kritiky současného pojetí. Téma je zpracováno vzhledem k české společnosti v přehledu vývoje české psychiatrie

V praktické části práce je analyzován vztah veřejnosti k duševním nemocem a sociální aspekty onemocnění. Byly srovnávány dvě skupiny veřejnosti v Praze. Jedná se o skupiny generáčně rozdílné, děti (lidé ve věku 20-30 let) a jejich rodiče. Ke srovnání bylo použito dotazníkové šetření, s možností způsobu kvantitativního i kvalitativního vyhodnocení. V praktickém výzkumu se prokazuje právě rozdíl generačního vnímání duševní nemoci.

Annotation

The paper deals with the essence and the origin of the present conception of mental illness in our society. By the means of a historical approach, the origin and formation of psychiatric view in the Czechia and abroad is studied. Also, the major alternative opinions about the definition of mental illnesses are discussed. The critique is displayed as well.

In the second part of the paper, the public perception of the mental illness is analyzed. Two groups of public were compared. One group is represented by the children (age variation 20 - 30 years), the second is represented by their parents. The questionnaires were used to obtain the results. The results were elaborated by the means of qualitative and quantitative approach. It appears that the generation difference is the key issue in the different way of perception of mental illnesses.

Obsah:

1	Úvod.....	7
1.1	Zdroje	8
Teoretická část		
2	Definice pojmů.....	9
2.1	Duševní zdraví – duševní nemoc	9
3	Duševní nemoc v evropské historii	12
3.1	Nejstarší zprávy.....	14
3.2	Krátké antické zastavení.....	14
3.3	Démoni středověku a šílenství renesance.....	16
3.4	Objev osvícenství: internace	21
3.5	Počátky psychiatrie	22
3.6	20. století.....	25
4	Moderní psychiatrické pojetí	27
4.1	Medicinizace	30
5	Některé alternativní koncepce duševních nemocí	32
6	Česká psychiatrie.....	35
6.1	Totalitní psychiatrie.....	36
6.2	Psychiatrie po revoluci	38
6.2.1	Destigmatizační aktivity na poli psychiatrie - po roce 1989.....	39
7	Duševní nemoc a veřejnost	40
7.1	Postoje k duševním nemocem v průzkumech	41
Praktická část		
8	Výzkum	46
8.1	Výzkumný cíl	46
8.2	Hypotézy:	47
8.3	Metodologie	47
8.4	Popis dotazníku	49
9	Výsledky výzkumu:	50
9.1	Obecný popis získaného vzorku respondentů	50
9.2	Zkušenosti s duševní nemocí a jejich vliv na postoje respondentů.....	51
9.3	Informovanost o současném psychiatrickém pojetí duševních nemocí	56
9.3.1	Vyhodnocení znalosti druhů duševních nemocí.....	56
9.3.2	Znalost způsobů léčby duševních nemocí.....	57
9.4	Míra stigmatizace/otevřenosti	59

9.4.1	Způsob léčby duševně nemocných (otázka č. 5).....	59
9.4.2	Postoj k duševně nemocným z hlediska partnerství (otázka 7).....	62
9.4.3	Postoj k duševně nemocným z hlediska názorů na možnost žít plnohodnotný život (otázka 9).....	64
9.5	Představa o podstatě duševních nemocí (8, 10)	66
9.5.1	Povědomí o příčinách vzniku duševních nemocí (otázka č. 8)	67
9.5.2	Názory na možnost pozitivního vlivu duševní nemoci (otázka č. 10)	68
10	Závěry výzkumu	70
11	Závěr.....	73
12	Prameny:	75
13	Přílohy	77

1 Úvod

Téma, které jsem si vybrala pro svou práci je fenomén duševních nemocí v současné české společnosti.

Pro důvod zabývat se tímto tématem není nutné chodit daleko. Šílenství provází lidskou společnost od nepaměti a je jedním z jevů, se kterým se musí vypořádat a reagovat na něj. Pro poznání jiných společností, a konec konců i té naší současné, může být proto zkoumání jejich projevů vůči němu velmi obohacující.

Duševní nemoc je i však zajímavým tématem i na individuální úrovni - každý z nás se již někdy s duševní nemocí setkal, a troufám si tvrdit, že byl nucen zaujmout nějaké stanovisko ke konkrétnímu duševně nemocnému člověku. Osobní setkání nutí člověka položit si otázku: Jaký je tento druhý? V čem je jiný? A především proč? Některé to může přivést k myšlence, zda-li není onen druhý tím „zdravým“. Nakonec zůstává tedy poslední a nejpalčivější otázky - jak mohu říci (a potažmo společnost), že tento člověk je nemocný? A co ve skutečnosti znamená, to „být nemocen“?

Problematika duševního zdraví někdy bývá označována jako epidemie 20.století. Odborníci poukazují na nárůst počtu duševních nemocí v souvislosti s životním stylem.¹ V této souvislosti si laik může klást otázky: Jsme všichni nemocní? Je to normální? A co je vlastně normální?

Je zřejmé, že na fenomén duševní nemoci ve společnosti je možné nahlížet z mnoha úhlů. Není proto zde mým cílem a není ani v možnostech bakalářské práce pojednat jej v úplnosti. Spíše se snažím o nástin problematiky v souvislosti k dnešní české společnosti, tedy k lidem v našem bezprostředním okolí.

V teoretické části se věnuji nástinu vývoje současného pojetí duševních nemocí, posléze popisují toto pojetí samotné. Krátce jej srovnávám s pohledem Foucaultovým a uvádím několik kritických pohledů z hlediska sociologie (Chromý) a antipsychiatrického hnutí. Dále zkoumám fenomén duševní nemoci v českém prostředí a to vzhledem ke třem obdobím v historii, tedy počátkům psychiatrie, období totalitní psychiatrie a současnosti. Analýze vztahu veřejnosti k duševním nemocem věnuji poslední kapitulu teoretické části. Zde uvádím

¹ Dragomirecká.

stručný přehled dosavadního zkoumání včetně dvou výzkumů, které mohou být považovány za východisko pro praktickou část.

V praktické části srovnávám pojetí duševní nemoci u dvou generací v Praze. Výzkum byl prováděn formou dotazníkového šetření s polozavřenými otázkami. Vzhledem k poměrně malému vzorku respondentů si výzkum nečiní nároky být reprezentativní - je spíše jakousi úvodní sondou, umožňující alespoň částečný náhled do složitého problému vztahu společnosti k duševním nemocem. Vzhledem k faktu, že v posledním desetiletí nebyly serióznější studie v tomto směru v českém prostředí prováděny, považuji ho za velmi dobré východisko pro možné budoucí studie, které by však měly být rozsáhlejší.

1.1 Zdroje

Při historické analýze vzniku současného pojetí duševních nemocí vycházím z prací **Michela Foucaulta**. Podrobně se k metodologii zkoumání a zdrojům věnuji v úvodu této kapitoly. Poznatky o současné psychiatrickém pojetí duševních nemocí, čerpám z učebnice Cyrila **Höschla**².

Problematika české psychiatrie v letech 50 – 89 nebyla dosud v odborné literatuře podrobněji popsána. Využívám zde proto informace z několika zdrojů, které se problému dotýkají, především práce **Höschla**³ a **Baudiše s Libigerem**⁴.

Pro analýzu sociálních aspektů duševních nemocí se ukázala cennou práce **Chromého**⁵ a to i přesto, že je staršího data vydání. Na podobnou publikaci jsem mezi pracemi z nedávných let bohužel nenarazila, mezi českými zdroji k tomuto problému proto považuji Chromého práci za nenahraditelnou.

Obdobná situace bohužel panuje co se týče šetření a průzkumů. Uvádím zde tedy výzkum **Kořána**⁶ a pro další statistické údaje o postojích veřejnosti se obracím k zahraničním zdrojům.

² Höschl, C. et al.: Psychiatrie. Učebnice pro vyšší zdat. Školy. Scientia Medica, Praha 1997.

³ Höschl, C. et al. Psychiatrie. Praha : Tigris, 2004.

⁴ Baudiš, P., Libiger, J.: Psychiatrie a etika. Galén, Praha 2002

⁵ Chromý, K.: Duševní nemoc: sociologický a sociálně psychologický pohled. Avicenum, Praha 1990.

⁶ Kořán, J.: Stereotyp duševně nemocného. Československá psychiatrie, Vol. 89, No.5., pp. 313-320, 1993.

2 Definice pojmů

2.1 Duševní zdraví – duševní nemoc

Chceme-li se věnovat zkoumání fenoménu duševních nemocí, nemůžeme se vyhnout předběžnému definování základních pojmů. Předně je třeba říci, že duševní nemoci jsou předmětem zkoumání mnoha oborů, což mimo jiné přispívá k určité terminologické nejasnosti. V odborné literatuře se mimo pojmu „duševní nemoc“ setkáváme také s pojmy duševní porucha, duševní choroba, duševní zdraví či duševní norma⁷.

Vedle odborné terminologie se v našem jazyce objevují i výrazy, které jsou dědictvím dob minulých (např. bláznovství, šílenství apod.) a v neposlední řadě je bohatým zdrojem relevantních pojmů i lidová tvořivost (mluva)⁸.

Proto je zcela nezbytné věnovat náležitou pozornost definování jednotlivých pojmů a jejich vzájemnému vymezení.

Jednou z nabízejících se možností, jak definovat pojem **duševní nemoc** je vymezit ho proti pojmu **duševní zdraví**. V tomto smyslu je tedy možné duševní nemoc vnímat negativně, jako nedostatek duševního zdraví.

Pod pojmem **zdraví** můžeme v psychologickém slovníku nalézt:

„stav toho, komu se dobře daří, kdo se cítí silný a jistý. Je to pojem těsně spjatý s pojmem adaptace. Světová zdravotnická organizace upřesňuje, že „zdraví je požitek z úplné pohody společenské, duševní a tělesné, nikoli jen nepřítomnost nemoci nebo poruchy“. Mluvíme – li o zdraví, odvoláváme se implicitně na dynamickou rovnováhu mezi organismem a prostředím.“⁹

Nemoc je proti tomu definována jako „souhrn reakcí organismu na poruchu rovnováhy mezi ním a prostředím. Podle průběhu se dělí na akutní a chronickou“¹⁰ anebo také: „porucha zdraví v důsledku neschopnosti těla využít své obranné prostředky proti vnějšímu napadení

⁷Termín duševní porucha užívá současná psychiatrie. Věnuji se mu dále v textu, proto na tomto místě není objasněn.

⁸ Z lingvistického hlediska je zajímavá i bohatost samotných označení pro duševně nemocné lidi – odrelativně neutrálních - nemocný, labilní, pomatený šílený, po hanlivější, např. blázen až po celou škálu vyloženě hanlivých až přímo vulgárních výrazů (labil, dement, ťuk ťuk, mešuge, magor atd.)

⁹ Sillamy, Robert: Psychologický slovník, str. 241

¹⁰ Kol. autorů, Encyklopedický slovník, str. 736

(toxiinfekce apod.) nebo k vyřešení psychologických konfliktů. Podle prostředí, k němuž náleží, se nemocný přiznává snadněji nebo méně snadno ke svému skutečnému stavu.“¹¹

Samotnou **duševní nemoc** definuje psychologický slovník takto:

Duševní nemoc (mental illness) choroba, jejíž podstatou je porucha duševních funkcí ve smyslu, Hyper-, hyp-, dysfunkce nebo úplné ztráty funkce; v nejstarších dobách považována za následek provinění proti Bohům; příznaky duševních nemocí podobné na celém světě, i když jsou modifikovány vlivem kultury, která má vliv na obraz nemoci; např. schizofrenici v USA se nejčastěji vydávají za sportovní nebo filmové hvězdy, v nábožensky založených společnostech za apoštoly nebo představitele pekla, v Africe za Asijce, v ČR za agenty tajných služeb nebo jejich oběti, popř. za kontaktní osoby pro styk s mimozemskými civilizacemi; počet duševních nemocí se odhaduje mezi 1 -2% v běžné populaci, pokud je brán tzv. medicínský koncept duševních nemocí, dle Bertalanffyho(1966), jako porušení systémových funkcí psychofyzického organismu; v tomto pojetí však chybí sociální kontext, který na vznik a tvárnost duševních nemocí má nepochybně vliv.¹²

Naopak sociologicky je nemoc definována jako deviace:

Duševní nemoc – Je to sociální kategorie, určená k označení stavu jedince, o němž daná společnost předpokládá, že neumožňuje nositeli plnění obvyklých rolí z důvodů mentální narušenosti a jedinec nemůže tento stav odstranit pouhým chtěním.¹³

Duševní zdraví – normalita (vs. patologie)

Při snaze vymezit duševní nemoc vůči duševnímu zdraví narážíme na fakt, že hranice mezi oběma pojmy není jednoznačná a rozlišení mezi oběma stavy závisí vždy na konkrétním pojetí normality v dané společnosti, vymezené časově a kulturně.

Zdraví bývá ztotožňováno s normalitou. Ta tedy může být chápána takto:

duševní zdraví = optimální stav = proces směřující k seberealizaci¹⁴

Podle Hartlova psychologického slovníku je „*normalita* nejčastěji považována za jev, který odpovídá předem stanovenému očekávání“.¹⁵

Podle Svobody¹⁶ je norma v psychopatologii zjišťována jednak subjektivně – vlastním odhadem jedince, a jednak sociálně - názorem sociálního okolí.

¹¹ Sillamy, Psychologický slovník, str. 129

¹² Hartl, Hartlová, Psychologický slovník, Portál Praha 2000.

¹³ Chromý, Sociologický a sociálně psychologický pohled, Praha. Avicenum 1990:

¹⁴ Svoboda, Psychopatologie a psychiatrie, str. 32

¹⁵ Hartl, Hartlová, Psychologický slovník

¹⁶ Svoboda, Psychopatologie a psychiatrie

Z hlediska psychiatrické diagnózy - tedy přítomnosti či nepřítomnosti psychopatologických symptomů:

Statisticky – kvantitativní odchylkou od statistické normy

Funkčně – podle projevů, jednání člověka v dané situaci.

Z jiného hlediska je pak možné za *normální* považovat to, co je nejvíce časté, tedy průměrné. To, co se vymyká průměru (ať už jej převyšuje či za ním pokulhává) je nahlíženo jako patologické (statistické pojetí). Tato koncepce hledá své opodstatnění v tom, že zdravé převládá.

Za normální je možné také označovat určitý systém, který správně plní svou funkci (funkční pojetí). Funkční pojetí nachází zajisté své opodstatnění v organické medicíně, kdy je možné zdraví jakožto normu zredukovat na správnou funkci orgánů tělesné soustavy, nicméně hovoříme-li o člověku jako psychofyzické jednotě, je toto pojetí nepoužitelné.

Je-li stanoveno jisté objektivní hledisko, na základě něhož je stav srovnávám s předem definovanou hodnotou, hovoříme o pojetí normativním.

Norma jako optimální stav vyjadřuje vztah k určitému ideálu, který je pochopitelně kulturně a časově podmíněný. Z hlediska ideálu by nebyl žádný člověk úplně normální.

Ukazuje se tedy, že odpověď na otázku: “jak mohu říci, že je ten druhý duševně nemocný?” závisí na mém konkrétním pojetí normality. Těch, jak jsem viděli, však existuje celá škála, a navíc se dozvídáme, jsou odvislé od společnosti v níž se dotyčný pohybuje. Následující historický exkurz ukáže do jaké míry je představa normality a nemoci proměnlivá v evropských dějinách.

3 Duševní nemoc v evropské historii

V této kapitole se zaměřuji na popis historického formování vztahu společnosti k duševním nemocem a zároveň popis proměn lékařské (či jiné) péče, které se duševně nemocným dostávalo. V následujících řádcích se také zaměřím na odkrytí původu pojmů duševní nemoc a duševní zdraví, na kterých stojí současný přístup k problematice duševních chorob.

O popis historického vývoje koncepce šílenství v dějinách se pokoušeli mnozí autoři. Jejich pojetí této problematiky byla a jsou různá - psychiatrické publikace se zpravidla drží jakéhosi vývoje psychiatrické medicíny, nazírající na vše z úhlu pohledu léčby duševních nemocí tak, jak je pojímá současná psychiatrie.

Černoušek¹⁷ rozlišuje několik typů historických přístupů k fenoménu duševní nemoci. Je to jednak tzv. pozitivně deskriptivní směr popisu, který by se dal také označit jako snaha o dějiny oboru psychiatrie. Autoři, vesměs sami psychiatři, se striktně drží svého nomotetického diskurzu a vývoj fenoménu duševní nemoci popisují jako trvalý progresivní proces směřující k cíli, jímž je ustavení pozitivní psychiatrie, tak jak ji známe dnes. Jednou z nejklasičtějších prací v tomto směru jsou *Dějiny lékařské psychologie* **G. Zilboorga**, v nichž je historický proces popisován na základě milníků, které tvoří tzv. psychiatrické revoluce.

Problematiku duševních nemocí v historii lze také sledovat skrze dějiny psychiatrických pojmů.

Metodologicky zcela odlišný je přístup klasika oboru **Michela Foucaulta**, jehož práce *Dějiny šílenství* a *Psychologie a duševní nemoc* nemají svým rozsahem a významem srovnání, ač prošly od doby svého vzniku kritikou z mnoha směrů.

Černoušek označuje Foucaultův přístup¹⁸ za sociologický. Odlišuje jej od antipsychiatrického, který zcela odmítá lékařskou psychiatrii a vrací lékařství k sociopatii. Mezi nejznámější příslušníky tohoto hnutí 60.let minulého století patří T. Szasz., jeden z významných Foucaultových kritiků.

Čistě historiografickou metodou je sledování dějin psychiatrických institucí. Jedná se o psychohistorii, která rekonstruuje psychický či psychopatologický vývoj jedince na základě

¹⁷ Černoušek, M.: Šílenství v zrcadle dějin. Grada Avicenum, Praha 1994.

¹⁸ podobně jako např. Rosena

okolního dění. Zkoumat historii psychiatrie je možné sledováním vývoje psychiatrických ústavů a konečně studiem pamětí psychiatrů.

Domnívám se, že hledat podstatu fenoménu duševní nemoci v rámci přístupu psychiatrické historiografie nelze – ze závěrů, ke kterým dospěli autoři, kteří se vydali touto cestou, je zřejmé, proč nelze u společenských věd užívat exaktního přístupu. Stanovení hypotéz vede v historickém zkoumání vždy jen k jejich potvrzení.

Proto v této práci vycházím z analytického přístupu Michela Foucaulta, podle něž je nutné hledat podstatu psychopatologie v „určitém historicky situovaném vztahu člověka k člověku šílenému a ke skutečnému člověku vůbec.“¹⁹

Foucault tak ve svých dílech rozpracovává dějiny evropského myšlení jako popis vývoje dialogu „Rozumu s Nerozumem, Šílenstvím“. Od každodenní rozmluvy v době renesance, kdy bylo šílenství běžnou zkušeností, tak dospívá k naprostému mlčení dneška, kdy rozum s šílenstvím nevede již dialog vůbec žádný.

Nerozum je však součástí celku, tvoří evropského člověka stejně tak jako jeho racionalita, zavírat oči před pravdou šílenství (které je konec konců součástí lidskosti) znamená zavírat oči před sebou samým, jak se ostatně dozvídáme např. z literární tvorby renesance. Vztah k šílenství (které dnes nazýváme duševní nemoc) ať už v podobě dialogu či mlčení tvoří podle Foucaulta jednu z dimenzí evropské společnosti:

„Evropský člověk má od hlubokého středověku vztah k čemusi, co neurčitě nazývá Šílenstvím, Slabomyslností, Pomateností. Právě této přítomnosti vděčí možná západní rozum za něco ze své hloubky, tak jako sokratovští diskutéři vděčili za svou Sófrosyné hybris.“²⁰

Dějiny psychiatrie, tedy dějiny lékařské péče o duševně nemocné, vesměs opírající se dobové prameny (či přímo archeologická zkoumání), však mohou poskytnout cenné poznatky o jedné z konkrétních forem tohoto vztahu člověka k člověku šílenému. Proto v této kapitole využívám i práce „historiků psychiatrie“, zejména pak dílo předního českého odborníka neuropsychiatrie Eugena Vencovského²¹

¹⁹ Foucault, Psychologie a duševní nemoc, str. 6

²⁰ Tamtéž, str. 7

²¹ Vencovský, E.: Psychiatrie dávných věků. Karolinum, Praha 1996.

3.1 Nejstarší zprávy

Stavy šílenství se v lidské společnosti objevovaly od nepaměti. Studium primitivních společností je možné utvořit si představu o vnímání těchto duševních stavů.

Animistická náboženství (která jsou u bezstátních společností nejrozšířenější) vytvořila představu posedlosti - šílený člověk je posedlý nějakou zlou mocností, duchem či démonem. Jindy je nemoc vnímána tak, že nemocný přišel o svou duši, která bloudí, je unesena zlými duchy²². Duchové jsou vyháněni pomocí magických rituálů, symbolickými úkony či předměty (talismany, amulety), které tvoří každodenní realitu primitivního člověka v jehož světě neexistuje ostré rozdělení posvátného a profánního – jeho svět je naplněn posvátnými akty, které zaručují jeho kontinuitu. Primitivní člověk žije ve světě mýtu, a skrze něj také vnímá stavy šílenství jako součást této reality – tzn. jako stav, který stejně jako všechno ostatní je způsoben magickými silami.

Jen těžko lze šamanistické praktiky považovat za prazáklad lékařství v moderním slova smyslu; užívání různých léčivých esencí z bylin je ovšem kořenem lidového léčitelství, které přetrvává až do dnešní doby. Za počátky medicíny není možné chápat ani neolitické nálezy lebek s trepanačními otvory - chirurgickou léčebnou technikou, která se běžně užívala ještě ve starověku.

Dějiny psychiatrie se zpravidla zmiňují o lékařských systémech rozvinutých civilizací minulosti, o nichž se dochovaly zprávy v podobě písemných pramenů. Dozvídáme se tak o Babylonii, Egyptě, Indii i Číně. Vzhledem k faktu, že evropské myšlení stojí na antických základech, není možné opominout alespoň stručný pohled na duševní nemoci v tomto období ve starověku.

3.2 Krátké antické zastavení

Zejména starověké Řecko přispělo k pozdějšímu pohledu na šílenství mnohým. Ze starořečtiny pochází pojem *psýché*²³, který tvoří základ názvů všech současných disciplín

²² např. u jioamerického kmene Yanoamů

²³ Jako princip jednotlivého života byla původně spatřována v dechu a všem co s ním souvisí (proto „duše“), později byla pojímána jako nejjemnější látka - entita zásadně nehmotná. Z tohoto pojetí také pochází představa o nesmrtnosti duše (Platón). Aristoteles pojímal duši jako formu těla - pokud by oko mělo duši, bylo by jí vidění.. Aristotelův spis *O duši* (*Peri psýchés*) začíná slovy: „...vědu o „duši můžeme asi právem pokládat za nejpřednější..“ *Filozofický slovník. Kolektiv autorů. Nakladatelství Olomouc.*

zabývajících se lidskou duší. Filozofická koncepce psyché - duše²⁴ přetrvala až do středověku a tvořila jeden za základních kamenů křesťanského filozofického myšlení²⁵.

Pojetí Řeků však od středověké scholastiky či renesančního humanismu značně lišilo - neexistuje zde dichotomie racia a nerozumu, řecký logos nemá svůj protiklad.

Jak podotýká Foucault, Řekové měli pouze vztah k čemusi podobnému, co nazývali hybris - překročení mezí, urážka, nadutost, pýcha, která předchází pád²⁶. Hybris je však opakem sofrósyné²⁷, tehdejšího ideálu žití, nikoli ovšem rozumu, tak jako ho chápe racionalismus novověku.

V Řecku se zpočátku chápání duševních poruch příliš nelišilo od představ v Egyptě či Babylónii. Jako důkaz nám mohou sloužit Homérové eposy Ilias a Odyssea. Postavy Oidipa, Oresta, a mnohých jiných jsou dokladem toho, že i Řekové chápali poruchu jako trest boží či posedlost zlými démony.

Řecké dědictví přineslo mnohé i v lékařství. Nejstarší řecké lékařství bylo spojeno s postavou poloboha Asklépia. Asklépios prý uměl nejen léčit, ale dokonce oživovat, a protože jeho zásluhou potom nikdo neumíral, Zeus jej usmrtil.²⁸ S uctíváním Asklépiona vzniklo chrámové lékařství; kde se lékařům (= kněžím) říkalo asklépiovci a léčení probíhalo v chrámech (= asklépiích). Nešlo pochopitelně o lékařství v dnešním slova smyslu, neboť léčení probíhalo pomocí magických rituálů a hlavní léčebnou silou byla moc Asklépionova.

Společně se rozvojem filozofického myšlení však začaly vznikat i demytizované koncepce světa a člověka; tím se pozornost tehdejších učenců obrátila i k šílenství (posedlosti, pomatenosti), spolu s tím i k výkladům chorob a lidské duše. Vznikaly první pokusy o klasifikaci duševních poruch, byly zavedeny mnohé lékařské pojmy užívané po dlouhou dobu v evropském lékařství (některé se používají i dnes). Vedle mnoha jiných učenců to byl zejména Hippokrates, jehož teorie umožnily vzniknout mnoha pozdějším koncepcím.

Řecké lékařství chápalo člověka jako přirozenou součást přírody, a proto také hledalo prvky a základní tělesné složky, které by odpovídaly přírodním živlům, z nichž postává vše živé.²⁹

Hippokrates tak rozpracoval tzv. *humorální teorii duševních nemocí*³⁰ : „žluč je teplá a suchá - odpovídá ohni, hlen je studený a vlhký - voda, krev je vlhká a teplá - vzduch, žluč - melan-

²⁴ Později v latině *anima*

²⁵ Jak upozorňuje Sokol, současná, zejména anglosaská filozofie, ji nahrazuje pojmem *mysl* (mind).

²⁶ Sokol, *Malá filosofie člověka*, slovník filozofických pojmů

²⁷ uměřenost

²⁸ Vencovský, *Psychiatrie dávných věků*, str. 53

²⁹ Černoušek, *Šílenství v zrcadle dějin*, str. 97

cholé, je suchá a studená – koresponduje se zemí. Kombinací prvků vznikají čtyři temperamenty.“³¹

Co se týče přístupu řecké společnosti k duševně nemocným, lze říci, že pouze někteří nemocní bývali hospitalizováni v *asklépiích*. Někteří šílení bývali ponecháni na svobodě – ti, kteří svými činy neohrožovali okolí. Antická kultura však rozeznávala i šílenství zvané *kakodaimonome*, posedlost zlými duchy. *Kakodaimonome* se projevovalo nejen dezorientací postiženého a vytržením ze skutečnosti, ale také jednáním, které ohrožovalo okolí a tudíž i integritu společnosti. S takovými jedinci se nakládalo poněkud tvrději.

„Propadnul-li šílenec přílišné zuřivosti, byl spoután a internován doma u příbuzných. V horším případě ve vězení. Objevovala se také možnost pranýře. Vedle uvedených nápravných opatření, která ovšem byla stále sociální, očekával nenapravitelné zuřivce a maniaky ten nejkřutější způsob sociální izolace - vyobcování z lidské pospolitosti. Šílenec vstupoval do sféry mystiky obětování, rituálu obětního beránka.“³²

Zajímavé je, že podobné prvky vyobcování ze společnosti v rámci magického rituálu nachází Foucault i ve středověkých evropských městech.³³ Římská lékařská věda pak často čerpala poznatky z řeckých zdrojů. Řecký lékař Galenos³⁴, který působil jako osobní lékař Marka Aurelia považoval za centrum lidského těla hlavu, ale viděl v ní, potažmo v mozku, centrum duševních poruch.

3.3 Démoni středověku a šílenství renesance

Středověk znamenal z hlediska většiny historiků psychiatrii dobu temna, iracionální víry v magické síly. „Duševně choří nebyli považováni za nemocné, ale za posedlé zlými duchy, vstoupili do nich padlí ďáblové. Šílenství bylo neklamným projevem vtělení Ďábla a posedlosti démony.“³⁵

Podobně se o středověku z hlediska moderní vědy vyjadřuje Vencovský: „Osudy nauky o duševních chorobách, tj. dnešní psychiatrie, představují v období středověku nejčernější kapitolu historie lékařství vůbec“.³⁶

³⁰ Hippokrates vidí příčiny duševních nemocí uvnitř člověka

³¹ Černoušek, Šílenství v zrcadle dějin, str. 97

³² Černoušek, Šílenství v zrcadle dějin, str. 45

³³ viz kapitola Šílenství renesance

³⁴ cca 130 – 200 n. l.

³⁵ Svoboda, Psychopatologie a psychiatrie, str. 16

³⁶ Vencovský, Psychiatrie dávných věků“, str.101

Na základě tehdejšího učení, démonologické podstatě šílenství, byli duševně nemocní obviňováni z čarodějnictví, spolků s ďáblem a byli perzekuováni pomocí mocného represivního nástroje tehdejší církve - inkvizicí. Ta vycházela při procesech mimo jiné i z nechvalně proslulého spisu *Malleus Malleficarum*³⁷ vydané v roce 1487.

Foucault je však k významu démonologické středověké koncepce duševních nemocí ve formování dnešního pojetí skeptický. Podle něj vychází z chybného předpokladu, totiž že:

„Blázni byli pokládáni za posedlé; dále na nepřesném předpokladu, že lidé označováni za posedlé byli duševně nemocní, a konečně na chybném závěru, že byli-li posedlí ve skutečnosti šílení, byli pak šílenci považováni za posedlé!“³⁸

Ve skutečnosti to vyjma vlád a parlamentů byla často sama církev, která žádala významné lékaře renesanční doby, aby v rámci tažení proti některým řeholím³⁹ prokázala, že všechny ďábelské smlouvy a rity lze vysvětlit silami roztroušené fantazie.⁴⁰

V konečném důsledku se však medicína, „pomocnice“ církve obrátila proti ní tím, že kritiku aplikovala na všechny náboženské jevy (nejen ty protestantské) a poukázala na to, že náboženství samotné souvisí s neurotickým hnutím fantazie. Je dílem pozitivního lékařství 19. století, že se dospělo k závěru, že oběti církve (inkvizice atd.) jsou oběťmi jak náboženství tak i své neurózy.

Čarodějnické procesy, tortura inkvizice i tresty upalováním se však odehrávaly pouze v poměrně malém časovém období středověku. Rozhořčení nad zaslepenou náboženskou hysterií tak zastíňuje jiné stránky pohledu na duševně nemocné v oné době. Zcela jiný je totiž středověk v době církevních otců a stejně tak jiný v době předcházející renesanci po níž je symbolicky ukončen zámořskými objevy.

Je totiž nutné přijmout fakt, že navzdory zažitě představě i ve středověku existovaly snahy léčit osoby vykazující příznaky duševních chorob. „Na Západě se medicína snažila léčit šílenství v každé době a většina středověkých nemocnic, jako například Hotel-Dieu v Paříži, měla rezervovaná lůžka pro choromyslné.“⁴¹

Lékařství raného středověku těžilo z poznatků Byzance i arabského světa. Mezi arabskými lékaři proslul moudrostí a zkušeností Avicenna, který „psal o léčbě duševně

³⁷ Kladivo na čarodějnice

³⁸ Foucault, Psychologie a duševní nemoc, str. 81

³⁹ myšleny ty, které praktikují metody inkvizice

⁴⁰ tamtéž, str. 82

⁴¹ Foucault, Psychologie a duševní nemoc, str. 83

nemocných, používal k ní sugesci, dietetiku, emetika, laxantika, narkotika, koupele a zaměstnávání“⁴²

Podle Avicenny byla duše nehmotná, nesmrtelná forma těla, jejíž působení je však vždy vázáno na hmotu. Duševní choroby jsou podle něj výrazem poškození mozku a jeho komor.

Do Evropy však arabská moudrost až do konce *Reconquisty*⁴³ pronikala spíše z Iberského poloostrova - existence *Chalífátu Cordobského* zanechala evropské kultuře nejen luxusnější způsob bydlení (koberce a polštáře), ale zejména odkaz tří myslitelů z nichž nevýznamnější byl *Averroes*, který je znám především pro své filozofické myšlenky. Byl to však také vynikající lékař.

Jak ale upozorňuje Foucault, snaha léčit duševní nemoci představovala „... jenom úzký sektor, omezený na formy šílenství, které byly považovány za vyléčitelné („frenzie“, epizodicky se projevující násilnost nebo záchvaty melancholie). Kolem tohoto sektoru existovalo ještě pásmo jiných forem šílenství, které však byly bez lékařské pomoci“.⁴⁴

První významný moment ve formování vztahu evropského člověka k duševním nemocem klade Foucault do souvislosti s vymizením lepry, které se odehrálo poměrně náhle ve 14. století. Podle všeho se o něj nepříčinily ani tak „obskurní lékařské praktiky“, pomocí nichž se po dlouhou dobu lékaři a mastičkáři snažili lepry zbavit, jako spíš segregace nemocných a fakt, že se s koncem křížových výprav přerušilo spojení s východními ohnisky nákazy.⁴⁵

S vymizením lepry se však otevřel prázdný prostor v sociálně náboženském uspořádání světa – malomocní, jakožto trpící a nejubožejší, hráli ve středověké hierarchii významnou roli. Křesťanský středověk viděl v nemoci boží trest, malomocný byl důkazem božího hněvu a milosrdenství zároveň - nezastupitelná připomínka smrti, utrpení i víry. S vymizením tohoto mementa jakoby se ztratila dimenze světa a místo malomocných zaujímají duševně nemocní:

Právě pozice malomocných zaujmou duševně nemocní – lunatici, blázni, tuláci, pomatení, šílení, provinilci, chudáci... To oni se napříště stanou připomínkou druhého pólu existence, popřením řádu, společnosti, rozumu, života. „Formy – ve

⁴² Vencovský, *Psychiatrie dávných věků*, str. 97

⁴³ dobytí Granady v roce 1492

⁴⁴ Foucault, *Psychologie a duševní nemoc*, str. 83

⁴⁵ Foucault, *Dějiny šílenství*, str. 12

změněné kultuře a se zcela novým smyslem přetrvávají dál, a především ta hlavní totiž ona strohá dělicí čára, jež společensky vyobcovává, ale duchovně integruje.“⁴⁶

Šílení jsou z běžné společnosti vyháněni na okraj, ale nikoli z ní - nemohou být součástí společnost, která je však potřebuje. Proto bylo v mnoha středověkých městech zvykem umísťovat blázny do prostoru městské brány, či je prostě zavírat do vězení. V městské bráně je...“je vypuzen, ale do ohrady, protože nesmí a nemůže mít jiné vězení než práh, udržují ho s místě přechodu. Je vsazen dovnitř vnějšku a naopak. Blázni nesměli do kostelů, ale svátost přijímat mohli“⁴⁷

Tento ambivalentní vztah k šílenství, v němž jsou duševně nemocní vypuzování i přijímání zároveň, kdy je obraz šílenství děsivou, avšak nezbytnou složkou společenského světa, naplno eskaluje v podobě *Narrenschiff*.

Loď bláznů, „opilý koráb“, brázdící klidné vody Porýní a vlámských kanálů, je značně diskutovaným renesančním obrazem šílenství. Ve stejné době se totiž v literatuře, hudbě i v malířství objevují množství podobných motivů bludných lodí, které tak ve skutečnost lodí bláznů staví do světa fantazie.⁴⁸

Podle Foucaulta má však *Narrenschiff* reálný podklad. Vykazování bláznů na loď spojuje Foucault s tzv. věžemi bláznů - obě je výraz podivného dvojitého postoje tehdejší společnosti. Cílem tu však není totální segregace, dá se říci, že šílenec je vyhnán na svobodu - na loď, která pluje neznámo kam, je oddělen od společnosti, ale zároveň absolutně svoboden, je z něj poutník. Vyobcování na loď je analogické umístění uvnitř městské brány. Podobně jako uvnitř prostoru městské brány je vyobcování na loď formou, jak šíleného člověk udržet uvnitř i vně najednou - plavba lodí znamená absolutní vězení i absolutní cestu. Plavba *Narrenschiff* je v mysli renesančního člověka spojena s představou vody, která očišťuje. Cílem plavby těchto korábu často byla poutní místa⁴⁹.

Vypuzení na loď má tedy rituální význam. „Snaha léčit a snaha vyobcovat se proluly v jedno: zavíralo se do posvátného prostoru zázraku.“⁵⁰

Renesanční svět však dává vzniknout i jiným obrazům šílenství. Konec patnáctého století je bezesporu jednou z těch epoch, ve kterých šílenství navazuje vztah s bytostnými silami řeči. Poslední projevy gotického období byly střídavě ovládnuty hrůzou se smrtí a

⁴⁶ Foucault, Dějiny šílenství, str. 12

⁴⁷ tamtéž, str. 13

⁴⁸ Jsou to např. skladby Symhorienu Champiera *Lod' knížat a šlechtických bitev* (1520) a *Lod' ctnostných paní* (1503), *lod' zdraví* Blauwe Schute Jacoba von Oestvorenena, a dílo Josefa Bادهo *Stultiferae naviculae scaphae faturum mulierum* (1498) a dále Obrazy Hieronyma Bosche.

⁴⁹ Saint – Mathurin v Larchantu, Besancon

⁵⁰ Foucault, Dějiny šílenství, Str. 14

z šílenství. Po tanci smrti, zpodobeném na hřbitově Neviňátek, po Triumfu smrti na zdech Campo Santo v Pise následují nesčíslné reje a slavnosti Bláznů, které bude Evropa s takovou oblibou slavit celou renesancí.

V malířství jsou to fantaskní postavy obludy Brantových a Boschových obrazů, tvorové děsiví a neskuteční. Svět obrazů se od základu převrací: tlak zmnohonásobeného smyslu ho vyvazuje z řádu forem. Pod povrch obrazu se tlačí tolik významů, že mu dodávají enigmatickou tvář. A jeho síla nespočívá v poučení, ale ve fascinaci (Foucault).

Šílenství dostává prostor i v literatuře, kde je však spíše jako projev, který je člověku vlastní. Černoušek zde poukazuje na Shakespearova *krále Leara*, či *Chválu bláznovství* Erasma Rotterdamského, kde je součástí bláznivosti i Opilost, Nevzdělanost, Zapomnění, Lenost, Rozkoš, Šílenství, Požívačnost, Žert, Hluboký spánek, Hněv, Žádostivost i Manželství. Bláznovství je tu jakési vysvobození z běd lidského života. Snad největší poctou bláznovství je Cervantesův *Don Quijote*, blázen hrdina, který šílenství mění v bláhovost, z neřesti a trestu (ve středověkém pojetí) na přednost.

V renesanci je tedy šílenství běžnou součástí každodenního života. Znamená konfrontaci s nicotou, relativizuje život.. Oproti středověké obavě z konce, v němž má přijít Satan, kterou představovaly mor a války, tu je najednou konec bezprostředně přítomen v lůně života samotného. Na konci 15 století jakoby celá společnost zešílela - literární obrazy střídají výtvarné, v jakési křeči: Osudová nutnost, jež člověka mění v nicotu, přechází v pohrdavou kontemplaci nad nicotou, kterou je sám život.

Ať už je poměr renesanční doby k šílenství jakýkoli, jeho zásadním rysem je otevřenost k tomu, co dnes nazýváme duševní nemoc. V podstatě se šílenství pohybovalo zcela volně, cirkulovalo, bylo součástí společné scenerie i řeči, každodenní zkušenost pro každého člověka, kterou se společnost snažila spíš podněcovat než ovládnout.⁵¹

„Evropský člověk má od hlubokého středověku vztah k čemusi, co neurčitě nazývá Šílenstvím, Slabomyslností, Pomateností. Právě této přítomnosti vděčí možná západní rozum za něco ze své hloubky, tak jako sókratovští diskutéři vděčili za svou Sófrosyné hybris.“⁵²

Na počátku 17. století existovali slavní blázni, s nimiž se kultivovaná veřejnost ráda bavila. Psali knihy a ty byly potom vydávány jako knihy bláznů. Jak Foucault uzavírá: „...západní

⁵¹ Foucault, *Psychologie a duševní nemoc*, str. 84

⁵² Foucault, *Dějiny šílenství*, str. 7

kultura byla přibližně do roku 1650 vůči těmto formám zkušenosti podivuhodně pohostinná.⁵³

3.4 Objev osvícenství: internace

Přibližně od poloviny 17.století však začíná podle Foucaulta společnost „dialog s šílenstvím“ přerušovat. Vznikají internační zařízení, kam jsou zavíráni nejen duševně nemocní, ale všichni, kdo jsou společnosti nepohodlní: invalidé, starci žebráci, lidé, které chtěla rodina nebo královská moc uchránit před potrestáním, rozmařilí otcové rodin, pohlavně nemocní, duchovní v klatbě, jednoduše všichni, kteří vzhledem k právnímu, mravnímu, nebo společenskému řádu jevíli známky určitého narušení.⁵⁴

Za opěrný bod může sloužit jedno datum: rok 1656, kdy vyšel dekret o založení pařížského *Hôpital Général*⁵⁵ Všeobecného špitálu:

„... jedno je jasné: Všeobecný špitál není léčebné zařízení. Spíš je to jakási polosoudní struktura... rozhoduje o vině a vykonává trest.“⁵⁶

Smysl internace, alespoň zpočátku, je po celé Evropě tentýž. Je to jedna z odpovědí, jimiž 17. století reaguje na ekonomickou krizi, zasahující v té době celou Západní Evropu: „klesají mzdy, šíří se nezaměstnanost, ubývá peněz, což všechno je patrně důsledek hospodářské krize ve Španělsku.“⁵⁷

Novověká společnost, která již není pod vládou církve, ale světských úřadů, tak nakládá s těmi, kteří v ní nejsou schopni uspět - největší ctností už není zbožnost, ale práce. „Všichni, kdo byli internováni v těchto ústavech, spadali do jedné společenské kategorie; byli to lidé neschopní podílet se na výrobě, oběhu nebo akumulaci bohatství (ať už vlastní vinou nebo nešťastnou náhodou)“.⁵⁸

Ve Francii vznikají pro tyto účely všeobecné nemocnice, jejichž smyslem však není léčba (alespoň nikoli v dnešním slova smyslu). V těchto zařízeních (jejichž analogií jsou anglické *workhouses*), jsou izolováni jedinci nuceni pracovat a vyrábět nejrůznější předměty,

⁵³ Foucault, Psychologie a duševní nemoc, str. 85

⁵⁴ Foucault, Psychologie a duševní nemoc. Str. 81

⁵⁵ Všeobecného špitálu

⁵⁶ Foucault, Dějiny šílenství, str.38

⁵⁷ Foucault, Dějiny šílenství, str. 45

⁵⁸ tamtéž, str. 86

z nichž se částečně financoval chod nemocnice. „... zcela v duchu doby, pro niž největším neřestí již nebyla pýcha ani chtivost jako ve středověku, ale zahálka.“⁵⁹

Cílem nebylo tyto osoby začlenit prací do společnosti ale naopak izolovat všechny, kteří se nějakým způsobem lišili od tehdejší normy. Právě toto spojení duševně nemocných s vězni tuláky a dalšími okrajovými postavami společnosti vedlo k deformaci pojmu šílenství, a zapříčinilo tak z velké části jeho stigmatizaci. Renesančního pojetí čistého nerozumu jakoby do sebe nasálo význam mravních poklesů a neštěstí, s kterými bude napříště ztotožňování.

„Nedivme se pak, že od 18. století jsou hledány souvislosti mezi šílenství a všemi druhy „zločinů z lásky“, že se od počátku, že se od počátku 19. století stalo šílenství dědicem zločinu, který v něm nalézá jak své zdůvodnění, tak zdůvodnění toho, že vlastně není zločinem, a že ve 20. století odhalilo šílenství v samém nitru jakési prapůvodní ohnisko agrese a viny. Tím vším se však šílenství neodhaluje ve své pravé podobě, je to pouze jakási usazenina toho, co z něj západní historie za tři století vytvořila.“⁶⁰

V této internaci s vězni a chudáky zůstali duševně nemocní téměř po celých následujících sto let. Existovaly samozřejmě i hlasy po jejich oddělení, mezi jinými to byli například **Tenon**, **Franck** či **La Rouchefoucauld**. Dalo by se říci, že po celé osmnácté století se ozývají hlasy po oddělení bláznů od trestanců.

Tato izolace znamenala odmlčení šílenství, které dříve bylo předmětem běžné zkušenosti. Foucault považuje za prvního pionýra, který znovu nechal šílenství promluvit do světa racionálna až Freuda na konci osmnáctého století. Tomu však předcházelo zrození psychiatrie jako takové.

3.5 Počátky psychiatrie

Počátky ústavní péče a psychiatrie jsou spojeny se jménem **Phillipa Pinella**, který je považován za velkého humanizátora péče o duševně nemocné. Tento lékař, pověřený Konventem v roce 1793, aby provedl reformu péče o duševně choré v Paříži, proslul vyvedením duševně nemocných žen a mužů z internačních zařízení *Bicêtre* a *Salpêtrière*. Zde byli umístěni „v lidsky a hygienicky nedůstojných podmínkách, kde mnohdy byli jejich

⁵⁹ Tamtéž str. 83

⁶⁰ Foucault, psychologie a duševní nemoc str. 87

společníky vězňů, kteří pomáhali strážcům duševně choré bít a trýznit. Hlad, tma a špína byly rámcem jejich utrpení.“⁶¹

Tento první krok na cestě k moderní ústavní péči o duševně choré se stal natolik významným, že byl dokonce umělecky ztvárněn (J. Fleury) a historiky psychiatrie např. Zilboorgem označen za druhou psychiatrickou revoluci.

Pinel nahradil temné vězení azylem s *morálním programem*, tedy terapeutickým programem, který spočíval v práci⁶² za neustálého dozoru lékařů. Dokonce užíval jakousi praformu dramaterapie. Základním bodem jeho léčby byla izolace od stresového prostředí. Vencovský spatřuje jeho největší přínos v tom že:

prokázal, že duševní choroby jsou léčitelné a že nejlepší prostředí představuje psychiatrická nemocnice, organizačně dobře členěná, přičemž reforma péče o duševně choré musí být záležitostí zdravotní správy, nikoli záležitostí charitativní. Položil základy klinické psychiatrické nosologie, na nichž se pak mohla vyvíjet nauka o duševních chorobách jako nedílná součást vnitřního lékařství.⁶³

Neméně zmiňovanou figurou psychiatrie je J.E.Dominique Esquirol, Pinelův žák, který pokračoval v jeho humanistických léčebných metodách, přičemž je i v mnohém rozšířil. Je obecným konsensem historiků psychiatrie, že Pinel a Esquirol jsou zakladatelé moderní psychiatrie. Jak uvádí Vencovský, není divu, že si jejich humánní metody razily cestu Evropou.

V Anglii založil podobný ústav Willliam Tuke, v Německu to byl Johann Christian Reil z Halle, který roku 1803 jako první použil termín psychiatrie, a to ve své knize „*O rapsódiích nemocných duší*“. V azylu, ve kterém působil, propagoval své originální „psychologické metody léčení bláznů“.

Zrušení internačních zařízení vzklíčilo z myšlenkového klimatu doby před francouzskou revolucí. Osvícenské ideje, liberalismus ve Francii, Rousseauovy myšlenky, to všechno mělo za následek odpor veřejnosti k dosavadním internačním zařízením. Působení Pinelovo a Esquirolovo tak bylo zcela v souladu se společenskou objednávkou doby.

Foucault však vidí „velké rozdělení“⁶⁴ v poněkud jiném světle. Nejednalo se totiž o vysvobození duševně nemocných z temných kobek a ze soužití s trestanci; první hlasy,

⁶¹ Vencovský, Psychiatrie dávných věků, str. 78

⁶² Jednalo se zejména o polní práce

⁶³ Tamtéž, str. 175

⁶⁴ myšleno oddělení duševně nemocných od vězňů

volající po zrušení společných internačních vězení, se rozčilovaly nad tím, že vězni musí žít společně s šílenci.

„O postupné izolování šilenců a roztřídění jednoduše nesmyslného na základní druhy se nezasloužil ani pokrok medicíny ani nějaký lidský přístup“.⁶⁵

Byli to totiž sami vězni, kdo v 18. století upozornili, že mezi internovanými, mezi „libertiny“, „zhýralci“, „marnotratnými syny“, jsou lidé, jejichž rozháranost je jiné povahy a nepokoj neutišitelný.⁶⁶

Šílenství tu dokonce plnilo roli jakéhosi trestu navíc. A osmnácté století tomu jen přitakávalo: „Přítomnost bláznů mezi vězni není žádná skandální krajnost, ale sama pravda internace; její podstata ne omyl.“⁶⁷ Také léčebné metody humanistů na přelomu 18 a 19. století byly podle Foucaulta něco méně humanistické než je obecně proklamováno:

... šílený měl být sledován v každém gestu, omezován ve svých požadavcích, v jeho bludech se mu mělo odporovat, za omyly měl být zesměšňován, při každé odchylce od normálního chování měl bezprostředně následovat trest. A to pod vedením lékaře, který měl vykonávat spíše etickou kontrolu než vlastní terapii. Lékař v útulku je zprostředkovatelem morálních syntéz.⁶⁸

Znamenalo to nástup lékařského pojetí internace, která však nebylo o nic humánnější a vědecktější než předchozí. Je zvolen jakýsi morální, „behavioristický přístup“. Šílení byli osvobozeni fyzicky, nicméně byli pod neustálou mravní kontrolou, která je pomocí trestů měla přimět zpět k správným postojům. Pinel a jiní tak převzali metody léčení ze 17. století, ovšem v represivním smyslu.

Černoušek navíc poopravuje i fakta o slavném vyvedení šilenců z *Bicêtre* a *Salpêtrerie*. Oněch třináct mužů prý představovalo pouze malý zlomek z mnoha set duševně nemocných zde uvězněných, a celý čin byl spíše pokusem než skutečným osvobozením zde uvězněných.

Ať už byly motivy jakékoli, Pinel se zasloužil o vznik prvních azylů, oddělených léčeben pro duševně nemocné, podle Foucaulta se však zde ji ustavuje psychologizující tendence psychiatrie. Pinel a jeho přívrženci totiž „lékařsky“ spatřovali příčinu poruch v mozku, nicméně za jediný možný způsob léčby považovali ten morální (psychologický)

⁶⁵ Foucault, Dějiny šílenství, str. 156

⁶⁶ Tamtéž, str. 156

⁶⁷ Tamtéž, str. 157

⁶⁸ Foucault, Dějiny šílenství, str. 89

18. a 19. staletí jsou potom považována za zlatý věk nosologického pojetí duševních chorob a deskriptivního pojetí podle symptomatologie nebo v některých případech podle příčiny. V 19. století plně nastupuje pozitivní věda, trendem dobové psychiatrie je klasifikace duševních poruch. Významným psychiatrem této doby byl **Emil Kraepelin**, který vypracoval jednu z moderních klasifikací. Foucault předkládá klasifikaci duševních nemocí podle autorů z počátku 20. století, které užívají stejnou pojmovou strukturu jako organická patologie.

Opírají se o předpoklad, že duševní choroba je jakási samostatně existující entita, projevující se tím či oním způsobem, zároveň je však na svých příznacích neodvislá. Na druhou stranu tato klasifikace vytváří popis podobný botanickému, tím, že jednotlivé choroby považuje za speciální druhy. Celý systém je pro pochopení duševní patologie nedostačující, neboť nijak nepostihuje psychosomatickou jednotu člověka.

Posun ke směrem k době své současnosti popisuje Foucault jako upuštění od této „botanické klasifikace“ a choroby již nejsou na pacientech hledány, nýbrž jsou jakýmsi obecným rastroem skrze nějž je na pacienty nahlíženo.

3.6 20. století

Kolem roku 1900 uznala většina lékařských fakult psychiatrii jako lékařský obor a psychiatrie začala být přednášena jako samostatná vědní disciplína.

Významným myslitelem, který měl vliv na způsoby léčby duševně nemocných byl **Sigmund Freud**, který vyvinul světově proslulou psychoanalýzu, jejíž základní myšlenkou je nalezení nevědomých, pudových (často sexuálních) příčin psychických obtíží, které mohou mít vliv na fyzický stav pacienta. Svými objevy o vlastnostech tehdy spíše neznámého a záhadného nevědomí naprosto změnil téměř všechny oblasti lidského života a i ti lékaři, kteří jeho učení neuznávají, se s jeho základy setkávají a ještě dlouho setkávat budou v každodenní praxi.

Od počátku 20 let 20. století se psychiatrie vyvíjí dvěma směry. Je to jednak tzv. **biologická psychiatrie** – duševní nemoci jsou důsledkem organického poškození DNS. Jsme schopni je léčit zásahy do postiženého substrátu, zavádí se biologické šokové metody, mohutně se rozvíjí psychofarmakologie, používá se EEG a jiná podobná vyšetření, aplikují se poznatky z biochemie, neurochemie, histologie.

Druhou větví psychiatrie je tzv. **sociální psychiatrie**, která se soustřeďuje především na sociální prostředí a na psychické faktory, které jsou důležité pro řešení etiologie, rehabilitace a resocializace duševně nemocného.

Objevem chlorpromazinu v 50. letech končí „hegemonie“ psychoterapie v léčbě psychóz (Kane, 1995). Díky účinným farmakům došlo ke zkrácení hospitalizace a léčba se ve větší míře přesunula do ambulantních podmínek. Důsledkem je větší autonomie pacienta, důraz na rodinné prostředí a na řešení konkrétních problémů pacienta. Je zajímavé, že objev chlorpromazinu také spustil vývoj antidepresiv. Jeho chemická struktura je nápadně podobná struktuře prvního antidepresiva *imipraminu*.

V téže době se zvyšuje význam farmakoforního modelu psychických nemocí, které souvisí s objevy nových psychofarmak. V pozdějších letech, s pokračující globalizací, vedla snaha o sjednocení klasifikace v psychiatrii světovou zdravotnickou organizaci (WHO) k vytvoření mezinárodní klasifikace nemocí.

4 Moderní psychiatrické pojetí

Současná psychiatrie sama sebe vnímá jako je obor pojednávající o příčinách, diagnostice, léčení a prevenci duševních poruch⁶⁹. Úzce souvisí s psychologíí avšak usiluje o zřetelné sebe odlišení. Na rozdíl od psychologie se nezabývá formami psychiky ale chorobami, které s duší souvisí.

Současná psychiatrie upouští od pojmu duševní nemoci a nahrazuje ho termínem duševní porucha porucha. Ten je možné definovat takto:

...dle WHO klinicky prokazatelná změna duševních činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech.

Psychiatrický případem je dále podle světové zdravotnické organizace (WHO), „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).“⁷⁰

Na vzniku duševních chorob se podle současného pojetí (podobně jako u jiných nemocí) podílejí tři faktory - biologické, psychologické a sociální. Tyto faktory se mnohdy vzájemně prolínají a je těžké je odlišit. Biologické vlivy mohou být např. úrazy nebo dědičné dispozice jedince. Samy o sobě však nejsou genetické dispozice predestinující - a zde vstupují do hry zbylé dva vlivy.

Sociální a psychologické faktory fungují v oblasti zranitelnost jedince, která v době zátěže ústí v nemoc. Významným obdobím pro možnost pozdějšího propuknutí nemoci je dětství (viz vývojová psychologie, Freud atd.) Značný je vliv socializačních institucí - rodina, škola, přátelé atd., který se v průběhu vývoje jedince proměňuje.

⁶⁹Höschl, C. et al.: Psychiatrie. Scientia Medica, Praha 1997.

⁷⁰Höschl, C. et al.: Psychiatrie. Scientia Medica, Praha 1997.

Existuje několik typů deprivace v dětství, která později může vést k propuknutí duševní poruchy - jedná se o oblasti kvality a množství podnětů, potřeba smysluplného světa, potřeba citového zázemí, společenské hodnoty, otevřené budoucnosti.

Höschl však při shrnutí sociálních aspektů duševních nemocí poukazuje na mylnost společenského mýtu, podle nějž je duševní porucha produktem prostředí. Podle něj „nejsou duševní onemocnění psychologicky a sociálně podmíněna o nic více než onemocnění ostatní!“⁷¹ Na podporu svého tvrzení uvádí poměrně známý fakt, že procento vážných duševních poruch, jako jsou schizofrenie či maniidepresivita je všude na světě stejné bez hledu na sociokulturní podmínky.

Podstata duševních nemocí je totiž podle současného psychiatrického pojetí organopatologická, tedy zjednodušeně řečeno, tkví v chybné funkci mozku. Duševní poruchy se dělí co do hloubky na psychotické (závažnější) a nepychotické (méně závažné) a na organické a funkční. U organických poruch je příčina zpravidla známa, jde zde totiž o fyziologické poškození, odbornou mluvou je zde „patologickoanatomický nález“.

Problematictější jsou funkční poruchy. Na rozdíl od biologických je není možné diagnostikovat na základě verifikovatelného měření (od kterého se odvíjí diagnostika u jiných lékařských oborů). Podle Höschla je „...u funkčních poruch vesměs **neznámá etiologie a klasifikují se spíše podle klinického obrazu a průběhu.**“ V schematicém pohledu je možné říci, že na jednom konci osy funkčních poruch stojí neurózy jako příklad nepychotické poruchy funkční a nad druhým schizofrenie jakožto psychóza.

V rámci diagnostiky se tedy obecně psychiatrie řídí klinickými symptomy, které dále třídí do skupiny, které se nazývají syndromy. Jde o

Depresivní syndrom který se v extrémním případě nazývá stuporem, patří sem i sebevražedné myšlenky, mikromanické bludy, anxiósní raptur (výbuch). Běžně jde o pokles výkonnosti, únavu, úzkost, smutek, poruchy spánku, příjmu potravy atd.

Anxiósní syndrom je syndrom úzkostné nálady, kdy je dotyčný v extrémním napětí. Fobický syndrom je panickým strachem z přesně určené situace či předmětu.

Manický syndrom je nadnesená radostná nálada provázená zrychlenou psychomotorikou. Paranoidně- halucinatorní syndrom - poruchy myšlení a vnímání- bludy a halucinace, paranoia.

Katatonní syndrom - odchylky motorice a jednání, rozlišuje se akineze – stupor a hyperkineze- neklid.

Deliciózní syndrom kvalitativní porucha vědomí - úzkost, neklid, roztržitost, ztráta orientace, zmatečnost. Atd.

Dementní syndrom - zhoršující se paměť úsudek, myšlení obecně, chápání orientace - viz geriatrická demence.

⁷¹ Höschl, C. et al.: Psychiatrie. Scientia Medica, Praha 1997.

Na základě určení syndromů, stanovuje psychiatrie jednotlivé diagnózy - určuje konkrétní duševní poruchu. Mezinárodní klasifikace nemocí, platný diagnostický manuál jímž se řídí i psychiatrii u nás, třídí duševní nemoci do následujících hlavních skupin:

Organické duševní poruchy včetně symptomatických (při demence u alzheimerovy choroby)

Duševní poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek - sem patří poruch vyvolané jak ilegálních frgo tak alkoholu, stimulačních léků, rozpouštědel, tak nikotinu, a kofeinu)

Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

Poruchy nálady - deprese, manidepresivní psychóza (bipolární afketivní porucha)

Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatomorfní poruchy - Fobie, úzkostné poruchy, obsedantně kompulzivní porucha atd.

Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami – poruchy příjmu potravy, poruchy spánku, sexuální dysfunkce,

Poruchy osobnosti a chování u dospělých kromě rozličných poruch osobnosti (paranoidní atd.(sem patří také změny trvající změny osobnosti po katastrofické zkušenosti (syndrom válečných veteránů) návykové a impulsivní poruchy (hráčství, pyromanie kleptomanie)

Poruchy pohlavní identity (transvestitismus atd.) poruchy sexuální preference) fetišismus pedofile sadomasochismus, voyeurství atd.)

Mentální retardace (duševní opožďení)

Poruchy psychického vývoje (vývojové poruchy u dětí. Kromě dilexie a disgrafie sem patří motorické poruchy a autismus)

Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci - tao kategori sdružuje poruchy vznikající v dětství jako např separační úzkost, či poruchu sourozenecké rivality, tikové poruchy (např. Tourettův syndrom) a také další poruchy jako koktavost, breptavost.⁷²

Současná psychiatrie rozpoznává několik způsobů léčby duševních nemocí. Značná část léčení závisí na psychofarmakologické léčbě. Ta dosáhla v druhé polovině 20.století obrovského rozvoje. V současnosti existuje podle indikace osm typů psychofarmak:

1. psychostimulancia,
2. neootrovní látky
3. hypnotika
4. antidepresiva,
5. antimanika a normoforika,
6. anxiolytika,
7. neuroleptika
8. psychodysleptika.

⁷² Kompletní soupis členění duševních nemocí podle MKN – 10 naleznete v příloze

Druhým pilířem psychiatrické léčby je psychoterapie. Existuje klasická psychoanalýza a psychoanalytická terapie (méně intenzivní), humanistická psychoterapie, kognitivně-behaviorální terapie, rodinná terapie, hypnóza, autogenní trénink a relaxace, arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, psychogymnastika, psychodrama, individuální terapie, skupinová terapie, či socioterapie.

4.1 Medicinizace

V průběhu dvacátého století průběžně docházelo, a stále dochází k rozšiřování definice, tedy vymezení, co je a co už není nemoc - tento jev se nazývá **medicinizace**. Vliv na tento jev mají často lékaři sami, v oboru psychiatrie může být příkladem alkoholová závislost a poruchy s ní spojené (naopak homosexualita, tedy samotná sexuální orientace, už za odchylku považována není). Podle Podnětem pro medicinizaci je zřejmá možnost farmakologické léčby, tedy přístup „pomohl-li lék, musí jít o nemoc“, který je do jisté míry zapříčiněn farmaceutickou lobby.⁷³

Právě z tohoto hlediska kritizují současnou psychiatrii zastánci **antipsychiatrického hnutí**. Jeden z jeho hlavních představitelů, T. S. Szasz praví:

Vzhledem k tomu, že mám k dispozici pojmy v nichž popisujeme medicínu jako obor léčení, ale nemáme žádné, které by ji popisovaly jako metody sociální kontroly či vlády, musíme ji nejprve nově pojmenovat. Navrhuji nazývat ji farmakracií, od řeckého slova farmakon – tedy “lék“ a kratein, jakožto vládnout či ovládat. Podobně jako je teokracie vládou boha a kněžích a demokracie je vládou lidu či většiny, tak je farmakracie vládou medicíny či lékařů.⁷⁴

Ceremonial Chemistry: The Ritual Persecution of Drugs, Addicts, and Pushers, by Thomas Szasz, (Garden City, NY: Doubleday, 1974), p. 139.)

Podle antipsychiatrického hnutí psychiatrie konstruuje nemoci, které ve skutečnosti neexistují. Celá nemoc je pouze sociální stav, který je označováním jedinců, kteří jsou společnosti nepohodlní díky jejich odlišnosti.

.... takto dnes na Západě přijímáme fakt, že země je kulatá, olovo je těžší než voda, že malárie, melanom, či duševní nemoci jsou chorobami. Já oproti tomu stále tvrdím že zatímco existují duševně nemocní pacienti, duševní nemoci jako takové neexistují. Není duševní nemoci ani šílenství – v tělech zmíněných pacientů či v přírodě. Namísto toho, je zde role duševně nemocného do které je člověk uvržen rodinou a společností, kterou poté přijme a hraje, nebo proti které se bouří a z níž se snaží uniknout. Tu a tam

⁷³ Chromý, K.: Duševní nemoc: sociologický a sociálně psychologický pohled. Avicenum, Praha 1990. (překlad Marie Kavanová)

⁷⁴ T.S. Szasz: The Ritual Persecution od Drugs, Addicts, and Pushers. Garden City, NY Doubleday. 1974. Str. 139 (překlad Marie Kavanová)

se jedinci naučí být duševně nemocnými pacienty a přijmou tuto roli bez společenského či rodičovského tlaku, aby tak unikli z určitých příliš bolestných situací či tíhám běžného života⁷⁵.

⁷⁵ Szasz, T.S. Duševní nemoc: Onemocnění či status? The Freeman 56: str. 25-26 (červenec/srpen) 2006.

5 Některé alternativní koncepce duševních nemocí

Jak je patrné ze zpětného pohledu do historie, pojetí fenoménu dnes označovaného za duševní nemoci je značně proměnlivé. Chromý různá pojetí shrnuje různá historická i současná pojetí šílenství do několika modelů:

Nejprve uvádí středověký **démonologický model** – ztotožňující duševní nemoc s posedlostí Dáblem. V jeho popisu se Chromý v podstatě shoduje s historiky psychiatrie. Navzdory uvedení tohoto modelu však uvádí, že středověká církev považovala *za jednu z forem* šílenství. Souvislost čarodějnických procesů a duševních nemocí (příznaky duševních nemocí mohly být pokládány za čarodějnictví) se neprokázalo.

Dobu před francouzskou revolucí, tedy bezmála dobu Pinelova je charakteristická **mechanickým výkladem** duševní nemoci. Ten souvisel s vývojem poznatků o lidské anatomii - samotný výklad příčin duševních nemocí se značně různil, což ústilo v různé léčebné praktiky. Od pouštění žilou, odstředování, podávání těžkých kovů, poléváním vodou atd.

Současná koncepce šílenství, či duševních poruch, kdy prognóza závisí na typu nemoci a cíle je pacienta vyléčit či alespoň zabránit zhoršení jeho stavu je **lékařským modelem** šílenství. Je pojato jako stav, který diagnostikuje lékař, léčí ho běžnými postupy, chování postiženého je výrazem nemoci, etiologie je důležitá.

Oproti tomu je kladen **morální model** (psychologický, behavioristický) - pojem morální převzat od F. Pinela, který je zakladatelem tohoto směru. Tento model se objevil jako reakce na tehdejší evropské pojetí šílenství jako animality, kterou je nutné potlačovat pomocí násilné kontroly postižených jedinců.

Defektní model je model takřka totalitní. Postižený je narušen, chování se odvozuje z defektu, přičemž příčina není důležitá, stejně jako je léčba nemožná. Funguje zde pouze rehabilitace v podobě pracovního režimu, a opatrování nicméně zlepšení se nepředpokládá. Tento (udržovací model) se prosadil na sklonku devatenáctého století na úkor morálního modelu. Na jeho základě fungovala sanatoria pro duševně nemocné v první třetině dvacátého století.

Psychoanalytický model se prosazoval na konci devatenáctého století. Klade důraz na jedinečnost příčin onemocnění u každého pacienta (který si zaslouží sympatie a shovívavost jako je tomu u lékařského modelu). Diagnóza zde proto není důležitá, základní je symbolický výklad chování postiženého. Cílem je rozřešení nevědomých konfliktů, přičemž je nutná motivace pacienta.

Rodinný interakční model - přístup rodinné terapie, porucha je výsledkem interakcí v rodině, jako taková proto musí být řešena s celou rodinou.

Sociální model vykládá poruchu jako výsledek vlivů společenského prostředí.

Ze sociologického pohledu nahlíží duševní nemoc například Emile Durkheim. Podle něj v určité společnosti platí za patologické takové jevy, které se odchyľují od běžného průměru a svědčí buď o překonané etapě předchozího vývoje nebo ohlašují budoucí fázi rozvoje teprve začínajícího.

Je-li správné pokládat za normální typ schematickou bytost, která by vznikla shrnutím nejčastějších znaků druhu do jediného, jaksi abstraktně univerzálního celku... pak lze říci, že každá odchylka od této normy zdraví je chorobný fenomén.“...

Zároveň Durkheim dodává, že normalitu té které společenské skutečnosti je možné určit pouze vzhledem k určité fázi vývoje této společnosti.

Konspirační model tvrdí že duševní porucha neexistuje - „duševně nemocní“ jsou označováni většinou, již jsou nepohodlní.

Psychedelický model vidí v duševní poruše možnost sebezdokonalení, zkušenost která nás může posunout dále.

Jako závislou na společenském prostředí vidí koncepci duševní nemoci i Émile Durkheim. Podle něj v určité společnosti platí za patologické takové jevy, které se odchyľují od běžného průměru a svědčí buď o překonané etapě předchozího vývoje nebo ohlašují budoucí fázi rozvoje teprve začínajícího.

Je-li správné pokládat za normální typ schematickou bytost, která by vznikla shrnutím nejčastějších znaků druhu do jediného, jaksi abstraktně univerzálního celku... pak lze říci, že každá odchylka od této normy zdraví je chorobný fenomén.⁷⁶

⁷⁶ Cit. In: Foucault, Psychologie a duševní nemoc. Str. 76

Zároveň Durkheim dodává, že normalitu té které společenské skutečnosti je možné určit pouze vzhledem k určité fázi vývoje této společnosti.

Podobně se z hlediska antropologie vyjadřuje Ruth Benedictová vyjadřuje v *Patterns of Culture* z roku 1934:

... si každá kultura vytváří o chorobě obraz, jehož obrysy jsou dány souhrnem antropologických možností, které dotyčná kultura pomíjí nebo potlačuje. Jako jsou favorizováni ti, jejichž přirozené reakce se nejvíce blíží chování charakteristickému pro jejich společnost, tak se na druhé straně cítí dezorientováni ti, jejichž přirozené reakce spadají do oblouku chování, které v jejich civilizaci neexistuje.⁷⁷

Foucault však k tomuto dodává, že existují i kultury s jiným a to **pozitivním pojetím** šílenství: „Existují totiž choroby, které jsou uznávány jako takové a mají uvnitř určité skupiny svůj status a funkci; patologické není v takovém případě vzhledem ke kulturnímu typu naprostou odchylkou, nýbrž je jedním z prvků a jedním z projevů tohoto typu.“⁷⁸

Nutno podotknout, že takto institucionalizovaná choroba, není vnímána jako nemoc, v našem pojetí tohoto slova, tedy jako nedostatek, ale jakési zvláštní ustrojení vlastností člověka, které ho předurčuje k některým úkolům a funkcím v rámci společnosti.. Má-li se někdo u Zulu stát šamanem, musí mít k tomu jisté psychické předpoklady, které se projevují takovými symptomy, které by pro Evropany znamenaly nutně patologické, nemocné chování.

Ani u Zuluů však není toto chování nahlíženo jako normální, tedy uznávané a právoplatné – „Člověk, který se stává kouzelníkem, je velkým zdrojem neklidu.“⁷⁹ Není nicméně stigmatizované, ale naopak vyhledávané.

⁷⁷ Citace in: Foucault, *Psychologie a duševní nemoc* str. 76

⁷⁸ Tamtéž. Str. 77-78

⁷⁹ Tamtéž.

6 Česká psychiatrie

Základy specializované péče o duševně nemocné, ve smyslu Pinelovského osvobození, položil v Čechách císař František Josef II. Založil všeobecnou nemocnici v Praze, kde její jedna část fungovala jako azyl pro šílené. Ten zůstal částí nemocnice až do dnešních dnů, ačkoli již slouží jiným účelům.

Tlakem společnosti (stále více se žádá „lčení“ šílených) vznikají další prostory pro léčbu, jako je Azyl u Kateřinek, Nový Dům, univerzitní psychiatrická klinika sloužící až do dnes.

Pacienti byli vystaveni moralizující výchově – knihovna, velká zahrada, dílny hudební vystoupení a procházky byly součástí života v léčebných zařízeních. V rakouské říši vyučovali psychiatrii zprvu profesoři vnitřního lékařství. Prvním docentem psychiatrie na tehdejší německy mluvící pražské univerzitě byl **Johann G. Riedel**, který obdržel své jmenování v roce 1840.

Mezi lety 1863 a 1928 se psychiatrická péče soustavně rozšiřovala a na venkově bylo postaveno 6 velkých nemocnic s 6300 lůžky. Mezi prvními byly pobočka pražského ústavu v Kosmonosích, poté Dobřany, Horní Beřkovice, Bohnice a další.⁸⁰

Psychiatrie se jako lékařský obor ustálila podobně jako jinde v Evropě kolem přelomu devatenáctého a dvacátého století.

Po rozdělení univerzity na českou a německou část v roce 1882 se prvním českým profesorem psychiatrie stal v r. 1886 **Benjamin Čumpelík**. První českou učebnici psychiatrie napsal a v letech 1887 a 1890 publikoval **Karel Kuffner**.

Před druhou světovou válkou se šíří trend rušení dosud převažující léčby ve velkých ústavních zařízeních, umístěných na venkově, ve prospěch léčby v nemocnicích všeobecných. Na lékařských fakultách vznikaly univerzitní psychiatrické kliniky, „... které se staly centry psychiatrického vzdělání a vzorové psychiatrické péče⁸¹“, a v nemocnicích vznikala samostatná psychiatrická oddělení.

Ambulantní péče se rozšířila až v 60. letech minulého století, po realitně krátkém období, kdy jí vládly pavlovovské myšlenky koncem 40. a začátkem 50. let.

⁸⁰ Höschl, C. et al. Psychiatrie. Praha : Tigris, 2004.

⁸¹ Tamtéž.

6.1 Totalitní psychiatrie

Specifikum tvoří v souvislosti s duševními nemocemi (podobně jako v mnoha jiným oblastech) období komunistické nadvlády. Totalitní režimy se zcela v souladu se svou tendencí potlačovat demokracii velmi často dopouštěly zneužívání psychiatrie.

Svou extrémností je známý nacistický program vyhlazování duševně nemocných. Tento program se z malé části uskutečňoval i v na území Čech, konkrétně v psychiatrické léčebně ve Šternberku. Průběh a rozsah tamních zločinů však nebyly nikdy podrobněji zmapovány.⁸²

Jinou podobu mělo zneužívání psychiatrie v Sovětském svazu, kde byla psychiatrie využívána k odstraňování nepohodlných osob, především disidentů. V tomto totalitním režimu, sjednoceném jedinou ideologií, byla hlavní a v podstatě jedinou školou, která zaváděla jednotnou diagnostiku a určovala terapeutické postupy škola **Andreje V. Sněžněvského**. Jak uvádí Lajkep:

Tato škola se zaměřila na diagnostiku schizofrenie, přičemž některá kritéria tzv. „mělké“ schizofrenie byla tak široká, že dovolovala pokrýt i tzv. disidentské chování. Zahrnovala například: nezvyklost projevů, ideologické formulace, strach a podezřívavost, depresi, vnitřní konflikty, zaměřenost na detaily, špatnou sociální adaptaci, reformismus, tčkaní zájmů a podobně.⁸³

Věc měla ještě další stránku, totiž fakt, že Sněžněvského škola vycházela z přesvědčení, že mělká, střední a těžká schizofrenie jsou, co do příčiny, způsobeny stejnou biologickou poruchou. Na základě takového názoru pak lékaři v podstatě léčili všechny tři stupně stejným způsobem včetně nedobrovolné detence.

Česká psychiatrie v letech (50-89) byla (jakožto součást státního zdravotnictví ČSSR) pochopitelně do jisté míry ideologií vládnoucí skupiny ovlivněna; lze se proto domnívat, že i v českém prostředí byla psychiatrická péče zneužívána „k uklizení nepohodlných osob.“ **Libiger** uvádí, že jako „ojedinělé jednání, které může být označeno za zneužívání psychiatrie z politických důvodů, mohou být označeny situace, kdy při státních výročích, volbách, spartakiádách nebo při návštěvách předních zahraničních státníků byly vydávány příkazy ambulantním psychiatrům. Podle nich měly být umístěni v psychiatrických léčebnách takové osoby z řad psychiatrických pacientů, které by mohly *ohrozit veřejný pořádek*.“⁸⁴

Za narušování pořádku však byly v tehdejší době považovány i protesty proti režimu. Navíc v psychiatrických léčebnách byli hospitalizováni někteří odpůrci tehdejšího režimu, u

⁸² Baudiš, P., Libiger, Jan. Psychiatrie a etika. Galén, 2002.

⁸³ Lajkep. Etika a Psychiatrie. Str. 345

⁸⁴ Baudiš, P., Libiger, Jan. Psychiatrie a etika. Galén, 2002

nichž se represivní orgány rozhodly pro perzekuci nikoli vazbou, vězením, ale psychiatrickou hospitalizací.

Libiger uvádí dva konkrétní případy perzekuce prostřednictvím psychiatrie – pro jejich složitost je však na tomto místě neuvádím. Jednalo se osoby, kterým byly kvůli nestandardnímu chování (které však dnes považujeme za adekvátní) diagnostikovány poruchy jako kverulační paranoia a byli zbaveni právní odpovědnosti.

K samotné situaci v psychiatrických kruzích se vyjadřuje **Höschl**:

Čtyřicet let vlády komunistické strany způsobilo řadu problémů. Bylo by asi zbytečné hořkovat nad ztrátami zapříčiněnými důslednou kontrolou profesionální komunikace nebo omezeným přístupem k informacím. Hlavním problémem byla ztráta motivace u vzdělaných lidí z obavy, že jejich aktivita a nadšení budou pravděpodobně spíš trestány než odměňovány. Léta po r. 1968 byla charakterizována šířící se letargií a všeobecnou kletbou rezignace, jež byly rozbity až v listopadu 1989.⁸⁵

Höschl nicméně nepovažuje politické vlivy za zcela určující. Podle něj dokázaly psychiatrické katedry lékařské fakulty UK v Praze i katedry ostatních lékařských fakult v Praze, Plzni, Hradci králové a Olomouci uchovat obecně uspokojivou úroveň psychiatrické praxe, průpravy i výzkumu, pokračujíc tak v kurzu nastaveném v minulosti.

Obraz o léčebných tendencích a postupech v této době je možné si utvořit na základě přehledu hlavních témat článků v časopise Československá psychiatrie. Rozdělení hlavních témat publikací v časopise Československá psychiatrie v dekadě 77-88 ukazuje naprostou převahu psychofarmakologie (17 % všech publikovaných článků). Poměrně populární specializací v rámci psychiatrie byla sexuologie s intenzivní publikační aktivitou. Neexistovaly v tomto desetiletí žádné publikace, které by se týkaly psychoanalýzy a pouze 8 publikací za celých deset let se týkalo genetiky v psychiatrii; 4 se týkaly psychoneuroendokrinologie a 13 se zabývalo psychochemií.⁸⁶

Pro pojetí duševních nemocí v období před rokem 1989 je však významný především fakt, že zcela chyběla společenská diskuze o podobných tématech, ba co víc, psychiatrie a duševní nemoci byly téma tabuizované.

⁸⁵ Höschl. Psychiatrie - učebnice. Str. 11

⁸⁶ Tamtéž.

6.2 *Psychiatrie po revoluci*

Rok 1989 znamená pro českou společnost radikální změnu. Dochází k demokratizaci společnosti, rozvrstvení sociálnímu i politickému. Pluralitní prostředí podporuje souběžnou existenci více názorů, což v oblasti psychiatrie vede k různosti terapeutických přístupů.

Druhou stranou otevřeného dialogu se stala kritika, ale i nevybíravé útoky na psychiatrii obecně, na psychiatrickou diagnostiku a na některé druhy psychiatrické terapie (elektrokonvulze, neurochirurgické výkony, terapeutická pulpektomie atd.)⁸⁷ Libiger, psychiatrie a etika. 94

K největším a nejpříznivějším změnám v psychiatrii o dorku 1989 náleží zmenšení její „tajemnosti“ omezení izolace os ostatních lékařských oborů, a humanizace celého oboru. Ta spočívá zejména v otevření dialogu s nemocným (někdy eufemisticky nazývanými uživatelé péče, klienti) omezení nerovnoprávného vztahu mezi pacienty a zdravotníky, zahájení kritických diskuzí o etických pravidlech a o právech psychiatrických nemocných, formulování etických kodexů pro nemocné vůbec, pro nemocné hospitalizované a pro psychiatrické pacienty speciálně.

V medicíně došlo k objevům a k rozšíření nových psychiatrických metod (tzv. zobrazovacích metody). Pro české psychiatry představovala změna režimu možnost konfrontace své práce se zahraničím. Zároveň tak otevřela naši medicínu zahraničním trendům. Významnou změnou je značný nárůst působení farmaceutického průmyslu - nadnárodní farmaceutická lobby tak může spolu ovlivňovat počet předepisovaných léků a tím zvyšovat nemocnost v oblasti psychiatrie. U psychiatrů totiž platí presumpce nemoci – je mnohem méně škodlivé diagnostikovat chorobu u zdravého než podcenit stav nemocného člověka.

Rozrůznění koncepcí duševní nemoci neprobíhá jen uvnitř psychiatrie jako odlišnost terapeutických názorů (práškaři vs. duchaři, psychoanalýza proti behaviorismu či logoterapii atd); stejně významné ne-li důležitější, je ale rozšíření jiných alternativních koncepcí např. náboženských.

⁸⁷ Baudiš, P., Libiger, J.: Psychiatrie a etika. Galén, Praha 2002.

V oblasti léčení se omezuje role specializovaných ústavů – psychiatrická oddělení vznikají při nemocničních zařízeních. Zejména v Praze nastupují velmi důležitý prvek možnosti volby lékaře (v menších městech a obcích je pochopitelně menší možnost)

6.2.1 Destigmatizační aktivity na poli psychiatrie - po roce 1989

Patrně největší změnou proti letům totality je kromě demonopolizace postavení psychiatrie v oblasti léčení duševně nemocných také otevírání možnosti nakládání s tématem duševních nemocí.

Významnou roli zde hrají vznikající komunitní centra, která se snaží minimalizovat dezintegraci duševně nemocných během jejich léčby. Zároveň však hrají nezastupitelnou úlohu při popularizaci psychiatrických témat a destigmatizaci duševních nemocí. Vznikají také komunitní psychiatrické služby - ESET Help, Fokus Praha, Práh, Mens Sana.

Do otevřené diskuze se vyjma odborníků zapojuje množství nových subjektů z řad občanské společnosti. Mezi nejvýznamnější patří česká asociace pro duševní zdraví (ČAPZ). Ta již v rámci destigmatizace duševních nemocí uskutečnila velké množství projektů, například od roku 2000 pravidelně pořádá akci s názvem **Chvála bláznovství** – měsíc bláznovství. ČAPZ také spolu s Unijazz již od roku 19990 pořádají festival „Babí léto“ v Bohnicích.

Dosud největší projekt uskutečněný v českém prostředí od počátku 90 let je „**Změna**“ (pořádaný pod hlavičkou nadace Academia Medica Pragensia), který je součástí mezinárodního projektu světové psychiatrické organizace WPA. Informační a popularizační kampaň odstartovaná v roce 1996 měla za cíl pomoci odstraňování předsudků týkající se schizofrenie.

Mezi další akce patří „**Týdny duševního zdraví**“, které pořádá centrum Fokus Praha. To také stojí za osvětovou kampaní za na školách s názvem „**Blázníš? No a!**“. Kampaň probíhá za spolupráce odborníků i „uživatelů“ služeb (tedy duševně nemocných).

Zvláštní skupinu tvoří akce „uživatelů“ či sdružení příbuzných uživatelů, jejichž cílem je jednak zkvalitnění péče a života pro nemocné a jednak osvětové akce ke změně přístupu veřejnosti a pozice nemocných ve společnosti. Mezi takové patří např. Kolumbus, ČapZ, ČsDZ - Česká společnost pro duševní zdraví, Vida, Sympathea, a další

7 Duševní nemoc a veřejnost

Přestože je pojetí duševní nemoci v každé společnosti vždy neseno stejnou epistémé, laické pojetí se oproti odbornému, psychiatrickému v každé společnosti značně liší. Veřejnost, která se s problémem nesetkává každý den a má tak méně informací si pochopitelně tvoří různé, často velmi zkreslené představy o podstatě duševních nemocí.

Jak jsme viděli ve většině období se s duševní nemocí pojilo stigma. V současnosti se tyto negativní postoje váží nejen k duševně nemocným samotným, ale jsou zaměřeny také proti psychiatrii jako oboru. Kritizovány jsou metody diagnostiky i léčení, zejména některé léčebné postupy (elektrokonvulze, dříve lobotomie). „Některé extrémy, jako popření psychických poruch a obvinění ze zneužívání psychiatrie v rámci antipsychiatrického hnutí v minulém desetiletí aktivovaly nepříznivý postoj veřejnosti k psychiatrii.“⁸⁸

Značkovací teorie (Labelling theory)

Jak již bylo řečeno, ze sociologického pohledu je nemoc deviací.

Značkovací teorie (oproti funkcionalismu⁸⁹) tvrdí, že pravidla jsou tvořena sociálními procesy, nikoli naopak. Podle značkovací teorie, (Kořeny i Durkheim) není deviace chování není nějakou sobě vlastní entitou, ale je vytvářena reakcí okolí.

Z hlediska společnosti je tedy nemocný nejprve vyčleněn tím, že je jeho chování označkováno, tedy považováno za odlišné. Toto odlišení má dva stupně:

E. Lemert rozlišuje:

Primární deviaci - krátkodobé porušení pravidel, které je rozpoznáno a tolerováno

Sekundární deviaci- posouvá dotyčného do „deviantní role“, která je pak jeho modus vivendi

Na souvislosti s duševně nemocnými je rozdíl možné ilustrovat na rozdílu mezi označením nejprve výstřední, a posléze duševně nemocný. Sekundární deviace je zkrátka označkování dotyčného jedince, který pak musí využívat novou sociální roli - blázen, zločinec.

⁸⁸ Češková, E.. Psychopatologie a psychiatrie. Str. 38

⁸⁹ Funkcionalisté (R.K. Merton) definují normy chování jako široce sdílené a relativně stálé způsoby chování. Existuje tu tedy soubor pravidel chování, která jsou normální. **Duševní porucha**, deviace - je tady porušení normy - vede nemožnost dosažení svého cíle v rámci cest nabízených normálními způsoby chování ve společnosti. Deviace je chování porušující normu, kterou narušitel dříve s ostatními sdílel

Duševně nemocný tak dostává novou sociální roli, tzv. **roli nemocného**, která s sebou nese různé sociální aspekty. Její podobu podrobně rozpracoval T. Parsons. Podle něj je nemocný především zbaven odpovědnosti za svůj stav – nemůže ho vůlí ovlivnit. Na základě tohoto je zproštěn svých dosavadních povinností, a okolí má tendenci chránit. Významnou podmínkou je ale jeho povinnost dávat najevo nežádoucnost a temporaneitu svého stavu. Nedojde-li ke spontánní úpravě, musí vyhledat odborníky a spolupracovat s nimi.

Vzhledem k faktu, že započetí léčení spočívá tedy z velké části na rozpoznání poruchy či poruchového chování laiky zabývala se proto již řada výzkumníků schopností rozpoznat duševní poruchu

Např. V padesátých letech byla v USA vyvinuta výzkumná metoda, kterou se mělo zjistit, a především, zda je laická populace schopna rozpoznat různé duševní nemoci. Metoda spočívá v vypracovaných soupisech chování tzv. viněty, které má poté dotazovaný označit za poruchové či normální. V opakovaných výzkumech se ukázalo, že lidé považují za nemocné pouze to chování, ve kterém cítí přímé ohrožení (byla to definice chování paranoidního schizofrenika). V padesátých a šedesátých letech se uskutečnily v rámci sekundární prevence také různé relativně masové osvětové akce.

Odborníci se také mnoho let zabývají tzv. laickou klasifikací duševních poruch. Tato diskuze se však vede jen ve velmi vágních termínech neboť jak tvrdí Chromý, laický postup třídění duševních chorob nebyl nikdy explicitně zjišťován. Je nicméně možné vymezit existenci jakési dichotomické taxonomie - odlišují se maligní formy(trvalý charakter neléčitelnost) od benigních (léčitelnost a přechodnost). Zajímavé jsou představy o etiopatogenezi - u maligních forem se předpokládá dědičnost a organická příčina, u benigních je to vliv okolí (reaktivita).

7.1 Postoje k duševním nemocem v průzkumech

Stereotyp duševně nemocného je taktéž studován od 50-tých let 20. století. Přes určitou dynamičnost v průběhu času v něm však převládají stále negativní vlastnosti a to hlavně nepředvídatelnost chování takového jedince, nespolehlivost, podivnost, nejistotu atd. Jednou z prvních a dnes již klasickou prací je **Nunnaly** – „*Popular Conceptions of Mental Health (1961)*“, který rovněž uskutečnil rozsáhlý výzkum této problematiky.

Skutečnost, že laici připisují duševně nemocným především nepříznivé vlastnosti (v konstruovaném stereotypu duševně nemocného se objevují především adjektiva nevypočitatelný, nebezpečný, nespolehlivý, násilný, úskočný, špinavý apod.), se stala pravidelným zjištěním dalších výzkumných projektů.

Oproti Nunnalymu však docházejí k rozporuplným závěrům. Ten nezjistil větší souvislosti mezi postoji a věkem, pohlavím případně vzděláním; závěry těchto prací však takové výsledky vyvracejí - jednou jsou ženy tolerantnější, podruhé méně tolerantní, příznivější postoje nacházejí u mladších lidí, a konečně se objevují upozornění na význam etického původu respondentů a tedy kulturních vlivů.

Sledovat postoje české veřejnosti k duševním nemocem není snadné. O tom, že téma nepatří k diskutovaným problémům společnosti svědčí fakt, že Centru pro výzkum veřejného mínění CVVM, které pravidelně provádí výzkumy veřejného mínění ohledně aktuálních relevantních otázek, se doposud tímto tématem nezabývala. Jak uvádí Kořán⁹⁰, zatímco se v českém prostředí problematikou reflexe duševních nemocí a duševně nemocných věnuje Chromý a Janík; konkrétní údaje o představách nezdravotnické populace jsou převážně přejímány ze zahraničních pramenů.

Kořán zkoumal pomocí výrokové metody konstrukci stereotypu na sedmi skupinách populace. Jednotlivé výroky byly respondenty psány na zvláštní kartičky a posléze zpracovávatelem výzkumu rozříděny do čtyř kategorií - nepříznivé vlastnosti, neutrální, potřeba ochrany a pomoci, příznivé vlastnosti duševně nemocného.

Celkově se nejčastěji objevil výrok nemocný, agresivní, bláznivý, bojácný, postižený pomatený, nenormální. Z výsledků šetření se ukázalo, že lidé obecně hodnotí vzhled duševně nemocného, dále ho hodnotí podle chování, nálady, rozumových schopností, subjektivní prožívání je hodnoceno jako značně narušené, okrajově je vnímána pozornost a paměť. Značný je počet charakterových vlastností, často vyjádřená slabost, nedostatečnost, často výroky vyjadřují odlišnost (cizí divný). Reflektována je i možnost kontaktu, vztah k okolí, ale i okolí k nemocnému (odložený atd.). Nemocný je charakterizován diagnózou (alkoholik, schizofrenik,...), ale konečně i přímými nadávkami (blbec, mišuge atd.). Posuzována je i možnost sebekontroly.

⁹⁰ Kořán, J. „Stereotyp duševně nemocného“, Československá psychiatrie, č.5, 1993. 313–320.

Oproti očekávání se ukázalo, že dospělí a patrně všichni věřící byli naladěni nejvíce nepříznivě - v tomto souboru nebyl ani jeden pozitivní výrok. Zdá se, že pro osoby věřící je sám fakt duševní choroby více ohrožující, což potvrzuje i literatura.

Existují rozpory v názoru, zda bližší kontakty s duševně nemocnými mají za následek vznik pozitivních postojů či nikoli.

V Kořánově výzkumu uvedlo přímou zkušenost s osobou, považovanou lékaři za duševně nemocnou, 93.3 % respondentů. Charakter této zkušenosti nebyl zjišťován, ale Kořán usuzuje, že „vzhledem k výsledkům byl získaný dojem zřejmě nepříznivý“.

Turt a Lowenová však zjistili, že čím byla intenzivnější zkušenost s jedinci, kteří vyžadovali psychiatrickou ústavní léčbu, tím se projevovала i větší schopnost tyto osoby akceptovat i snaha je chránit.⁹¹

„Charakter zkušenosti s osobou lékaři považovanou za duševně nemocnou“ tedy zřejmě bude rozhodující pro následnou tvorbu postoje. Letný kontakt zjevně neumožňuje více než povrchní hodnocení nemocného, bez jakéhokoli hlubšího vhledu. Je to otázka prvního dojmu. Naopak dlouhodobější a užší kontakt s duševně nemocným ovlivňuje postoje směrem k pozitivní škále stupnice, jak se ostatně ukazuje i Kořánově výzkumu.

„ při celkovém pohledu je zřejmý mimořádně příznivý výsledek souboru nástavby. Jak bylo dodatečně zjištěno, ve třídě studovala po dobu 1,5 roku dívka opakovaně léčená v Psychiatrické léčebně Havlíčkův Brod. Ve stejné skupině se také v porovnání s ostatními skupinami častěji objevilo adjektivum „nešťastný“ jako popisující duševně nemocného.

Analogicky k závěrům Turta a Lowenové je tedy možné vyvodit, že čím bližší kontakt s duševně nemocnou osobou, tím větší porozumění a vstřícnost vůči nim dotázaní vykazují.

O způsobu utváření postojů k duševně nemocným lidem a tak i k duševním nemocem obecně mohou mnohé napovědět výsledky výzkumu, který byl proveden na několika středních školách v Británii v rámci šetření pro zdravotní výchovu.

Metodou k získání potřebných informací byla analýza názorů mladých lidí na normální a na “zvláštní“ chování - jejichž rozlišením mladí lidé duševní nemoc rozpoznávají. Samotná metoda výzkumu měla klasickou formu – studentům ve skupinách byly předloženy popisy chování fiktivních osob, které vystihovaly příznaky některé duševní nemoci – tzv. viněty. K vinětám se studenti měli vyjadřovat při skupinové diskuzi.

⁹¹ Citace dle: Janík. Veřejnost a duševně nemocný.

Z výsledků vyplynulo, že mladí lidé se brání označit za projev duševní choroby chování, které jim nějakým způsobem blízké, dovedou si sebe představit v dané situaci.

„A naopak, způsoby chování s nimiž se nijak nemohli identifikovat, byla pojmány jako „nenormální“ či „jiné“ a označeny za duševní nemoc, což bylo motivováno a zároveň potvrzováno odkazem na obrazy v médiích“ (překlad M. Kavanová).

Mladí lidé v tomto výzkumu velmi jasně rozlišovali normalitu chování ve vztahu k vlastní zkušenosti, tedy ke standardu vlastního chování (a tím i cítění), oproti chování očekávanému od společnosti, tedy společenskému pojetí normality. Mnohá chování mentálně nemocných (či jejich prototypů na “viněťách”) byli schopni brát jako normální, tedy běžné, pokud pro ně našli kontext podobný své vlastní zkušenosti.

Pouze chování pro ně zcela cizí, které sami nezažili, označovali jako projev duševní nemoci. Proto depresi a mentální anorexii jen těžko zařadili mezi duševní nemoci, oproti tomu chování schizofreniků (sociálně nepřijatelné, jako slyšení hlasů, prozpěvování na ulici, tančení atd.), bylo jasně označeno jako projev duševně nemocných lidí.

Definici duševní nemoci si tak každý vytváří na základě vlastní zkušenosti – tzn. chování cizí, do kterého se není schopen vcítit, považuje za projev nemoci. Ukazuje se, že většina lidí se považuje za duševně zdravé a tak i chování podobné tomu svému nepovažuje za projev duševní nemoci.

Celkově vzato, reakce studentů na pět představených “viněť” naznačují, že na základě své zkušenosti třídí chování lidí do tří skupin: 1. chování, s nímž mohli mladí lidé identifikovat, bylo nahlíženo jako normální; 2. chování, s nímž se z vlastní zkušenosti dokázali identifikovat, které však pro ně nebylo běžné, označovali jako výsledek duševního či psychického („psychological“) problému, nikoli však jako duševní nemoc; a konečně - 3. chování, s nímž se ztotožnit nemohli, bylo popisováno jako projev duševní nemoci. (překlad M. Kavanová)

Postoje studentů k osobám popsaným na viněťách byly zjišťovány otázkou, jak by se jim líbil, pokud by dotyčný měl být jejich soused. Odpovědi na tyto otázky oscilovaly především v kategoriích sympatií a obav. Je zajímavé, že se tyto reakce vázaly na konkrétní popsané chování a věk popisovaného jedince, ale nesouvisely s tím zda, byl pokládán za duševně nemocného či ne.

Dále studenti z venkovské školy vyjadřovali méně sympatií a byli méně tolerantní než respondenti z jiných škol. Ačkoli jejich postoj nebyl jednoznačně netolerantní či odmítavý, měli větší tendenci pociťovat vůči popisovaným osobám lhostejnost, a méně se zabývali eventuální pomocí či spřátelením se. Tento jev se nám nepodařilo

vysvětlit, neměl by být brán příliš vážně, vzhledem k malému počtu účastníků se škol.

Mladí lidé nevyjadřovali sympatie k příkladům z vinět s lidmi staršího věku. Lépe se identifikovali s osobami stejně či přibližně stejně starými.

Poté, co jediný student sympatizující s čtyřicetiletým mužem (sám někoho takového znal) sdělil něco ze své zkušenosti ostatním ve skupině, byli i on o něco více nakloněni. Postoje tak nevytváří jen přímá vlastní zkušenost, ale také zkušenosti vrstevníků, lidí pro ně důležitých.

Obavy mladí lidé cítili u všech příkladů, jejichž chování bylo nepředvídatelné a potenciálně nebezpečné.

Je otázkou, do jaké míry by podobná studie provedená v českém prostředí kopírovala britské výsledky. Domnívám se však, že její poznatky o tvorbě postojů u mladých lidí jsou poměrně nezávislé na národním prostředí, především vzhledem k faktu, že určující je zde zkušenost s duševně nemocným.

8 Výzkum

8.1 Výzkumný cíl

Na základě prostudované literatury, která popisuje vnímání duševních nemocí v průběhu historie, jsem se rozhodla zjistit, jak jsou duševní choroby vnímány dnes. Jelikož společnost je různorodá v mnoha ohledech (věkem, pohlavím, vzděláním atd.), neexistuje tedy pouze jedno jediné současné vnímání duševních nemocí. V rámci praktické části své práce jsem rozhodla srovnat pohled na duševní nemoci dvou různých skupin obyvatel.

Konkrétním cílem výzkumu je:

- **zjistit chápání a pojetí duševních nemocí u zástupců dvou generací české společnosti.**

Ke srovnání jsem si vybrala dvě skupiny osob, zástupce dvou věkově rozdílných generací. Jedná se o rodiče (skupina „B“, „staří“) o jejich děti (skupina „A“, „mladí“), jejichž společnou charakteristikou byla podmínka bydliště v Praze. Skupina A definována věkem 20-30 let, u skupiny B nebyla stanovena žádná věková hranice. Obě skupiny byly osloveny skrze dotazník (o metodologii viz dále). Pomocí dotazníku se snažím zjišťovat informace v následujících kategoriích tak, aby se podařilo splnit výzkumný cíl práce. Zajímá mne:

- Míra zkušenosti s duševní nemocí/duševně nemocnou osobou
- Informovanost o současném psychiatrickém pojetí duševní nemoci
- Míra stigmatizace/otevřenosti
- Představa o podstatě duševních nemocí

Základní teze dotazníku by se tedy dala formulovat následovně: co je a není duševní nemoc? Na základě vlastních zkušeností ze svého okolí se domnívám, že právě tato otázka je tou nejtěžší na zodpovězení..

Rozsáhlost výzkumu je úměrná náplni bakalářské práce. Právě vzhledem k rozsahu si výzkum nemůže činit ambice stát se vypovídající zprávou o povědomí o problematice duševních nemocí v české společnosti. Mým cílem je odhalit možná specifika postojů části české veřejnosti, jmenovitě dvou generačně odlišných skupin. Domnívám se, že výzkum je možné ho chápat jako jakýsi „předvýzkum“, který může sloužit k rozsáhlejšímu šetření. Nemá tedy za cíl reprezentovat postoje české společnosti obecně, ale má sloužit k vytvoření povědomí o trendech ve vnímání duševních nemocí.

8.2 Hypotézy:

Přestože je prováděné šetření především explorativní povahy, je možné v souvislosti s hlavním cílem výzkumu (srovnat pojetí duševních nemocí u dvou generací) stanovit obecné hypotézy. Na základě literatury předpokládám, že:

- H1 – Generace rodičů (Skupina B) mohla být při utváření postojů více ovlivněna totalitním prostředím, které se vyznačovalo především tabuizací tématu a absencí společenské diskuze. V konkrétních výsledcích by se to mohlo projevit menší tolerancí vůči duševně nemocným, menší mírou jejich akceptace.
- H2 – Analogicky u generace dětí předpokládám vyšší míru tolerance a otevřenosti vůči duševně nemocným a vzhledem k širší společenské diskuzi tématu v době formování jejich postojů také větší informovanost.

Jako vedlejší hypotézy je možné stanovit předpoklad, že:

- H3 - Míra zkušenosti s duševně nemocným člověkem pozitivně ovlivňuje postoje k duševním nemocem směrem k větší toleranci, případně má vliv na informovanost o druzích nemocí, způsobech léčby a příčinách nemocí. A to jak u generace rodičů, tak i u generace dětí.

8.3 Metodologie

Při vytváření metodologie výzkumu je také nutné vzít v úvahu fakt, že téma duševních nemocí není ve společnosti populární a není ani moc diskutovaným tématem. Je proto značně obtížné přimět respondenty k spolupráci. Z tohoto důvodu se lze k datům, které nejsou pouhými statistickými údaji o znalosti duševních poruch, či nemocnosti obyvatel, dospět pouze kombinovanou metodou výzkumu (kvantitativní a kvalitativní) nebo přímo nejlépe některou kvalitativní metodou výzkumu. Bohužel, kvalitativní metody jsou z časového hlediska náročné, proto jsem se rozhodla použít kombinaci obou přístupů. Mezi klíčové metodologické kroky patřil 1) výběr účastníků výzkumu, 2) tvorba dotazníku a 3) metoda zpracování získaných dat z dotazníku.

- 1) Pro výběr účastníků jsem zvolila metodu sněhové koule⁹². Její základ tvořili příslušníci skupina „A“, tedy mladí. Jednalo se o mé spolužáky (humanitně vzdělané) a mé kamarády (technicky vzdělané). Tito první účastníci (jednalo se o 4 lidi) pak dotazník roznegli dále. Díky nim se dotazník dostal k dalším příslušníkům skupiny A, a také k příslušníkům skupiny

⁹² Podle : Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule. Snowball Sampling. Úřad vlády ČR

B, tedy k jejich rodičům. Dotazníky byly vyplňovány v rámci rodiny, došlo tedy k přímé konfrontaci generace dětí a rodičů.

2) Nejnáročnějším z metodologických kroků byla samotná tvorba dotazníku. Jak již bylo napsáno výše, základní tezi dotazníku představuje otázka *co je a není duševní nemoc?* Dotazník jsem tedy vytvářela s cílem zjistit obecné postoje veřejnosti k duševní nemoci jako fenoménu. Otázky a témata dotazníku byly zvoleny tak, aby korespondovaly s 4 okruhy informací, které mne zajímají (viz výše). Samotné tvorbě dotazníku předcházela předvýzkum, na kterém jsem testovala efektivitu dotazníku. Ta byla testována na 3 respondentech ze skupiny A (mladí). V předvýzkumu mi šlo především o srozumitelnost otázek, nebylo tedy nutné testování v rámci druhé skupiny. Postup při předvýzkumu byl následující: po vyplnění dotazníku jsem s každým z respondentů provedla rozhovor, z něhož vzešly následující připomínky: Na základě tohoto jsem vypustila otázku zda jsou všechny duševní nemoci léčitelné. Ta byla označena za zavádějící. Dva respondenti hodnotili svůj pocit z dotazníku jako celkem pozitivní, všichni tři označili cíle výzkumu jako zajímavé, k celkové formě dotazníku neměli výhrady. Všichni tři vyjadřovali svou nekompetentnost v tomto oboru, čímž se snažili omluvit svou neznalost typů duševních nemocí. Jak také vyplynulo, rozlišení podle profese je přímo relevantní pro otázky ohledně informovanosti.

Všechny výše zmíněné problémy byly vzaty v úvahu při tvorbě finálního dotazníku. Na základě poznatků Dismana⁹³ předpokládám, že větší rozsah otázek by mohl respondenty odradit. Celkový počet otázek jsem tedy stanovila na 10. Vytvořila jsem dotazník s polootevřenými otázkami, který je možné vyhodnotit kvantitativním i kvalitativním způsobem. V první části dotazníku jsou zjišťovány údaje (věk, vzdělání, typ vzdělání) o respondentech samotných, které jsou jednak nezbytné z hlediska identifikace charakteristiky vzorku respondentů. Pak následuje soubor otázek (1-4, 8) které zjišťují znalost duševních nemocí. U otázky 2 by bylo potřeba upřesnit, co vede respondenty k tomu, že považují někoho za duševně nemocného (zda je to na základě informovanosti o jeho diagnóze či pouze na základě chování atd.).

3) Data z vyplněných dotazníků byla přenesena do aplikace Excell MS Office. V rámci tohoto programu byly otázky následně analyticky vyhodnoceny a data statisticky zpracována. Při slovním hodnocení dotazníku byly na základě analýzy komentářů k otázkám vytvořeny kategorie výroků podle počtu výskytů. Kritériem pro uvedení v kategorii byl počet alespoň dvou výskytů (závisí na počtu skupiny). Důvody objevující se méně než třikrát jsou taktéž

⁹³ Disman, M.: Jak se vyrábí sociologická znalost. Nakladatelství Karolinum, Praha 2006.

zmiňovány, nicméně spíše pro zajímavost než pro objektivní vyhodnocení (týká se to především otázky 7).

Jedním z možných nedostatků výzkumu považuji nižší reliabilitu, která je však způsobena malým vzorkem respondentů. Problematičnost otázek také vystihuje Disman tvrzením: „Naše výzkumy jsou často zaměřeny na problémy, o kterých někteří respondenti nikdy nepřemýšleli, které pro ně nejsou skutečnými problémy a nemají k nim vyhraněný postoj. Teprve naše otázka tento postoj vytváří.“

Je pak ale otázkou, zda to, že lidé zaujmají stanovisko nevím, není spíše signálem, že k danému problému nemají žádný vyhraněný postoj, a s otázkou jsou konfrontováni poprvé. V tomto případě je potom vynucená volba zavádějící.

8.4 Popis dotazníku

Dotazník je uveden v příloze číslo 1. Text dotazníku jsem rozdělila do následujících oblastí:

- A. Oslovení respondenta - obsahuje vysvětlení důvodů tohoto výzkumu
- B. instrukce - pokyny, jak odpovídat na jednotlivé otázky
- C. údaje o respondentovi - základní osobní údaje (věk, pohlaví, vzdělání)
- D. otázky 1 až 10 - jednotlivé otázky dotazníku jsou uvedeny níže

1. *Byla u Vás někdy diagnostikována duševní nemoc? (ANO/NE)*
2. *Znáte osobně někoho, kdo je / byl duševně nemocný? (ANO/NE)*
 - Upřesnění - někoho z blízkých (rodina)*
 - někoho z širšího okruhu přátel*
 - někoho známého*
3. *Jaké znáte duševní nemoci? (Vypište)*
4. *Jaké znáte způsoby léčby duševních nemocí? (Vypište)*
5. *Duševně nemocní lidé*
 - by měli být léčeni v rámci speciálních zařízení stranou od společnosti*
 - by měli být co nejvíce začleňováni do běžné společnosti, i během léčeni*
6. *Obával/a jste se někdy o své duševní zdraví? (ANO/NE)*
7. *Považujete duševní nemoc partnera z hlediska dlouhodobého soužití za nepřekonatelný problém? (ANO/NE)*
8. *Jaké jsou, podle Vás, příčiny duševních nemocí? (Vypište)*
9. *Myslíte si, že duševně nemocní lidé mohou žít plnohodnotným životem? (ANO/NE)*
10. *Může mít podle Vás duševní nemoc nějaké pozitivní aspekty? (ANO/NE)*

9 Výsledky výzkumu

9.1 Obecný popis získaného vzorku respondentů

Tab. 1: Celkový počet respondentů

Celkový počet respondentů			
	celkem	ženy	muži
Skupina B	25	15	10
Skupina A	28	17	11
Celkem	53	32	21

Jak již bylo napsáno výše, ve výzkumu jsou zpracovány odpovědi 2 skupin. Jedná se o skupinu A (mladí) a o skupinu B (staří).

Skupinu A - tvoří studenti a nebo absolventi technického a humanitního studia ve věkovém rozpětí 20-30 let.

Skupinu B - pak tvořili respondenti ve věku 50-60 let, tj. rodiče osob skupiny A nebo osoby této generace.

Celkem bylo vybráno 53 dotazníků. Bližší setřídění dle vzdělání a jeho typu, s rozlišením na muže a ženy, lze najít v tabulce číslo 1 až 5. V celém vzorku převládají ženy (60 %), v obou skupinách pak ženy měly většinu.

Ve skupině A převládalo vysokoškolské vzdělání, stejně jako i ve skupině B. Ve skupině A pak převládalo humanitní vzdělání, ve skupině B pak technické. Domnívám se, že tato skutečnost může mít určitý vliv na odpovědi respondentů.

Skupina A

Tab. 2: Srovnání respondentů skupiny A podle jejich vzdělání

Skupina A - dle vzdělání						
vzdělání	Celkem		ženy		muži	
	počet	%	počet	%	počet	%
základní	0	0,0	0	0,0	0	0,0
střední odborné bez m.	0	0,0	0	0,0	0	0,0
střední s maturitou	10	40,0	6	40,0	4	40,0
vyšší odborné	3	12,0	3	20,0	0	0,0
vysokoškolské	12	48,0	6	40,0	6	60,0
Celkem	25	100,0	15	100,0	10	100,0

Tab. 3: Srovnání respondentů skupiny A podle typu jejich vzdělání

Skupina A - dle typu vzdělání						
typ vzdělání	Celkem		ženy		muži	
	počet	%	počet	%	počet	%
humanitní	13	52,0	12	80,0	1	10,0
přírodovědné	0	0,0	0	0,0	0	0,0
technické	12	48,0	3	20,0	9	90,0
jiné	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Celkem	25	100,0	15	100,0	10	100,0

Skupina B

Tab. 4: Srovnání respondentů skupiny B podle jejich vzdělání

Skupina B - dle vzdělání						
vzdělání	Celkem		ženy		muži	
	počet	%	počet	%	počet	%
základní	0	0,0	0	0,0	0	0,0
střední odborné bez m.	3	10,7	3	17,6	0	0,0
střední s maturitou	11	39,3	10	58,8	1	9,1
vyšší odborné	0	0,0	0	0,0	0	0,0
vysokoškolské	14	50,0	11	64,7	10	90,9
Celkem	28	100,0	17	100,0	11	100,0

Tab. 5: Srovnání respondentů skupiny B podle typu jejich vzdělání

Skupina B - dle typu vzdělání						
typ vzdělání	Celkem		ženy		muži	
	počet	%	počet	%	počet	%
humanitní	3	10,7	3	17,6	0	0,0
přírodovědné	2	7,1	2	11,8	0	0,0
technické	15	53,6	5	29,4	10	90,9
jiné	8	28,6	7	41,2	1	9,1
Celkem	28	100,0	17	100,0	11	100,0

9.2 . Zkušenosti s duševní nemocí a jejich vliv na postoje respondentů

Cílem v této oblasti je vyhodnocení vlivu zkušenosti respondentů s duševní nemocí, tzn. přímé znalosti osoby označované lékaři za duševně nemocnou. Respondenti v případě kladné odpovědi uváděli z jakého okruhu lidí danou znalost získali.

Otázka č. 2 – „Znáte osobně někoho, kdo je / byl duševně nemocný?“ Pokud ANO, jedná se o někoho - z rodiny, nebo z okruhu přátel, nebo známého?.

Tab. 6 : Znalost duševně nemocných osob u respondentů skupiny A

Skupina A - Znalost duševně nemocných osob			
<i>odpověď</i>	<i>počet</i>	<i>ženy</i>	<i>muži</i>
ANO	17	10	7
> rodina	4	4	2
> přátelé	10	7	3
> známí	5	4	1
NE	8	5	3

Tab. 7 : Znalost duševně nemocných osob u respondentů skupiny B

Skupina B - Znalost duševně nemocných osob			
<i>odpověď</i>	<i>počet</i>	<i>ženy</i>	<i>muži</i>
ANO	24	15	9
> rodina	9	5	4
> přátelé	3	1	2
> známí	12	9	3
NE	4	2	2

Značná část respondentů uvádí osobní znalost duševně nemocné osoby (skupina A – 17 výskytů, skupina B – 24 výskytů), větší podíl je u skupiny B. Tento rozdíl může být způsoben většími životními zkušenostmi, tj. během svého života měli větší „šanci“ střetnout se s duševně nemocným člověkem. V odpovědích typu „ANO“ je rozdíl mezi odpověďmi žen a mužů, ženy uvádí větší počet výskytů znalosti duševně nemocných. Lze usuzovat, že jsou k problematice duševních nemocí více „citlivější“.

Vliv znalosti duševně nemocného na postoje a vztah k této problematice

Tabulka č. 8. „Přehled odpovědí respondentů na otázky č. 5, 6, 7, 9 a 10 v závislosti na znalosti duševně nemocného“ (viz. následující strana) obsahuje přehled a vyhodnocení odpovědí respondentů na uvedené otázky, vyhodnocené v závislosti na osobní zkušenosti (poznání) duševně nemocného člověka.

Je potřebné konstatovat, že daný vzorek respondentů asi nemohl poskytnout relevantní údaje k rozlišení tak jemných detailů v jejich postojích a vztazích k problematice duševních nemocí a nebo k duševně nemocným osobám.

Znalost duševně nemocné osoby může mít jak pozitivní, tak negativní důsledky na postoje a vztah respondenta k problematice duševních nemocí a k duševně nemocným lidem. Jak literatura, tak i tento malý výzkum ukazuje, že vztah daného člověka k duševně nemocnému, a vůbec k celé této problematice, se formuje hodně individuálně, na základě osobních zkušeností. Určitý vliv („globální“, „celkový“) zde sehrává působení vlivu okolí

(přátelé, rodina), nezanedbatelný je vliv „společenského názoru“ na tuto otázku v dané době (viz. příklady z historie lidstva).

Vliv znalosti na informovanost o duševních nemocech

Nepodařilo se prokázat (rozlišit), že by například respondenti, kteří nemají osobní zkušenost s duševně nemocným, prokazovali výrazně nižší znalosti této problematiky a nebo se zásadně odlišovali ve svých odpovědích týkající se postojů k duševně nemocným.

9.3 Informovanost o současném psychiatrickém pojetí duševních nemocí

Cílem v této oblasti je zjištění poznatků o povědomí respondentů o druzích duševních nemocí a používaných způsobů léčby. V dotazníku na tuto problematiku byly určeny otázky č. 3 a 4 :

Otázka č. 3 – „Jaké znáte duševní nemoci“? (uved'te)

Otázka č. 4 – „Jaké znáte způsoby léčby duševních nemocí?“ (uved'te)

9.3.1 Vyhodnocení znalosti druhů duševních nemocí

V této části se jedná o zjištění a vyhodnocení informovanosti o druzích duševních nemocí. Respondenti uváděli pro ně známé druhy duševních nemocí.

Tab. 8: Vyhodnocení znalosti druhů duševních nemocí respondentů skupiny A

Skupina A - znalost druhů duševních nemocí						
Odpovědi nemoc	Celkem		ženy		muži	
	počet	%	počet	%	Počet	%
schizofrenie	20	80,0	12	48,0	8	32,0
fobie	6	24,0	4	16,0	2	8,0
deprese	20	80,0	14	56,0	6	24,0
maniodeprese	13	52,0	10	40,0	3	12,0
psychózy	5	20,0	3	12,0	2	8,0
neurózy	2	8,0	1	4,0	1	4,0
anorexie	8	32,0	5	20,0	3	12,0
bulimie	4	16,0	4	16,0	0	0,0
autismus	5	20,0	4	16,0	1	4,0
jiné	2	8,0	1	4,0	1	4,0
<i>Celkem</i>	85		58		27	

Tab. 9: Vyhodnocení znalosti druhů duševních nemocí respondentů skupiny B

Skupina B - znalost druhů duševních nemocí						
Odpovědi nemoc	Celkem		ženy		muži	
	počet	%	počet	%	počet	%
schizofrenie	23	82,1	15	53,6	8	28,6
fobie	8	28,6	3	10,7	5	17,9
deprese	16	57,1	10	35,7	6	21,4
maniodeprese	10	35,7	9	32,1	1	3,6
psychózy	8	28,6	6	21,4	2	7,1
neurózy	2	7,1	1	3,6	1	3,6
anorexie	3	10,7	2	7,1	1	3,6
bulimie	1	3,6	1	3,6	0	0,0
autismus	2	7,1	0	0,0	2	7,1
jiné	14	50,0	6	21,4	8	28,6
Celkem	87		53		34	

Tab. 10: Vyhodnocení respondentů podle znalosti počtu duševních nemocí – obě skupiny

Skupina A + B – dle počtu druhů duševních nemocí						
Kategorie respondentů Počet nemocí	Skupina B		Skupina A		celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
žádná znalost	2	7,1	0	0,0	2	3,8
1 až 2	9	32,1	9	36,0	18	34,0
3 až 4	12	42,9	9	36,0	21	39,6
více než 5	5	17,9	7	28,0	12	22,6

Srovnáním odpovědí respondentů obou skupin vyplývá, že mají srovnatelně stejnou znalost duševních nemocí. U obou skupin více než 60 % respondentů zná 3 a více nemocí.

9.3.2 Znalost způsobů léčby duševních nemocí

Zde se jedná o zjištění a vyhodnocení informovanosti respondentů o způsobech léčby duševních nemocích. Respondenti odpovídali na otázku:

Otázka č.4 – „Jaké znáte způsoby léčby duševních nemocí?“. (Uveďte)

Tab. 11: Srovnání znalostí způsobů léčby duševních nemocí u skupiny A

Skupina A - Znalost způsobů léčby duševních nemocí						
Odpovědi Způsob léčby	Celkem		ženy		Muži	
	počet	%	počet	%	počet	%
psychoterapie	17	68,0	10	40,0	7	28,0
skupinová terapie	8	32,0	4	16,0	4	16,0
léky	20	80,0	13	52,0	7	28,0
hypnóza	1	4,0	1	4,0	0	0,0
elektrošoky	3	12,0	1	4,0	2	8,0
jiné	1	4,0	1	4,0	0	0,0
Celkem	50		30		20	

Tab. 12: Srovnání znalostí způsobů léčby duševních nemocí u skupiny B

Skupina B - Znalost způsobů léčby duševních nemocí						
Odpovědi Způsob léčby	Celkem		ženy		muži	
	počet	%	počet	%	počet	%
psychoterapie	17	60,7	10	35,7	7	25,0
skupinová terapie	8	28,6	4	14,3	4	14,3
léky	25	89,3	15	53,6	10	35,7
hypnóza	3	10,7	2	7,1	1	3,6
elektrošoky	4	14,3	2	7,1	2	7,1
jiné	14	50,0	5	17,9	9	32,1
Celkem	71		38		33	

Situace ve znalostech respondentů o způsobech léčby duševních nemocí je obdobná jako u přehledu počtu nemocí. Není zásadní rozdíl mezi znalostmi obou skupiny, existují známější a méně známé způsoby léčby.

Existuje rozdíl ve znalostech mezi ženami a muži, a to u obou skupin respondentů, větší znalosti vykazují ženy.

Tab. 13: Vyhodnocení respondentů podle znalosti počtu způsobů léčby

Vyhodnocení znalosti způsobů léčby duševních nemocí						
Kategorie respondentů	B - starší		A - mladší		Celkem	
	počet	%	počet	%	počet	%
žádná znalost	2	7,1	0	0,0	2	3,8
1 až 2	9	32,1	9	36,0	18	34,0
3 až 4	12	42,9	9	36,0	21	39,6
více než 5	5	17,9	7	28,0	12	22,6

Obě skupiny respondentů vykazují poměrně shodnou znalost způsobů léčení duševních nemocí; v průměru 60 % respondentů v obou skupinách zná 3 a více způsobů léčby, to ukazuje na poměrně dobrou znalost problematiky léčení duševních nemocí. Jako nejméně známou metodou je uváděna hypnóza, jako léčebná metoda zcela jasně převládá léčba pomocí léků (cca. 80 %).

9.4 Míra stigmatizace/otevřenosti

Cílem v této oblasti je zjištění míry otevřenosti respondentů vůči duševně nemocným. V dotazníku na tuto problematiku byly zamřeny otázky č. 5, 7 a 9 :

Otázka č. 5 – „*Duševně nemocní lidé :*

- *by měli být léčeni v rámci speciálních zařízení stranou od společnosti“?*
- *by měli být co nejvíce začleňováni do běžné společnosti i během léčby“?*

Otázka č. 7 – „*Považujete duševní nemoc partnera z hlediska dlouhodobého soužití za nepřekonatelný problém?“ (ano/ne)*

Otázka č. 9 – „*Myslíte si, že duševně nemocní lidé mohou žít plnohodnotným životem? (ano/ne)*

9.4.1 Způsob léčby duševně nemocných (otázka č. 5)

Skupina A

Tab. 14: *Názory na způsob léčby duševně nemocných – skupina A*

Skupina A - způsob léčby duševně nemocných			
<i>odpověď</i>	<i>počet</i>	<i>ženy</i>	<i>muži</i>
stranou od společnosti	4	1	3
začleňováním do společnosti	23	15	8

Jak napovídá tabulka, postoj mladých lidí k tomuto problému je poměrně jednoznačný. Z celého souboru 25 osob se pouze dva přiklonili k tomu, že by léčba duševně nemocných lidí měla probíhat stranou od společnosti.

Analýza slovních odpovědí

Jak je zřejmé ze statistického srovnání, mladí lidé se ve svých odpovědích v drtivé většině shodují, že duševně nemocní by měli být začleňováni do společnosti. Je však otázkou,

jakým způsobem svá stanoviska zdůvodňují. Pohled na slovní hodnocení totiž ukazuje, že ani oba zastánci léčby v ústraní nejsou ve svém názoru neochvějní.

Jeden respondent relativizuje tvrzení tím, že vše závisí na tom kterém konkrétním případě, a druhý považuje „začlenění do společnosti pod odborným dohledem“ za druhou etapu léčby navazující na ústavní léčení.

Na druhou stranu, někteří respondenti (celkem 4) preferující integraci nemocných, často neuvádějí jednoznačně souhlasná vysvětlení, své odpovědi relativizují v závislosti na typu nemoci: „Záleží na typu onemocnění, závažnosti a individuálních potřebách člověka“⁹⁴ a šesti případech podmiňují nízkou i společenskou nebezpečností duševně nemocného: „Pokud nejsou pro spol. nebezpeční - není důvod vyčleňovat.“⁹⁵

Jeden z respondentů (je pro integraci) naopak zmiňuje, že možným důvodem pro vyčlenění může být naopak nebezpečnost společnosti vůči nemocnému.

Často se vyskytují výroky (5x), spojující integraci s efektivitou léčby - (mohou se lépe přizpůsobit, začlenění může urychlit léčbu, atd.). „Kontakt s lidmi může duševně nemocným pomoci v léčení (některým).“⁹⁶

Výroky považující integraci za nutnou z hlediska minimalizace desocializace po skončení léčby spolu s předcházením případné recidivě, se vyskytují 5x - „pokud mají být kdy schopni navrátit se do společnosti, neměli by od ní být ani během léčby odloučení.“⁹⁷

V dvou případech je integrace považována na přínosnou **v rámci obohacení společnosti**: „nemělo by docházet k separaci a to žádné skupiny, začleněním této skupiny dochází k obohacení majoritní společnosti, uvědomování si existence něčeho takového - zbavení se nálepky blázna.“⁹⁸ Podobný je i výrok považující duševně nemocné za **přirozeně integrální součást společnosti**, přičemž není důvod proč je izolovat: „to je jasný, každý máme něco a jsme svým způsobem každý jiný.“⁹⁹

⁹⁴ Dotazník 25 skupina A (mladší)

⁹⁵ Dotazník 18-A.

⁹⁶ Dotazník 13 A

⁹⁷ Dotazník 2 A

⁹⁸ Dotazník 15 A

⁹⁹ Dotazník 21 A

Skupina B

Tab. 15: *Názory na způsob léčby duševně nemocných – skupina B*

Skupina B - způsob léčby duševně nemocných			
odpověď	počet	ženy	muži
stranou od společnosti	2	1	1
začleňováním do společnosti	25	16	9

Analýza slovních odpovědí

Podobně jako u skupiny i A i u skupiny B, představující generaci jejich rodičů, vládne jednoznačná preference integrace duševně nemocných do společnosti. Pouze tři respondenti se vyjádřili pro léčbu stranou od majoritní společnosti a jeden se nepřiklání k žádné variantě avšak doplňuje, že „záleží na povaze poruchy.“

Slovní vyjádření respondentů přiklánějících se k integraci je možné shrnout následovně: 4x se vyskytuje výrok podmiňující integraci nízkou společenskou nebezpečností pro okolí. Názor, že začleňování společnosti závisí na typu nemoci se vyskytuje u 6 respondentů.

Přímou **souvislost integrace s efektivitou léčby** uvedlo 7 respondentů. Za nutnou z hlediska **minimalizace desocializace a možnosti recidivy** považují integraci 4 respondenti.

Dále respondenti celkem ve 3 případech jako důvod pro integraci uvádějí škodlivost izolace v ústavním prostředí: „čím více jsou odděleni od společnosti, tím více se uzavírají do svého problému a těžko se léčí“¹⁰⁰. Jeden z respondentů považuje začleňování za důležité mj. proto, „...aby se necítili být výjimečnými osobami a proto vyžadovali mimořádnou pozornost.“¹⁰¹

Srovnání obou skupin

Po srovnání skupiny mladých lidí a skupiny generace jejich rodičů, můžeme konstatovat, že v názoru, zda mají být duševně nemocní lidé integrováni do společnosti či léčení odděleně, se obě skupiny významně neliší. Shodně preferují začleňování duševně nemocných do společnosti¹⁰².

¹⁰⁰ Dotazník 19 B

¹⁰¹ Dotazník 10 B

¹⁰² U souboru A je poměr 2:23, u souboru B 3:25

9.4.2 Postoj k duševně nemocným z hlediska partnerství (otázka 7)

Skupina A

Tab. 16 : *Názory na výskyt duševní nemoci partnera jako nepřekonatelný problém při dlouhodobém soužití – skupina A*

Skupina A - duševní nemoc partnera je nepřekonatelný problém při dlouhodobém soužití			
odpověď	počet	ženy	muži
ANO	4	2	2
NE	21	13	8

Analýza slovních odpovědí

Z výsledků vyplývá, že z celkového počtu 25 odpovídajících by pouze 4 považovali onemocnění partnera za nepřekonatelný problém. Z těchto čtyř se dva respondenti obávají, že sami nemají dostatek sil, aby zvládli náročné situace, které duševní onemocnění může přinášet: „Sama jsem lehce nestabilní, hledám své místo a vyrovnávám se sama se sebou. Duševní nemoc u osoby, kterou miluji by mi znemožnila tuto rovnováhu najít. Duševně nemocný potřebuje silného partnera, který ho podrží.“¹⁰³ Další respondent preferuje spíše rovnocenného partnera.

Často je záporné stanovisko (ochota k partnerskému soužití s duševně nemocným) stavěna do souvislosti s typem, závažností onemocnění (celkem 7x) např.: „záleží na duhu nemoci a zda ji lze vyléčit,“¹⁰⁴ či „...pokud by nemoc měla výrazně dědičný charakter, asi bych zvažoval.“¹⁰⁵

Část komentářů u záporných odpovědí (celkem 21) připouští, že duševní nemoc je problémem, nicméně nepovažuje ho za nepřekonatelný (4), přičemž převládá přesvědčení, že vztah dvou lidí je silnější než nemoc: „Byl by to určitě problém, ale jistě ne nepřekonatelný "ve dvou se to lépe táhne"“.¹⁰⁶ Podle některých (celkem 3x) může v partnerském vztahu vzniknout řada pro soužití vážnějších problémů: „záleží sice na konkrétním případě, ale objektivně si myslím, že jsou v ohledu partnerského soužití jiné a mnohem větší problémy.“¹⁰⁷

¹⁰³ Dotazník 22 A

¹⁰⁴ Dotazník 4 A

¹⁰⁵ Dotazník 6A

¹⁰⁶ Dotazník 11 A

¹⁰⁷ Dotazník 16 A

Mezi dalšími, méně často uváděnými důvody se objevuje názor, že nemoc partnera není problém, objeví-li se až po delším trvání vztahu: „předpokládám, že nemoc se projeví až po určitém soužití a tak jsou už vazby mezi partnery tak pevné, že případný rozchod je jich nemožný“¹⁰⁸.

Skupina B

Tab. 17: Názory na výskyt duševní nemoci partnera jako nepřekonatelný problém při dlouhodobém soužití – skupina B

Skupina B - duševní nemoc partnera je nepřekonatelný problém při dlouhodobém soužití			
<i>odpověď</i>	<i>počet</i>	<i>ženy</i>	<i>muži</i>
<i>ANO</i>	10	8	2
<i>NE</i>	18	9	9

Z tabulky můžeme vidět, že převažující názor u starší generace (skupina B) je, že duševní nemoc není nepřekonatelnou překážkou z hlediska dlouhodobého soužití (18 respondentů). 10 respondentů starší generace však připouští, že by takový vztah nepřekonatelnou překážkou byl.

Analýza slovních odpovědí

Z doplňujících slovních vyjádření vyplývá, že z osmnácti respondentů, kteří by dlouhodobý vztah s duševně nemocným nepovažovali za problém jich 7 uvádí, že by jejich postoj závisel na typu a závažnosti nemoci. Přičemž 1 z těchto 7 uvádí jako kritérium věk partnerů: „asi záleží na charakteru nemoci a věku partnerů, rozhodně je to velmi náročné na duševní stabilitu zdravého“¹⁰⁹.

Někteří respondenti vyjadřují bezpodmínečnou solidaritu a nutnost podpory takovéhoho partnera (3 případy), např.: „jedno z "S" partnerského soužití je soucítění“¹¹⁰ nebo „partner není hračka na chvíli, ale na celý život“¹¹¹.

Zbylí respondenti například uvádějí, že by takový vztah pro ně nebyl problém, pokud by se partner léčil a další považuje duševní onemocnění za nemoc jako každou jinou. Ve dvou případech nebylo uvedeno žádné zdůvodnění.

Dva z deseti respondentů, pro které by byl dlouhodobý vztah s duševně nemocným nepřekonatelný problém, uvádí, že záleží na typu nemoci. Dvakrát rozhodnutí není

¹⁰⁸ Dotazník 7 A

¹⁰⁹ Dotazník 25 B

¹¹⁰ Dotazník 24 B

¹¹¹ Dotazník 13 B

doprovázeno žádným komentářem. Mezi dalšími se jako zdůvodnění objevuje například obava z agresivity nemocného partnera: „protože když je s nemocí spojena třeba agresivita, tak třeba nechtěně může i zabít“¹¹² anebo například, že duševní nemoc naruší soužití, další uvádí, že to může být nepřekonatelný problém ve vztahu mladých manželů v souvislosti s dětmi a sexuálním životem.

Srovnání obou skupin

V celkovém srovnání se tedy ukazuje, že ochota k soužití s duševně nemocným partnerem závisí u obou skupiny do značné míry na typu nemoci. Starší generace však tuto ochotu vyjadřuje méně často. U skupiny A (mladých) se objevuje motivace k soužití s duševně nemocným partnerem v podobě názoru, že partnerství přináší větší problémy či že je to problém překonatelný, což je názor vyskytující se u skupiny B minimálně. Oproti tomu u starší generace se objevuje vyjádření nutnosti podpory partnera, což je prvek, který v odpovědích skupiny A zcela chybí.

9.4.3 Postoj k duševně nemocným z hlediska názorů na možnost žít plnohodnotný život (otázka 9)

Skupina A

Tab. 18: *Názory zda duševně nemocní mohou žít plnohodnotným životem – skupina A*

Skupina A - Mohou duševně nemocní žít plnohodnotným životem ?			
odpověď	počet	ženy	muži
ANO	18	11	7
NE	0	0	0
NEVÍM	8	4	4

Analýza slovních odpovědí

Z 18 kladných odpovědí skupiny A se 6 domnívá, že možnost plnohodnotného života závisí na **typu a závažnosti nemoci**, již nemocný trpí. Část respondentů považuje za podmínku **včasnou odbornou léčbu**, případně aktivní přístup nemocného (5 výskytů). Další kategorii názorů tvoří výroky, které v **duševním onemocnění nevidí žádnou překážku** (3

¹¹² Dotazník 25 B

vyskyty) - např. „ Nic jim v tom nebrání,“¹¹³ či „podobně jako tělesně postižení mohou žít plnohodnotným životem.“¹¹⁴

Představu, že lidé duševně nemocní mohou být **ve svém světě šťastní** vyjadřuje výrok: „...ale dovedu si představit, že např. schizofrenik může žít šťastně, žije ve světě, který má pravidla, příčiny a důsledky podle jeho vnímání světa.“¹¹⁵ A dále: „možná, že si to někteří neuvědomují a jsou tak veselejší, možná jsem dost ovlivněná Přeletem nad kukaččím hnízdem“¹¹⁶ Celkem se výrok odkazující na vlastní pojetí plnohodnotnosti v rámci duševní nemoci, vyskytuje 3x.

Jeden zrelativizoval své kladné stanovisko současným zaškrtnutím odpovědi nevíím Respondenti odpovídající **nevím (7)** se z valné většiny ke svému stanovisku nevyjádřili. Jeden komentář se přiklání k pozitivní odpovědi s tím, že z pohledu duševně nemocného částečně ano, a další se kloní k názoru, že záleží na tom, co se považuje za plnohodnotný život, v určitém pohledu samozřejmě ne, jsou přece "nemocní".¹¹⁷

Skupina B

Tab. 19: Názory zda duševně nemocní mohou žít plnohodnotným životem – skupina B

Skupina B - Mohou duševně nemocní žít plnohodnotným životem ?			
<i>odpověď</i>	<i>počet</i>	<i>ženy</i>	<i>muži</i>
<i>ANO</i>	18	13	5
<i>NE</i>	2	1	1
<i>NEVÍM</i>	9	3	6

Analýza slovních odpovědí

U 18 respondentů, kteří si myslí, že duševně nemocní mohou žít plnohodnotných životem, se často objevuje představa, že duševně nemocní mají „vlastní svět a cítí se v něm dobře“¹¹⁸ (toto téma se objevuje čtyřikrát). V dalších slovních zdůvodněních se uvádí, že plnohodnotný život je možný, pokud se nemocný léčí a je mu poskytnuta pomoc blízkých a lékařů: „mohou, pokud dodržují správnou léčbu“¹¹⁹ anebo „pokud se hlídají a kontrolují a užívají medikamenty“¹²⁰ (odpovědi tohoto typu je 5). Zbýlých devět respondentů se domnívá, že duševně nemocní lidé mohou žít stejně hodnotný život jako zdraví lidé, často však

¹¹³ Dotazník 1 A

¹¹⁴ Dotazník 6 A

¹¹⁵ Dotazník 22 A

¹¹⁶ Dotazník 4 A

¹¹⁷ Dotazník 23 A

¹¹⁸ Dotazník 20 B

¹¹⁹ Dotazník 26 B

¹²⁰ Dotazník 11 B

v závislosti na druhu nemoci (při lehčí formě nemoci), případně relativizují pojem *plnohodnotný život*.

Lidé s negativním postojem považují za hlavní překážku plnohodnotného života negativní aspekty nemoci: „nemoc je provází celý život, jsou sužování ataky choroby“¹²¹ a „Myslím, že každá nemoc zužuje obzor přání i potřeb pacienta“¹²².

U odpovědí *nevím* se objevuje zdůvodnění například, že nemoc je vždy omezením či že záleží na typu a závažnosti choroby.

Srovnání obou skupin

Poměrně velká skupina respondentů (8) odpověděla na tuto otázku, že neví. Můžeme se domnívat, že se necítí kompetentní (otázka č. 9 – starší generace). Větší počet odpovědí *nevím* můžeme také přičíst možné nejednoznačnosti položení otázky.

9.5 Představa o podstatě duševních nemocí (8, 10)

Cílem je zjištění informací o představách respondentů o příčinách zniku duševních nemocí. V dotazníku na tuto problematiku byla zaměřeny otázky č. 8 a 10:

Otázka č. 8 – „*Jaké jsou podle Vás příčiny duševních nemocí?*“

Otázka č. 10 – „*Může mít, podle Vás, duševní nemoc nějaké pozitivní aspekty?*“

¹²¹ Dotazník 7 B

¹²² Dotazník 25 B

9.5.1 Povědomí o příčinách vzniku duševních nemocí (otázka č. 8)

Tab. 20: Povědomí respondentů o příčinách vzniku duševních nemocí – skupina A

Skupina A - Příčiny duševních nemocí			
Příčina	počet výskytů	ženy	muži
dědičnost	15	11	4
osobní dispozice	5	4	1
stres	7	3	4
vliv dětství	10	6	4
vliv okolí, společnosti	10	7	3
mezilidské vztahy	6	3	3
psychické trauma	8	4	4
životní krize	4	3	1
úraz / poškození	2	1	1
prenatální vlivy	1	0	1
drogy	0	0	0
životní styl	4	2	2
jiné	4	3	1

Tab. 21: Povědomí respondentů o příčinách vzniku duševních nemocí – skupina B

Skupina B - Příčiny duševních nemocí			
Příčina	počet výskytů	ženy	muži
dědičnost	20	12	8
osobní dispozice	4	1	3
stres	17	10	7
vliv dětství	3	1	2
vliv okolí	6	1	5
mezilidské vztahy	-	-	-
psychické trauma	2	1	1
životní krize	7	5	2
úraz / poškození	4	3	1
prenatální vlivy	2	2	0
drogy	4	1	3
životní styl	5	1	4
jiné	1	0	1

V oblasti posuzování příčin vzniku duševních nemocí lze pozorovat rozdílné chápání mezi jednotlivými skupinami respondentů. U skupiny B jsou uváděny dvě dominantní příčiny nemocí, a to dědičnost a stres (celkem tvoří 50 %). Ostatní příčiny jsou u této skupiny uváděny rovnoměrně, u žádné není počet vyšší než 7x. Naproti tomu respondenti skupiny A jako hlavní příčiny uvádí – dědičnost, vliv dětství a vliv okolí (tvoří 50 %), ostatní příčiny jsou obdobně jako u skupiny B již uváděny rovnoměrněji (max. do 7 výskytů).

Rozdíl mezi chápáním příčin duševních nemocí může být ovlivněn životními zkušenostmi respondentů jednotlivých skupin; rovněž tak může vyplývat z rozdílných společenských podmínek ve kterých respondenti žili (a žijí).

Z hlediska posuzování této problematiky mezi ženami a muži, výsledky ukazují, že nejsou zásadní rozdíly na příčiny duševních nemocí

9.5.2 Názory na možnost pozitivního vlivu duševní nemoci (otázka č. 10)

Skupina A

Tab. 22: Názory respondentů na možný pozitivní vliv duševní nemoci –skupina A

Skupina A - Může mít duševní nemoc nějaké pozitivní aspekty ?			
odpověď	počet odpovědí	ženy	muži
ANO	19	9	10
NE	2	2	0
NEVÍM	4	4	0

Analýza slovních odpovědí

Jak je zřejmé z dat uvedených v tabulce, valná většina respondentů dokázala na duševním onemocnění najít nějaké pozitivum (celkem 19). Za povšimnutí stojí, že to byli například všichni muži!

Značná část těchto respondentů spojuje pozitiva se rozvojem osobnosti nemocného – v souvislosti s empatií a lepším chápáním mezilidských vztahů (3 výskyty), v souvislosti s rozvinutím talentu nemocného (6 výskytů), jedná se o umělecké či matematické vlohy. „Ano, duševně nemocní jsou velmi citliví vůči okolí, většinou jsou dobří umělci - do uměleckého objektu ventilují své nezvladatelné emoce, představují a nastiňují nám svět z úhlu svého vlastního mnohdy citlivějšího vnímání a tím svět obohacují.“¹²³ Nebo např. „matematika, z hlavy rozsáhlé rovnice.“¹²⁴ Jeden z těchto komentářů se však zamýšlí na možností využitelnost takového rozvoje vnímání jiným směrem.

Konečně část výroků (4 výskyty) vidí pozitiva v obohacení okolí nemocného - vede k srovnání životních priorit, větší toleranci atd. - „okolí si může uvědomit, že na světě jsou i důležitější věci než peníze, úspěch, konzum.“¹²⁵ Pozitiva nemoci jsou často podmiňována

¹²³ Dotazník 22 A

¹²⁴ Dotazník 10 A

¹²⁵ Dotazník 15 A

vyléčením nemoci (3 výskyty) a někteří také dodávají, že to závisí na typu nemoci (2 výskyty).

Mezi výroky vyskytující se pouze 1x jsou například: „všechno špatné může být někdy k něčemu dobré, závisí případ od případu“¹²⁶ či „ale tyto pozitivní aspekty stejně nepřebijí ty negativní. Např. workholismus může pomoci při práci, ale za cenu ne úplně nejlepšího životního stylu.“¹²⁷

Skupina B

Tab. 23: Názory respondentů na možný pozitivní vliv duševní nemoci –skupina B

Skupina B - Může mít duševní nemoc nějaké pozitivní aspekty ?			
<i>odpověď</i>	<i>počet odpovědí</i>	<i>ženy</i>	<i>muži</i>
<i>ANO</i>	7	4	3
<i>NE</i>	6	4	2
<i>NEVÍM</i>	15	9	6

Analýza slovních odpovědí

Více než polovina (15) respondentů skupiny B nezaujímá k otázce pozitiv jednoznačný názor. Ve komentáři k otázce se objevují jen dva výroky, a to, že „ duševně nemocní mohou být vnímaví k některým nadpřirozeným vlivům“¹²⁸, a dále, že pozitivem může být u okolí duševně nemocného utřídění životních priorit.

Respondenti zastávající negativní stanovisko (celkem 6), podrobněji jej rozvádějí ve třech případech s tím, že „na duševním utrpení není nic pozitivního“¹²⁹, a spíše poukazují na komplikace a těžkosti, které onemocnění přináší rodině.

V tomto smyslu je zřejmé, že lidé hodnotící negativně tak činí z pozice okolí duševně nemocného, zatímco lidé, s kladným stanoviskem hodnotí s většiny pozitiva z hlediska duševně nemocného samého.

¹²⁶ Dotazník 9 A

¹²⁷ Dotazník 5 A

¹²⁸ Dotazník 12B

¹²⁹ Dotazník 10B

10 Závěry výzkumu

Vyhodnocení - hypotéza 3:

Zdá se, znalost duševně nemocných osob nemá rozhodující vliv na postoje ohledně integrace. Převážná většina respondentů zastává stanovisko integrovat a to jak u mladší tak u starší generace. Můžeme si povšimnout faktu, že většina odpůrců integrace má zkušenost s duševně nemocným pouze v okruhu známých či vůbec žádnou (5 respondentů z 6 odpůrců integrace). Vzhledem k malému vzorku však není možné tento poznatek povýšit na obecný závěr.

U otázky vlivu znalosti duševně nemocného na ochotu soužít s duševně nemocným partnerem se ukazuje, že největší ochotu jeví lidé, kteří mají duševně nemocné osoby mezi přáteli a překvapivě ti, kdo nikoho duševně nemocného neznají. Naopak ti, kteří mají nemocného příslušníka, či známého častěji považují duševní nemoc partnera za problém. U lidí se zkušeností z rodiny je možné se domnívat, že právě tato zkušenost ovlivňuje jejich postoj a tedy že je to stanovisko založené na informovanosti a je tedy pragmatictější.

Co se týče informovanosti v souvislosti se současným pojetím duševních nemocí, obě skupiny se zdají být shodně informované.

Názor na možnost plnohodnotného života zkušenost s duševně nemocným zdá se neovlivňuje, podobně jako hodnocení možných pozitiv.

Vyhodnocení - hypotéza 2 a 3:

Z výsledků šetření se neukazují větší rozdíly v informovanosti mezi oběma skupinami.

Z údajů v tabulkách vyplývá, že jsou skupiny známějších a méně známé duševní nemoci. Mezi „známější“ patří např. schizofrenie (schizofrenii uvádí u obou skupin cca 80 procent dotazníků), maniodeprese a deprese; toto hodnocení platí pro obě skupiny respondentů (cca. stejné procento odpovědí). Mezi „méně známé“ nemoci patří anorexie, bulimie, autismus, Alzheimer atd.; zde je rozdíl mezi mladšími a staršími patrný. Větší počet těchto nemocí uváděli mladší respondenti, což zřejmě vyplývá z jejich aktuálních životních zkušeností. Na základě výsledků předvýzkumu je však možné se domnívat, že někteří

respondenti mohou cítit nekompetentní v této otázce a často uvádějí méně nemocí než by mohli - nejsou si jisti svou odpovědí.

U obou skupin respondentů je zřetelný rozdíl mezi znalostmi žen a mužů; ženy mají větší povědomí o duševních nemocech. Alespoň ve skupině mladších tento fakt může souviset spíše typem vzdělání (90% mužů má technické vzdělání, zatímco ve ženy mají vesměs vzdělání humanitní). S přihlédnutím k vzdělání starší generace by bylo možné vyvodit závěr, že muži s technickým vzděláním mají menší povědomí o duševních nemocech.

Podobně se neproказuje větší rozdíl v znalosti druhů léčby u obou skupin, nicméně starší lidé uvádějí častěji jiné formy léčby, které však často nejsou léčebnými metodami (tzn. Pouze jinými slovy popisují již zmíněný typ léčby). Opět se zdají být znalejší ženy více než muži, což bychom při objemnějším vzorku mohli zcela jistě přičíst rozdílům v typu vzdělání.

Rozdíly v postojích:

Příslušníci obou skupin jsou v téměř stejné míře zastánci integrace. Obě skupiny shodně podmiňují svůj názor typem nemoci, případně nízkou nebezpečností léčeného. Zatímco u starší skupiny se dále objevují názory, obecně podporující integraci, či domněnky, že ústavní prostředí je škodlivé, mladí lidé uvádějí, že škodlivá či nebezpečná může být sama společnost.

Z hlediska otevřenosti k soužití s duševně nemocným partnerem mají častěji vstřícný názor mladí, zatímco starší generace je zdrženlivější. Častěji podmiňují odpověď typem nemoci či nebezpečnost, častěji duševní nemoc považují za nepřekonatelný problém. Na základě analýzy slovních odpovědí bych důvody pro menší ochotu soužití s duševně nemocným partnerem u starší generace bych přičítala věku a zkušenostem - předpokládám, že u mladých lidí je zkušenost s partnerstvím stále ještě z velké míry teoretická (vkrádá se formulace, že mladší lidé mají idealističtější představu), zatímco generace jejich rodič již hodnotí partnerství realističtěji, na základě dlouholeté zkušenosti si již je patrně vědoma těžkostí, které může soužití dvou lidí přinést. Jak už ale bylo zmíněno, vzhledem k malému vzorku nelze vyvozovat obecně platné závěry.

Mladá generace je také vstřícnější k plnohodnotnosti života duševně nemocných. Podle počtu jednotlivých odpovědí se mezi oběma generacemi neukazují větší rozdíly, ovšem nikdo z generace mladých neodpověděl přímo negativně (u generace starší to byly 2 odpovědi). Z analýzy slovních odpovědí vyplývá, že lidé obou skupin se často domnívají, že nemocní žijí v jakési autonomní realitě v níž jsou šťastní, případně, že si neuvědomují některé (negativní) věci. Názor na možnou plnohodnotnost života je často podmiňován typem nemoci.

Největší rozdíly byly zjištěny v názoru na možná pozitiva duševních nemocí - mladí lidé v drtivé většině nějaká nacházejí, zatímco většina jejich rodičů zaujímá k otázce nerozhodný postoj, či pozitiva odmítají.

Je zajímavé, že lidé nacházející pozitiva se na problém dívají z hlediska nemocného, zatímco ti, kteří pozitiva odmítají zpravidla zvažují dopady na rodinu a okolí.

U mladých lidí stojí za povšimnutí názor spojující duševní nemoc s rozvinutí určitého talentu ať už uměleckého, logického, či ve formě větší empatie k jiným lidem. Duševní nemoc také často považují mladí lidé za možnost pro okolí utřídit si životní priority a získat nový a lepší náhled na život. Celkově tedy mladí lidé chápou podstatu nemoci o něco méně negativně než starší.

11 Závěr

Předkládaná bakalářská práce si kladla za cíl objasnit podobu pojetí duševní nemoci v současné české společnosti jak pomocí teoretického zkoumání, tak v praktickém výzkumu, dotazníkovým šetřením u konkrétní skupiny této společnosti (v Praze).

Z historické analýzy se ukazuje, že postoj společnosti k duševním nemocem byl v evropské historii značně proměnlivý. Je zde démonologické pojetí středověku, kdy byli duševně nemocní perzekuováni a vydáváni za posedlé. Dále renesance, která je tematikou šílenství prodchnuta. Osvícenský věk, který důsledně odděluje Nerozum, tím že jej zavírá do vězení a konečně 18. století, kdy se evropské myšlení přiklání k názoru tento Ne-rozum léčit. Viděli jsme, jak se proměňují léčebné techniky i způsob třídění duševních nemocí. Je tak možné lépe porozumět současnému psychiatrickému organopatologickému paradigmatu psychiatrie, která si v dnešní společnosti činí největší nárok na zacházení k duševním nemocem. Jak praví Foucault:

„Vztah Rozum – Ne-Rozum představuje v každém případě jednu z originálních dimenzí západní kultury; patřil k ní už dávno před Hieronymem Boschem a bude ji provázet dál dlouho po Nietzscheovi a Artaudovi.“¹³⁰

V části věnované duševní nemoci v české společnosti jsem nahlédli počátky psychiatrie u nás a zejména její proměny ve vztahu k společenskopolitickému klimatu v posledním půlstoletí. Problematika duševních nemocí prodělala u nás velký skok při přechodu z jednoho režimu na druhý. To se projevuje na podobě psychiatrické péče i společenské diskuzi.

Praktický výzkum však ukázal, že tyto změny sena postojích dvou generací v Praze výrazněji neprojevují. Ukázal ale také, že určité rozdíly mezi generací 20 – 30 a generací jejich rodičů let skutečně existují. Příčina tohoto faktu však není možné jednoznačně stanovit. Je možné, že se postoje mění spíše s věkem.

Ačkoli není možné považovat výsledky výzkumu za reprezentativní pro celou veřejnost (důvody uvádím v předchozích kapitolách) obecně je možné vyvodit, že mladí lidé mají větší tendenci k pozitivním postojům k duševním nemocem a své představy o podstatě nemoci také jinak zdůvodňují. Povědomí o duševních chorobách, jejich příčinách a způsobech léčby je u obou skupin srovnatelné, a to ve srovnání s odborným psychiatrickým pojetím ne příliš velká. Nejvíce znají lidé schizofrenii a spolu s maniodepresivitou a depresemi patří mezi nejvíce časté choroby, s kterými se setkávají.

¹³⁰ Foucault, Dějiny šílenství, str. 7

Při zpracování výzkumu se také ukázaly některé jeho limity. Výzkum nepostihuje otázku léčitelnosti duševních chorob, podobně nemohou výsledky poskytnout zcela spolehlivé informace o laické klasifikaci nemocí. Nepřináší konkrétnější poznatky o tom, jak se postoje u obou skupin utváří, což považuji asi za největší deficit.

Odhaluje však tím zároveň možnosti zkoumání v budoucnosti. Bylo by třeba podrobněji analyzovat názory respondentů v řízených rozhovorech. Za velmi přínosný bych také považovala případný výzkum faktorů ovlivňujících tvorbu postojů u mladé generace, zejména v souvislosti s otevřenou mediální scénou, globálním virtuálním světem přístupným z internetu. Velmi zajímavá by také mohla být analýza současné filmové tvorby - například pohled na obraz duševně nemocného v současné české kinematografii či televizní produkci (zejména v thrillerech, detektivkách atd.). Velmi záslužnou prací by byla analýza obrazu duševně nemocných v tisku (jak seriózním tak bulvárním) a v neposlední řadě v televizním zpravodajství. Jak se ukazuje v dílech Foucaulta či v Černouška, velmi významnou pramenem pro získání informací o postoji té které doby k duševním nemocem soudobá literatura - považovala bych proto za velmi cenný i pohled do současné beletrie.

Vlastní výzkum prezentovaný v této práci je tak možné chápat jako postihující malou výšeč celé problematiky. Na opravdu důkladné ve větším rozsahu však charakter bakalářské práce svým rozsahem neumožňuje.

Ukazuje se tedy, že fenomén společenského pojetí duševní nemoci je komplexnější než by se mohlo na první pohled zdát.

12 Prameny:

Monografie:

- Baudiš, P., Libiger, J.: Psychiatrie a etika. Galén, Praha 2002.
- Černoušek, M.: Šílenství v zrcadle dějin. Grada Avicenum, Praha 1994.
- Disman, M.: Jak se vyrábí sociologická znalost. Nakladatelství Karolinum, Praha 2006.
- Dzúrová, D., Smolová, E., Dragomirecká, E.: Duševní zdraví v sociodemografických souvislostech. Přírodovědecká fakulta UK a Psychiatrické centrum Praha, Praha 2000.
- Foucault, M. Dějiny šílenství. Nakladatelství Lidové noviny 1994.
- Foucault, M.: Psychologie a duševní nemoc. Dauphin, Praha-Liberec 1997.
- Höschl, C. et al.: Psychiatrie. Scientia Medica, Praha 1997.
- Höschl, C. et al.: Psychiatrie.
- Chromý, K.: Duševní nemoc: sociologický a sociálně psychologický pohled. Avicenum, Praha 1990.
- Chromý, K.: Sociologie duševních poruch. Ústav pro další vzdělávání stř. zdravot. pracovníků, Brno 1984.
- Janík, A.: Veřejnost a duševně nemocný. Avicenum, Praha 1987.
- Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule: snowball sampling. Úřad vlády České republiky, Praha 2003.
- Svoboda, M., Češková, E., Kučerová, H.: Psychopatologie a psychiatrie, Portál, Praha 2006.
- Vencovský, E.: Psychiatrie dávných věků. Karolinum, Praha 1996.
- Vymětal, J.: Úvod do psychoterapie. Grada Publishing, Praha 2003.

Články:

- Bolton, D.: Problems in the Definition of 'Mental Disorder'. The Philosophical Quarterly, Vol. 51, No. 203. pp. 182-199, 2001.
- Dragomirecká E., Baudiš, P., Dzúrová, D., Holub, J.: Psychiatrická nemocnost obyvatel České Republiky. Česká a slovenská Psychiatrie, Vol. 98, No. 2, pp 72 -80, 2002.
- Kořán, J.: Stereotyp duševně nemocného. Československá psychiatrie, Vol. 89, No.5., pp. 313-320, 1993.

Pavlovský, P.: Otázky transkulturní psychiatrie. Československá psychiatrie, Vol. 87, č.3-4, pp. 174 -179, 1991.

Secker J., Armstrong, C., Hill, M.: Young peoples understanding of mental illness. Health Education Research, Vol. 14, No. 6, pp. 729-739. 1999.

Taraba, P.: Psychóza ≠ svoboda. Česká psychiatrie a svět - sborník přednášek a abstrakt V. sjezdu České psychiatrické společnosti s mezinárodní účastí. Galén, Praha 2004.

Slovníky:

Hartl, P., Hartlová, H.: Psychologický slovník. Portál, Praha 2000.

Jandourek, J. Sociologický slovník. Portál, Praha 2007.

Kolektiv autorů. Encyklopedický slovník, Odeon: Encyklopedický dům, Praha 1993.

Kolektiv autorů. Filosofický slovník. Nakladatelství Olomouc, Olomouc 2002.

Sillamy, Norbert: Psychologický slovník, Univerzita Palackého, Olomouc 2001.

Sokol, J.: Malá filozofie člověka; Slovník filozofických pojmů. Vyšehrad, Praha 1998.

Závěrečné práce:

Zeman, M.: Duševní nemoc a její přijetí. Klientské aktivity v psychiatrii. Postupová práce. Vedoucí práce PhDr. Vendula Probstová. Katedra sociální práce FF UK v Praze. Akademický rok 2005/2006.

13 Přílohy
