

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Katedra Obecné Antropologie

Bc. Kateřina Kramolišová

**Duševní choroba v počátcích institucionalizace psychiatrie
v Čechách na přelomu 19. a 20 století**

Diplomová práce

Vedoucí práce: **Dr. Phil. Pavel Himl**

Magisterský obor: Obecná antropologie

Praha 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 4. 9. 2010

Bc. Kateřina Kramolišová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu své diplomové práce

Dr. Phil. Pavlu Himlovi a ředitelce PL Kosmonosy Ing. Daně Kolářové.

Osnova:

Osnova:.....	4
Abstrakt	6
1. Úvod	6
2. Metodické zhodnocení pramenů a literatury	9
3. Šílenství a jeho léčba z historického hlediska	16
3.1 Percepce šílenství v evropské historii	16
3.2 Vývoj péče o duševně choré v Čechách a na Moravě	28
4. Ústav pro choromyslné v Kosmonosích.....	35
4.1 Vznik a funkce ústavu do roku 1914	35
4.2 Léčba duševních chorob na přelomu 19. a 20. století	45
5. Chorobopisy	53
5.1 Úvod do chorobopisů	53
5.2 Chorobopisy pod drobnohledem	57
5.2.1 Rodinná anamnéza	59
5.2.2 Psychická část.....	62
5.2.3 Stav fyziologický.....	66
5.2.4 Dobrozdání	69
5.2.5 Cesta k diagnóze.....	70
5.3 Chorobopisy jako příběh	73

6. Závěr.....	88
7. Literatura a prameny	92
Prameny.....	94
8. Příloha	96

Abstrakt

Diplomová práce „Duševní choroba v počátcích institucionalizace psychiatrie v Čechách na přelomu 19. a 20. století“ se zabývá postupnou změnou nazírání na fenomén šílenství v evropských dějinách. Tento posun od čistě náboženského pojetí a až k medicínskému přístupu je jasně zřetelný v době Osvícenství. Jak se tedy tento posun odrazil v českém prostředí jsem zkoumala v období 1869-1914 pomocí chorobopisů z archivu PL Kosmonosy (chorobopisy samotné jsou z let 1908–1910). Postupné usazování medicínské diskurzu je v těchto materiálech pramenech velmi zřetelné. Pokládám si otázku jakou roli v tomto procesu hráli samotní lékaři, kteří tyto chorobopisy psali a jakou měli pozici i v samotném diagnostickém procesu. Dále jsem se v této práci zabývala pojetím šílenství jako stigmatu. Zajímá mne kdy a proč se toto stigmatizování objevuje a jaký má dopad na duševně choré.

Diploma work „Mental Illness in the beginning of institutionalization of Czech psychiatry in 19th and 20th century“ inform about slowly change in view on Madness phenomenon in Europe history. This change from religious to medical care is very clear in the period of Enlightenment. Reflexion of this change from religious to medical care is also vivid in Czech environment in 1869–1914. In my approach to this problem were very important the medical reports from Mental Sanatorium in Kosmonosy (these reports are from 1908–1910). In these materials I could study this medical turn in medical care about madmen. I raised the question of the role of physicians and psychiatrists in this process and I was also interested in the issue of mental stigmatization and its impact to social cooperation between mental ill and „normal“ society.

Klíčová slova:

Šílenství, psychiatrie, psychiatrické léčebny, choromyslnost, stigma, dějiny šílenství, chorobopisy

1. Úvod

Šílenství. Už samotné toto slovo vyvolává rozporuplnou odezvu. Někdo v něm může spatřovat duševní nemoc, druhý ho vidí jako posedlost, třetí tvrdí, že je to trest za spáchané skutky. Jak se však k tomuto aspektu lidského života postavit odborně a vědecky. Je možné se k této problematice přiblížit přes medicínskou stránku, nebo čistě historicky si najít jeden z aspektů, které pro tento úkaz byly typické (například středověký hon na čarodějnice, který se duševně chorých, považovaných za posedlé, přímo dotýkal) a na ten se soustředit. Na počátku veškerého bádání je tak třeba si ujasnit, jak danou problematiku vnímat, zda čistě historicky, nebo pomocí historie lékařské vědy, nebo, jako v mém případě, se pokusit zaměřit na tento problém z historicko–antropologické perspektivy.

V počáteční fázi výzkumu jsou nejdůležitější data, která jsou k dispozici. Podle těchto údajů se poté dá zvolit vhodný analytický postup a také si podle těchto údajů vytvoříme analytickou mřížku, podle které budeme ona data zpracovávat. Pro mne se jako zcela zásadní badatelské prameny jevíly chorobopisy, které jsem získala v Psychiatrické léčebně v Kosmonosích. Tyto ve všech případech více než sto let staré chorobopisy (z let 1908 a 1910) se staly základním kamenem při zkoumání vnímání šílenství v době rozvoje psychiatrických léčeben (v dané době byly nazývány „Ústavy pro choromyslné“). Díky těmto chorobopisům a literatuře z daného, či o daném období, jsem tak byla schopna rekonstruovat naši nedávnou minulost z hlediska vnímání šílenství.

V období těsně před první světovou válkou již začínala být zřejmá proměna pohlížení vládnoucích elit na problematiku duševně chorých. To se odráží i při výuce relativně nového oboru psychiatrie na vysokých školách na území Čech a Moravy. V období na přelomu staletí začínají vycházet medicínská skripta v českém jazyce, která se podrobně věnují této problematice, jedná se jak o publikace Dr. Kuffnera, tak o velmi podrobnou

analýzu jednotlivých duševních poruch Dr. Heverocha. Díky těmto odborným učebnicím si tak můžeme udělat obrázek o stavu tehdejší psychiatrie v česky mluvícím prostředí vysokých škol a univerzit. Tato změna se týkala nejen odborných psychiatrů, ale i obvodních lékařů. V několika chorobopisech jasně vystupuje jednotná struktura, je tak velmi pravděpodobné, že se dotyční lékaři řídili jakýmsi pomocným materiálem, podle něhož pak strukturovali údaje o pacientech a předávali je do rukou kompetentních odborníků, například do Kosmonos. Pro lepší představu uvádím náhled jednoho z chorobopisů v příloze.

A právě ony více či méně strukturované chorobopisy tvoří těžiště mé analýzy. Na těchto dokumentech se dá mimo jiné ukázat nejen postřeh a odbornost jednotlivých lékařů, popřípadě by bylo možno uvažovat nad adekvátností nařízené ústavní péče, ale také, a to je pro mne v tuto chvíli nejdůležitější, v chorobopisech můžeme sledovat vznik samotné diagnózy. Jedná se tak o střet šilenství a vědy, kdy druhá jmenovaná, v osobě obvodního lékaře, se pokouší onen problém duševní nemoci popsat a kategorizovat. Jak vyznívá ze samotných chorobopisů, tak tito obvodní lékaři mnoho zkušeností s choromyslnými neměli. V jednotlivých případech tak můžeme sledovat u různých pacientů stejné příznaky, které však následuje zcela odlišná diagnóza, nebo naopak se může jednat o stejnou diagnózu, ale se zcela odlišnými příznaky dané choroby. Snad i trochu přehnaně pak vyznívá jedna ze zmiňovaných učebnic psychiatrie (v tomto případě od Dr. Heverocha), který sice velmi pečlivě popisuje jakýkoli příznak choroby a k němu adekvátní diagnózu, pokud by se však všemi těmito doporučeními měli lékaři řídit, nezůstal by mezi obyvateli tehdejších Čech prakticky nikdo psychicky zdrav.

Co se týče onoho střetu mezi šilenstvím a vědou na přelomu minulých dvou staletí, je těžko říci, která strana vlastně vítězí. Obvodní lékaři sice ve většině případů dosáhnou hospitalizace dotyčného do ústavní péče, otázkou však zůstává, komu se tímto činem vlastně pomůže. Pokud byl psychicky narušený jedinec svému okolí nebezpečný, dostali se takto jeho blízcí do relativního bezpečí, ale daný pacient byl v samotné léčbě nebezpečný

i nadále. A samotný ústav? V něm se v mnoha případech považovalo za úspěch i přechodné zklidnění, a tak nebylo výjimkou, že se „vyléčený“ jedinec za několik měsíců do léčebny zase vrátil, aby byl při dalším zklidnění zase propuštěn atd. (V jednom případě byl choromyslný do kosmonoské léčebny přijat a propuštěn dokonce desetkrát).

Na následujících řádcích bude tak nastíněna i samotná léčba v období na přelomu 19. a 20. století, která se skládala hlavně z pracovní terapie (současné léky a lékařské postupy ještě nebyly známy). Tato léčba však v mnoha případech sloužila jen k výše zmíněnému zklidnění. Používala se vodoléčba, pacientům se také ordinovala metoda odměn a trestu, kdy při klidném chování mohli využívat veškerých výhod dané léčebny, v opačném případě je čekala nějaká represe.

Otázkou však zůstává, jaký je vlastně Pinelův¹ odkaz. V kapitolách o historii šílenství a jeho léčby jsem nastínila proměnu vnímání tohoto fenoménu od převážně náboženského přístupu k choromyslným ve středověku, až po čistě medicínské pojetí naší civilizace. V českých zemích je první samostatný nemocniční pavilon pro duševně choré postaven až za vlády Josefa II., do té doby jsou relativně klidní duševně choří přijímáni do městských špitálů, nebo, zvláště pokud je jejich stav neklidný až zuřivý, jsou ponecháni svému osudu. Náznaky medicínskému přístupu se tedy v českých zemích objevují již před tzv. Pinelovskou revolucí (která je časově téměř totožná s revolucí francouzskou). Období přelomu 19. a 20. století je, co se týče pojetí přístupu k choromyslným, již na straně medicínské. V tomto období již funguje několik specializovaných pracovišť, kde se choromyslní léčí pod odborným dohledem.

Na psychické choroby jako takové je sice podle hlediska jednotlivých lékařů pohlíženo jednak jako na nemoci duše, ale začíná se objevovat i názor, že tyto choroby jsou podmíněny somatickými změnami a léčbu je třeba hledat

¹ Phillipe Pinel – francouzský lékař, který je považován za jednoho z prvních, kdo k duševně chorým přistupoval jako k pacientům a snažil se je léčit (viz kapitola „Percepce šílenství v evropské historii“).

právě v odhalení této tělesné nerovnováhy. Objevuje se nová diagnostika a přehodnocuje se léčba a příčiny chorob, které byly do té doby považovány za součást chorob jiných (jedná se např. o progresivní paralýzu). V době na přelomu minulých dvou staletí se mění také pohled na možné spouštěče psychických poruch chorob, například alkohol a i některé drogy (heroin) do té doby používané spíše jako léky na posílení organismu, se najednou ocitají na pomyslné zakázané listině. Odhaluje se jejich podíl vlivu na nevratné změny v lidském organismu (tak je tomu třeba u chorob v důsledku nemírného požívání alkoholu, ten byl již natolik známou příčinou duševních chorob, že měl i samostatnou kolonku v předtištěném přijímacím tiskopise do kosmonoské léčebny).

Jaká tedy byla (a snad stále je) role ústavů pro choromyslné a psychiatrických léčeben v oblasti sociální kontroly z pozice mocenských elit? Ve středověku bylo s choromyslnými nakládáno jako se zvířaty, ztratili totiž to jediné, co je podstatou lidství, a to rozum. A zvířata tak přece mohla žít zbytek života zavřená v klecích a kobkách a pro ostatní obyvatele bylo běžné se na tento zvěřinec za mírný poplatek chodit dívat. Tato vězení pro šílence však mohla podvědomě sloužit i jako možná hrozba všem, kdo by se pokusil protivit vládnoucímu řádu. Nařčení z choromyslnosti však bylo problematické i po tzv. „Pinelovské revoluci“, kdy se společnost k duševně nemocným začala chovat laskavěji, hrozba tohoto onemocnění, však zde stále byla i pro duševně zcela zdravé lidi.

Jak se tedy potýkali obvodní a odborní lékaři společně se svými pacienty s duševními chorobami přesně před sto lety, jak probíhal střet mezi šílenstvím a vědou, jak vypadala medicínská a lékařská péče, či jak je to vlastně myšleno s pojetím ústavů pro choromyslné jako institucí sociální kontroly, to je obsahem této diplomové práce.

2. Metodické zhodnocení pramenů a literatury

V této kapitole se pokusím zhodnotit a postihnout dosavadní nejcitovanější literaturu o dějinách šílenství, jeho léčbě, případně i odraz této léčby v samotných ústavech pro choromyslné. Tato diplomová práce se týká převážně českého území a proto jsem takto volila i literaturu. Ta vychází hlavně z českého a částečně také evropského prostoru (z důvodů rozsahu například zcela opomím americký kontinent a Asie je zmíněna jen velmi zkratkovitě). Pro studii o dějinách šílenství jsem nemohla opominout autory jako Foucault, Porter, nebo v českém prostředí Vencovský, případně Černoušek. Autorů je samozřejmě mnohem více, z důvodu větší přehlednosti jsem se však zabývala jen těmi nejznámějšími, i když z hlediska ostatních historiků a vědců zabývajících se touto problematikou, mohou být jejich díla považována za kontroverzní (to je případ knihy Michela Foucaulta a jeho „Dějiny šílenství“).

Dále bych zde chtěla nastínit narativní a komparativní metodu, díky níž jsem analyzovala nejdůležitější pramen této práce (jedná se o chorobopisy z Kosmonoské léčebny), a také samotný vstup do terénu a jeho zmapování a i hypotézy, se kterými jsem archivní data analyzovala.

Snad nejznámější a v době svého vydání také nejkontroverznější studii o historickém aspektu šílenství jsou „Dějiny šílenství“ od Michela Foucaulta (v originále „L’histoire de la folie á l’age classique“ z roku 1962). Toto obsáhlé dílo jsem měla k dispozici jen v českém, zřetelně zredukovaném vydání z roku 1993. Tato kniha popisuje a hledá historické kořeny pojmu duševní nemoci. Foucault se zde, tak jako i v jiných publikacích, věnoval krajním formám lidské zkušenosti a jejího odrazu ve vývoji lidstva a jeho institucí (zajímala ho tedy technologie přenosu moci a sociální kontroly). Toto dílo upoutalo i autorovým přijetím obrazu lodi bláznů, které autor používá jako metafory středověkého pojetí šílenství. Svým tvrzením, že tzv. *Narrenschiff* má skutečný

podklad,² vyvolal mezi odborníky řadu diskuzí. Dalším diskutabilním námětem bylo pojetí ovládnutí šílenství jako formy sociální kontroly ze strany mocenského aparátu. Šílenství tak mělo nahradit lepru, která koncem středověku pomalu mizela, a stigma této nemoci se tak přenášelo na duševně choré. Michel Foucault se k problematice duševní choroby vrátil ještě ve studii „Psychologie a duševní nemoc“ (francouzský originál vyšel roku 1966).

Pojetí šílenství a jemu vymezený prostor v ústavech pro duševně choré však mezi odborníky stále vynucuje otázku, zda se jedná o terapeutickou instituci, nebo místo, kde je explicitně uplatňována sociální kontrola.³ Jedním z důkazů pojetí ústavu pro choromyslné jako instituce sociální kontroly může být podle Andrew Sculla i nepoměrný nárůst počtu internovaných jedinců do těchto ústavů v Anglii mezi lety 1844 a 1860, kdy se tento počet zdvojnásobil, zatímco veškerý přírůstek obyvatelstva činil pouze dvacet procent.⁴ Dalším z možných ukazatelů zesílené sociální kontroly nejen duševně chorých mohou být i náznaky kontroly porodnosti choromyslných, které tak v některých případech ústily až v pokusy o eugeniku. Debata o psychiatrických zařízeních jako projevech sociální kontroly byla v anglo-americkém prostředí velmi živá v 70. a 80. letech minulého století, v současnosti je zřejmý odklon od tohoto pojetí a společenskovědní odborníci se věnují více samotné léčbě. Příkladem tohoto novějšího přístupu byl například Roy Porter (ať již ve všeobecných dějinách lékařství – „Největší dobrodiní lidstva“, česky 2001, nebo ve studiích, přímo věnovaných problematice šílenství – např. „A social history of Madness“, 1987). Mezi další autory, kteří se věnují, či věnovali historii šílenství, patří americký autor A. A. Roback svým svazkem „History of Psychology and Psychiatry“ (z roku 1961). Toto dílo je postaveno na hlavních představitelích jednotlivých medicínských směrů a přístupů k šílenství. V kapitole věnované dějinám psychiatrie Roback popisuje jednotlivé myslitele tohoto medicínského oboru od antiky až po moderní pojetí léčby soudobých lékařů.

² Foucault, M., 1993, str. 13

³ Scull, A., 2006, str. 108

⁴ Scull, A., 2006, str. 117

Jedním z aspektů, který se prolíná takřka všemi těmito publikacemi, je popsání období evropské historie, kdy byli duševně nemocní považováni za posedlé d'áblem, a také tak s nimi bylo nakládáno. Jednalo se o období, kdy psy Boží (tzv. Dominikáni) na základě podnětu papeže Innocenta VII. a díla *Malleus Maleficarum* z 15. století⁵ velmi aktivně vyhledávali démony a neváhali použít jakýchkoli prostředků k posouzení náboženské ortodoxie u poddaných (příkladem může být sice duševně zdravý, ale přesto nekonformně se chovající Menocchio, mlynář ve Furlánsku, která se před inkvizicí dostal také⁶). Toto období pronásledování démonů postihovalo převážně ženy a duševně choré.

Zajímavým přínosem k problematice azylu duševně chorých je také kniha „*The Age of Madness*“ z roku 1974 od Thomase S. Szasze. Tento americký psychiatr se ve svém díle zabývá otázkou nedobrovolné hospitalizace duševně chorých. Na příkladu 33 textů od různých autorů, které jsou rozděleny do tří oddílů, Szasz odkrývá historii této problematické součásti samotné léčby duševně chorých

V českém prostředí se problematice dějin duševní nemoci a její léčby nejvíce věnoval Eugen Vencovský, který napsal hned několik studií na toto téma. Vencovský, jenž publikoval hlavně v 80. letech, se jako praktikující psychiatr nezabýval nějakou vizí sociální kontroly, v jeho pojetí bylo toto lékařské odvětví jedním z nejvíce progresivních a vyložená adorace psychiatrie je v jeho díle velmi zřetelná. S povděkem sleduje neustále se rozšiřující počet lůžek v českých, moravských a slovenských léčebných zařízeních pro duševně nemocné a stavbu nových pavilonů a léčeben. Vencovský je v českém prostředí sice nejplodnějším, nikoli však prvním autorem, který se zabývá dějinami psychiatrie a šílenství. Kromě učebnic a skript v češtině pro mediky, které se na českém trhu poprvé objevují na přelomu 19. a 20. století, vydává psychiatr Antonín Heveroch roku 1926 i reprezentativně pojatý titul „*Zemské ústavy pro*

⁵ Roback, A. A., 1964, str. 217

⁶ Ginzburg, C., 2001

choromyslné v Čechách“, ve které popisuje dějiny ústavní péče o duševně choré v českých zemích.

V současnosti se dějinami šílenství v českém prostředí zabývá Michal Černoušek, a to ve studiích „Historie pojmu duševní zdraví a duševní nemoc“, či „Šílenství v zrcadle dějin“, které byly publikovány v 90. letech. V knihách tohoto autora je cítit výraznější ovlivnění jeho myšlení Michelelem Foucaultem, to se týká hlavně publikace z roku 1994 „Šílenství v zrcadle dějin“. Tyto knihy jsou určeny i pro odlišnou čtenářskou obec. Studie „Historie pojmu duševního zdraví a duševní nemoci“ je součástí vědecké edice k dějinám psychiatrického myšlení (v tomto případě se jedná o třetí díl této studie), která je určena odbornějšímu publiku, tzn. hlavně studentům medicíny. Druhý Černouškův spis z roku 1994 je pak určen pro širokou veřejnost. Tomu odpovídá i populárně-naučný styl této knihy a množství doprovodných materiálů, např. fotografií, citátů a pod. Zatím posledním autorem v českém prostředí, jenž se zabýval dějinami šílenství a psychiatrie, je Vladislav Šedivec a jeho „Přehled dějin psychiatrie“ z roku 2008, ve které nám stručnou formou podává světovou historii tohoto lékařského oboru.

Jedno má ale většina výše zmíněných publikací společné. Průsečík tvoří zaměření autorů na dějiny nazírané tzv. zdola (odborným termínem se tedy jedná o „history from below“). Jedná se o směr v historiografii 20. století, který se již nezaměřoval na historii králů, vojevůdců a jiných velkých jmen minulých epoch, ale na lidi, nebo události, které na první pohled neměly zásadní význam a spíše než by dějiny tvořily, zdály se být tyto osoby dějinami doslova zmítány. To může být případ již zmíněného Menocchia, nebo velkého kočičího masakru, který zpracoval francouzský historik Robert Darnton⁷ a který snad měl podle něj sloužit jako předzvěst a metafora francouzské revoluce. Jedním z nejznámějších příkladů history from below je příběh Martina Guerra a jeho manželky Bertrandy zpracovaný historičkou Natalie Zemon Davis⁸, který se dokonce dvakrát dostal až na filmové plátno. Tyto dějiny každodennosti tak

⁷ Darnton, R., 1985

⁸ Davis, N. Z., 1997

posloužily společenskovedním odborníkům, kteří se věnovali a věnují šílenství, jako nový podnět při jejich vědeckém bádání.

Dalším metodologickým opatřením, které je třeba vyjasnit, je i práce historiků s jednotlivými prameny. Ve většině případů mají k dispozici několik víceméně sourodých dat, podle kterých si určí jistý rastr, jak postupovat při bádání dále. Jednotlivá archivní informace tak mohou mít formu jednotlivých dat (např. kronika) nebo se již nalézají v ucelenějším tvaru jakéhosi příběhu. Záleží však na badateli, zda tento příběh vezme za svůj, nebo zda ho podle jiných dostupných informací a svého úsudku přetvoří a pozmění. Příběh však vzniká i z dat kronikářských. Tady je klíčovou otázkou, zda onen badatel příběh v těchto datech nalézá, nebo zda si ho spíše vytváří. Obě tato varianty (jedna, vycházející je ze soupisu jednotlivých dat, druhá z již utvořeného příběhu) mají své klady i zápory a v obou těchto případech je historikova práce napadnutelná.

...

Tímto jsem shrnula literaturu, ze které jsem převážně vycházela, a nyní bych se pokusila představit vlastní výzkum a metody, které jsem použila při analýze získaného materiálu.

Svou badatelskou činnost jsem na radu Pavla Himla započala v SOA – Státním Oblastním Archivu v Praze, kde se podle soupisu archivního materiálu mělo nacházet i několik složek o Psychiatrické léčebně v Kosmonosích. Tuto léčebnu jsem zvolila pro její relativně rozsáhlý fond, který také časově odpovídal mému zaměření (ve fondu byly zpracované materiály již od roku 1869, kdy byla tato léčebna založena). Prohlídka přístupných materiálů fondu PL Kosmonosy odhalila několik kartonů a těžkých knih, většinou se týkajících finančního provozu dané léčebny. Kromě čistě ekonomických záležitostí zde byly k dispozici i jakési stručné kroniky daného ústavu, které se nazývaly „Annales“ a z nichž jsem se dozvěděla jednak průběžný roční pohyb pacientů (příjem, úmrtí, propuštění), nebo také hlavní události daného roku. Tyto kroniky se zachovaly pro roku 1905–1909, což zcela vyhovovalo mému

časovému zaměření, které jsem si orientačně zvolila od roku 1869 (vznik léčebny) do roku 1914. Mým záměrem bylo popsat počátky ústavní péče a proto toto časové vymezení. Také jsem měla přístup k chorobopisům, které časově tomuto období odpovídaly.

V několika kartonech se rovněž nalézala korespondence příbuzných jednotlivých choromyslných s představiteli ústavu. Ta se převážně týkala proseb o propuštění, nebo žádostí o sdělení zdravotního stavu nemocných, časté byly i dotazy ze strany ředitelství ohledně placení různých poplatků za léčbu. V jednom případě se také velmi intenzivní korespondencí snažila matka jednoho z chovanců ústavu domoci jakékoli penze ze strany státu, či léčebny, tato osoba, která pravděpodobně postrádala prostředky na výživu a kterou živil ji její syn, než nastoupil do ústavu, se však pomoci nedovolala. V inventáři byly zmíněny i další zajímavé materiály, jako jídelní řád z roku 1907 a také zde byla zmínka, že samotné chorobopisy pacientů, přibližně z období přelomu staletí, se stále nacházejí v archivu samotné kosmonoské léčebny. Po zkontaktování se s ředitelkou tohoto ústavu inženýrkou Danou Kolářovou mi bylo dovoleno si několik těchto archivních chorobopisů přečíst a převést do digitalizované formy. Pomocnou ruku mi podala i knihovnice této léčebny Alena Treybalová, která mi ochotně zapůjčila tiskoviny o dějinách šílenství a psychiatrie (mezi nimi již zmíněnou publikaci Dr. Heverocho z roku 1926).

Takto se mi během několika měsíců podařilo shromáždit archivní materiál ke svému tématu a k analýze. Po kapitolách, které víceméně kompilativně shrnují evropské a české dějiny šílenství a jeho léčby, jsem začala analyzovat jak pražské, tak kosmonoské listiny. Z archivních materiálů, které jsem objevila při svém bádání v SOA v Praze, se mi jako nejpřínosnější jevíly již zmíněné „Annales“, tedy stručné kronikářské přehledy z let 1905–1909. Těžiště mé práce však bylo ukryto v analýze samotných kosmonoských chorobopisů. Ty se pro svou strukturu, ale i informace a styl v nich obsažený, staly nejdůležitějšími prameny této diplomové práce a rozpracovala jsem je v rámci jedné kapitoly.

Tato kapitola se skládá z podkapitol nazvaných: „Úvod“, „Chorobopisy pod drobnohledem“ a „Chorobopisy jako příběh“. V úvodu popisují oficiální dobové rozčlenění, které je takřka totožné u všech dvanácti chorobopisů. Poté již přichází na řadu samotná analýza, ta se týká části chorobopisu nazvané „vysvědčení lékařské“, ve které je obvodním lékařem popsána geneze vzniku choroby u pacienta, další dvě části chorobopisu – „přijímací protokol“ a „údaje z pozorování v ústavní péči“ jsou také zajímavé, pro můj záměr však ne tolik vhodné. Při samotné analýze jsem se nechala ovlivnit autorovým rozčleněním tohoto dokumentu, ve všech případech se dalo „vysvědčení lékařské“ poměrně dobře rozdělit na čtyři části – rodinnou anamnézu, psychologickou část, fyziologický stav a dobrozdání. V rámci těchto částí jsem pak dané chorobopisy srovnávala a všímala si jak jednotlivých podobností, tak výjimek.

Poslední kapitola pak byla věnována analýze téhož dokumentu (tedy vysvědčení lékařského) z narativního hlediska. Zde jsem si všímala narativních aspektů u čtyř vybraných chorobopisů. Snažila jsem se podívat na ony chorobopisy jako na ucelený příběh s expozicí, zápletkou, dějovými digresemi, zauzlením a konečně rozuzlením samotným. Zajímavý je také pohled na obvodního lékaře jako na samotného tvůrce daného příběhu a jeho schopnost tento příběh natolik usměrnit, aby zaujal kompetentní osoby v ústavu pro duševně choré a daný pacient tak byl přijat na léčení.

3. Šílenství a jeho léčba z historického hlediska

3.1 Percepce šílenství v evropské historii

Duševní nemoci jsou pravděpodobně tak staré jako lidstvo samo. Jisté náznaky léčby (ať již tělesné nebo duševní) se začínají objevovat již v pravěku. Důkazem mohou být různé předměty, pravděpodobně také magického charakteru, nalezené v hrobech či pravěkých sídlištích. Lékařské zásahy lze vystopovat i na nalezených kostrách – v některých případech se zde objevují i chirurgické zákroky (například trepanace lebky. Tento zákrok může být

dokladem prvotní péče o duševně choré, otvorem v lebce měl snad tělo opustit démon, a zbavit tak dotyčného posedlosti).⁹

Jedním z možných důkazů pravěkého šamanismu by mohl být příběh ženy z Dolních Věstonic. V pravěku nebylo zvykem zobrazovat lidská těla a tváře, výjimkou jsou jen tzv. venuše a také portréty a plastiky lidí, o nichž se v současné době domníváme, že byli léčitelé, či šamany. To je případ ženy z Dolních Věstonic. Tento portrét ženy byl vyřezán do slonoviny a datuje se do období před 25 000 lety do gravettienské kultury.¹⁰ Byl na něm znázorněn obraz ženy s poněkud deformovanou tváří, měla povislou levou stranu obličeje. Tento výjimečný nález byl ještě umocněn maskou, která se našla nedaleko a na které se dá vyzorovat stejné postižení jako na slonovinovém portrétu. A navíc byl také objeven hrob s kostrou ženy, která měla celou levou stranu lebky deformovanou. Hrob byl přikryt dvěma velkými mamutími lopatkami a našli se zde i zbytky červené hlíny, což napovídalo, že se jednalo o rituální pohřeb.¹¹ Teorií o sociální roli této ženy je několik, její hrob však svědčí o tom, že šlo o významného člena tehdejšího společenství.

Slovo šaman je podle Lommela tunguzského původu a neznámá totéž co medicínman, čaroděj nebo kouzelník. Medicínman je lékařem a důležitou postavou v hierarchii skupiny, usiluje většinou o moc. Šaman je sice také něco jako kněz a lékař, na rozdíl od medicínmana však vždy jedná ve stavu transu, do něhož se sám přivádí. Když vyvolává duchy nebo léčí, vždy tak činí v extázi. Šaman se také zpravidla ujímá své role nedobrovolně.¹²

Ve starověku léčitelé, či lékaři získali důležitou roli ve společnosti. Ať je to Egypt, Babylonie, Indie, Čína, Izrael ... ve všech těchto říších se zachovaly důkazy o relativně vysoké úrovni lékařské péče. Ve vztahu k příčinám duševních chorob však přetrvával náboženský charakter – tak například

⁹ Vencovský, 1983, str. 11

¹⁰ Bouzek, 2005, str. 25

¹¹ Kleibl, 1987, str. 133

¹² Lommel, 1967, str. 67

v Babylónii tyto nemoci léčili kněží, a to např. obětováním Bohům a démonům.¹³

Jedny z prvních útulků pro nemocné byly řecké Asklepiony¹⁴. Ty se nazývaly podle Asklepie – řeckého Boha lékařství, ten dokázal dokonce křísit mrtvé, a tak (protože nikdo neumíral) ho Zeus sežehl bleskem. Ale i ve starověkém Řecku byly duševní choroby považovány buď za posedlost zlými duchy a démony, nebo za trest samotných Bohů.¹⁵ A jak se tyto poruchy léčily? I tato činnost byla úzce spjata s náboženským konáním. Nemocný navštívil chrám zasvěcený Asklepionovi, jehož součástí byly i již zmíněné Asklepiony. Zde obětoval tomuto Bohu, vykoupal se a v určeném místě se uložil ke spánku. Takto nemocní očekávali zjevení Boha přinášející uzdravení. Tento obřad se však velmi pravděpodobně týkal jen lidí movitých, těch kteří si mohli dovolit kněžím zaplatit.¹⁶

Řekové však dlouho nezůstávali v zajetí své medicínské mytologie. Začátkem 7. století před Kristem se začíná šířit nová koncepce řeckého lékařství. V období rozkvětu spolu úzce souviselo nejen náboženství a medicína, ale také filozofie. I v současné době je nejznámějším řeckým starověkým lékařem Hippokrates, a to pro své nové pojetí léčby. Hippokratova škola se snažila odmytologizovat psychická onemocnění a chápat je jako kterákoli onemocnění jiná.¹⁷ Kromě Hippokrata (450–355 před Kristem) se léčitelstvím, či filozofií léčitelství zabývali i Thales, Anaximandros, Pythagoras (ten jako jeden z prvních prohlásil, že mozek – a nikoli srdce, je sídlem rozumu), Herakleitos a další.¹⁸

Podle Hippokratových představ byly choroby způsobovány nerovnováhou čtyř tekutin – krve, lymfy, černé a žluté žluči. Například

¹³ Vencovský, 1983, str. 17

¹⁴ Černoušek, 1994, str. 30

¹⁵ Vencovský, 1983, str. 28

¹⁶ Černoušek, 1994, str. 20

¹⁷ Raboch, Zvolenský, 2001, str. 563

¹⁸ Vencovský, 1983, str. 31

melancholie byla způsobena větším množstvím černé žluči.¹⁹ Tyto tělesné šťávy neměly vliv jen na duševní zdraví jedince, ale svým mísením určovaly i jeho povahu (toto rozdělení na sangvinika, cholerika, melancholika a flegmatika je známé dodnes). Od Hippokrata pochází i pojem hystéria, toto onemocnění však nebylo považováno za duševní, ale tělesné a souviselo s domnělým pohybem dělohy v těle ženy.

I když bylo řecké lékařství na svou dobu velmi novátorské, znalosti lidské anatomie a činnosti lidských orgánů byly omezené – ve starověkém Řecku byly totiž zakázány pitvy lidí, chybějící znalosti byly částečně nahrazovány pitváním jiných živočišných druhů (jednu z prvních lidských pitev provedl Hérofilos, z lékařské školy Alexandrijské, kolem roku 350 před Kristem).²⁰ Alexandrijská škola tak s objevením lidského těla odhalila i tajemství fungování nervového systému, či uspořádání mozku.

Ve 2. století př. n. l. se stále více prohlubovaly kontakty Řeků s Římany. Tak začalo do Říma pronikat i řecké lékařství. V dobách před těmito řecko–římskými styky měly příčiny a léčení veškerých nemocí náboženský podtext. Prvními lékaři v antickém Římě byli tedy Řekové (velmi často řečtí otroci).

Kolem roku 90 před Kristem se v Římě objevil Asklepiades. Tento lékař, který studoval v Athénách i Alexandrii, neuznával Hippokratovu koncepci tělesných šťáv, ale věřil, že tělo by se mělo skládat z částic (atomů), mezi nimiž měly být drobné póry. Jestliže byly tyto póry příliš zúženy, či roztaženy, vznikla tak nemoc.²¹ Podle tohoto principu také Asklepiades upravoval léčbu. Poznatky tohoto Řeka byly pro tehdejší dobu převratné a mnohé z nich přetrvaly dodnes. Asklepiades zavedl obecný termín pro duševní choroby – insania, rozlišoval dva druhy fantazií tzv. bludy (nemocný vnímal zrakem jinak než ve skutečnosti) a halucinace (nemocný slyšel či cítil neexistující bytost či předmět). V léčbě choromyslných se v tomto období objevila například

¹⁹ Raboch, Zvolenský, 2001, str. 563

²⁰ Vencovský, 1983 str. 32

²¹ Vencovský, 1983, str. 39

muzikoterapie, pracovní terapie, lehký tělocvik, hydroterapie a pod.²² Zajímavý byl i nápad léčit duševně nemocné filozofií, a to předčítáním z knih a aplikací rozhovorů (možná tedy jakási forma psychoterapie). K tomuto přístupu se Asklepiades dopracoval díky svému příteli – M. T. Ciceronovi.

Mezi žáky či následníky této římsko–řecké školy patřili například Themison, Celsus²³. Tato etapa do historie lékařství nepřinesla mnoho nových podnětů, částečně je to dáno i vznikem a rozšířením křesťanství, které otevřeně vystupovalo jako nepřítel tehdejší medicíny, ve které vidělo jen součást pohanské kultury. Díky nástupu křesťanství se tak starověká medicína vrátila o několik set let zpátky k náboženskému pojetí příčin a léčby nemocí. Křesťané totiž věřili, že světcí mají duchovní moc, díky níž mohli vyléčit nemocného pouhým dotykem²⁴.

V prvním století našeho letopočtu se objevil další představitel řecko–římské školy, Soranus. Ten se domníval, že duševní choroba mohla vzniknout i přemírou požitků (pití vína, pracovní přepětí a pod.) a byl také zakladatelem lůžkového režimu v psychiatrii. Tento myslitel také rozdělil dosud známé duševní choroby do tří skupin – frenetis, mania a melancholia. Navázal, a prohloubil tak lékařskou koncepci Asklepiadovu. Objevil se u něj i prvek, který bychom dnešní terminologií nazvali skupinová psychoterapie. Mezi další představitelé, již upadající římské školy, patří Areteus (představitel pneumatiků), Rufus (eklektik), či Galenos (eklektik 130 – 200 n. l.). Tento velký znalec lidské anatomie sepsal více než 500 lékařských prací, ale ani v jedné duševní choroby soustavně nepopisuje.²⁵

Galenem víceméně končí dějiny lékařství evropského starověku, 300 let po jeho smrti (roku 476 n. l.) se rozpadla říše Římská a s ní skončil zlatý věk starověkého lékařství. Společně s rozpadem říše Římské pokračovala tradice

²² Vencovský, 1983, str. 40

²³ Vencovský, 1983, str. 43

²⁴ Tato víra přetrvala tisíciletí, jak dokazují například „Králové divotvůrci“ Marca Blocha. Ten uvádí, že i francouzští králové byli prý nadáni nadpozemskou mocí léčit (v tomto případě krtici) pouhým dotykem.

²⁵ Vencovský, 1983, str. 46

antického vědeckého (tedy i lékařského) myšlení pouze ve východní části bývalého Impéria Romana. Kulturními středisky Východořímské říše byly Cařihrad a Alexandrie a jejich lékařskými představiteli Oreibaisos, Aetios, Alexandros z Tralessu, či Paulos z Aiginy²⁶. Nutno říci, že i když navazovali na Hippokratovo či Galénovo učení, tak tyto poznatky jen rozměňovali a nikoli prohlubovali a inovovali. V léčení choromyslných například doporučovali zařikávání, amulety, pouštění žilou, či přikládání pijavic.

Z našeho úhlu pohledu byl v období Byzantské říše zajímavý vznik jakýchsi nemocnic, či snad útulků pro staré a nemocné, kam docházel lékař. Při těchto nemocnicích byly duševně chorým vyhrazeny zvláštní místnosti, tzv. morotrofiony (první takovýto ústav byl založen kolem roku 400 n. l.). Tento azyl a jeho organizace poukazyvaly na dobovou péči i o duševně nemocné. Tyto instituce, jejichž původ snad můžeme hledat u řeckých asklépií, hrály v dějinách psychiatrie podobnou úlohu jako nemocnice v dějinách medicíny.²⁷

Středověk lze přibližně vymezit roky 476 n. l. až 1492 n. l. Během této doby se charakter vztahu „šilenství – společnost“ velmi výrazně proměňoval. V tomto období lze také odhalit příčiny renesančního obratu k percepci šilenství.

Celé toto období bylo pod silným vlivem křesťanství. Duševní nemoc jako taková (čili melancholia – toto všeobecné označení, mající své kořeny v antice, stále přetrvávalo) nebyla způsobena jakýmkoli tělesným nedostatkem či přebytkem (viz Hippokratova humorální teorie), ale poškozenými funkcemi duše. Duše totiž přebývala v hříšné tělesné schránce a mohla být narušována vlivy pocházející od ďábla či démonů (čili přímých božích konkurentů).²⁸ Za příčinu nerovnováhy (v tomto případě černé žluči) nebyly považovány somatické důvody, ale zavržení Adama – prvotní hřích. Rozeznávala se i tzv. „správná“ melancholie (čili asketická kontemplace nad otázkami víry)

²⁶ Vencovský, 1983, str. 50

²⁷ Černoušek, 1994, str. 30

²⁸ Černoušek, 1994, str. 61

a melancholie patologická, díky níž se dotyčný stal předmětem hry ďábelské lsti.

Středověké lékařství mělo však i svou odbornější stránku. V 10. století byla založena tzv. škola Salernská, kde se mimo jiné dalo absolvovat pětileté studium medicíny. Na této škole se střetávaly jak západní, tak východní lékařské směry a dokonce zde mohly studovat i ženy (převážně porodnictví). V oboru duševních chorob zde byl jasně zřetelný vliv Hippokratovy humorální teorie, zdejší lékaři také poprvé popsali něco jako „davové šílenství“ – velmi pravděpodobně vlivem setkání s příslušníky některé z náboženských sekt. Příčina této davové nemoci však byla spatřována v působení ďáblů.²⁹

Na sklonku raného středověku vymizelo v Evropě vědecké nazírání a praktické medicína, vliv arabsko–řecko–židovský byl tedy silně potlačen. V klášterních školách se začala prosazovat scholastika. Přírodovědecká bádání byla pokládána za hřích, neboť vše bylo již řečeno v Bibli. Studium lékařství na nově vzniklých univerzitách obsahovalo jen výklady a komentáře církví uznaných autorů. Tehdejší duševně nemocní tak byli postaveni mimo rámec medicíny. Démonologie představovala jedinou možnou a přijatelnou koncepci vzniku šílenství.³⁰ Do této doby byly psychicky nemocní relativně chráněni. Společnost na ně brala ohled a žili buď u svých příbuzných, nebo ve zvláštních azylech při klášterních nemocnicích.³¹

Postoj pozdního středověku a renesance k duševně nemocným vyplývá nejen z lékařských, ale také z děl tehdejší krásné literatury a umění. Roku 1494 napsal Sebastian Brandt knihu „Stultifera navis“ (lod' bláznů). Ve snaze o mravní naučení a dobovou kritiku autor převedl všechny lidské chyby, slabosti, neřesti, nedostatky a poklesky na společného jmenovatele bláznovství a blázna postavil do středu morálně satirického obrazu světa. Cílem bláznovské pravdy je sebepoznání bláznivosti, která je podstatou člověka a jíž nikdo

²⁹ Vencovský, 1983, str. 56

³⁰ Vencovský, 1983, str. 58

³¹ Raboch, Zvolenský, 2001, str. 563

neunikne³². Na jeho satirické dílo navázali i jiní umělci, například Hieronymus Bosch nebo Albrecht Duerer. Blázen a bláznovství bylo zobrazeno ve své nevázané veselosti, tento prvek byl zřejmý například v karnevalu nebo svobodné potulce.

Jak již bylo zmíněno, šílenství nezajímalo jen odborníky – lékaře, stalo se také tématem mnoha obrazů, či divadelních her, na druhou stranu, kromě propagace šílenců jako veselých a neškodných bláznů, se objevuje také vlna masové perzekuce a hysterie, známá pod názvem „hon na čarodějnice“. Jedním z podnětů tohoto hnutí bylo i vydání knihy „Malleus maleficarum“ roku 1486. I v této době se však objevili lidé, kteří se nebáli vyslovovat své pochybnosti, jedná se například o Johannese Weyera (1515–1588), tento nizozemský lékař vynaložil velké úsilí k prosazení názoru, že lidé posedlí děblem jsou vlastně nemocní.³³ Weyer svým dílem „De praestigiis daemonum“ (1563) odsoudil onen náboženský spis. Tento lékař vždy vycházel ze svých zkušeností a své teorie potvrzoval na mnoha příkladech ze své lékařské praxe. Dá se tak považovat za prvního psychiatra – klinika. Mezi další průkopníky medicínského pojetí duševní choroby této doby patří Švýcar Felixe Platter nebo Angličan Richard Napier.

Při zpětném pohledu na středověký hon na čarodějnice se objevily i jiné zajímavé teorie. Na otázku, kdo vlastně byl duševně nemocný, si moderní věda odpověděla, že to zdaleka nemuseli být jen oběti tohoto běsnění, ale také jeho vykonavatelé, tzn. dotyční inkvizitoři, kteří zřejmě v paranoidním bludu kolem sebe viděli jen „démony“.

V tomto směru je zajímavým příkladem Menocchio, tento monterealský mlynář, narozený roku 1532, se přibližně ve svých 52 letech dostal do střetu s inkvizicí. Tady začíná ozřejmovat svou životní filozofii. Své názory získával z knih, rozhovorů, nebo si je sám domýšlel. Ocitl se tak na hranici kultury vysoké a lidové. Tato hranice se ale prolínala, a Menocchio se tak dostal do role jistého outsidera, jeho bližní mu většinou nerozuměli, nebo s ním

³² Brandt, 2007, „Lod' bláznů“

³³ Porter, 2001, str. 225

nesouhlasili, a představitelé tehdejší vzdělanosti mu byli nedostupní. Vlastní Menocchiovovy názory navíc zaváněly kacířstvím. A tak se tento mlynář po udání dostal až před inkviziční soud. Tady se pokusil své názory obhajovat, za což si vysloužil dva roky žaláře, poté byl propuštěn, ale po několika letech se před inkviziční soud dostal znovu, a to pro něj znamenalo jediné – hranici.³⁴

Menocchiovovy představy byly zcela jistě v rozporu s tehdejším „světovým názorem“. Zde by se mohla naskytnout otázka, zda jistá odlišnost v názorech a chování mohla být (a možná i stále je) příčinou diagnózy duševní choroby. V tomto případě se jednalo o člověka, který takzvaně předstihl svou dobu, byly a jsou tedy takový lidé považováni za duševně choré?

Zajímavý by mohl být i další rozpor, na který upozornil Foucault³⁵, tedy to, zda byli duševně nemocní pokládáni za posedlé anebo zda posedlé oběti inkvizičních soudců patřily mezi duševně choré. Složitý pojem posedlosti však nesouvisí s dějinami šílenství, ale s dějinami náboženského myšlení. Medicína se tak střetla s charakteristikou posedlosti dvakrát, jednou mezi lety 1560–1640, kdy se z příkazu vlád objevilo tažení proti skomírající moci inkvizice ve Francii. Lékaři zde měli objasnit „pakt hříšníků s ďáblem“ jako projev rozjitřené mysli. Podruhé to bylo v letech 1680–1740 na příkaz francouzské katolické církve a vlády, která takto bojovala proti protestantskému mysticismu – toto nařízení se však nakonec obrátilo proti samotné křesťanské zkušenosti. Medicína pak aplikovala tuto kritiku náboženské mystiky na veškeré náboženské jevy a poukázala i na to, že náboženství souvisí s působením sil neurotické fantazie.³⁶

Duševně nemocné ženy, považované v renesanci za posedlé ďáblem, je tak třeba odlišit od „renesančních čarodějnic“, u nichž nešlo o duševní nemoc. Měly to být ženy, které se dobrovolně spolčily s ďáblem, aby získaly jisté výhody. Pronásledování čarodějnic v renesanci tak rozpoutala církev feudální

³⁴ Ginzburg, 2001

³⁵ Foucault, 1997, str. 81

³⁶ Foucault, 1997, str. 82

společnosti v naději na svou záchranu a nebylo tedy podle jistých autorů³⁷ zaměřeno proti duševně nemocným považovaným za posedlé, ale proti ženám, o nichž se věřilo, že se dobrovolně spolčily s ďáblem. Problém čarodějnictví tak nebyl problémem středověku, ale renesance a souvisel s dobovou církevní krizí a nebyl problémem lékařským, ale sociálním.³⁸

Než však inkviziční hrozba v Evropě odezněla, vybrala si svou daň i mezi lékaři – objeviteli nových metod v léčitelství. Patřili k nim Pietro d'Abano, Cecco Ascoli nebo Michael Servetus. Později se k již úspěšnějším průkopníkům moderního pojetí lékařství připojili i Michael Savonarola nebo Theophrastus Paracelsus (1493–1541), tento myslitel neuznával ani Galéna, či Avicenu. Jeho přínosem je tzv. chemoterapie – názor, že lidské tělo je ovlivňováno jeho chemickým složením.³⁹ Patnácté století je však mezníkem jiného druhu než jen reformování samotného léčebného postupu, v tomto století začínají vznikat první neklášterní azyly pro duševně choré, první vznikl v roce 1403 v Anglii a později vznikají také ve Španělsku.⁴⁰ Zbytek Evropy si na takováto sanatoria musel počkat až do století následujícího.

V patnáctém století se také poprvé objevily určitá pravidla a předpisy pro zacházení s duševně chorými. Tyto instrukce nesloužily k větší ochraně nebo zdravotní péči o tyto „pomatené“, měly spíše chránit společnost před setkáním s šílenstvím in natura. Co však způsobilo tento obrat, proč si do této doby víceméně lhostejná veřejnost duševně chorých všimá?

Šestnácté století představovalo velmi dramatický předěl, na jednu stranu zde dozníval děs inkvizice, na stranu druhou se začaly objevovat moderní vědecké směry vymezující se proti diktátu scholastického učení. V tomto období se vedle šlechty a církve začala prosazovat i nově vznikající vrstva – měšťanstvo.

³⁷ Foucault, 1997, Šedivec, 2008

³⁸ Šedivec, 2008, str. 23

³⁹ Raboch, Zvolenský, 2001, str. 564

⁴⁰ Vencovský, 1983, str. 64

Roku 1657 vzniká v Paříži Všeobecný špitál, poté další internační budovy po celé Francii, ale i ve zbytku Evropy (tzv. workhouses a Zuchthausen). Budovy Všeobecného špitálu jsou určeny pařížským chudým a opravdu je v nich během několika let zavřeno téměř jedno procento všech obyvatel Paříže (tzn. cca 6 000 jedinců). Tento špitál však neslouží k léčení, je to podivná instituce, na hranici zákona, postavená králem mezi policií a soudnictvím.⁴¹ Do tohoto světa je také zařazeno šílenství. Některé z těchto špitálů tak vznikají v bývalých leproseriích, a tak je znovu probuzen strach z lepry, tentokrát s jiným činitelem – žebráky, chudinou a šílenci.

Toto „velké uvěznění“ souviselo částečně také s novou morálkou měšťanstva – morálkou pracovní, byla to forma reakce na povalečství a bídu. Žebráci se od tohoto okamžiku stávají „personami non grata“. Smysl internace byl v celé Evropě týž, byla to jedna z odpovědí, jimiž 17. století reagovalo na ekonomickou krizi. Jedním z funkcí těchto zařízení tak bylo přimět „povaleče“ k práci (v Anglii vznikaly tyto budovy hlavně v průmyslových centrech). „Šílenci“ se s tímto novým řádem slučují jen velmi problematicky. I když jsou jeho součástí, jasně se projevuje jejich jinakost a vymykají se hranicím tehdejší morálky⁴². Poprvé v dějinách tak bylo na šílenství nahlédnuto sociálně (neschopnost pracovat, perspektiva chudoby...).

Tato doba - Osvícenství a absolutismu zdůrazňovala princip racionality⁴³. Stále ovšem zaznívalo pochopení šílenství jako animality. Jedním z projevů této animality byly maniakální záchvaty, šílenci v tomto zuřivém stavu byli považováni za zvířata a jako takoví byli dokonce předváděni divákům, k většímu potěšení z této velmi běžné lidové kratochvíle bláznů je dozorců navíc provokovali bičem.⁴⁴ Pokládat duševně nemocného za zvíře byl prastarý zvyk, blázen byl člověk, který selhal v sociálních rolích dané společnosti a ztratil to jediné, čím se člověk od zvířat odlišuje – rozum. Šílenství v této krajní podobě má ještě méně společného s medicínou než kdy jindy, a tak

⁴¹ Foucault, 1993, str.38

⁴² Foucault, 1993, str. 54

⁴³ Raboch, Zvolenský, 2001, str. 565

⁴⁴ Černoušek, 1994, str. 72

nespadá ani do oblasti nápravy. Rozpoutanou anomalitu lze zvládnout jen drezúrou.

Šílenství a absence rozumu se za osvícenství nikdy navzájem neoddělily. Zkušenost absence rozumu obklopovala šílenství do takové míry, až se v ní ztratilo. Navrací se vědomí křehkosti rozumu, který se může kdykoli zvrátit a hrozba šílenství byla zpět – strach se objevil náhle – v druhé polovině 18. století, kdy se objevily fámy, že se ve špitálech objevila hnilobná, vysoce nakažlivá choroba.⁴⁵ Zlo, jež mělo být vypuzeno do internace, se objevilo znovu. Zrušit internační domy zatím nelze, tak nastupuje velké reformní hnutí, které se snaží vymýtit všechnu nečistotu a výpary.

Počátkem 19. století se začalo objevovat pohoršení nad nelidským zacházením s duševně nemocnými. Ve Francii na tyto krutosti jako jeden z prvních poukázal lékař Phillipe Pinel. Pinel navrhl sociální reformy, které měly požadavky měšťanstva usmířit s ideály revoluce – „až odezní bouřlivý čas revoluce, ujme se vlády střízlivý hlas rozumu“.⁴⁶ Někteří jedinci by však podle Pinela tento přechod nemuseli zvládnout, a tak exemplárně ukázal, jak se dá navrátit síla rozumu na třinácti chovancích Bicetre. Těmto lidem sňal okovy a přiměl je lepší péčí k návratu klidné mysli, tento pokus byl pojmenován „psychiatrickou revolucí“, a posloužil tak jako precedens v péči o duševně choré.

Další specializované ústavy pro duševně choré vznikaly v Evropě v rozmezí let 1750–1850 a institucionalizovala se tím psychiatrie jako medicínský obor s vlastní terapií a praxí (první použití termínu psychiatrie se připisuje Němci Johanu Reilovi (1759–1813)).⁴⁷ Otázkou však zůstalo, zda se přechod od fyzického uvěznění a násilného držení nezměnil jen v psychický nátlak. Samotné léčení spočívala v metodě odměny a trestu, když chovanec zvládl své emoce a choval se přiměřeně ke svému okolí, byl považován za uzdraveného, ale když byla jeho mysl stále neklidná, byla na něm prováděna léčba, která

⁴⁵ Foucault, 1993, str. 138

⁴⁶ Černoušek, 1994, str. 50

⁴⁷ Raboch, Zvolenský, 2001, str. 564

měla formu neustálého trestání. Například studená sprcha, používaná dříve jako lék (ochlazení horké mysli) měla najednou zcela jinou funkci⁴⁸. A dokud se jedinec nechoval podle společenských pravidel, trest ho neminul.

Stále se hledala a (hledá) příčina duševních chorob. Toto pátrání pokračuje víceméně dodnes. Předpokládá se, že duševní poruchy mohou mít podobnou příčinu jako poruchy somatické a sílí představa o kauzální podmíněnosti. V 19. století se také psychiatrie přiklání k přírodním vědám, jež začínají být důležitou částí medicínského oboru. Velký přínos ke klasifikaci a deskripci psychopatologických jevů měl např. Emil Kraepelin (1856–1926) a Eugen Bleuler (1857–1939).⁴⁹ Počátkem 20. století publikoval Sigmund Freud své zásadní práce týkající se léčby neurotických poruch psychologickými prostředky. Svou léčebnou metodu nazývá psychoanalýzou.

A jak se vliv těchto dějinných myšlenek odrážel v českém prostředí bude obsahem další kapitoly.

3.2 Vývoj péče o duševně choré v Čechách a na Moravě

Vývoj péče o duševně choré v českých zemích přibližně kopíroval tento proces ve zbylé části Evropy. Ve středověku se mohli tělesně nemocní uchýlovat do klášterních nebo světských špitálů. Zřizování těchto klášterních špitálů v zemích českých se datuje od 10. století. Jedná se například o Týnský špitál, zřízený při kostele svaté Panny Marie, dále v roce 1159 špitál Panny Marie na Malé Straně, nebo roku 1281 založený špitál svatého Lazara (určený výhradně pro malomocné), tento ústav nebyl pod řeholním řádem, ale podléhal městskému právu.⁵⁰ Špitálů se v průběhu středověku objevilo více, většinou na území města Prahy. Jako ošetřovatelky zde většinou sloužily řádové sestry.

⁴⁸ Foucalt, 1993, str. 189

⁴⁹ Raboch, Zvolenský, 2001, str. 565

⁵⁰ Vencovský, 1996, str. 187 - 188

K hospitalizaci v těchto klášterních nebo světských špitálech mohli být také ojedinelé přijati klidní duševně choří. Nutno říci, že jak klidní, tak neklidní duševně nemocní měli plnou zodpovědnost za skutky, které v rámci své choroby spáchali a byli takto i trestáni (vězením, bitím apod.) Přijetí do takového středověkého špitálu však nebylo snadné, přednost měli nemocní s nějakým jměním, které posléze tomuto špitálu odkázali, až ve druhém sledu byli přijímáni nemajetní a chudí. Duševně nemocní pacienti, kteří se do takového ústavu dostali, byli sice částečně chráněni před posměchy či agresí okolního světa, co se samotné léčby týče, jednalo se jen o modlitby či zaklínání. Po finanční stránce se těmto ústavům vedlo poměrně dobře, kromě darů od svých svěřenců měly k dispozici například soudní pokuty či některé daně, dary jim poskytovali i šlechtici.⁵¹ Toto relativní bohatství středověkých špitálů se nelíbilo husitům, kteří jich také mnoho rozbořili a mnichy vyhnali.

S příchodem renesance a nastupující mocí měšťanstva se začínají stavět i větší a modernější špitální budovy, součástí těchto nemocnic již byli i medicí nebo školení opatrovníci. Jednalo se například o Městský špitál poblíž malostranského náměstí (založen 1484), svůj špitál si zřídila i pražská židovská obec (roku 1542).

V pobělohorském období zřídil Ferdinand II. nemocnici milosrdných bratří (ta byla v provozu až do roku 1920), roku 1783 bylo při této nemocnici ediktem Josefa II. zřízeno oddělení pro duševně choré kněze (byl zde léčen i Josef Dobrovský).⁵² Tento čin tak snad můžeme podle E. Vencovského považovat za počátek skutečné péče o duševně choré v českých zemích. V rozmezí let 1620–1764 bylo tak v Praze založeno sedm špitálních zařízení.

S nástupem Josefa II. na habsburský trůn se datuje i reforma lékařských zařízení v zemích českých. Jen v Praze bylo kvůli nevyhovujícím hygienickým podmínkám zrušeno devět klášterních špitálů. Tato zařízení měla nahradit nové lékařské instituce jako chorobinec, porodnice a Všeobecné nemocnice. Jak uvádí prvorepubliková literatura, byl to krok velmi zásadní a revoluční.

⁵¹ Vencovský, 1996, str. 189

⁵² Vencovský, 1983, str. 115

Otázkou zůstává, zda to vše jen nevyplývalo z osvícenských požadavků doby, čili podle Foucaulta jen z potřeby větší kontroly, zajímavý je na tomto místě názor Antonína Heverocha, jednoho z prvních českých odborníků na psychiatrii:

„Z nejbolestnějších kapitol lidských běd a utrpení byl odedávna zlý osud ubohých duševně chorých, zvláště těch, u nichž choroba vzrostla na stupně šílenství a zuření. Bývali takoví nešťastníci ve velkých i malých obcích, a nebývalo okolí, kde by od obce k obci nebloudil takový ubožák. To byli „tišší blázni“, kteří na svých potulkách byli jen nezvedenou mládeží znepokojování a dráždění.

Daleko hůře bylo s těmi, jejichž výbuchy šíleného zuření ohrožován byl majetek a život lidský a o kterých se věřilo, že jsou ďáblem posedlí. S takovými bylo nakládáno necitelně, surově, až ukrutně. Pro ty nebývalo žádného soucitu, byli zavíráni do tmavých děr bez vzduchu a světla, poutáni provazy a řetězy, hynuli v nečistotě, trpěli všelijakým nedostatkem a nepřízní povětrnosti, byli pravými mučedníky, jež teprve milosrdná smrt uvedla v říší míru a pokoje.

Tak to bylo po celé dlouhé věky. Až za císaře Josefa II. vznikly první větší ústavy dobročinné k ulevení všelijakého druhu bídy zemské.“⁵³

I tady Heveroch rozlišuje choromyslné na tzv. klidné (tišší blázni) a na zuřivé. K oběma se však podle tohoto zdroje chovala majoritní společnost dost neuctivě.

Nová pražská nemocnice byla otevřena 1. listopadu 1790 společně s prvním „blázincem“ v Čechách. Celý tento objekt nechal Josef II. vybudovat na radu Gerharda van Swieteny, osobního lékaře své matky, Marie Terezie.⁵⁴ Všeobecná nemocnice byl vlastně adaptovaný ústav šlechtičen u sv. Andělů. Část tohoto komplexu – dvoupatrová budova na nádvoří - byl takzvaný

⁵³ Heveroch (ed.), 1926, str. 18

⁵⁴ Vencovský, 1987, str. 9

„Tollhaus“, který byl určen pro agresivní choromyslné. Samotný ústav tvořilo devatenáct léčebných pokojů a místnost pro opatrovníky. Celkem tak mohla přijmout 57 nemocných.⁵⁵

Na území města Prahy byly později zřízeny další zaopatřovací ústavy pro duševně choré, jednalo se o priorátní dům vedle kostela svaté Kateřiny (zakoupen roku 1822), nebo bývalý klášter servitů na Slupech (odkoupen roku 1850 s rozsáhlou zahradou)⁵⁶. Ale ani tyto prostory nestačily. Roku 1844 byla dokončena nová budova v zahradě Kateřinské ošetřovny, a roku 1857 byla na nátlak doktora Kostela (ředitele pražského ústavu pro choromyslné) zakoupena usedlost Popelářka, která sousedila se slupskými pozemky.⁵⁷ Protože počet ošetřovaných neustále stoupal, bylo roku 1903 rozhodnuto postavit „na zelené louce“ ústav pro choromyslné v Bohnicích u Prahy.

Počátkem 20. století tak zajišťovaly lůžkovou péči o duševně nemocné v Čechách a na Moravě tyto ústavy:

od roku 1861 ústav pro choromyslné v Praze (původně „Irrenhaus“ v roce 1869 přejmenován),

od roku 1869 pobočka pražského ústavu a od roku 1897 samostatný ústav v Kosmonosích u Mladé Boleslavi,

od roku 1880 ústav v Dobřanech u Plzně,

od roku 1887 pobočka pražského ústavu a od roku 1919 samostatný ústav v Opařanech u Tábora (určený pro duševně postižené děti),

od roku 1890 další pobočka a od roku 1919 samostatný ústav v Horních Beřkovicích u Roudnice na Labem,⁵⁸

od roku 1863 ústav pro choromyslné v Brně – Černovicích,

⁵⁵ Heveroch (ed.) – Kneidl, 1926, str. 19

⁵⁶ Heveroch (ed.) – Pankratz, 1926, str. 109

⁵⁷ Vencovský, 1987, str. 41

⁵⁸ Tichý, 1995, str. 7

od roku 1889 samostatný ústav pro choromyslné v Opavě,

od roku 1892 ústav pro choromyslné ve Šternberku,

od roku 1902 ústav pro choromyslné v Jihlavě,

a od roku 1906 psychiatrický ústav v Kroměříži.⁵⁹

Tento rozmach péče o duševně choré však musel být postaven na vědeckých základech, souvisel s rozvojem psychiatrie jako medicínského oboru na lékařských fakultách univerzit. Ale ani v 19. století nebyla vytvořena klasifikace duševních nemocí, která by byla všeobecně přijata. Autorem samotného pojmu „psychiatrie“ je Johann Christian Reil (1759–1813)⁶⁰. Průkopníci psychiatrie jako lékařského oboru se podle svého smýšlení dají rozdělit do dvou skupin – na somatiky a psychiky. Somatikové pokládají psychická onemocnění čistě za nemoci mozku, zatímco psychikové v nich odhalují poškození duše (někteří odborníci tuto rozdělení neuznávali, což vedlo i k definicím duševní choroby jako: „specifické poškození dynamiky mozku ve vztahu k jeho funkci jakožto orgánu duše“).

Významnou osobností somatické psychiatrie byl německý lékař Emil Kraepelin (1856–1925). Tento znalec je tvůrcem nozologické koncepce v psychiatrii, jež je základem biologicky orientované psychiatrie. Kraepelin svou koncepci popsal v učebnici psychiatrie, která čítá 2 400 stran rozdělených do čtyřdílného svazku. Zakladatel české psychiatrie a nejznámější postava české univerzitní psychiatrické školy je Karel Kuffner (1858–1940). Kuffner, který se hlásil k somatikům (čili k biologické orientaci), je autorem první české učebnice psychiatrie.⁶¹

Samostatná česká psychiatrie se podle Vencovského začala rozvíjet kolem roku 1886, a to jak po stránce vědecké či pedagogické, tak publikační

⁵⁹ Vencovský, 1983, str. 153

⁶⁰ Šedivec, 2008, str. 36

⁶¹ Šedivec, 2008, str. 44

a organizační. Tato česká tradice však vycházela převážně z poznatků tzv. německé školy. S probouzejícím se českým národním povědomím si však tyto dva národy stále silněji konkurovaly. A to nejen po odborné stránce, ale i fakticky, na Karlo–Ferdinandově Univerzitě v Praze existovala německá univerzitní psychiatrická klinika de fakto zároveň s českou. Rozdíl mezi těmito dvěma institucemi tak spočíval hlavně v tom, zda psychiatričtí odborníci publikovali své poznatky česky či německy. Rivalita ale byla velmi citelná, o čemž svědčí i rozdělení pražské univerzity na českou a německou v roce 1882.⁶²

Roku 1886 byla založena česká psychiatrická klinika při české univerzitě v Praze, prvním profesorem byl doktor Benjamin Čumpelík, jedním z jeho nástupců byl Karel Kuffner, který zde přednášel 34 let. Kuffnerovy přednášky byly provázeny demonstracemi nemocných a rozbořem daného onemocnění. Jedním nejznámějších posluchačů těchto přednášek je Jan Jánský, objevitel čtvrté krevní skupiny.

Samotné přednášky vypadaly přibližně takto – probíhaly dvakrát týdně po dvou vyučovacích hodinách (v letním semestru již od šesti hodin ráno, což se samozřejmě projevilo na nízké účasti). Ve srovnání s ostatními lékařskými obory byla psychiatrie na české fakultě oproti německé ve velké nevýhodě (toto uvádí Vladimír Vondráček, předválečný student medicíny⁶³). Při rozdělení univerzity byla většina kateder obsazena velkými odborníky, výjimku tvořila právě psychiatrie.

Mezi první lékaře v pražském „Tollhausu“ patřili doktor Riedel, Held či Kostel, všichni původem cizinci. Posledně jmenovaný, doktor František Kostel (1812–1883, v roce 1869 nedobrovolně penzionován), původem ze Štýrského Hradce, si kolem sebe vytvořil skupinu žáků, později pokládanou za první českou psychiatrickou školu vůbec. Sám Kostel se naučil částečně česky a svými názory podporoval i Časopis českých lékařů.⁶⁴ Posledním ředitelem

⁶² Vencovský, 1987, str. 7

⁶³ Vondráček, 1973, str. 311

⁶⁴ Vencovský, 1986, str. 50

německého původu byl po Kostelově odchodu doktor Fischel. Mezi pozdější představitele psychiatrické školy v českých zemích patří doktor Kutil, Hellich, již zmiňovaný Karel Kuffner, nebo poslední ředitel 19. století – doktor Čumpelík.

...

Kromě základů psychiatrického lékařství a samotného zvyšujícího se počtu ústavů pro choromyslné je zajímavá také statistika jednotlivých pacientů. Otázkou zůstává, co má největší vliv na stále se zvyšující počet těchto osob v „blázincích“. Pravděpodobně to souvisí se vzrůstem počtu obyvatelstva a podle mého soudu i se stále se zmenšující tolerancí vůči duševně nemocným. Kdo chodí na psychiatrii, je podezřelý v očích svého okolí, je stigmatizován cejchem zvláštnosti.

Jaký byl pohled na duševně choré v evropských dějinách, bylo obsahem minulé kapitoly, nyní jen doplním několik základních údajů z českého prostředí z pozdější doby.

S postupujícím průmyslovým věkem se pohled na duševně choré měnil, v mnoha rodinách se o tyto nemocné již neměl kdo starat, a vznikla tak stále narůstající potřeba hospitalizace. Zatímco v prvním desetiletí po otevření pražského blázince (roku 1790) bylo přijato do ošetřování 1 319 nemocných, v letech 1901–1910 toto číslo narostlo na 26 497⁶⁵ (toto číslo platí pro všechny zemské ústavy pro choromyslné v Čechách). Přibližný roční nárůst obyvatelstva v tomto období činil cca 50 000 jedinců.

Procento vyléčených se pohybovalo okolo 14 procent v případě pražských ústavů, ale například u opařanského ústavu se toto číslo pohybuje jen okolo dvou procent.

Zajímavá jsou i data o obsazení lůžek. V letech 1911–1914 byl maximální počet lůžek v pražském ústavě 852, ale počet nemocných přesahoval 1 000, tento jev se opakoval i v kosmonoském, či dobřanském

⁶⁵ Michálek, E., „Pohyb a měna nemocných“ in Heveroch (ed), 1926, str. 52

ústavu. Změna nastala roku 1908, kdy se někteří nemocní z pražského ústavu stěhovali do nového, bohnického komplexu. Část nemocných byla také roku 1910 z Prahy přemístěna do venkovských léčeben.

Vysoké číslo v těchto statistických datech tvoří i počet propuštěných proti vůli lékaře (na revers, úmrtí, či transfer). V případě pražského ústavu se jedná až o 45 procent z přírostu nemocných, v Kosmonosích činí toto číslo 39 procent⁶⁶. Dalším zajímavým údajem je i průměrná ošetrovací doba. Toto číslo musí být udáváno ve vztahu ke konkrétnímu ústavu, zde se totiž nejvíc projevuje charakter dané léčebny. Jsou zde rozdíly mezi ústavami, které přijímají nové pacienty, a naděje na vyléčení je tedy relativně vysoká, na druhou stranu v ústavech, ve kterých byl příjem pacientů uskutečňován jen transferem jedinců problémových a těžko vyléčitelných z jiných ústavů (Michálek zde hovoří o „materiálu přebraném ‚nezlepšitelném‘“⁶⁷), se délka ošetrovací doby logicky prodlužuje. Dokud například byly ústav opařanský a hornobeřkovický odkázány na transery z pražského ústavu, měly průměrnou dobu ošetrování více jak 300 dní, jakmile jim však byla zjednána nezávislost na pražském ústavu a tyto léčebny přijímaly nové pacienty v rámci území, na kterém sídlily, ošetrovací doba klesla pod oněch 300 dní.

Psychiatrie však byla tehdy víceméně bezmocná, moderní psychiatrie se podle Vondráčka začíná vyvíjet až po roce 1917, kdy se objevila možnost léčby progresivní paralýzy malarickými horečkami.⁶⁸

4. Ústav pro choromyslné v Kosmonosích

4.1 Vznik a funkce ústavu do roku 1914

Dnešní státní psychiatrická léčebna Kosmonosy zahájila svou činnost (tehdy ještě jako pobočka pražského ústavu) v roce 1869. První pacienti byli do

⁶⁶ Michálek, E, „Pohyb a měna nemocných“ in Heveroch (ed), 1926 str. 55

⁶⁷ Ibid, str. 58

⁶⁸ Vondráček, 1973, str. 312

této léčebny převezení 27. dubna. Tomuto slavnostnímu aktu však předcházelo více než tříleté plánování a přestavba. Jak bylo zmíněno v předchozí kapitole, byla kapacita pražského Zemského ústavu pro choromyslné omezena a v 60. a 70. letech devatenáctého století již tento ústav nestačil přijímat nové pacienty. Doktor Kostel, tehdejší ředitel pražského ústavu, se zasadil o zřízení nové pobočky. Na jeho doporučení se usnesl český zemský výbor v Praze adaptovat budovu bývalého piaristického kláštera v Kosmonosech. Dne 15. března 1865 vstoupila v platnost smlouva mezi Zemským výborem království českého a továrníkem Leitenbergem, jakožto prodávajícím.⁶⁹

Budova sama byla vystavena hrabětem Černínem z Chudenic a jako řeholníkům sloužila až do roku 1787, kdy byl klášter přemístěn do Mladé Boleslavi. Hrabě Leitenberger z něj pak přebudováním získal továrnu na textilie, převážně bavlnu. V roce 1865 byla již opuštěná budova prodána Zemskému výboru za 39 000 zlatých⁷⁰. V roce 1869 byla také dokončena oprava ústavní věže, ve které byly po sejmutí nalezeny na tuto dobu obvyklá plechová schránka s dokumenty, starý list papíru s letopočtem 1695 a druhý doklad s datováním 1836 a obsahující také vzorky látek.

Nový ústav zahájil svou činnost v roce, kdy byly Kosmonosy jmenovány městysem. Tato nevelká obec v blízkosti Mladé Boleslavi se začala slibně společensky rozvíjet. Nacházel se zde živnostenský spolek, potravní spolek Včela a občanská beseda.⁷¹ Postupem doby se rozrůstala jak obec, tak samotný ústav pro choromyslné, byly přikoupeny další pozemky a zřízeny ústavní zahrady a i při provozu byly prováděny další přestavby a přístavby. Ústav vlastnil také dílny pro různá řemesla a ústavní pekárnu.

Prvním oficiálním správcem filiálky se stal Ferdinand Krabec. Bezesporně zajímavý je i osud prvního primáře pobočky – doktora Karla Kutila. Tento vynikající lékař byl sekundářem a studentem doktora Kostela. Doktor Kostel - primář pražského zemského ústavu a autor nápadu zřídit mimopražskou

⁶⁹ Almanach, 2008, str. 3

⁷⁰ Marešová, 1969, Itinerář, str I.

⁷¹ Marešová, 1969, Itinerář, str II.

pobočku - však kolem roku 1866 upadl v očích svých nadřízených v nemilost. Bylo mu vytýkáno, že „zřídil pro duševně choré velkolepý palác a park s nádhernými exotiky, a že prý nemocným předepisuje k jídlu pečené maso, rýžové nákypy, čokoládu a kávu“⁷². V roce 1868 se navíc ozval jeden bývalý ošetřovatel pražského ústavu, že byl v tomto zařízení držen neprávem. I z těchto důvodů bylo doktoru Kostelovi v roce 1869 doporučeno podat si žádost do výslužby, což učinil. Na jeho místo se hlásili dva kandidáti. Novým ředitelem pražského ústavu se nakonec stal doktor Jakub Fischel, který se o ředitelství ucházel již v roce 1851. Neúspěšným kandidátem byl doktor Karel Kutil. Tuto situaci však doktor Fischel vyřešil šalamounsky, doporučil doktora Kutila v roce 1869 za řídícího primáře pobočky v Kosmonosích, a ten se tak stal prvním mimopražským primářem psychiatrie.⁷³ Ústav řídil až do roku 1886.

Nemocných však bylo stále více, a tak se kosmonoský ústav neustále rozšiřoval. Byl pronajat bývalý kadetní ústav (tzv. štíft), do kterého byly umístovány převážně ženy.⁷⁴ Dne 19. srpna 1871 sem bylo transportováno prvních 30 žen. Samotný převoz z pražského ústavu probíhal po železnici za dohledu ošetřovatelek v běžných drážních vagoněch. Výjimečně, pokud byl choromyslný mimořádně agresivní, byl dopravován v řetězech, a to i na plošinovém vagonu (toto se v některých případech stávalo ještě za první republiky).

Roku 1871 mohlo být v Kosmonosích hospitalizováno až 282 mužů a 112 žen. Uvolněná místa (ať již úmrtím nebo vyléčením) byla doplňována transporty z pražské filiálky, to byl až do roku 1897 jediný způsob, jak se do Kosmonos dostávali nemocní. Kosmonosy sloužily jako tzv. sběrná pobočka nevyléčitelných pacientů, z pražské filiálky zde byli posíláni převážně choromyslní, u kterých byla minimální šance na vyléčení, často trpěli také různými tělesnými nemocemi. Dne 21. ledna 1892 byly všechny nemocné ženy (jednalo se o 98 pacientek) převezeny do nového ústavu v Horních Beřkovicích

⁷² Vencovský, 1987, str. 46

⁷³ Almanach, 2008, str. 3

⁷⁴ Heveroch (ed.), 1926, str. 116

a takto uvolněná místa byla poskytnuta mužským pacientům z pražského ústavu.

Samotná organizace kosmonoského ústavu měla několik rovin. Například stravování bylo až do roku 1885 pronajato tzv. traktérům, čili dodavatelům. Dne 1. července však byl tento ústav vybrán k pokusnému stravování ve vlastní režii.⁷⁵ Tento přístup se natolik osvědčil, že se zemský výbor rozhodl zavést podobný druh stravování i v ostatních ústavech. K dalším problémům patřil nedostatek pitné vody, studny často nestačily, a tak byl hlavně v letních měsících takový nedostatek pitné vody, že se musela zdaleka dovážet. Roku 1892 tak započala práce na novém vodovodu, který byl úspěšně dokončen v dubnu následujícího roku. Vodovod čerpal vodu z řeky Jizery a byl poháněn parním strojem.

K dalšímu rozšíření ústavu došlo v roce 1895, kdy byly postaveny dva nové pavilony (A, B). Každý pojal 300 pacientů a pavilon pro infekční nemoci s dvaceti lůžky. Sem byli přestěhováni i nemocní ze „štiftu“, a tato budova se tak již dále nepronajímala. V témže roce byla dokončena společná budova pro kotelnu, prádelnu se strojním zařízením a centrální stanici elektrického osvětlení. Samotné elektrické osvětlení však mělo i své odpůrce, například MUDr. Slavík tvrdil, že: „...zavedení takového světla není vhodné a jen nepatrná olejová lampička nebude rušit pohodu nemocných“.⁷⁶

Problémy byly i s dodávkou pečiva, nevyhovovala jak cena, tak kvalita dodávaného zboží, a protože v původní kuchyni už nebylo možné vařit kvalitně pro veškeré osazenstvo, byla roku 1869 postavena nová budova s prostornou kuchyní s vařením na páru a také s vlastní pekárnou a s byty pro kuchyňský personál (ten dříve musel bydlet mimo samotný ústav).⁷⁷ Tato kuchyň sloužila až do roku 2004.

⁷⁵ Almanach, 2008, str. 4

⁷⁶ Tamtéž, str. 5

⁷⁷ Heveroch (ed.) 1926, str. 117

Roku 1897 se již ústav natolik rozrostl, že byl 2. července změněn statut filiálky na samostatný „Královský zemský ústav pro choromyslné“ s právem přijímat nemocné. Ti pocházeli hlavně ze severu Čech, z okresů: Broumov, Česká Lípa, Děčín, Dubé, Friedlant, Jablonec, Jablonné, Jičín, Jilemnice, Králové Dvůr, Králové Hradec, Liberec, Mladá Boleslav, Mnichovo Hradiště, Nový Bydžov, Nové Město nad Metují, Rumburk, Semily, Šluknov, Trutnov, Turnov, Vrchlabí a Liberec.⁷⁸ Roku 1911 se spádová oblast tohoto ústavu rozšířila o okresy Náchod, Novou Paku, Poděbrady, Rychnov nad Kněžnou, Warnsdorf a Žamberk. Byli zde hospitalizováni i mimorakouští občané z Bielska, Drážďan či Berlína. Nutno dodat, že až do roku 1945 tvořili značnou část pacientů německy mluvící občané (tato skutečnost je velmi zřetelná také v archivních materiálech o této léčebně).

V roce 1897 připadali na 858 lůžek (570 pro muže a 288 pro ženy) celkem 2 primáři, 3 sekundáři, 2 vrchní opatrovníci, 1 vrchní opatrovnice a dalších 88 řadových opatrovníků.⁷⁹ Duchovní péči pacientů zajišťoval místní farář za peněžitou odměnu.

Přibližně v tuto dobu byl dostaven ústav pro choromyslné v Dobřanech (1880), ale ani tyto tři ústavy (pražský, kosmonoský a dobřanský) nestačily pojmout všechny nemocné. Tak byly v Kosmonosích přistavěny roku 1901 další lůžka, tzv. Rabitzovy baráky (ty byly roku 1920 pro chatrnost zbourány). V roce 1910 byly také přistavěny pavilony K, K1, každý pro 100 pacientů.

Roku 1904 byla postavena i nová umrlčí komora s pitevnou. Následujícího roku byly vyhloubeny dvě nové studně, pitná voda tak mohla být nabídnuta obci Kosmonosy a byly zřízeny hydranty. Vzhledem k tomu, že se ústavní zahrada po stavbě Rabitzových baráků citelně zmenšila, byly roku 1907 a 1908 přikoupeny pozemky, které po sloučení sloužily jako hospodářský dvůr. Tento nový prostor sloužil jednak pro zaměstnance ústavu (byly zde polnosti, les a zelinářství), ale mohli se zde pohybovat i samotní chovanci ústavu.

⁷⁸ Heveroch (ed.), 1926, str. 118

⁷⁹ Almanach, 2008, str. 6

Prvním ředitelem samostatné kosmonoské filiálky se 30. června 1897 stal MUDr. Karel Ulrich, který svou funkci zastával až do své smrti roku 1914. Jako primáři zde toho roku sloužili Jaroslav Mourek a Antonín Růžička (ten v letech 1914–1919 vykonával funkci ředitele)⁸⁰, sekundáři byli Emanuel Nový (pozdější primář v Dobřanech a posléze ředitel v Kosmonosích) a Josef Ludikar. Správce kosmonoské léčebny byl toho roku Jaroslav Kratochvíl, ten měl při ruce další tři účetní kontrolory a dva účetní asistenty.⁸¹ Jen pro srovnání - roku 1926 v Kosmonoském ústavu sloužili ředitel (MUDr. Emanuel Nový), správce, kontrolor a dalších sedm lékařů, devět účetních úředníků a čtyři manipulační síly. Je zde tedy patrné, že stále se zvětšující léčebna potřebovala více sil, a to jak lékařských, tak účetních a pomocných.

Mezi další lékaře (v době před osamostatněním) patřili například Josef Zastiera, sekundář Emil Viert (pozdější primář v opařanské léčebně), doktor Karel Bayer nebo další sekundář Jan Hatlák. Mezi lékaře, kteří v Kosmonosích praktikovali již po osamostatnění, patřili Augustýn Riegel či MUDr. Vladimír Skalička. Do roku 1914 zde dále praktikovali sekundář Urban Prokop, Eduard Michálek nebo Dr. Kneidl.⁸²

...

Zajímavý byl i samotný chod této léčebny. Jak již bylo naznačeno, k areálu patřily rozsáhlé zahrady a polnosti či les. Na obdělávání těchto pozemků se podíleli i choromyslní. Jak uvádějí archivní materiály z roku 1908, velká část pacientů (v tomto případě žen) vykonávala různé pomocné práce, které byly pravděpodobně součástí terapie. Dokument nadepsaný „ženy pracovnice“ (slovo pracovnice bylo pravděpodobně dopsáno později) uvádí, že přibližně 293 žen z celkového počtu 506 se nějakým způsobem podílelo na chodu léčebny. Tyto pacientky si mohly vybrat přibližně ze šesti druhů činnosti, a to pomocné práce v kuchyni, ústavní prádelně, mohly se věnovat šití jak na stroji, tak v ruce, dále mohly plést, či vykonávat různé domácí nebo

⁸⁰ Almanach, str. 4 - 6

⁸¹ Marešová, 1969, str. II

⁸² Almanach, 2008, str. 5 - 8

polní práce.⁸³ V dokumentu je vedle celkového počtu také uveden průměrný počet pacientek, které se této činnosti věnovaly během dne. Pracovní terapii se bezesporu věnovali i muži. Ti mohli také šít na stroji a kromě toho vykonávat čalounické, knihařské, natěračské, obuvnické či truhlářské práce. Pro tuto činnost měli příslušně vybaveny ústavní dílny. Ošetřovanci měli k dispozici také kuželkárnu.

Z archivních materiálů dále vysvítá, že se pacienti jednou za rok mohli i pobavit, konal se ústavní ples. První zmínka o této zábavě je z roku 1883, kdy se v ústavu pořádal večírek s tancem pro choromyslné. Impulz k této zábavě dal samotný primář MUDr. Karel Kutil a ohlasy se objevily i v mladoboleslavských novinách. Nemocní se jednak mohli pobavit a také se chutně najíst, dostali kávu s koláčem a k večeru pivo a párek. Zábava však neměla dlouhého trvání, v 11 hodin vše skončilo a pacienti šli spát. Podle místních zdrojů si pacienti toto rozptýlení velmi chválili: „...každý nemocný děkoval Doktoru Kutilovi za příjemný večer...“⁸⁴

Dne 14. 10. 1888 se konal další podobný večírek s tancem, tentokrát pod vedením MUDr. Ulricha. Pacienti se opět najedli a popili piva. Samotný tanec prý pro svou eleganci vzbudil velký obdiv. V letních měsících byly pro choromyslné pořádány koncerty v zahradě, ale choromyslní s vynikajícím chováním se mohli účastnit i představení ochotnických divadel mimo areál léčebny. Doprovod ošetřovatele byl sice nutný, ale s choromyslnými tak bylo alespoň částečně jednáno jako s potřebnými bytostmi. Tato činnost v rámci léčby pravděpodobně příliš nepomohla, jako chvilkové rozptýlení však pro několik pacientů jistý přínos bezesporu měla.

Plesy, nebo večírky s tancem se pravděpodobně osvědčily. V letech 1905–1908 (období, o němž máme nejvíce údajů) se konaly každý rok, většinou v únoru. Sloužily jako zábava zaměstnancům a pacientům kosmonoského ústavu. Jeden z důvodů konání této zábavy bylo i navázání pozitivnějších vztahů mezi ošetřovanci a ošetřovanými, které byly někdy

⁸³ SOA v Praze, fond PL Kosmonosy, i. č. 13, Annales 1908, str. 38

⁸⁴ Almanach, 2008, str. 4

napjaté a samozřejmě se prezentovala „lidská tvář“ vedení ústavu. Na jednu stranu se takto hledal pozitivnější přístup k pacientům, ale také (jak napovídá novinový článek o tomto plese) se tímto způsobem mohla lépe prezentovat léčebna i širší veřejnosti.

Zaměstnanci léčebny měli za úkol vést i jakousi „ústavní kroniku“ nazývala se „Annales“. V tomto sešitě byly uváděny jednak léčebné a lékařské údaje, ale také samotný běh léčebny. Annales má několik částí, jednak „Kroniku ústavu“, pak tzv. „Nehody“, ve kterých se většinou objevují pokusy o sebevraždu jednotlivých pacientů, a další část Annales tvoří také údaje o pohybu pacientů, vyléčených, přijatých, či mrtvých. Tato struktura se mírnými obměnami opakuje u všech dostupných předválečných kronik (jedná se o roky 1905–1909). Na následujících řádcích se budeme zabývat „civilní“ částí kosmonoské kroniky, lékařským údajům se budeme věnovat v další kapitole.

Pro rok 1906 obsahuje kronika jen čtyři údaje: na prvním místě s únorovým datem se zde objevuje zmínka o ústavním plese, dále je zde datum 19. května a u něj poznámka, že se jedné chovance narodil chlapeček, předposlední údaj je ze 14. srpna a informuje nás, že „byla žumpa pitevny vyklizena a desinfikovaný obsah (pod dozorem) zakopán“, poslední údaj je z 6. listopadu a týká se oznámení o sloužení mše svaté pro chovance ústavu.⁸⁵

Na první pohled jsou tyto údaje „civilního“, nelékařského charakteru. S údaji o porodu se v archivních materiálech Psychiatrické léčebny (dále jen PL) Kosmonosy setkáváme poměrně často, zda jsou matky nově přijaté, či již dlouhodobější pacientky, většinou není známo. Známe je ale další osud těchto nemluvnat, všechna jsou odvezena buď do pražského či jiného nalezince. Roku 1905 byly takto zaznamenány dva porody, první 30. srpna, kdy jedna z pacientek porodila chlapečka, a také 14. prosince se v kosmonoské léčebně narodilo dítě, tentokrát nově přivezené pacientce z trutnovské nemocnice. Samotné „Annales“ uvádějí, že v chorobopisu z nemocnice o její graviditě

⁸⁵ SOA v Praze, fond PL Kosmonosy, i. č. 11, Annales 1906, Kronika ústavní, str. 16

nebyla ani zmínka, snad by informace o jejím těhotenství mohla ohrozit pacientčino přijetí do Kosmonos.⁸⁶ Není zjištěno, že by se v kosmonoské léčebně v době před první světovou válkou konala svatba nebo že by si matky mohly své děti ponechat. Pravděpodobně existoval systém oddělených pohlaví (separátní pokoje a postele), ale pacienti obou pohlaví měli jisté možnosti, jak se k sobě přiblížit. O zdravotním stavu takto narozených dětí není bohužel nic známo.

Další údaje z roku 1906 již jen vypovídají o praktických věcech v chodu ústavu, nedozvíme se zde žádné osobnější informace o jednotlivých pacientech. V roce 1907 je ale v ústavní kronice již 11 položek, vedle zmínky o ústavním plese a nových zařízeních, která byla uvedena do chodu, se zde objevuje informace o nově přijaté osobě jménem Inofa Malá, o níž bylo na základě vyšetření zjištěno, že není ženského (jak bylo v jejích průvodních listech poznačeno), ale mužského pohlaví.⁸⁷ V těchto materiálech se také objevují zmínky o kurzech a zkouškách, určených pro ošetřující personál, které měly pravděpodobně zvýšit jejich kvalifikaci. Zmínka o jakémsi přezkoušení (i s výsledky) je uvedena i v Kronice z roku 1908 a 1909. Rok 1909 byl na události bohatý – ústavní kronika jich uvádí jednadvacet. Většinu jich však zabírají zprávy o nákaze spálou, nenakazily se jen pacienti, ale také ošetřovatelé, kteří byli převezeni do mladoboleslavské nemocnice. V tomto roce se však prameny nezmiňují o ústavním plese, možnou příčinou jeho zrušení mohla být právě nákaza spálou. V noci z 23. na 24. května 1909 v Kosmonoské léčebně porodila jedna z pacientek zdravého chlapečka, i toto novorozeně bylo převezeno do pražského nalezince.

V roce 1905 je v kronice poznámka – „z vyšetřovací vazby c. k. soudů dodáno bylo v tomto roce 8 nemocných – 7 mužů a 1 žena“.⁸⁸ Tento fakt může ozřejmit některé tragédie, které se udály několikrát v období přelomu staletí, pacienti byli utlučeni opatrovníky. V roce 1882 tak byl usmrčen jistý Dudek, kterého zbili ošetřovatelé Muller a Malík. Oba tyto ošetřovatelé byli okamžitě

⁸⁶ SOA v Praze, fond PL Kosmonosy, i. č. 10, Annales 1905, Kronika ústavní, str. 14

⁸⁷ SOA v Praze, fond PL Kosmonosy, i. č. 12, Annales 1907, Kronika ústavní, str. 27

⁸⁸ SOA v Praze, fond PL Kosmonosy, i. č. 10, Annales 1905

propuštění a odsouzení na devět měsíců těžkého žaláře. V roce 1900 však došlo k dalšímu napadení pravděpodobně agresivního pacienta, opatrovník byl rovněž propuštěn a odsouzen na devět měsíců těžkého žaláře. Docházelo ale i k opačným případům, jedna opatrovnice zemřela na následky kopnutí do břicha od pacienta. Ošetřovatelé i mimo službu museli spát v blízkosti nemocných, a tak docházelo k podobným tragediím. Jednou se jeden z pacientů pokusil pod pohrůzkou pobodání (nůž našel v šatech opatrovníka, jenž spal nedaleko) získat klíče a pokusit se o útěk, bohužel rozespálý opatrovník hned nepochopil, co se po něm žádá, a tak byl těžce pobodán. Na sklonku století bylo mezi 700 pacienty přibližně 50 takových, kteří měli za sebou vazbu, jeden dokonce byl již stokrát trestán.⁸⁹ Těžko říci, zda tyto tragické případy souvisely s duševní nemocí pacientů, nebo zda se jednalo jen o nešťastné náhody.

V Kosmonosích byly kromě těžkých případů duševní nemoci umíst'ování většinou lidé chudí a bez prostředků. Jak uvádějí archivní prameny, duševní nemoc byla problematická nejen pro samotné pacienty, ale v mnoha případech i pro jejich blízké, například matka kněze Pavla Hladíka, který byl stížen duševní chorobou a z jehož renty žili oba dva, se po jeho umístění v Kosmonosích vehementně dožadovala peněžního zaopatření i pro sebe, jak prameny napovídají, bezúspěšně.⁹⁰

O organizaci stravování byla zmínka již v předchozích řádcích (jednalo se o stavbu nové kuchyně a stravování ve vlastní režii), jak však byla organizována samotná dieta pacientů? Na tuto otázku nám pomůže odpovědět „Jídelní řád pro choromyslné“, který platil od 1. 7. 1907. Tento dokument byl vydán pro všechny královské zemské ústavy pro choromyslné a udával tak jednotnou stravovací normu pro všechny ústavy v Čechách. Konkrétně se jednalo o tři dietní formy – 1. Přísná dieta pro všechny těžce nemocné, 2. Přiměřená (lehká) strava pro rekonvalescenty, somaticky nemocné a těžce trávící a poslední, třetí dieta, strava plná. Tyto diety, navržené podle stavu

⁸⁹ Almanach, 2008, str. 6

⁹⁰ SOA v Praze, fond PL Kosmonosy, i. č. 183, Osobní spisy ošetřovanců, 1896–1935, str. 771, karton 2

nemocného, se dále dělily na I. II. a III. třídu podle finančních možností jednotlivých pacientů. A to tak, že I. třída byla nejlépe dotovaná (pacienti si mohli dopřát druhou snídani, na Štědrý den v poledne i večer dostali rybí polévku a rybu a na Velikonoce mazanec). Plná dieta II. třídy se uplatnila také jako stravování ošetřovatelů.⁹¹ Co se samotného jídla týče, dostávali choromyslní i nám dobře známá jídla a nápoje (omáčky, ke snídani svařené mléko, či bílou kávu k odpolední svačině), jeden z rozdílů je v četnosti podávání masa. To dostávali pacienti přibližně dvakrát do týdne. V jídelním řádu je kladen také důraz na sezonnost jednotlivých potravin (některé suroviny byly například v létě levnější, a proto se měly podávat častěji).

Kronika sama je vedena velmi pečlivě, poznámky jsou psány přehledným a čitelným krasopisem. Jak „civilní“, tak „lékařská“ část pravděpodobně sloužily jako evidence všech významných údajů daného roku a potřebná data mohla být snadno zpětně dohledána. V „Annales“ (tentokrát z roku 1908) jsou i údaje o celkovém hospodaření ústavu daného roku. Celkový náklad činil 819 350 korun a 82 haléřů, což znamená, že po odečtení dávek a daní byl denní náklad na osobu 2,15 korun, z toho stravné činilo 0,90 haléřů.⁹² Kronika tak sloužila pravděpodobně i jako jeden z účetních dokladů o hospodaření kosmonoské léčebny. Díky těmto záznamům se tak můžeme přiblížit nejen k léčbě, ale i běžnému životu této instituce na přelomu staletí.

4.2 Léčba duševních chorob na přelomu 19. a 20. století

Nemoci, kterými trpěli chovanci psychiatrických léčeben, byly většinou dvojího typu. Jednalo se o čistě psychická onemocnění a také se v archivních materiálech vyskytují četné zmínky o různých somatických nemocech. K nemocem psychickým patřily podle dobových pramenů mimo jiné progresivní paralýza, alkoholické psychózy, dementia (pravděpodobně míněna dementia precox, čili schizofrenie), epilepsia, hysteria, mania, neurosis,

⁹¹ SOA v Praze, fond PL Komsonosy, i. č. 206, Stravování, Jídelní řád pro choromyslné, 1907 str. 1 – 8, karton 27

⁹² SOA v Praze, fond PL Kosmonosy, i. č. 13, Annales 1908, str. 7

idiotia, melancholia, imbecillitas, paranoia, amentia... Mezi nejčastější nemoci tělesné se řadily spála a tuberkulóza. Kvůli izolaci nakažlivých chorob bylo roku 1895 v kosmonoské léčebně vybudováno oddělení infekčních chorob s dvaceti lůžky.

Je zajímavé, že somatická nemoc, která v tomto ústavě nejvíce zabíjela, byla tuberkulóza. Prameny udávají, že v roce 1906 na tuberkulózu zemřelo 42 pacientů.⁹³ Tento počet usmrčených překonala v daném roce už jen paralýza s 52 oběťmi. Kromě těch přibližně 150 úmrtí ročně na jednu z těchto nemocí se v údajích objevuje i sebevražda, o tu se například jen během roku 1906 pokusilo 13 chovanců.

Psychické nemoci, které jsem podle archivních materiálů vyjmenovala, se však mohly i různě prolínat, například alkoholismus mohl být jednak spouštěčem psychického onemocnění, tak byl také pokládán za samostatnou chorobu. Z dochovaných chorobopisů také vysvítá, že alkoholismus u nejbližších příbuzných mohl mít vliv na chorobu dotyčného jedince, i v přijímacím protokolu se tento fakt udává jako negativní predispozice dané choroby. Manie, melancholia, či paranoia jsou také považovány za projevy a zároveň za samostatné nemoci, zároveň je nutno dodat, že mnohé tyto nemoci se ve svých projevech velmi blížily, záleželo nejspíš na daném obvodním lékaři, jak danou chorobu u pacienta diagnostikoval.

V následující kapitole se tak budeme zabývat převážně chorobami psychickými – jejich popisem, léčbou, projevy, nebo četností. V této části budeme vycházet převážně z dat, která jsou k dispozici buď pro pražský ústav pro choromyslné, nebo ze samotných materiálů a chorobopisů z léčebny v Kosmonosích. Vycházím z předpokladu, že kosmonoská léčebna jako jistá „dceřiná instituce“ pražského ústavu, poskytovala svým pacientům přibližně stejný rozsah služeb jako pražský ústav, o kterém je pochopitelně větší množství informací. Pokud to však prameny dovolí, jsou data o kosmonoském ústavu prioritní. V některých případech je možné pražský a kosmonoský

⁹³ SOA v Praze, fond PL Kosmonosy, i. č. 11, Annales 1906, str. 17

přístup k léčbě komparovat. Pokud se však v textu objeví zmínka o chorobopisech, jedná se o ústav kosmonoský.

...

O působení léčebné „pracovní terapie“ na chovance ústavu se zmiňuje sekundární lékař kateřinského ústavu v Praze Aloys Nowak.⁹⁴ Tento terapeutický záměr vycházel ze zahraničního pojetí „no restraint“, čili bez omezení (jeho autorem byl anglický lékař John Conolly, který vycházel z Pinelova vzoru). Zásadou pro ošetřování nemocných měla být přísnost lékařů k ošetřovatelskému personálu a zároveň vlídné zacházení s nemocnými. Velký důraz byl kladen na pracovní zaměstnání chovanců, vhodná pracovní činnost se měla stát jedním z pomocníků v boji proti nemoci. Zajímavý je názor, že pracovní terapie by se měla indikovat jako farmaka, každému přesně na tělo.⁹⁵ V přidělení samotné pracovní terapie hráli roli věk a pohlaví nemocného, dále jeho minulé povolání a jeho intelekt, či tělesné síly – tyto údaje se pokládaly za tzv. první vedoucí princip, druhým vedoucím principem byla samotná duševní choroba a přání nemocného.⁹⁶

Zaměstnání se tak stalo jedním z hlavních léčebných metod, díky němu se měl nemocný zbavovat chorobných myšlenek, nebo přinejmenším se alespoň uklidnit a rozptýlit. V kateřinském (a tedy i kosmonoském) ústavu existovala tak „pracovní“ a „rekreační“ zaměstnání. Některé příklady pracovních terapií jsem již uvedla v minulé kapitole, k zaměstnáním rekreačním patřily mimo jiné hraní karet, vyšívání, čtení krásné literatury, nebo hudební produkce. Podpůrné léčebné prostředky slouží v psychiatrických léčebných dosud, je však problematické určit, zda pomáhají vyléčení, nebo jen zabavují pacienty mezi dvěma dávkami léků. V Kosmonosích na přelomu 19. a 20. století však byla pracovní terapie jednou z mála možností léčby. V hlášeních o stavu pacienta byl kladen velký důraz na jeho pracovní činnost

⁹⁴ Vencovský, 1987, str. 29 (Aloys Nowak, „Notizen ueber die Prager k. u. k. Irrenanstalt und die Veranderungen in derselben“, 1835)

⁹⁵ Vencovský, 1987, str. 27

⁹⁶ Vencovský, 1987, str. 30

a pokud se jí pacient zabýval, měl tak podle tehdejších lékařů nakročeno k uzdravení.

V pozdějších letech bylo v kateřinském ústavu v Praze (v Kosmonosech jsem žádný podobný údaj nenašla) rozšířena léčba o tělocvik a školní vyučování. Do ústavu tak třikrát týdně docházel učitel, jenž s pacienty cvičil a prováděl i různá dechová cvičení. Někteří pacienti mohli také pořádat výlety po okolí, samozřejmě pod dozorem ošetřovatelů. Další novinkou, kterou zavedl doktor Riedel v pražském ústavě, byla vodoléčba.⁹⁷ Vybraní pacienti byli podrobováni tzv. Priessnitzově metodě, která se skládala ze sprchování, omývání, zábalů nebo z lázní. Riedel však zavedl i zcela novou, originální metodu tzv. lázeňské léčby, kdy dotyční pacienti během procházky v zahradě, nebo za nepříznivého počasí na nemocniční chodbě, popíjeli různé minerálky. Výsledek této novinky byl podle dobových ohlasů „přímo skvělý“.⁹⁸ Rekonvalescence prý rychleji postupovala, zažívání se upravilo a pacienti měli více chuti do života, což se samozřejmě projevilo i na jejich duševním stavu.

Kromě těchto spíše rekreačních činností se Riedel v pražském ústavu zabýval i farmakologií, zkoumal například vliv opia na léčbu melancholie a začal pracovat i s elektroterapií. Pro tento účel byla zakoupena jedna z největších novinek té doby (psal se rok 1847) – elektromagnetický přístroj s reostatem. Pacienti prý měli z této novinky nejprve strach, posléze si zvykli. Tento elektrizující stroj však neměl nic společného s dnešními „elektrickými šoky“. Možnost použití elektrického proudu k vyvolání epileptických křečí objevili dva psychiatři – Cerletti a Bini až v roce 1938 v Itálii. Věřilo se, že za zlepšení stavu psychiky nemocných jsou zodpovědné ony epileptické záchvaty, které se po zapnutí proudu u nemocných objevují. V roce 1940 však americký psychiatr A. S. Benett⁹⁹ přišel s objevem, že léčebně nepůsobí epileptické záchvaty, ale samotný elektrický proud. Léčba se relativně úspěšně prováděla u maniomelancholiků a zpočátku také u schizofreniků, kde však zlepšení byla jen dočasné.

⁹⁷ Vencovský, 1987, str. 34

⁹⁸ Vencovský, 1987, str. 35

⁹⁹ Šedivec, 2008, str. 54

Samotná pracovní terapie byla více než 50 let před objevem skutečně účinné farmakologické léčby (v roce 1950 byl objeven chlorpromazin, díky němuž se účinně zklidnili maničtí a paranoidní pacienti¹⁰⁰), jednou z mála relativně úspěšných léčebných procedur. Otázkou zůstává, co vlastně v době na přelomu 19. a 20. století představovalo úspěšnou léčbu. Podle dostupných zdrojů se někteří duševně choří do ústavů vraceli třeba i desetkrát, to by napovídalo faktu, že za vyléčené pacienty se v některých případech mohli považovat jen krátkodobě zklidnění jedinci, kteří se po novém ataku choroby do ústavů opětovně vraceli. Jako příklad takového vyléčení mohu uvést epileptickou pacientku kosmonoského ústavu, která byla po několika měsících léčby 22. prosince propuštěna, 4. ledna následujícího roku je však nalezena v polích, neví o sobě a není schopna strážníkovi říci, kdo a odkud je. Strážník, jenž má podezření na duševní nemoc, ji tak dovede do nemocnice, ve které je poznána (pacientka totiž v této nemocnici nedávno pobývala).¹⁰¹

A jaký měla tehdejší medicína názor na příčiny duševních porucha a chorob? Již zmiňovaný doktor Kostel (Riedlův nástupce) hledal příčiny duševní choroby v nedostatečné funkci krevního oběhu. Pro léčbu tak byl důležitý klid a horizontální poloha, která pomáhala lepšímu prokrvení mozku. Zajímavý je i jeho názor, že psychickou léčbou, nebo popíráním choroby, i když se o toto popírání pokouší zkušený lékař, (popírání v tomto případě znamená přesvědčování daného pacienta o jeho poruše myšlení), se ještě žádný choromyslný nevyléčil, jen se takto ještě více dotyčný podráždil a neurotizoval. Kostel popsal výkyvy nálad u mánie a melancholie a zmiňuje se i o paranoidních představách nemocných, kteří za příčinu svého stavu považují výhradně vnější faktory (falešné představy o pronásledování, či vyvolení a pod.).¹⁰² Velmi častou představou (jak vyplývá z chorobopisů) mezi kosmonoskými nemocnými byl pocit, že je chce někdo otrávit, v jednom případě o sobě choromyslný rozhlašoval, že je šlechtickým potomkem.

¹⁰⁰ Šedivec, 2008, str. 55

¹⁰¹ Chorobopis DSCO2711, Archiv PL Kosmonosy, 8526/1910

¹⁰² Vencovský, 1987, str. 39

Jednou z nejzávažnějších chorob přelomu staletí byla progresivní paralýza. Toto onemocnění je vlastně důsledkem syfilis, i když ne každý syfilitik musí nutně onemocnět progresivní paralýzou. Pokud se paralýza u nemocného rozvinula, vedla po dvou až tří letech k smrti. Objevily se ale i případy, kdy nemocný žil s touto chorobou deset let. Tato nemoc vedla k úplnému rozpadu osobnosti. Při pitvě nemocných se ukázalo, že způsobovala nevratné změny na kůře mozkové. Příznaky měla jak duševní, tak tělesné, jednalo se o poruchy koordinace, oční zornice nereagující na osvětlení, svalové tenze a poruchy funkcí měchýře a konečníku, řeči, polykání a také záchvaty podobné epileptickým.¹⁰³ Duševní poruchy se projevovaly velmi rozmanitě, mohly být buď melancholické, nebo manické, s různými bludy (o pronásledování či hypochondrii) a vedly až k úplné ztrátě jasného vnímání. Tato nemoc byla dlouho neklasifikována (její příznaky splývaly lékařům s jinými duševními chorobami), poprvé tuto nemoc popsal Bayle v roce 1822.

Lékaři se také zabývali propuknutím této choroby, protože relativně velké procento syfilitiků ji vůbec nedostalo. Za jeden ze spouštěčů tak byl považován alkohol. Ten však sloužil jako základní činitel i u jiných duševních chorob, takže lékaři na přelomu století (v českých zemích hlavně doktor Kuffner) se mohli jen dohadovat. Dalším možným akcelerátorem mohla být i dědičnost, nebo velká duševní zátěž (podle tehdejších lékařů se mezi nemocnými častěji objevovali např. spisovatelé nebo básníci). Všeobecná shoda však panovala v názoru, že paralýzou mohli onemocnět jen nedostatečně léčeni syfilitici. Zde byl problémem průběh nemoci (tzn. syfilis), pokud proběhla jen v mírném stadiu a dotyčný neměl důvod ji nějak vehementně léčit, bylo zde pak větší riziko rozvinutí progresivní paralýzy. Příkladem mohl být mladý muž nakažený lues, kterému byla předepsána obvyklá rtuťová léčba. Příznaky nemoci však byly jen mírné a dotyčný měl strach, že rtuť ničí kosti a zuby, tak léčby zanechal a vše se po dlouhá léta zdálo v pořádku. Po několika letech se však oženil, postupně se mu narodily tři děti, které však brzy po porodu zemřely na

¹⁰³ Heveroch, 1926, str. 88

syfilis, sám mladík po deseti letech od nákazy onemocněl paralýzou a do čtyř let zemřel.¹⁰⁴

Progresivní paralýza byla zpočátku velmi nenápadná, po prvních příznacích mohlo trvat i deset let než se úplně rozvinula a než nemocnému začala způsobovat problémy. I u patrné paralýzy se vyskytovaly dlouhé prodlevy, což působilo dojmem úplného vyléčení. Klinicky jasná onemocnění byla však již příliš rozvinutá a k léčbě nevhodná. Jako prevence před touto nemocí bylo tak navrženo omezení prostituce a řádná léčba syfilitiků. O samotnou léčbu paralýzy se pokoušeli lékaři jodovými a rtuťovými sloučeninami, výsledky však příliš pozitivní nebyly. Převažoval názor, že u této rozvinuté nemoci lze léčit jen symptomy. V roce 1920 se však objevila nová léčba, a to léčení progresivní paralýzy malárií. Za tento objev byl roku 1927 oceněn Nobelovou cenou rakouský psychiatr Julius Wagner – Jauregg.¹⁰⁵ Tato léčba se rozšířila po celém světě a až v 50. letech byla nahrazena léčbou penicilínem, díky kterému se podařilo progresivní paralýzu zcela zlikvidovat.

Tato léčba (malárií) se však začala uplatňovat až po první světové válce, kdy se také citelně rozšířilo onemocnění lues. Předváleční pacienti tak byli odkázáni jen na léčbu symptomatickou a téměř neměli šanci na jakékoli zlepšení stavu. Léčení malárií tak bylo jedním z prvních pokusů o somatickou léčbu nemocných.

Další z nemocí, kterou se zde budu zabývat, je alkoholismus. Alkoholismus jako takový mohl mít několik druhů (nebo snad stadií) postižení, která v době na přelomu 19. a 20. staletí v tehdejších léčebnách pro choromyslné rozlišovali. Kromě chronického alkoholismu se jednalo o tzv. delirium tremens, alkoholovou hallucinosu, nebo patologickou opilost. Ze statistik také vyplývá, že podíl nově přijatých alkoholiků na celkový počet nových pacientů tvořil přibližně 20 procent (jedná se o rok 1913¹⁰⁶ v pražském ústavu pro choromyslné, v kosmonoském ústavu je toto číslo poněkud nižší,

¹⁰⁴ Heveroč, 1926, str. 89

¹⁰⁵ Šedivec, 2008, str. 43

¹⁰⁶ Heveroč, 1926, str. 68

v rozmezí tří let bylo v archivu nalezeno asi deset jedinců s touto chorobou, počet chorob, které byly alkoholem ovlivněny, nebo kde alkohol působil jako spouštěč, je však daleko vyšší). Tato čísla se týkala převážně mužů, podíl žen – alkoholiček se v této době pohyboval kolem 1,5 procenta. Mírný nárůst počtu žen alkoholiček je v roce 1914, tento nárůst však činí jen půl procenta.

Alkoholismus (nebo i jen vyšší nárazové požívání alkoholických nápojů, nemusí se tedy jednat již o samotnou nemoc) je ale také spouštěčem jiných psychických chorob. Jedná se především o epilepsii nebo dementii preacox. Tyto choroby však v průběhu první světové války žádné větší procentuální výkyvy nezaznamenaly. Jinak tomu bylo u samotných alkoholických stadií. Takzvaná alkoholová hallucinosa vymizela v letech 1917 a 1918 úplně, delirium tremens postihlo v letech válečných jen jednotlivce. Naproti tomu však prudce stoupl počet tzv. patologických stavů opilosti. Snížení procentuálního počtu choromyslných u nemocí z přílišného požívání alkoholu je samozřejmě dáno nedostatkem kvalitního alkoholu během války, například pivo se vařilo s daleko nižším obsahem alkoholu a z náhražkových surovin, které negativně ovlivňovaly jeho chuť. Tento jev se odrážel i například ve vídeňských ústavech, kdy s klesající výrobou piva, vína a lihovin, klesá i počet jedinců na těchto nápojích závislých.¹⁰⁷

Největší podíl mezi alkoholiky zabírali podle zaměstnání dělníci, řemeslníci a obchodníci, toto číslo tvořilo 35 – 73 procent. V době válečné a poválečné se však podle Hollanderskeho (lékaře na psychiatrické klinice v Prusku)¹⁰⁸ podíl vojáků na statistice patologických stavů opilosti vůči době předválečné více než ztrojnásobil. Tento rozmach alkoholických psychos a jimi způsobených nemocí byl po válce velmi jasně zřetelný. Podíl těchto nemocí se navrátil ke svému předválečnému stavu, tzn. jedna pětina všech psychóz tak byla tvořena nemocemi s přímým vztahem k alkoholu.

To, že alkoholismus znamenal (a stále znamená) ve společnosti problém, dokazuje i přijímací protokol kosmonoského ústavu. Je zde kolonka „dědičné

¹⁰⁷ Heveroch, 1926, str. 69

¹⁰⁸ Heveroch, 1926, str. 70

zatížení“, do které se mimo jiné uvádělo, zda jsou rodiče (nejčastěji otec) alkoholici. Doktor Augustin Riegel (toho času primář zemského ústavu pro choromyslné v Praze) tak navrhoval v rámci boje proti alkoholismu úplnou prohibici, která by měla pomoci omezit psychická onemocnění způsobovaná touto lihovinou a nastolit opětovný „blahobyť a zdraví lidu“¹⁰⁹. Jako příklad hodný následování udává Riegel Spojené státy americké, ve kterých již byla prohibice zavedena a alkohol se směl prodávat jen v lékárnách. Tento vědec se mimo jiné domníval, že postačí, aby tato prohibice přetrvala jednu generaci, generace následující by již alkohol znát neměla a potřebovat nebude – „kdo jednou stane ušlechtilým, nevrátí se již k nízkému“.

Jedním z důvodů tohoto negativního postoje může být i silné ovlivňování léčby samé jak alkoholem, tak drogami. Tyto látky jednak působily jako spouštěče různých chorob, způsobovaly závislosti, také zároveň ovlivňovaly i pacienty stabilizované a pod. medikací. Například v užívání drog jako heroin nebo kokain je vidět na přelomu 19. a 20. století jasný posun. Zpočátku jsou brány jako léky, neboť mají podpořit celkovou tělesnou dispozici daného pacienta. Doktoru Vondráčkovi tak bylo na přelomu staletí předepsáno na zlepšení nálady šňupání kokainu.¹¹⁰ I k alkoholu byl na sklonku 19. století zcela jiný přístup, byl všeobecně posilujícím prostředkem, zvláště pro děti. Za léčivé tekutiny se považovaly hlavně černé pivo a červené víno.¹¹¹ Alkohol byl podáván dětem i z důvodů utišujících, toto se dělo hlavně na vesnicích, kde byli rodiče celý den zaměstnáni na poli, a děti tak dostaly dávku tvrdého alkoholu, aby se zklidnily a spaly. Pozdější následky (idiocie, nebo imbecilita) však byly velmi závažné.

Další choroby, které se v této době v Kosmonosích v průběhu let 1905-1910 častěji vyskytují, jsou například imbecillitas, epilepsie, periodická psychóza, paranoia, melancholia, dementia, neurasthenia a amentia. Samotná diagnóza však byla i vzhledem k neustálené klasifikaci duševních chorob jen velmi přibližná.

¹⁰⁹ Heveroch, 1926, str. 72

¹¹⁰ Vondráček, 1973, str. 135

¹¹¹ Vondráček, 1973, str. 96

5. Chorobopisy

5.1 Úvod do chorobopisů

Údaje o konkrétním pacientovi tvoří většinou tři části, jedná se o přijímací protokol, chorobopis a také údaje z pozorování v ústavní péči. Přijímací protokol je dvojjazyčný (český a německý) předtištěný list papíru, do kterého se mělo vyplnit jméno, den přijetí, ošetřovací třída, dále zde byly kolonky pro rok narození, stav, povolání, náboženství, domovskou obec, bydliště poslední, kromě těchto popisných faktů se zde objevují i fakta medicínská, a to kolonka pro lékařské doklady a daného (většinou městského či obvodního) lékaře, popřípadě kurátora. Měla by zde být uvedena diagnosa (ta se v některých případech mohla i změnit, popřípadě se k jedné duševní poruše diagnostikovala ještě další). Dalším údajem jsou „zvláštní statistická data“, nebo „dědičné zatížení“ (tento údaj se mohl týkat jak alkoholismu, tak duševních chorob či sebevražd v rodině pacienta), „trvání a průběh choroby“, uváděl se zde i předchozí pobyt v ústavu, pobyt ve vyšetřovací vazbě nebo ve vězení a posledními údaji jsou doba samotného ošetřování a datum opuštění ústavu (viz přílohy). Datum opuštění ústavu může znamenat jednak vyléčení, propuštění na revers nebo úmrtí.

Samotné chorobopisy (většinou velmi krasopisně provedené) nepsal psychiatr v Kosmonosích, ale ošetřující obvodní (tedy rodinný) lékař. Ve většině případů se jedná o jakési vyličení chorobného stavu daného člověka s pokusem o diagnózu a doporučením k přijetí do ústavu pro choromyslné. Z dostupného archivního materiálu je nápadná vysoká shoda v jednotlivých příznamech chorob, diagnóza je však většinou velmi odlišná. To by mohlo být dáno právě nedostatečnou specializací obvodních lékařů, ti povětšinou poznali že jde o duševně narušeného člověka, samotná diagnóza už však pro ně byla komplikovanější. Často se v příznamech objevuje pocit pronásledování, nebo ohrožení, či si dotyčný/á myslí, že je někým jiným, například jedna pacientka s diagnózou „amentie“ si myslela, že „je čertem a až umře, v pekle bude

doma“.¹¹² Tato pacientky sice byla pět dní po porodu, takže se mohlo jednat o poporodní pomatení smyslů, ale stejná diagnóza (amentie) se vyskytuje i u dalších pacientů, kteří po porodu nebyli, nebo to byli muži.

Další poznatky, na které je v těchto chorobopisech kladen velký důraz, je předchozí historie dotyčného. Zde se obvodní, či městští lékaři rozepisují o rodinných dispozicích, čili například počtu živých či mrtvých sourozenců, jejich zdravotním stavu, nebo o školní docházce a intelektu dotyčného choromyslného. Důležitá data jsou i o manželském stavu dotyčné(ho), u žen počet dětí a dokonce i potratů. Co je v chorobopisech silně zvýrazňováno, je žádost o přijetí do ústavní péče, nejčastěji z důvodu nebezpečí ublížení buď sebepoškozením, nebo ohrožováním jiných osob. Toto ohrožování je tak jedním z nejsilnějších impulzů k převzetí do ústavní péče. To se stalo i v případě epileptických záchvatů, kdy dotyčná „již několikrát upadla na plotnu, popálila se a ve stavu epileptickém, nevědouce co činí, mohla popálit stavení.“¹¹³ Tento prvek ohrožení se objevuje i u poporodní psychózy u pacientky, která si myslela, že je čertem. Ta pátý den po porodu „utekla a až na náves..., od té doby jest neklidná, nespí, odmítá potravu a své okolí a dítě na životě ohrožuje, vidí před sebou lidi, kteří jí chtějí o život připravit.“¹¹⁴

Třetí součást údajů o pacientech v kosmonoském ústavu tvoří údaje z pozorování v ústavní péči. Je to vlastně soupis všech změn, které se s dotyčným v kosmonoské nemocnici děly. Tento přehled (jehož rozsah je v průměru dvě strany rukopisu) začíná dnem přijetí a poslední zápis tvoří datum opuštění kosmonoské nemocnice (tedy vyléčení, úmrtí nebo propuštění z jiného důvodu – např. na revers). Tento dokument pravděpodobně psali ošetřující psychiatři podle toho, jak měli službu, jednotlivé rukopisy se velmi různí a víceméně pod každým datem je jiný rukopisný záznam.

První údaj na tomto přehledu zdravotního stavu tvoří rozpoložení pacienta těsně po přijetí do nemocnice, u jednoho psychotika vypadal takto:

¹¹² Chorobopis DSCO2714, Archiv PL Kosmonosy, 8526/1910

¹¹³ Chorobopis DSCO2704, Archiv PL Kosmonosy, 8526/1910

¹¹⁴ Chorobopis DSCO2714, Archiv PL Kosmonosy, 8526/1910

„Při příchodu klidný. Vypráví zcela souvisle, že je zdrav až na to šeptání, jest toho mínění, že je jakési „transmédium“... v hlavě má stále jen jdi odsud, myslí si, že je pod nějakou mocí a připadá mu, že je hypnotizován.“¹¹⁵ V prvním záznamu je tak kladen důraz na reakce dotyčného pacienta, zda reaguje správně či nesprávně na kladené otázky, nebo zda nereaguje vůbec. To je případ jedné melancholicky, která v době přijetí „na otázky neodpovídá, spíná ruce a šeptá si pro sebe Ježíš, Maria, Josef.“¹¹⁶

Záznamy byly dále vedeny spíše nepravidelně, opakovaly se přibližně jednou za tři týdny až měsíc, pokud je však pacient ve vážnějším stavu – buď psychicky, nebo fyzicky – záznamy byly častější a obsahovaly i takové položky, jako je tělesná teplota, nebo podání léku (medikace se v chorobopisech objevuje jen dvakrát, jednou byl pacientce předložen aspirin a v druhém případě se obvodní lékař snažil zklidnit pacienta solným arsenem). Lékaři se dále zajímali o spánek a výživu pacientů, tyto dva údaje byly zřejmě ukazatelem celkové psychické pohody nemocných. Důležitým faktem bylo i zaměstnání daného pacienta, čili zda vůbec nějakou pracovní terapii vykonával, a jak si při ní vedl. Tato pozorování pak při kladném posouzení psychiatrů mohla vést i k propuštění pacienta, nebo ke změně původní diagnózy, například u jednoho imbecila byla při druhém přijetí do ústavu přidána jako diagnóza melancholia.

Celkový psychický stav se v záznamech odrážel i běžným chováním pacienta během dne, zda byl klidný, nebo vzrušivý, agresivní k sobě či k ostatním. To je případ i předchozího imbecila – melancholika, který „včera při večeři křičel a vyhrožoval, že se oběsí“ a také „včera škrtil nemocného.“¹¹⁷ V záznamech se objevily i poznámky o umístění jedné epileptické pacientky do ochranné postele, což by mohla být obdoba dnešního klecového lůžka, nebo popis chůze pacienta, který provozoval „kymácivé pohyby po způsobu

¹¹⁵ Chorobopis DSCO2696, Archiv PL Komsonosy, 6110/1908

¹¹⁶ Chorobopis DSCO2616, Archiv PL Komsonosy, 6116/1908

¹¹⁷ Chorobopis DSCO2650, Archiv PL Kosmonosy, 2656/1908

idiotů.“¹¹⁸ V těchto přehledech se objevily i záznamy o přeložení pacienta na jiné oddělení, to mohlo být například z důvodu nakažením se infekční nemocí.

Ze záznamu lze vyčíst i průměrnou dobu ústavního pobytu, ta činila přibližně dva roky, ale ani po této době nebyla většina pacientů vyléčena, ve většině případů bylo poslední datum v záznamech datem úmrtí. Tento fakt vede k hypotéze, že i přes vývoj v léčbě choromyslných, který jsem nastínila na začátku této kapitoly, bylo vyléčení spíše prvkem náhody a většina pacientů byla do ústavu přijata proto, aby neohrožovala sebe, nebo ostatní. Z tohoto důvodu tak nejspíše nebyla důležitá ani tak samotná diagnóza, jako potenciální nebezpečnost daného jedince. Tato bezvýchodná situace byla pro pacienty, kteří byly schopni si ji uvědomit, velmi skličující a někteří se ji snažili řešit, proto se v ústavní kronice velmi často opakovaly události jako sebevražda, nebo pokus o útěk. Tyto úniky měly pravděpodobně souvislost s psychickým stavem dotyčného, ale malá šance na propuštění a celková atmosféra ústavu byla nejspíše také spouštěči těchto „úniků“. Pacienti tak měli před sebou vizi úmrtí na tuberkulózu, či spálu, popřípadě na celkové oslabení organismu, kterým se projevovala daná duševní nemoc. Jen malý počet jedinců se vrátil do běžného života a i u nich se velmi často duševní choroba vracela.

5.2 Chorobopisy pod drobnohledem

V této kapitole se zaměříme na část chorobopisu nazvanou „Vysvědčení lékařské“. Jedná se o dokument, který sepsal obvodní lékař a který sloužil jako žádost o přijetí do ústavu pro choromyslné. Těžištěm této kapitoly je tak zjistit, zda se jednotlivá lékařská vysvědčení v něčem prolínala. Zde mám na mysli například hranici normy a popis jejího údajného překročení, jak se tedy popisoval onen předěl mezi člověkem „normálním“ a šilencem, kterého již bylo třeba internovat do ústavu. Všechna dostupná vysvědčení (je jich celkem 12) psali různí obvodní lékaři, přesto je již z letmého pohledu patrné, že ve formě a struktuře se tyto dokumenty v mnohém shodovaly. Tato okolnost může

¹¹⁸

Chorobopis DSCO2629, Archiv PL Komsonosy, 6110/1908

být způsobena například výukou tehdejších lékařů podle soudobého vzoru, tím mohla být například učebnice MUDr. Antonína Heverocha z roku 1904 „Diagnostika chorob duševních“, ve které je jasně dána struktura otázek a diagnostika jejich odpovědí. Pro názornost uvádím příklad otázek, podle kterých se měla duševní choroba diagnostikovat.

Schéma otázek pro rozpoznání duševně chorých vypadá podle Heverocha takto:

Jak se jmenujete?

Kolik Vám je roků?

Čím jste? ¹¹⁹

Kde jste naposled (bydlel) pracoval?

Jste ženat, svobodn?

Kolik máte dětí?

Jak se jmenují?

Kolikátého je dnes?

Kde tu jste, jakém domě, městě?

Jak dlouho tu jste?

Kdo Vás sem přivedl?

Proč Vás dali do ústavu pro choromyslné?

Cítíte se duševně nemocným?

Co soudíte o svém zavedení do ústavu?

Cítíte se spokojeným, nešťastným?

¹¹⁹

Heveroch, A., 1904, str. 10

Jak chovali se k Vám doma, v okolí?

Do kdy jste pracoval, kdy jste přestal?

Nebyl jste obtěžován doma, či zde lidmi, hlasy, hovory, přízraky, zápachy, nebyl jste otravován, nebyly Vám dělány bolesti v těle?

Co soudíte o své budoucnosti, jak to skončí s Vámi?

Zkouška vědomostí nemocného.

Z těchto otázek je patrné, že si tehdejší lékaři měli všimnout hlavně orientace dotyčného v daném místě a čase.

V jednom z oněch kosmonoských lékařských vysvědčení byla explicitně použita tato struktura: I. Rodinná anamnéza, II. Psychická část, III. Stav fyziologický, IV. Dobrozdání.

Toto dělení je platné nejen ve výše zmíněném případě, ale s jistými modifikacemi je použitelné na většinu dostupných lékařských vysvědčení. V jiném případě se také objevuje odstavec „předchorobí“, který však splývá s popisem rodinné anamnézy. Které klíčové okolnosti tak patřily k jednotlivým strukturám?

5.2.1 Rodinná anamnéza

Na rodinou anamnézu byl podle dostupných materiálů kladen velký důraz, k důležitým informacím patřila jak duševní choroba, nebo sebevražda v rodinné historii dotyčného, tak sklony k pijáctví (hlavně u mužských příbuzných). U žen byl také důležitý počet porodů a potratů, popřípadě věk, ve kterém se dotyčná vdávala. V některých chorobopisech se objevuje i zmínka o pravidelnosti menzesu nebo potíží v šestinedělí, pokud již dotyčná žena rodila. K dalším „předchorobným“ informacím patřily i údaje o věku a celkové povaze dotyčného či dotyčné, kdy například o jednu choromyslnou popisují

takto: „byla celkem šťastná, měla veselou povahu.“¹²⁰ Pokud bylo možné zjistit informace o útlém mládí, objevují se taktéž, v jednom z chorobopisů je zmíněno toto: „O jeho mládí možno vyzvědět, že začal chodit i mluvit ve 2. roce...“¹²¹ Tato životopisná data z doby útlého mládí byla pro tehdejší lékaře pravděpodobně důležitá, pomáhala sestavit celkový obraz nemocného a zřejmě také mohla být zdrojem dat o počátcích nemoci, ne vždy se však dala jedincova historie takto vystopovat.

Obvodní lékaři si také často kladli otázku, zda je možno v historii daného jedince, nebo jeho rodiny, vysledovat nějaký zvrat, který by vedl k samotné chorobě (zda „nasvědčovalo něco ochorení“), u jedné z pacientek je tedy zaznamenáno „nic abnormálního se nedá zjistit“,¹²² zato jistý P. J. měl v anamnéze toto „pochází z rodiny zatížené“¹²³ (tato poznámka fakticky znamenala, že sestra jedincovy matky se nějakou dobu léčila v ústavu pro choromyslné). V této anamnéze se také uvádělo, zda dotyčný navštěvoval školu a s jakým prospěchem, jakého byl vyznání, zda byl ženat a počet dětí, nebo sourozenců a jejich úmrtnost. V souvislosti se školní docházkou je zmiňována také snaha a výsledek, s jakým ve škole prospíval. Tato informace ukazuje podle tehdejších lékařů na bystrost a inteligenci daného jedince, v jazyce chorobopisů na „chápavost“, „stav vědomí“, nebo na „paměť“. Otázkou zůstává, bylo-li možno pomocí historie rodinné anamnézy odlišit jen poněkud hloupé dítě od např. imbecila.

Důležitá byla i délka samotné školní docházky, v lékařském vysvědčení bývá uvedena kontinuita (je tedy naznačeno, zda dotyčný docházel do školy přerušovaně, zda například v létě místo školy musel pomáhat v hospodářství) a délka doby, po kterou se dotyčný věnoval školnímu vyučování. Školní docházka je vůbec pro tehdejší lékaře důležitým faktem, jak můžeme vidět na případě tohoto alkoholika: „Vychování jeho bylo zanedbané, chodil teprve od 9 roků do školy, pouze 3 léta, a to značně přerušovaně, chápal jinak dobře, naučil

¹²⁰ Chorobopis DSC02675, Archiv PL Kosmonosy, 6578/1908

¹²¹ Chorobopis DSC02627, Archiv PL Kosmonosy, 6742/1908

¹²² Chorobopis DSC02453, Archiv PL Komonosy, 6743/1908

¹²³ Chorobopis DSC02523, Archiv PL Kosmonosy, 6218/1910

se čísti a psátí dříve než ostatní. Četbu nepěstoval, jest oddán pití.“¹²⁴
V předchorobní části lékařského vysvědčení se objevuje další faktor, zájmy a koníčky, kterými se choromyslní před vypuknutím choroby zabývali a také celkový pohled na jejich chování v dětství (zde se snaží lékaři pravděpodobně najít prapůvod duševní choroby), např. „Doma bylo jeho chování vzdorovité, patrně bylo znáti, že těžko chápe.“¹²⁵

Proč však tehdejší lékaři kladli takový důraz na rodinnou anamnézu? Dal se snad v historii daného jedince opravdu poznat jistý přelom, nebo okolnosti, které sloužily k nastartování duševní choroby? Tady se můžeme dopátrat dvou možných vysvětlení propuknutí choromyslnosti v tehdejší době, jedná se buď o teorii náhlého ochorení („píchlo ho v hlavě“), nebo o postupné projevoování se chorobných příznaků (a tady je rodinná anamnéza podkladem pro rozkrytí zpočátku nenápadně se objevujících rysů duševní choroby). Další otázky vyvolává pijáctví u rodičů, znamenala tato choroba předzvěst stejného chování u potomků těchto alkoholiků, nebo se tak snad dalo poukázat na zvýšené riziko duševní choroby kvůli oslabenému imunitnímu systému u dětí alkoholiků, nebo snad pro určení choroby byla důležitým faktorem také celková atmosféra a nálada v rodině dotyčného, která požíváním alkoholu rodiči značně utrpěla?

Důležitým prvkem v popisu předchorobné anamnézy je také údaj o zaměstnání dotyčného. Z chorobopisů je patrné, že změny v chování byly zpočátku nejvíce nápadné právě ve vztahu dotyčného k jeho zaměstnání, které už nemohl dále vykonávat a ztratil tak zdroj svých příjmů. Tento faktor je také jedním z důvodů prosby o hospitalizaci, kdy například odvodní lékař jedné pomatené žádá o přijetí do Kosmonos také z finančních důvodů „jednak ve vlastním svém prospěchu, jakož i v prospěch své chudé, na práci rukou svých a nepatrnou penzi, odkázané matky...“¹²⁶. V dalším případě jeden z budoucích choromyslných již přestal zvládat svou práci, objevilo se u něj nezvyklé chování (nálady jako podezřívavost, paranoia, či vzdorovitost), které bylo jeho spolupracovníky ještě více rozdmýcháváno (tito dotyčného ještě více

¹²⁴ Chorobopis DCS02608, Archiv PL Kosmonosy, 6115/1908

¹²⁵ Chorobopis DSC02627, Archiv PL Kosmonosy, 6742/1908

¹²⁶ Chorobopis DSC02672, Archiv PL Kosmonosy, 6742/1908

provokovali a popichovali), až už to tento psychicky nevyrovnaný jedinec nemohl dále snášet a přestal chodit do práce. Obvodní lékař tuto situaci popisuje takto: „Vzdorovité chování bylo drážděno dělníky v lomu, takže musel konečně přestat dělat. Asi před třemi nedělemi byl přiveden k podepsanému /tzn. obvodnímu lékaři/.“¹²⁷

Pocit člověka (nebo jeho okolí), že již není schopen dále vykonávat svou práci, mohlo být jedním z vodítek k diagnóze duševní choroby, v uvedeném případě již na své kamenolamačské zaměstnání dotyčný nestačil a taktéž pravděpodobně proběhla jistá změna v jeho chování, která spolupracovníkům neunikla a díky které se bavili na jeho účet, což toto psychické napětí ještě zhoršilo a později vedlo až k hospitalizaci daného jedince. V tomto případě je tedy onen přelom mezi normalitou a choromyslností postaven podle jedincovy schopnosti zvládat svou práci, která již byla nad jeho síly. V dalším případě se nemoc projevila jiným abnormálním (nebo snad nezvyklým) chováním Jistý zeť hostinského, který měl vypomáhat v šenku, začal hostům rozdávat peníze, místo aby je kasíroval, toto chování je tedy také mimo rámec normality v tom smyslu, že dotyčný porušil společensky daná pravidla a jedním z důvodů hospitalizace mohla být i spáchaná škoda na majetku (hostinský přišel o tržbu) a snaha další ztrátám zabránit. V mnoha případech si však choromyslnost dotyčný nepřipouštěl, většinou muselo zasáhnout jeho okolí (rodiče, manželka, spolupracovníci), kteří si všimnou některých výchylek chování. Psychicky narušený jedinec se tak ve většině případů nechová podle „zdravého selského rozumu“, čili je jistým způsobem nekonformní s obecně danými pravidly společnosti.

V rodinné anamnéze se ale dozvídáme nejen zdravotní stav příbuzných, ale také předchozí zdravotní stav dotyčného jedince. V tomto oddíle byly v několika případech popsány předchozí možné hospitalizace (ať již v psychiatrickém či jiném nemocničním zařízení). Je zde také většinou zmíněn důvod a datum propuštění z předchozí hospitalizace v ústavu. Obecně lze tvrdit, že pokud měl někdo to štěstí a z ústavu pro choromyslné se jako

¹²⁷

Chorobopis DSC02627, Archiv PL Kosmonosy, 6110/1910

vyléčený dostal, platila velká pravděpodobnost, že se tam po nějaké době vrátil. V jednom případě se choromyslný z ústavu dostal na tzv. revers, jeho matka si vyprosila propuštění a chtěla se o něj starat doma „na naléhání jeho matky propuštěn byl výše zmíněného dne z ústavu jako nevyлéčený. Od doby propuštění do konce r. 1908 choval se dosti pokojně, takže svému okolí nebyl nebezpečný...“¹²⁸. Po jisté době byl však dotyčný zpět v ústavu a roku 1916 zde i umřel.

5.2.2 Psychická část

V tomto oddíle byl většinou popisován stav, ve kterém se psychicky narušený jedinec nacházel při prvním setkání s obvodním lékařem, většinou tedy po prvních příznacích duševní choroby. Toto sezení probíhalo jako polostrukturovaný rozhovor, lékař chtěl od choromyslného jedince vyzvědět jisté základní informace a podle toho nakolik „správně“ dotyčný odpovídal, pak lékař sestavil diagnózu. Vzorové otázky jsou zmíněny výše. Jednalo se o otázky, které měly zjistit, nakolik se daný člověk orientuje ve skutečnosti, zda zná své jméno, datum, rok a pod. Kromě samotných odpovědí se obvodní lékař většinou soustředil i na chování dotyčného, zda odpovídá nervózně, kam směřuje jeho pohled, jestli sedí klidně, nebo neklidně, nebo zda nemůže sedět vůbec (např. neustále nervózně přechází) jako u jednoho pacienta, který se choval při rozhovoru takto: „při tom hledí tupě buď k zemi, nebo do prázdna“.¹²⁹ Lékař si všímal i celkového dojmu, který na něj dotyčný učinil (např. „Vzezření jest bojácné, plaché.“)¹³⁰

Kromě výsledků onoho polostrukturovaného rozhovoru bral ošetřující lékař v potaz i chování v psychikově domácím prostředí. Tyto informace se povětšinou dozvídal od příbuzných a přátel. V některých případech je rozdíl mezi chováním před blízkými a „cizími“ velmi zřetelný, například jednoho z budoucích pacientů Kosmonos posedla stěhovací mánie, se kterou přestal až

¹²⁸ Chorobopis DSC02661, Archiv PL Kosmonosy, 6124/1909

¹²⁹ Chorobopis DSC02674, Archiv PL Kosmonosy, 6421/1908

¹³⁰ Chorobopis DCS02674, Archiv PL Kosmonosy, 6421/1908

když se objevila úřední, nebo jiná cizí osoba. Dále lékař zjišťoval i „interes“ dotyčného, tedy zda se zajímal o okolí, vnímal lidi a věci kolem sebe, nebo jen netečně seděl a nereagoval, nebo naopak, zda zuřil a vztekal se na celé okolí (v tomto případě byl jeden z psychicky narušených doslova posedlý po své červené čapce a když mu nebyla dána, tak začal být zuřivý až násilnický, dokonce uhodil svou matku. Tento incident byl tehdejšími lékaři vnímán jako velmi závažný). V každém případě si tehdejší lékaři všímali každé neobvyklosti v chování svých pacientů, pokud se tyto opakovaly, nebo dokonce gradovaly, znamenalo to jisté vybočení z dobou dané normy a pokud se pacienti projevíli navíc jako nezvladatelní, byli posláni do ústavu. Čím tedy vybočovali duševně nemocní na přelomu 19. a 20. století, si ukážeme na následujících řádcích.

Například obvodní lékař popisuje chorobné stavy jednoho alkoholika, který se takto projevoval po jisté době, ve které si zvykl na zvýšený přísun alkoholu, a stal se tak na něm závislým:

„První příznaky objevily se za stavu střízlivého tím, že jevil velký motorický neklid, rovněž i živě zmateně mluvil. V březnu do vody říční skákal. Nejpravděpodobnější příčina onemocnění je zneužívání alkoholu.“¹³¹

Na tomto místě obvodní lékař popsal prvotní úkaz a příznaky dané choroby, kterou bez váhání označuje jako alkoholismus. Jako důkazy duševního poškození zde byla uvedena „zmatená mluva“ a nelogické chování (kdo by se dobrovolně koupal v ledové březnové vodě?). Alkoholické psychózy však pravděpodobně měly také jistý vzorový průběh, v tomto případě tak poznámka o křečových záchvatech značí, že tento alkoholik patrně neprošel všemi stadii nemoci.

V části chorobopisů popisující momentální, nebo nedávné chování psychicky narušeného lze rozeznat toto schéma – prvotní dojem, která udělal narušený jedinec na obvodního lékaře, dále samotné chování dotyčného, které jednak mohl zpozorovat lékař sám, nebo měl většinou informace od rodinných

¹³¹ Chorobopis DSC02608, Archiv PL Kosmonosy, 6115/1908

příslušníků (toto chování se tak dělí na chování ke „svým“ a k cizím). Jedním z možných indicií tzv. nenormálnosti mohlo být rozpoznání nemoci samotnými postiženými, ti si v některých případech v nitru uvědomovali, že se s nimi děje něco neobvyklého. Toto neobvyklé chování, které nezvládali před lidmi, se kterými byli častěji ve styku, se pokoušeli usměrnit alespoň před lidmi z vnějšku. Jeden z choromyslných před obvodním lékařem tvrdil toto „O sobě tvrdí, že mu nic nechybí“¹³². Toto zapírání, nebo předstírání dobrého zdravotního stavu byla pravděpodobně i jedna z reakcí na možnou hrozbu ústavní péče, která v dané době většinou znamenala dlouhá léta (nebo celý zbytek života) v izolaci a pod dohledem. Dalším vodítkem, na které se daný obvodní lékař mohl soustředit, byla samotná komunikace dotyčného s okolím a také bludy, kterými mohl psychicky narušený trpět.

V souvislosti s chováním psychicky nevyrovnaných k cizím lidem a především k samotnému lékaři se objevoval ještě jeden důležitý faktor. Pokud lékař došel k závěru, že dotyčný trpí nějakou duševní nemocí a chtěl mu, třeba pro momentální zklidnění stavu, podat nějaký medikament, pacient tento lék v mnoha případech odmítal. Tento jev souvisel většinou s bludy, které si choromyslný vsugeroval, pokud měl pocit, že se ho okolí snaží otrávit, potom lék, který měl požit, byl pro choromyslného jasným důkazem pokusu o tuto otravu.

Další případy bylo možno diagnostikovat právě podle výše zmíněného chování. Pokud psychicky narušený jedinec na otázky lékaře vůbec neodpovídal a jevil se zmaten a dezorientován, byla diagnóza jeho duševní choroby pro lékaře zřejmá. Tak tomu bylo u jisté mladé ženy, která po přivedení k lékaři na dotazy vůbec neodpovídala a stále si jen pro sebe šeptala „Ježíš, Maria, Josef“. Takovéto náboženské vytržení bylo u psychicky nemocných dané doby relativně časté, týkalo se i alkoholiků, nebo jinak psychicky narušených osob. V kosmonoských chorobopisech se nazývalo „religiosní bláznění“ a jeho přítomnost či nepřítomnost se také zřetelně promítla do chorobopisu a posudku psychicky narušeného jedince.

¹³²

Chorobopis DSC02657, Archiv PL Kosmonosy, 6231/1908

Jednotlivé případy však měly rozdílnou historii. U někoho vypukla psychická choroba nepozorovaně a zviditelnila se postupným zhoršováním psychického a fyzického stavu choromyslného, v jiných případech propukla psychóza náhle (předchozí stavy nevykazovaly žádnou pozorovatelnou neobvyklost). Tento případ nastal podle jeho slov u mladého muže, který šel z práce. Dotyčný začal zmateně vykřikovat a zuřit, ohrožoval okolostojící a byl posedlý myšlenkou, že musí zabít německého císaře. Po tomto záchvatu zuřivosti byl tento mladý muž převezen do nemocnice, zde však podle slov lékařů „stále zuří“ a to dokonce tak, že ani v noci nespal a svým hlukem rušil pacienty a ostatní. Dotyčný byl natolik zuřivý, že musel být dokonce spoután do svěrací kazajky, jinak prý „celou noc prokřičí, upadá ve spánek jenom asi na hodinu“¹³³. U tohoto choromyslného se projevoval celý systém tehdejší diagnostiky. Když choromyslný přestal zuřit, byl s ním proveden rozhovor, který dopadl takto: „udává správně svoje generalie, místem a časem však orientován není. Osoby zaměňuje... je si vědom choroby, ví, že je chvilka *jinej*, je prý nemocen na hlavu, nemůže spát.“¹³⁴ Dostatek spánku byl také jednou z dalších možných indicií v diagnóze duševní choroby. V tomto případě byl spánkový deficit zcela zřejmý, choromyslný spal asi jednu hodinu v noci, zbytek noci zuřil a řval. Chorobopisy již nezmiňují, zda dotyčný spal např. přes den, a tak alespoň částečně tento spánkový deficit doplnil, v opačném případě by se daná duševní choroba musela stále více prohlubovat a společně s celkovým vyčerpáním by skončila pro daného choromyslného špatně. Na druhou stranu však nemocní v době záchvatu (nebo nezvladatelného vzteku) často vyvinuli téměř nadlidskou sílu (např. při jednom takovém záchvatu převrátil choromyslný i ochranou postel a dobýval se pod zíněnku spodem z postele). Nutno dodat, že po těchto náročných několika dnech se dotyčný částečně uklidnil (byl pravděpodobně fyzicky vyčerpán) a byl později odvezen ze všeobecné nemocnice do ústavu pro choromyslné. Co je však na tomto případě zajímavé, je uvědomování si dotyčného, že je pravděpodobně psychicky nemocný (že je chvilka *jinej*), což nebyl, alespoň v prvních fázích

¹³³ Chorobopis DSCO2726, Archiv PL Kosmonosy, 6507/1909

¹³⁴ Chorobopis DSCO2726, Archiv PL Kosmonosy, 6507/1909

psychické nemoci, běžný stav, psychicky nemocní si většinou svou nemoc odmítali připustit a přesvědčováním lékařů se jen zvětšovala podezřívavost a paranoia u nemocných.

Dalším vodítkem k diagnóze duševní nemoci se mohly stát i halucinace a jinými neviditelné, nehmotné představy nemocných, často souvisely i s výše zmiňovaným „religiosním blouzněním“. O jednom z postižených tvrdil chorobopis toto: „Má zrakové halucinace, vidí Pánaboha, panenku Marii v pokoji, Kristus visí na kříži, má zakryté přirození, na hlavě sladovnickou čepici.“¹³⁵ Tuto halucinaci možná může vysvětlit civilní zaměstnání dotyčného, pracoval jako pomocník v pivovaru, proto ta sladovnická čepice na Kristově hlavě. Náboženské halucinace se u něj také navíc střídaly s erotickým vzrušením (jen pro úplnost dodávám, že u dotyčného jedince byla diagnostikována jen velmi povšechná „amentie“, tedy zmatenost a v ústavu setrval přibližně jeden rok).

5.2.3 Stav fyziologický

V tomto oddíle se vyskytnou některé již výše zmiňované údaje tělesného typu (chuť k jídlu, spánek), jednalo se taktéž o první dojem, který choromyslný na lékaře zanechal, v tomto případě si však onen lékař všiml spíše somatické stránky. Popis pak mohl vypadat přibližně takto: „postavy jest prostřední, kostry a výživy taktéž prostřední, zorničky jsou značně zúženy, tep jest zrychlený, teplota pravidelná. Chuť k jídlu dobrá, stolice pravidelná, spaní špatné.“¹³⁶ Otázkou zůstává, zda měl daný popis jen medicínskou funkci, nebo jestli měl také zamezit možnému zaměnění odvedenců do ústavu pro choromyslné. V této části chorobopisu si tak lékaři všimali spíše doprovodných, i když velmi důležitých příznaků dané choroby a jejího fyzického průběhu.

Jedním z doprovodných příznaků je nedostatek spánku, jehož prohlubující se deficit mohl vést až k totálnímu vyčerpání daného jedince

¹³⁵ Chorobopis DSC02727, Archiv PL Kosmonosy, 6597/1909

¹³⁶ Chorobopis DSC02676, Archiv PL Kosmonosy, 4716/1908

(nehledě na to, že některé psychicky narušené osoby se také chovaly velmi zuřivě, což vedlo k ještě výraznějšímu oslabení organismu). Otázkou zůstává dostatečná délka spánku, spíš než o konkrétní počet hodin se zde jedná spíše o celkový pocit daného člověka, zda on sám se cítí odpočínutý a regenerovaný, což v případě zmíněném o několik řádek výše (dotyčný spal v noci jen asi hodinu), určitě nenastalo.

Poznámka o zúžených zorničkách a zrychleném tepu by mohla vést k závěru, že dotyčný člověk mohl být pod vlivem některé z návykových látek (ať již alkoholu nebo drog), které měly také výrazný vliv na duševní zdraví. Tep a stav zorniček však může ukazovat i na samotný psychický stav neovlivněný těmito preparáty. Dotyčný člověk mohl v důsledku své nemoci a jejích průvodců (jako halucinace, nebo paranoia) trpět strachem, či dokonce hrůzou a jinými běsi, které takto mohl zkušený lékař rozeznat.

Dalším vodítkem k diagnóze duševního stavu se tak mohla stát chuť k jídlu a celkové vzezření dotyčného. Celkový typ postavy, ať již podsadité, štíhlé nebo vyhublé, dával nejen tehdejším lékařům, ale také blízkým osobám nemocného signál, jak se dotyčný cítí. Pokud se ztratila celková chuť k jídlu a dotyčný začal hubnout a slábnout, bylo s jeho psychickým nebo fyzickým stavem něco špatně, a pokud se k celkovému tělesnému oslabení přidaly navíc i střevní potíže (často průjem, mohlo se však jednat i o zácpu), pak již bylo nutno bezprodlení vyhledat lékaře.

U dalšího z pacientů byla prohlídka fyzického stavu provedena opravdu důkladně: „Nemocný jest prostřední postavy, silné kostry, svalstva dobře vyvinutého, výživy dobré. Jazyk bledý, při vytažení se chvěje. Na jeho okraji otisky zubů... zorničky úzké, správně reagují na světlo i akomodaci. ... žádných stigmat zvláštních nenastává. Anatomický nález orgánů dutiny hrudní i břišní normální.“¹³⁷ U tohoto případu je zarážející onen otisk zubů na jazyce daného pacienta, pravděpodobně se tak snažil zatnutím zubů tišit psychicky vypjaté

¹³⁷

Chorobopis DSC02699, Archiv PL Kosmonosy, 6289/1909

stavy, které mu stále více znepríjemňovaly život. Jinak byl po fyzické stránce relativně v pořádku.

Jak mohl vypadat fyzický stav u pacienta alkoholika nám představuje tento úryvek: „Nálada něco málo deprimována za stavu střízlivého, po požití mírného množství alkoholu značné oživení mysli. Obsah představ je velmi pestrý a jejich běh zrychlený ve stavu záchvatu, jakož i po požití alkoholu. Chápavost dobrá, paměť rovněž. Stav vědomí neporušen, inteligence vychování přiměřená. Křečovými záchvaty spojenými s poruchou duševní stížen nebyl..., počáteční symptomy byly duševní deprese, nechut' k jídlu, zmatené řeči a 14 dní potom objevil se stav podobný deliriu tremens alkoholiků...“¹³⁸

Tento úryvek lékařského vysvědčení pokračuje vyjmenováváním dalších příznaků dané choroby (deprese, nechut' k jídlu apod.). Pacientovo chování je rozděleno na tři části, v „záchvatu“, v období normálního vnímání a pod vlivem alkoholu. Obvodní lékař se podrobně rozepisuje o chuti k jídlu, spánku, schopnosti dotyčného se soustředit, nebo jeho vyměšování. Tady se projevuje prolínání psychického a fyzického stavu daného pacienta, zřetelně zde můžeme pozorovat, jak se se změnou stavu fyzického mění i psychika dotyčného a naopak. Na tomto místě se také setkáváme s lékařským termínem pro popis daného stavu alkoholiků „delirium tremens“, tento stav vzniká po mnohonásobně opakovaném zneužití alkoholu a vyznačuje se deformací vnímání (dotyčný může mít pocit, že vidí něco, co neexistuje) a mění se i jeho celková schopnost reflexe okolí. V tomto stavu si již alkoholici nemohli pomoci sami, na řadě tak byla ústavní péče, ve které měli jistou šanci na vyléčení a na život bez alkoholu.

¹³⁸

Chorobopis DSC02608, Archiv PL Kosmonosy, 6115/1908

5.2.4 Dobrozdání

Závěrečnou částí lékařského vysvědčení bývalo většinou tzv. dobrozdání. V této části se po popsání samotné choroby a vyjmenování jednotlivých fyzických, nebo psychických příznaků kladl velký důraz na přijetí dotyčného do ústavní péče. Ve stručnosti bylo možno tuto žádost podat například takto: „Z nálezu vysvítá, že P. J. jest skutečně choromyslný, že jest svému okolí nebezpečný a že jest třeba, aby přijat byl do ústavu choromyslných.“¹³⁹ V jiném případě byly důvody k přijetí popsány mnohem barvitěji: „Nebezpečí pro společnost je v tom, že se v noci toulá, kouří a je neopatrným, čekal též prý s vidlemi na čarodějnici, by ji probodl, při čemž snadno nějakou ženu za tuto pokládati mohl.“¹⁴⁰ V obou zmiňovaných případech byl zcela explicitně popsán důvod pro přijetí do ústavu pro choromyslné a tímto důvodem byla vysoká nebezpečnost jedince pro okolí. Zůstává otázkou, nakolik se toto vysvětlení zakládalo na pravdě, a zda jen nebylo potřeba se zbavit jedinců, o které se již nikdo nechtěl, nebo nemohl starat. Jak se uvádělo v dalším dobrozdání „jedná se o epileptickou osobu, o kterou nikdo se starati nechce.“¹⁴¹

Velkou roli ve hře o umístění do ústavu pro choromyslné hrály i finance. V jednom případě se psychická nemoc projevila u jistého emigranta do Ameriky, který ve Spojených státech strávil mnoho let života. Oženil se tam s jistou Jižankou, pak se u něj ale projevila duševní nemoc, několik let se léčil v soukromých sanatoriích, pak mu ale došly peníze, a tak byl nucen se vrátit a domáhat se léčby ve svém rodišti. Jeho obvodní lékař v dobrozdání píše toto:

„Jak z uvedeného chorobopisu vysvítá, jest dotyčný choromyslný (paranoia) a poněvadž finanční poměry jeho i jeho matky vylučují další jeho soukromé léčení, doporučuje podepsaný přijetí jeho do jmenovaného ústavu a to hlavně z toho důvodu, že v případě vypuknutí příznaků, nebezpečných

¹³⁹ Chorobopis DSC02627, Archiv PL Kosmonosy, 6597/1909

¹⁴⁰ Chorobopis DSC02610, Archiv PL Kosmonosy, 6115/1908

¹⁴¹ Chorobopis DSC02675, Archiv PL Kosmonosy, 6734/1909

buď pro okolí, buď pro nemocného samotného, není naprosto možno bezpečnostním opatřením dostáti.¹⁴²

Zde se také jako důležitý faktor opakuje jistá hrozba nebezpečného násilného chování, ať už pro samotného nemocného jedince, nebo pro jeho okolí. Tento rys je pozorovatelný u většiny osob „utíká a stává se všeobecným postrachem, pronásleduje dívky školní a osaměle jdoucí ženy“¹⁴³, nebo „ve stavu epileptickém nejsouce vědoma, co činí, mohla již poněkolkáté podpáliti stavení. ... a tak níže psaný žádá, aby K. R. z příčiny těžké epilepsie – alespoň na nějakou dobu – přijata byla v stavu pro choromyslné v Kosmonosích.“¹⁴⁴ Pokud se tedy v kosmonoské léčebně sešli takto vysoce nebezpeční pacienti, museli být pod neustálým dohledem zkušených ošetřovatelů, ale i tak se stávaly různé nehody, které v některých případech mohly vést až k ohrožení zdraví, nebo života.

5.2.5 Cesta k diagnóze

V této kapitole bylo poukázáno na hlavní diagnostické oblasti duševní nemoci, jednalo se o stav psychický a fyzický a o předchorobní stav daného choromyslného. Všechny tyto složky byly velmi důležité. Jak však probíhalo samotné setkání s odborným lékařem z pohledu onoho odborníka? V předchozí kapitole jsme dospěli k tomu, které psychické a fyzické příznaky mohly posloužit k odhalení duševní choroby. Podle již zmiňované učebnice Antonína Heverocha si tak navíc můžeme ukázat, podle jakých přímých indicií bylo možno diagnostikovat duševní stav dané osoby.

Heveroch ve své učebnici psychiatrie „Diagnostika chorob duševních“ doporučuje prvotně se soustředit na symptomy, které chování jednotlivých pacientů doprovázejí. Doslova Heveroch říká „Účelem předchozích stránek knihy bylo naučiti čtenáře znáti symptomy a typy, získati mu diagnostické

¹⁴² Chorobopis DSC02699, Archiv PL Kosmonosy, 6289/1909

¹⁴³ Chorobopis DSC02684, Archiv PI Kosmonosy, 6871/1908

¹⁴⁴ Chorobopis DSC02704, Archiv PL Kosmonosy, 8526/1910

silhouetty, aby v praktickém rozpoznávání nového případu bezděčně se mu nejpodobnější typ vybavil a srovnáním vyšetřovaného s podobným nebo totožným typem rozpoznání učinil¹⁴⁵. Jak tedy mohl vypadat samotný proces diagnózy podle soudobých učebnic psychiatrie? Heveroch doporučuje k povšimnutí například i to, zda je pacient k lékaři nesen, či veden. V jiném případě, když kráčí bez pomoci, může to být vodítkem k diagnóze těchto duševních chorob:

„Nemocný vchází sám

tempem přiměřeným: paranoia

loudavým: melancholické stavy

rychlým: maniakální stavy.¹⁴⁶

Dále je pro diagnostiku důležité další složky chování dotyčného, z nichž může usuzovat na možné psychické poškození. Jedná se tedy o věk nemocného, tělesnou výživu, samotný výraz obličeje, upravenost oděvu dotyčného, všímavost daného pacienta k okolí (zde se pravděpodobně jedná o výše zmiňovaný „interest“).

Zajímavá je i všímavost pacienta k lékaři, zde si ukážeme, podle jakých indicií se mohl daný lékař rozhodovat pro vhodnou chorobu:

„Chová se při vyšetření vůči lékaři:

Správně a vážně: paranoia,

nedbale, nezpůsobně, lhostejně: demence,

ustrašeně a bojácně: amence, ustrašenost,

zlomeně: melancholická stadia

¹⁴⁵ Heveroch, Ant., 1904, str. 36

¹⁴⁶ Heveroch, Ant., 1904, str. 37

vesele, rozputile: maniakální stadia,

dobrácky, dětsky: imbecillitas, paralysa, senilní demence,

porouhavě: alkoholismus, juvenilní demence,

hulákavě s bezohledným povalováním: alkoholová pseudoparalysa,

mačká se do dveří, neposadí se: ustrašenost,

eroticky přítulně: mania, erotomanické paranoje,

koketně: hysteria¹⁴⁷

Zde se naskýtá otázka, zda by nějakou duševní nemocí podle Heverocha netrpěl každý z nás. Nutno ale dodat, že z každé této výše zmíněné oblasti si diagnostikující odborník posbíral jednotlivé střípky symptomů a až z nich sestavil celkový obraz dané nemoci (či nemocí). Dalším důležitým vodítkem k diagnóze duševní nemoci byl samotný rozhovor mezi lékařem a pacientem. Otázky, podle kterých se ukázalo, jak je dotyčný orientován v místě a čase, byly zmíněny na začátku této kapitoly (otázky se týkaly např. místa a data narození, konkrétního data onoho dne, nálady pacienta a pod.). Lékař si pak při rozhovoru všiml jak odpovědí, tak samotného chování pacienta. Heverocha zde zajímá chování, když pacient vůbec neodpovídá, kdy odpovídá správně, nebo zcela špatně, jakou při své mluvě používá výslovnost, zda je sama odpověď strohá nebo zda se pacient sám rozpovídá, důležitý je i tón odpovědi a nálada daného duševně chorého. Vedle formy odpovědi je však pro Heverocha důležitý i obsah. Podle své mnohaleté praxe tento lékař usuzoval na diagnózu také podle udané správnosti generalíí, orientace v místě a čase, pacient byl také tázán na důvod předvedení k lékaři, či zda si byl své duševní choroby vědom.

¹⁴⁷

Heveroch, Ant., 1904, str. 37

Dále se v této učebnici psychiatrie kladl důraz při diagnostice na samotné myšlení vyšetřovaného jedince (zda uvažuje logicky, či neuspořádaně). Důležitými vodítky je i přítomnost bludů, halucinací, nebo přeludů. Samotné jednání u vyšetřovaného, ať již bez jakýchkoli výkyvů, nebo přehnaně aktivní, či pasivní, by také mělo být předmětem šetření daného lékaře. Pokud se však na dotyčném pacientovi nedá vystopovat žádná výrazná abnormalita, neměli bychom se podle Heverocha ještě vzdávat: „Kde se nám nedá nic patologického na nemocném zjistiti, pátrejme po jeho chování v povolání, doma, ve společnosti.“¹⁴⁸ Zde se může jednat o jednu v samotných kosmonoských chorobopisech zmíněných okolností, kdy pacient dovedl před autoritou usměrnit své chování natolik, že mohl být diagnostikován jen s velkými obtížemi. V tomto případě se tak podle Heverochovy učebnice bral v potaz širší záběr chování daného pacienta, zda se jedná o samotáře, nebo výrazně nábožensky orientovaného člověka, požitkáře a pod. Jedním z posledních vodítek k určení diagnózy tak mohlo být i spáchání trestného činu a jeho povaha (krádež, žhářství, vražda...).

V této kapitole jsme si ukázali, jak mohla vypadat diagnostika jednotlivých chorob, na co se daní odborníci měli soustředit, a to jak na úrovni praxe (kosmonoské chorobopisy), tak teoreticky (učebnice MUDr. Antonína Heverocha). V další kapitole následuje rozbor kosmonoských chorobopisů z narativního hlediska.

5.3 Chorobopisy jako příběh

V této kapitole jsem pokračovala s analýzou části chorobopisů, která se nazývá „lékařské vysvědčení“. Na rozdíl od kapitoly předchozí, kde jsem se pokusila jednotlivé chorobopisy rozdělit do určitých kategorií, jsem nyní aplikovala analýzu narativní. Mým cílem bylo ukázat chorobopis jako příběh se všemi jeho aspekty. Měla jsem na mysli například uvedení a představení kontextu, zápletku a její rozuzlení. V následující kapitole jsem se tak pokusila

¹⁴⁸ Heveroch, Ant., 1904, str. 43

analyzovat čtyři z těchto chorobopisů. Nejprve jsem tyto čtyři chorobopisy postupně přepravěla tak, aby se ozřejmily jejich narativní aspekty a zlomy. V závěrečné části této kapitoly jsem pak tyto tři příběhy dále analyzovala. Pokusila jsem se vystihnout jejich stavbu, gradaci argumentů, které se vyskytly v zápletky příběhu, nebo i samotné termíny, které byly použity pro zesílení dojmů z těchto příběhů. Další otázkou, která se v analýze mohla objevit, bylo rozdělení jednotlivých rolí aktérů děje. Byl samotný text chorobopisu příběhem, nebo byl příběh něco, co se dělo mimo? A měl tedy autora? Zajímavý aspekt tvořila i role samotného obvodního lékaře. Ten byl sice pod chorobopis podepsán, ale jeho participace v příběhu nemusela být jen role pouhého suchého popsání nemoci daného pacienta. Byl to právě lékař, který tvořil samotný příběh, vršil argumenty a gradoval text až k samotnému vyvrcholení celého vyprávění.

Chorobopis jako příběh, jenž byl tvořen povětšinou obvodním lékařem daného nemocného, začínal většinou představením hlavního hrdiny (tedy pacienta). Tak tomu bylo i v případě duševně nevyrovnané D. A. Dozvěděli jsme se zde něco o mládí a rodině zmiňované osoby, kde a jak žila, zda někdo z jejího okolí někdy trpěl nějakou duševní chorobou a také věk dotyčné osoby. Již v tomto představení se začínaly objevovat náznaky budoucí zápletky – obvodní lékař se v úvodu soustřeďoval na zdravotní stav příbuzných možné hrdinky tohoto příběhu. Tento zdravotní stav rodinných příslušníků (jednalo se tedy o otce dané pacientky) byl v tomto případě uveden dokonce již na druhém řádku chorobopisu. „D. A., 29 roků stará manželka tkalce z ..., pochází z otce duševně chorého, kteráž ve svém 32 roku pro těžkou chorobu duševní musel být v ústavu pro choromyslné v Kosmonosích internován.“¹⁴⁹ V chorobopise bylo takto budováno napětí a naznačena budoucí zápletky. „z rodin příbuzných nestonal nikdo nervovou chorobou aniž alkoholismem. Sama byla vždy zdráva, nemocí dětských neměla.“¹⁵⁰ Zmínka o možném alkoholismu, která se zde vyskytuje, mohla mít dvojí interpretaci, jednak byl alkoholismus pokládán za samotnou chorobu, jednak za jeden z možných spouštěčů duševní choroby.

¹⁴⁹ Chorobopis DCS02718, Archiv PL Kosmonosy, 6595/1910

¹⁵⁰ Chorobopis DSC02718, Archiv PL Kosmonosy, 6595/1910

V chorobopise byla dále zmínka i o matce a třech bratrech dotyčné, ti všichni však byli zdraví. Úvodní představení dále pokračovalo, byl zmíněn sňatek a děti, které z tohoto manželství vzešly (manželství bylo stvrzeno přibližně deset let před setkáním s lékařem, dětem bylo v době sepsání chorobopisu 9 a 7 let). Klidný předchorobný stav u naší hrdinky dokládala i zmínka o jejím zaměstnání, pomáhala manželovi v tkalcovství. Ani jiné okolnosti nenasvědčovaly budoucímu ataku duševní choroby, jak lze soudit z vyjádření „Povahou svojí byla více klidnou a velmi pobožnou, chodila ráda do kostela, jinak však nechovala se nijak výstředně.“¹⁵¹ Zde se naskytá otázka, jestli ono chození do kostela a přehnaná zbožnost bylo již zpočátku bráno jako něco abnormálního, nebo zda se pochybnosti o tomto jednání objevily až při zpětném pohledu.

Až doposud se jednalo čistě o představení hlavní hrdinky, ale příběh již směřoval k naznačení prvního konfliktu v tomto chorobopisu. „A před 3 nedělema pozorovala matka, že dcera její špatně spí, že není tak klidnou jako dříve. V době té umřel jí dědeček.“¹⁵² Na tomto místě daného chorobopisu se již naznačoval počátek zápletky. Hlavní hrdinka se po smrti svého dědy začala chovat podivně, její neklid se stupňoval až v podrážděnost, mrtvolu svého dědečka neustále líbala a po pohřbu její duševní neklid gradoval. Navíc se podle vyjádření matky polekala padajícího sněhu. V tuto dobu byl k nemocné pozván lékař, to již její podrážděnost přerostla v zuřivost. Na doporučenou léčbu dotyčná také nijak nereagovala a dokonce odmítala veškerou potravu. V chorobopise se také lékař zmiňuje, že v záchvatech zuřivosti také vyvinula ohromnou sílu, bylo zde tedy naznačeno, že se stala svému okolí nebezpečnou. V tomto okamžiku vyprávění, tedy po prvním zauzlení, je linie příběhu přerušena, v následujícím odstavci se lékař věnuje fyzickému vzhledu a stavu pacientky a rozvíjení zápletky následuje až posléze.

I po vyšetření lékařem se však dotyčná sama stále pokládala za zdravou (byla orientována v čase i místě, zorničky správně reagovaly apod.). Její

¹⁵¹ Chorobopis DSC02718, Archiv PL Kosmonosy 6595/1910

¹⁵² Chorobopis DSC02718, Archiv PL Kosmonosy 6995/1910

neobvyklé chování však nabývalo na intenzitě, a tím gradovala i zápleтка. K podrážděnosti a zuřivosti se přidalo i náboženské zanícení, nábožensky aktivní byla tato pacientka vždy, s příchodem duševních problémů však toto chování nabralo na intenzitě. Podle svých blízkých začala mluvit se samotným Ježíšem, měla halucinace náboženské povahy, například klekala před obrazy a začala pociťovat i sluchové halucinace, tvrdila, že na ni mluví Ježíš. Situace se postupně stala neúnosnou. Duševní problémy dotyčné se neustále prohlubovaly, kromě halucinací stále více zuřila a přestala zvládat své chování – „v této exaltaci přepadla svoji vetchou matku a škrtila ji, na muže svého hnala se s nožem, že ji nechce pustit do kostela...“¹⁵³ Kromě své rodiny byla nebezpečná i sousedům, neustále utíkala a zuřila. Zde příběh vyvrcholil.

Lékař tento příběh končil žádostí o přijetí do Kosmonos, což se mu v dané situaci jevílo jako jediné možné řešení. Tak tento příběh končí. Sledovali jsme v něm životní okolnosti přijetí jedné z pacientek do kosmonoského ústavu. Chorobopis, který tento příběh obsahuje, byl sepsán obvodním lékařem. Tomu jako rozuzlení sloužilo ono přijetí do výše zmíněného ústavu. Samotné lékařské vysvědčení tak bylo vykládáno postupným gradováním napětí, které bylo občas přerušeno lékařskými poznámkami. Příběh, který vysvětluje z daného chorobopisu, měl hned několik aktérů. Jedním z hlavních byl obvodní lékař, jehož role byla při tvorbě příběhu klíčovou. Jen na jeho spisovatelské obratnosti záleželo, zda byl dotyčný pacient přijat do ústavní péče nebo ne, na druhou stranu však v samotném textu vystupoval minimálně.

Celý text by tak bylo možno rozdělit do několika částí podle způsobu, jak onen lékař získával informace. Úvod byl zcela jasným převyprávěním dat, která byla získána od příbuzných pacientky. Jedná se o expozici příběhu, ve které je zaznamenáno její dětství a mládí. Informace o prvním konfliktu v příběhu (dědečkova smrt) byly již z jediného zdroje, a to od matky duševně narušené pacienty. Poté již následovalo osobní setkání dvou hlavních protagonistů příběhu – obvodního lékaře a samotné pacientky. Toto setkání se

¹⁵³ Chorobopis DSC02719, Archiv PL Kosmonosy, 6595/1910

v příběhu objevilo jako jistá digrese, jednalo se o popis fyzického stavu pacientky, který přerušil tok samotného vyprávění. Je zajímavé, že i po tomto setkání a vyšetření ji lékař posoudil jako duševně zdravou. Tento fakt se také zrcadlil v použitých výrazových prostředcích daného chorobopisu. Lékař pacientku nazýval „rozčilenou“, „zuřivou“, „exaltovanou“, v „maniakálním záchvatu“, což by se mohlo jevit, že se diagnóze duševní nemoci vyhýbal. Teprve v samotném závěru (tedy v dobrozdání) byla pacientka popsána jako „veřejně nebezpečně šílená“.¹⁵⁴ Tato část byla tedy lékařem sepsána na základě jeho vlastního pozorování.

V poslední část daného chorobopisu už lékař také čerpal ze vzdálenějších zdrojů, jednalo se o výpovědi matky a sousedů pacientky, kteří tak lékaři oznamovali, že dotyčná se již začala chovat nebezpečně k lidem ve svém okolí.

Další pacientkou, jejíž chorobopis se pokusím analyzovat, byla jistá Š. Ž.. Její chorobopis (přesněji jeho část – „lékařské vysvědčení“) bylo také sepsáno obvodním lékařem. V úvodu daného rukopisu se nachází obdoba dnešního informačního záhlaví – v prvním odstavci bylo ve stručnosti řečeno proč, kým, a kde byla tento dokument sepsán, tyto údaje následovaly hned po nadpise „Chorobopis“.

Druhý odstavec nám přibližuje rodinnou historii dotyčné pacientky. Je zde popsáno její ne zrovna optimistické dětství. Lékař nám na úvod sděluje, že matka hlavní hrdinky tohoto příběhu byla duševně chorá a na svou chorobu také doplatila „Matka nemocné skončila sebevraždou v poruše duševní, vrhla se pod vlak ve věku asi 35 let.“¹⁵⁵ Po smrti matky se duševní problémy objevily i u otce dotyčné. Lékař nám popisuje životní peripetie otce pacientky. Ten byl výpomocným učitelem, chorobopis dokonce uvádí, že nesložil zkoušky, a proto již toto povolání nemohl dále vykonávat. Poté vypomáhal v hostincích i jako muzikant, ale u tohoto povolání začal pít. Zemřel pak mezi 60. a 70. rokem v nemocnici, chorobopis to přímo neuvádí, ale touto nemocnicí pravděpodobně nebyl ústav pro choromyslné. Další rodinná historie odhaluje

¹⁵⁴ Chorobopis DSCO2617, Archiv PL Kosmonosy, 6116/1910

¹⁵⁵ Chorobopis DSC02617, Archiv PL Kosmonosy, 6116/1910

dva žijící sourozence, kteří žádnou duševní nemocí netrpěli. Sourozenců však bylo celkově 5- 6, ostatní zemřeli v dětském věku. Co je na tomto chorobopise zajímavé, je jen neurčitý odhad základních rodinných poměrů (věk otce při úmrtí, počet sourozenců). Je tedy patrné, že informace byly čerpány ze vzdálenějších zdrojů, pravděpodobně od manžela pacientky, který neměl hlubší znalosti o rodině své ženy. Omezenost pramenů o dětství této pacientky připouští i samotný obvodní lékař „Ničeho jiného nemožno zvědět“¹⁵⁶. Další informací, která nám shrnuje dětství pacientky je konstatování lékaře, že i přes neobvyklou rodinou anamnézu dané osoby, její vlastní duševní zdraví bylo až donedávna v naprostém pořádku. „Nemocná jest nejstarší dítě a nedá se nic abnormálního ani v dětství, ani později zjistit.“¹⁵⁷ Choromyslná se vdala, měla osm dětí a jak z dalších řádků daného chorobopisu vyplývá, byla prý šťastná a spokojená („vůbec měla veselou povahu“¹⁵⁸).

Tento idylický obraz byl však náhle přerušen. Nyní nám začal příběh směřovat k prvnímu konfliktu, u pacientky se začínají projevovat příznaky duševní poruchy. Po vcelku běžné nehodě, kdy si dotyčná nedopatřením vrazila jehlu do ruky a byla ošetřena v místní nemocnici jodoformem, se jí vyrazil ekzém (prý až na polovině těla). Stala se tak nejistou a melancholickou. Další z příčin jejího nejistého a bojácného chování se stala i starost o finanční zabezpečení rodiny, do kraje přišla krize a například sklářský průmysl již tolik neprosperoval. Pacientka se tak začala bát o živobytí. Její veselá nálada ustoupila a přestala zvládat i své zaměstnání (z důvodu počínající duševní choroby přestala správně počítat, což vyžadovalo její práce se střížným zbožím na trzích). Léčba ekzému trvající jeden a půl měsíce dotyčnou z estetických důvodů na čas izolovala od okolí. Ke konci léčby již zcela odmítala vycházet ze světnice a také na ni dolehly finanční starosti. „Stále naříkala, že nebudou živi a chtěla se oběsit a vůbec se čímkoli škrtila, takže musela a musí být do dneška stále hlídána.“¹⁵⁹

¹⁵⁶ Chorobopis DSC02617, Archiv PL Kosmonosy, 6116/1910

¹⁵⁷ Ibid.

¹⁵⁸ Ibid.

¹⁵⁹ Chorobopis DSC02618, Archiv PL Komonosy, 6116/1910

Duševní stav dotyčné se nezlepšil ani po porodu zdravého chlapečka, spíše naopak. Její sebevražedné tendence neustále přetrvávaly, neustále hledala sirky, s jejichž pomocí se chtěla zabít a tloukla se vší silou paličkou od hmoždíře do hlavy. Stále křičela „Ježíš, Maria, Josef“. Její chmurné předpovědi se bohužel vyplnily, manžel přišel o své povolání, byl na něj vyhlášen konkurz, a nemohl se tak již dále starat o duševně narušenou manželku. Tady do textu vstoupil velmi expresivně ošetřující lékař, když tvrdí toto: „...a nyní je stav takový, že se vážně přimlouvám, aby byla co nejdříve přijata do ústavu pro choromyslné“¹⁶⁰. Celý chorobopis pak končí stručným přehledem fyzického stavu duševně choré.

V tomto chorobopise by se daly vystopovat dvě roviny počátku zápletky. Jednak narušené tělesné zdraví pacientky, které mělo pro svou povahu velký vliv na její psychiku a socializaci (ekzém, který se podle lékaře rozšířil na celou polovinu těla). Druhým hlediskem, které výrazně ovlivnilo její „veselou“, povahu byla ona finanční krize, která na pacientku pro její narušenou psyché dopadla o to hůř (nehledě na to, že se její pesimistické vize později skutečně naplnily). Třetím hypotetickým důvodem mohlo být její rodinné zatížení, to však obvodní lékař vůbec nebere v potaz, dědičnost duševních onemocnění byla v té době jedním z diskutabilních témat.

Co by mohlo být dále na tomto chorobopise zajímavé, bylo výraznější umlčení lékaře jako zprostředkovatele příběhu. I setkání s pacientkou, ke kterému muselo dojít (byla zde zmínka o tělesném stavu pacientky), není vůbec zmíněno. Názor lékaře jsme se dozvěděli až z dobrozdání, ale i zde chyběly jakékoli podrobnosti k duševnímu stavu choromyslné. Informace o dané pacientce tak lékař čerpal kromě své osobní zkušenosti i z blízkého okolí choromyslné (od matky a manžela).

Dalším z případů, které bych se chtěla pokusit narativně rozebrat, je chorobopis jistého P. V. Jeho lékařské vysvědčení bylo sepsáno formou dopisu od primáře okresní nemocnice do rukou adekvátní osoby v kosmonoské

¹⁶⁰

Chorobopis CSC02618, Archiv PL Kosmonosy 6116/1910

léčebně. Již na počátku onoho dopisu se tak částečně dalo odhalit, že nemocný pravděpodobně trpěl nemocí, na jejíž léčení v dané okresní nemocnici nebyli připraveni a vybaveni.

Na úvod se z tohoto chorobopisu dozvídáme věk a povolání pacienta (pracoval jako bednář v pivovaře). Dotyčný byl svobodný. Jednoho dne, když šel z práce, se u něj bez předchozích příznaků objevilo zmatené chování, které se velmi rychle zhoršovalo. „Choroba jeho propukla náhle den před dodáním do nemocnice.“¹⁶¹ Choroba se projevovala jistými paranoidními stavy. Dotyčný ještě téhož odpoledne došel do zemských kasáren, kde prohlašoval, že musí zabít německého císaře a ohrožoval kolemjdoucí. Nebezpečné chování pak podle očitých svědků gradovalo, a tak nastal prvnímu konfliktu v příběhu – dotyčný byl odveden na policejní stanici, kde se však nezalekl ani ozbrojených strážníků a začal se chovat velmi zuřivě. V chorobopise je tato situace popsána takto: „Policíí byl internován na strážnici, zde propukla u něj zuřivost, takže musel být spoután.“¹⁶² Na policejní stanici si s ním dále policisté nevěděli rady, dotyčný se částečně zklidnil, a tak byl odveden do nejbližší nemocnice, kde následovalo vyšetření.

Ošetřující lékař v této okresní nemocnici s dotyčným provedl orientační rozhovor, z této promluvy začalo vysvítat, že P. V. měl psychické problémy již delší dobu, zatím se u něj však nijak viditelně neprojeví. Usínal jen s velkými obtížemi a často vůbec nemohl spát a také si uvědomoval, že se u něj objevovaly problémy psychického rázu „je prý nemocen na hlavu“¹⁶³. U tohoto případu bylo zajímavé, že v některých okamžicích si byl tento pacient vědom, že se s ním děje něco neobvyklého, a uznával svou nemoc, pak ho však při dalším náporu psychické nemoci zcela přepadl pocit, že byl místo v nemocnici v pivovaře a oslovoval lékaře jako by to byli jeho spolupracovníci. Dokonce, jak zmiňoval chorobopis, si na své projevy zuřivosti ani nevzpomínal (i když se udály jen před několika hodinami). K tomuto jekyll-hydeovskému chování se dále přidává i náboženské a erotické blouznění a stavba příběhu

¹⁶¹ Chorobopis DSC02726, Archiv PL Kosmonosy, 6597/1910

¹⁶² Ibid.

¹⁶³ Ibid.

dále graduje. „Má zrakové halucinace, vidí Pánaboha, panenku Marii v pokoji, Kristus visí na kříži...“¹⁶⁴.

Zápletka se začíná prohlubovat, chování daného pacienta se v okresní nemocnici stále zhoršovalo. Velmi živě to vystihla i tato část chorobopisu: „Po chvíli upadá v bouřlivé rozčilení, křičí, mlátí kolem sebe, trhá ložní prádlo. Kaprolalie (čili nadávání) střídá se s náboženskými halucinacemi a erotickým vzrušením.“¹⁶⁵ Pro umocnění dojmu z chování P. V. se lékař okresní nemocnice v daném chorobopise zmínili i o svěrací kazajce, kterou museli onomu pacientovi pro naprostou nezvladatelnost a rvačku s ošetřovateli navléknout. Další gradací příběhu se v tomto chorobopisu také týkala jednoho z excesů, kterých se výše popsany dopustil. Poté, co požádal o odvedení na WC, pokusil se silou dostat ven na chodbu a skočit z okna. Takto okresní lékař neustále přidával další aspekty příběhu, a dostal se tak k vyvrcholení celé narace. „Záchvaty zuřivosti několikrát za noc se takto opakují. Mezi nimi hovoří dosti klidně, ale zmateně. V jednom takovém záchvatu převrátil i ochrannou postel a dobýval se pod zíněnkou spodem z postele.“¹⁶⁶ Po třech dnech se sice podle ošetřujícího lékaře pacient zklidnil, bylo to však dáno spíše celkovým vyčerpáním, než zlepšením stavu, který zůstával stále velmi vážný. Naléhavost přijetí do Kosmonos (což byl cíl, který ošetřující lékař sledoval) byla tak podložena nebezpečným chováním daného jedince nejen ke své osobě, ale také k ostatním pacientům a zaměstnancům všeobecné nemocnice.

Závěr chorobopisu vyznívá zcela jasně a nekompromisně:

„Poněvadž též svým křikem a bouřlivým chováním značně ruší klid druhých nemocných, namnoze těžce churavých, poněvadž pak nemáme k jeho ošetřování dostatečného a odborně vyspělého personálu ošetrovacího, poněvadž dále choromyslný je určitě svému okolí i sobě nebezpečný, žádáme slušně slavné ředitelství za bezodkladné, pokud možno přijetí jeho do ústavu

¹⁶⁴ Chorobopis DSC02726, Archiv PL Kosmonosy, 6597/1910

¹⁶⁵ Chorobopis DSC02716, Archiv PL Kosmonosy, 6597/1910

¹⁶⁶ Chorobopis DSC02728, Archiv PL Kosmonosy, 6597/1910

pro choromyslné v Kosmonosích, a to v zájmu našich ošetřovanců ještě dnešního dne.“¹⁶⁷

Z tohoto chorobopisu je jasně patrné, že jeho gradace a vrstvení jednotlivých argumentů sloužily zcela explicitně jednomu cíli, přijetí dotyčného do ústavu pro choromyslné. Na rozdíl od dvou předchozích chorobopisů je zde více patrné, že lékař, který tento příběh reprodukoval, získal většinu údajů z blízkého pozorování daného choromyslného. Chybí zde rodinná historie pacienta, propuknutí a dosavadní průběh choroby však bylo popsáno velmi podrobně. Z výše citovaného závěrečného odstavce byl také cítit nátlak, který lékař okresní nemocnice použil na svého kolegu v Kosmonosích, a snažil se tak zajistit přijetí daného choromyslného do ústavní péče.

Posledním, čtvrtým pacientem, jehož chorobopis jsem rozebrala po stránce narativní, je jistý J. F. Daný dokument byl nazván „Vysvědčení lékařské“ a první věty tohoto chorobopisu popisují věk, zaměstnání, vyznání a místo bydliště tohoto choromyslného. Již v prvním odstavci se obvodní lékař zmínil o choromyslnosti, která se u pacienta objevila v březnu daného roku. Čtenář tohoto chorobopisu je dále uváděn do životního obrazu daného choromyslného. Jeho rodinná anamnéze je podle obvodního lékaře bez jakýchkoli známek duševního onemocnění. Lékař ale zmiňuje jednu velmi důležitou okolnost „... nevyskytují se nijaké duševní choroby ani sebevraždy. Pouze menší krádeže a rvačky a náchylnost ku pijáctví.“¹⁶⁸ Tato náchylnost se později ukáže jako jeden z klíčových aspektů celého chorobopisu.

Obvodní lékař po vylíčení základních údajů o choromyslném dále pokračuje prvními možnými příčinami duševního stavu nemocného. V chorobopisu je uvedeno, že „pacient utrpěl před více lety úraz tím, že se na něj zřítily v cihelně půda...“¹⁶⁹. Lékař dále vylučuje další možné příčiny ochoření (jedná se o venerická onemocnění) a také se zmiňuje o celkové

¹⁶⁷ Chorobopis DSC02726, Archiv PL Kosmonosy, 6597/1910

¹⁶⁸ Chorobopis DSC02608, Archiv PL Kosmonosy, 6115/1908

¹⁶⁹ Ibid.

tělesné konstituci daného pacienta, která byla subtilnější povahy („býval prý špatně živený“¹⁷⁰). V dalším odstavci je také zmíněn intelekt a chápavost choromyslného v dětství, ve škole, kterou navštěvoval jen tři léta, prospíval dobře, naučil se číst i psát dokonce dříve než ostatní, četba se však jeho koníčkem nestala, v pozdějších letech se kromě práce věnoval jen pití alkoholu. Posledním údajem, kterým lékař vykresluje úvodní obraz, je pacientova současná rodina. J. F. byl v době sepsání chorobopisu již několik let vdovcem se dvěma syny, u nich se žádná nemoc dosud neprojevila.

V dalších odstavcích (ty jsou v chorobopise číslovány, a jedná se tak již o odstavce 7. a dále) se obvodní lékař věnuje popisu samotného onemocnění. To se projevuje depresemi, nechutí k jídlu, zmatenou řečí a i stavem podobným deliriu tremens. Motorický neklid, který choromyslného postihl, se projevoval i tím, že dotyčný skákal v březnu do řeky. Lékař opakovaně upozorňuje na příčiny tohoto stavu, kterými je podle jeho slov „zneužívání alkoholu“ (v jednom případě dokonce dvakrát podtrhnuto).

Lékař dále popisuje i samotné osobní vyšetření pacienta, zdravotní stav se tak dá rozdělit do tří projevů. Jedná se o stavy střízlivosti, podnapilosti a jistého „záchvatu“ (pravděpodobně již zmíněného deliria tremens alkoholiků). Choromyslnost se tak podlé lékaře projevuje nejvíce ve stavu záchvatu, při něm je pacient neklidný, a to jak ve spánku, tak ve stavu bdělém a tento neklid nutí choromyslného k toulkám, neboť pacient „nejeví vůbec stálosti při svém zaměstnání“¹⁷¹. Nálada choromyslného je také velmi proměnlivá, po požití alkoholu následuje „značné oživení mysli“. V záchvatu však trpí halucinacemi. Hlavním důvodem pro přijetí choromyslného do ústavní péče však není samotný alkoholismus, ale možná nebezpečnost pro druhé. Pacient ve stavu záchvatu totiž pronásledoval čarodějnice s vidlemi v ruce a mohl by tedy takto zranit nějakou ženu.

I v analýze posledního (čtvrtého) chorobopisu se jako důvod pro přijetí pacienta do ústavu pro choromyslné neuvádí duševní nemoc, ale možné

¹⁷⁰ Chorobopis DSC00608, Archiv PL Kosmonosy, 6115/1908

¹⁷¹ Chorobopis DSCO2610, Archiv PL Kosmonosy, 6115/1908

nebezpečnost daného jedince pro jeho okolí. Tady se opět jeví tehdejší ústavy pro choromyslné ne jako instituce určeny primárně k léčbě a rekonvalescenci, ale spíše jako sběrný nebezpečných jedinců, které tedy sloužily k větší ochraně ostatních členů společnosti. Dalším aspektem, který podpořil přijetí pacienta do kosmonoské (či jakékoli jiné) léčebny, mohlo být i neschopnost věnovat se svému zaměstnání, tak tomu bylo i v případě alkoholika J. F., který se pro svou zálibu v alkoholu přestal věnovat svému řemeslu. Naskytá se tedy otázka, zda ústavy pro choromyslné sloužily jako instituce k léčení, nebo zda to byly spíše pro sociálně marginalizované jedince orientovaná střediska.

Na následujících řádcích jsem se pokusila tuto gradaci ve všech čtyřech případech zopakovat, soustředila jsem se na konkrétní události v dané naraci, tedy jednotlivé aspekty příběhu. Ty měly dvojí roli, jednak pomáhaly umocnit dojem z chorobopisu a zdůrazňovaly vážný psychický stav dané osoby, na druhou stranu se jednalo o již zmíněné digrese, tedy odbočení od hlavní osnovy příběhu. Také pomocí těchto prostředků jsem shrnula narativní stavbu předložených lékařských vysvědčení.

Všechny čtyři chorobopisy měly formu dopisu, který sepsal ošetřující lékař a byly určeny do rukou lékařů kosmonoských. Po nadpise (v dvou případech se jednalo o oslovení „Lékařské vysvědčení“, v případě druhém o slovo „Chorobopis“ a třetí písemnost byla uvedena nadpisem „Slavné ředitelství“), následovalo uvedení do životního příběhu choromyslných. Jen ve druhém případě bylo před úvodem jakési záhlaví, které nám ve stručnosti představilo hlavní informace o daném případě. V úvodu bylo v souhrnu popsáno, jaké měl/a dotyčný/á dětství. Ve druhém případě, kde oba rodiče pacientky byli psychicky nemocní, se lékař o dětství oné ženy relativně dost rozepsal. Slova, které tito obvodní lékaři volí, jsou lehce srozumitelná, i když v některých případech používají medicínskou terminologii (halucinace, kaprolalie a pod.). Samotné chorobopisy jsou však psány stylem, který zaujme nejen odborníky. Lékaři si zřejmě byli vědomi, že záleželo jen na jejich přesvědčovacích schopnostech, zda bude dotyčný choromyslný přijat do ústavu. Často se v těchto materiálech objevuje jak přímá, tak nepřímá řeč

samotných pacientů. Jedním z důvodů oné přímé citace pacientů by mohlo být, že se jednalo o duševně narušené jedince, kteří žili ve svém vlastní realitě, kterou se tak obvodní lékaři snažili postihnout a popsat a tím blíže definovat v mnoha případech rozporuplnou diagnózu.

Po úvodu následovala problematizace dané životní peripetie. Ve všech těchto čtyřech chorobopisech bylo zajímavé, že daní lékaři považovali své pacienty až doposud za naprosto zdravé, a to i když rodinná anamnéza odhalila dědičné zatížení, nebo když si jeden pacient stěžoval, že už dlouho nemohl spát. Obvodní lékaři pokračovali v chorobopisu dotyčného první konfliktem, ve kterém již někdy byla obsažen první atak duševní choroby. Jako příklad prvního projevu dané nemoci posloužila smrt dědečka u jedné pacientky, která se k jeho mrtvole začala chovat neobvykle (neustále ho líbala a hladila, až to přišlo její matce podezřelé). Za další úvodní projev nemoci pokládal lékař okresní nemocnice výlet P. V. do zemských kasáren a jeho řeči o nutném zavraždění německého císaře. Třetí úvodní zápletka (vrazení jehly do ruky) byla trochu jiného charakteru, pro své následky (ekzém na velké části těla a izolace dané osoby) měla opravdu charakter spouštěče psychické choroby, zatímco v úvodních dvou případech se jednalo o první projev nemoci. V případě alkoholika J. F. byl v úvodu zmíněn i jeden z úrazů, který se stal několik let před prvním záchvatem (na dotyčného spadl strop cihelny), obvodní lékař pravděpodobně považoval tento úraz za jeden z možných spouštěčů choroby a proto ho také uvedl v chorobopise.

Ve vrstevnění dalších aspektů příběhu pokračovali lékaři i nadále, tyto příhody většinou přebírali od rodinných příslušníků dané osoby, jednat se mohlo o polekání se spadlého sněhu ze střechy, nebo o porod dané pacientky, který ji nepomohl k uklidnění a pod. V jednom případě však daný lékař čerpal informace z jiných zdrojů, z policejní a lékařské zprávy. Tyto zprávy se týkaly jedince, který chtěl zabít německého císaře, a tak se dostal na policejní stanici a později do okresní nemocnice. Je zajímavé, že oba tyto pobyty měly podobný průběh. Nemocný střídal své nálady, když se však stal zuřivým, personál (jak

policejní, tak později i nemocniční) si s ním nevěděl rady, a tak byl na policejní stanici spoután a v okresní nemocnici mu byla nasazena svěrací kazajka.

V příběhu dále následovala přímá konfrontace lékaře s pacientem, její popis měl charakter zprávy o momentální tělesném a duševní stavu daného pacienta. Toto očitě svědectví bylo vsazeno do chorobopisu buď uprostřed samotného příběhu, nebo bez přerušení dějové linie až na samotný závěr daného chorobopisu.

Vyvrcholení zápletky se skládalo z dalších událostí, které již měly čtenáře utvrdit v naprosté nemožnosti zvládnout pacienta a měly vzbudit dojem nutnosti neodkladného přijetí do ústavu pro choromyslné. Tyto příběhové aspekty, které příběh gradovaly, se týkaly náboženského, nebo erotického blouznění (dotyčný si povídá s Bohem, Ježíšem apod.). Byl v nich také podrobně vylíčen hlavní důvod přijetí do Kosmonos, a tím byla nebezpečnost jak pro samotnou osobu pacienta, tak pro blízké (rodinní příslušníci) i vzdálenější (sousedí) okolí. Na závěr bylo tedy například velmi živě popsáno, jak se dotyčný/á vrhl s nožem na svou matku, jak se pokoušel o útěk z okresní nemocnice a při této akci ohrožoval ošetřovatele, nebo jak dotyčná neustále hledala sirky, aby se mohla zabít.

Rozuzlením zápletky tak mělo být podle obvodních lékařů přijetí do léčebny, ať se vyslovené důvody zakládaly na pravdě, nebo se za nimi spíše skrývala třeba finanční neschopnost se o nemohoucí postarat. Nutno říci, že všechny čtyři chorobopisy kosmonoské psychiatry přesvědčily a hrdinové těchto příběhů tak byli přijati k odbornému léčení. Dobrozdáním tak končí všechny předložené chorobopisy, po této závěrečné prosbě již následuje jen podpis obvodního lékaře a datum.

Tyto chorobopisy měly tedy všechny narativní charakter, ten se projevoval mimo jiné i jistou kauzalitou mezi jednotlivými aspekty příběhu. Samotné aspekty by sloužily jen jako nezávislé historky, v rukou spisovatele příběhu (v tomto případě tedy obvodního lékaře) však znovunabyly jisté provázanosti a díky této vnitřní konsistenci posloužily jako důkazní materiál

duševní choroby. Společným tématem tak byla geneze a rozvoj duševní choroby u daného jedince. Samotné přijetí do ústavu pro choromyslné tak sice bylo důvodem a cílem celého tohoto snažení, v samotném příběhu se však toto rozuzlení posunulo až za rámec této narace. Zde bychom se slovy Haydena Whita mohli ptát, zda lékař jako autor příběh „pouze“ nalézá tam, kde se již zela objektivně nachází, nebo jestli je autorská invence zřetelnější, a lékař tak onen příběh tvoří. Příkladem nalézání dat může být například kronika, chorobopis však svou formou kronice (tedy pouhému výčtu událostí) neodpovídá, jedná se zde spíše o formu příběhu. Chorobopis nemá otevřený konec – je zde obsažena jasná struktura, která slouží danému účelu (tzn. přijetí pacienty do ústavní péče).

Co však bylo hlavním tématem těchto narativních konstrukcí? Jednalo se o samotnou genezi duševní choroby, nebo o boj mezi chorobou a lékařskou vědou, která měla sloužit jako jediné možné řešení daných případů? Zřejmá funkce daných textů byla tedy explicitní popsání duševní choroby se všemi jeho aspekty, mezi řádky těchto chorobopisů však bylo možné vyčíst jistý medicínský diskurz, který byl v době na přelomu 19. a 20. století něčím ještě relativně novým. Psychiatrie jako taková existovala relativně krátce, a tak se tento stále ještě nevyjasněný vztah pro obvodního lékaře k této neznámé vědě objevoval i v chorobopisech. Bylo by zajímavé zjistit, nakolik tito obvodní lékaři pokládali ústavy pro choromyslné za skutečné nemocnice, nebo zda v nich stále přetrvával onen pocit z duševní choroby jako něčeho, co patřilo jen za vysokou zeď a mříž. Z chorobopisů tak zaznívala jistá distance od choromyslných, kteří se tak stále nacházeli na okraji společnosti. Duševně nemocní tak byli a stále zůstávají skupinou, která je v jistém smyslu stále negativně stigmatizována.

6. Závěr

Závěrem se pokusím shrnout poznatky, ke kterým jsem během bádání na této diplomové práci dospěla a také bych je chtěla reflektovat a zhodnotit. Pokusím se zopakovat hypotézy, které pro mne byly zásadní a také nakolik jsem těmito hypotézami byla ovlivněna a jak se tedy projeví v psaní této práce. Stručně zopakují hlavní zdroje mého badatelského zaměření a také teorie, které pro mne byly nejvíce přínosné.

První část této diplomové práce se tedy zabývá relativně široce vymezeným časovým prostorem, na který nazíráme z pohledu percepce šílenství. Počáteční kapitoly tak ve stručnosti popisují historický pohled na samotné šílenství a jeho percepci v Evropě. Jedná se jen o velmi stručné zhodnocení vlivů na vnímání tohoto fenoménu, jehož první náznaky se objevují již v pravěku a postupně procházejí všemi obdobími až do dnešní doby. Samotné šílenství tak bylo v historii ponejvíce pojímáno jako náboženský problém, za projev, jenž by se měl léčit, a tedy medicínský fenomén, jej považovali také řeční lékaři ve starověku. V pozdější době se medicínský přístup objevuje až v době osvícenství a v následujících obdobích.

Středověký svět se k problematice šílenství stavěl velmi alibisticky, žádné konkrétní řešení či pokus o ně se v této době neobjevilo. Samotní duševně choří tak byly odkázáni na péči svých příbuzných, nebo na milosrdenství. Pokud byly tyto duševně choří klidní, bylo o ně v některých případech postaráno v tehdejších městských či řeholních špitálech. Jednou z hypotéz, ze kterých jsem vycházela, byla odlišná tehdejší percepce tohoto jevu. V období středověku tak bylo na duševně choré pohlíženo s větší tolerancí, zde by se mohlo jednat o jev, který vycházel z nutnosti většího kontaktu tehdejší majoritní společnosti a šílenství. Šílenství ještě nebylo odsunuto za hranice normy a kontakt např. s takzvanými tichými blázný byl v této době něčím naprosto běžným. Tento přístup se v průběhu doby postupně proměňoval. Tato změna pohledu na šílenství mohla být jednak ovlivněna tzv.

honem na čarodějnice, který se duševně chorých citelně dotýkal, nebo také podle Michela Foucaulta přijetím stigmatu nepatřičnosti od jiné choroby (lepry), která z evropského kontinentu na konci středověku postupně vymizela. Posun percepce šílenství mohl mít souvislost i se změnou pracovní morálky obyvatelstva na přelomu středověku a novověku. Tento posun znamenal, že na péči o duševně choré nezbyval v rodinách volný čas a také na ně začalo být pohlíženo jako na přítěž.

Při procesu vymezení pojmu duševní nemoci v historii hraje podstatnou roli období osvícenství. V této době se začíná uplatňovat další změna v percepci tohoto fenoménu, na původně náboženský problém začíná být nahlíženo z medicínského hlediska. Mezi osobnostmi, které tuto změnu nastartovaly, patří např. Pinel, Tuke, Reil, či Wagnitz – u všech se dají vystopovat náznaky osvíceného přístupu k duševně chorým. Jak se tedy tato změna odrazila v historii šílenství, je jednou ze základních otázek této diplomové práce. Zajímá mne tedy dopad osvícenského věku rozumu a vlivů francouzské revoluce a nových myšlenek jejích hlavních představitelů na manipulaci duševně chorých.

Ovlivněna Foucaultem bych se také chtěla soustředit na hledisko uplatňování moci nad duševně nemocnými. Zajímá mne tak proces umlčování šílenství a jeho pojetí jako absence rozumu a jeho případné opětovné probouzení. Zajímavým faktorem, který při tomto bádání vystupuje je tak samotná medicína a medikalizace duševně nemocných.

Tento proces medikalizace šílenství jsem se pokusila ukázat na příkladu Psychiatrické Léčebny Kosmonosy. Tato léčebna (pod názvem „Ústav pro choromyslné Kosmonosy“) byla založena roku 1869 jako dceřiná instituce pražské léčebny. Stručná historie kosmonoského ústavu je tak obsahem jedné z kapitol této práce. Časově jsem se rozhodla tuto kapitolu o dějinách ústavu vymežit rokem vzniku až rokem 1914. Důvody pro toto časové vymezení byly jednak relativní četnost pramenů a také jsem právě v tomto časovém období chtěla demonstrovat proces změny v lékařský přístup k duševně chorým, který byl tehdy stále ještě byl v relativně počínajícím období. Materiály o počátcích

kosmonoské léčebny jsem převážně získala ve Státním Oblastním Archivu v Praze. Podklady pro nejdůležitější kapitoly však byly získány v samotných Kosmonosích, jedná se přibližně o dvanáct chorobopisů z let 1908–1910. Tyto materiály jsem si po souhlasu s ředitelkou ústavu Ing. Danou Kolářovou přečetla a převedla do digitalizované podoby, abych s nimi mohla dále a lépe pracovat.

V těchto chorobopisech byl pro mne nezajímavější zrod samotné diagnózy. Tato diagnóza byla určena již samotným rodinným (v chorobopisech nazvaným obvodním) lékařem jako tzv. „Vysvědčení lékařské“ a sloužila jako hlavní část samotného chorobopisu. Popis a pojmenování choroby tedy prováděl tedy tento rodinný lékař a byl většinou bez jakýchkoli změn přejímán lékaři v Kosmonosích. V této genezi diagnózy se tak nejvíce uplatňovala jakási kategorizace a popis samotného šílenství. Dle mého soudu nebyli tito obvodní lékaři v kontaktu s duševní chorobou často, a tak jsou jejich popisy dané choroby v mnoha případech přinejmenším sporné. V chorobopisech se například objevují stejné příznaky u dvou pacientů, kterým však byla přiznána zcela jiná duševní nemoc, nebo naopak se vyskytuje shodné označení choroby u několika pacientů se zcela odlišnými příznaky. Tito lékaři pravděpodobně vycházeli z odborných knih (jednalo se nejspíše o učebnice psychiatrie Dr. Kuffnera a Dr. Heverocho viz kapitola 5.2 „Chorobopisy pod drobnohledem“), kde byly příznaky duševních chorob velmi pečlivě popsány.

Zde je tedy jasně patrné, že tento lékařský přístup (alespoň v českém prostředí) nebyl zdaleka něčím notoricky známým a lékaři (ať již obvodní, nebo specialisté) tak v mnoha případech doslova improvizovali. Za nejčastější příčinu internace do léčebny tak byla považována nebezpečnost daného jedince pro jeho okolí. Pacient tak byl k lékaři velmi často přiveden až v pokročilém stupni nemoci, kdy se již o něj jeho rodina nebyla schopna starat. Záleželo tak často jen na literární zručnosti daného rodinného lékaře zda byl onen pacient do ústavu přijat. Otázkou zůstává i samotná funkce tehdejší léčebny, zda sloužila opravdu k léčbě, nebo jen k odsunu nebezpečných jedinců za mříže.

Těžištěm této diplomové práce je tak popsání a kategorizace šílenství pomocí relativně nového medicínského přístupu, který se odehrával v období přibližně před sto lety. Dále jsem se okrajově zabývala i stigmatizováním duševně nemocných a vývojem tohoto procesu v historii šílenství, který ostatně trvá až do současnosti.

7. Literatura a prameny

Bouzek, Jan, 2005, Pravek českých zemí v evropském kontextu

Bloch, Marc, 2004. Králové divotvůrci

Černoušek, Michal, 1990, Historie pojmu duševní zdraví a duševní nemoc

Černoušek, Michal, 1994, Šílenství v zrcadle dějin

Darnton, Robert, 1985, The great cat massacre and other episodes in french cultural history

Davis, N. Z., 1997, Návrat pravého Somersbyho

Foucault, Michel, 1993, Dějiny šílenství

Foucault, Michel, 1997, Psychologie a duševní nemoc

Ginzburg, Carlo, 2001, Sýr a červi

Hádlík, Josef, 1964, 1863–1963, 100 let Psychiatrické léčebny v Brně

Heveroch, Antonín ; Frabša F. S. (eds.) 1926, Zemské ústavy pro choromyslné v Čechách

Heveroch, Antonín, 1901, O podivínech a lidech nápadných

Kleibl, Josef, 1987, Cesta za Adamem

Kolektiv autorů, 2008, Psychiatrická léčebna, 110 let

Kolektiv autorů, 2003, Psychiatrická léčebna Brno MDCCLXII – MMII

Kolektiv autorů, 1984, Slovník literární teorie

- Kuffner, Karel, 1900, Psychiatrie pro studium a praktickou potřebu, I., II. díl
- Marešová, Marie, 1969, Inventář fondu PL Kosmonosy
- Porter, Roger, 2001, Největší dobrodiní lidstva
- Raboch, Jiří; Zvolenský, Petr, 2001, Psychiatrie
- Scull, Andrew, 2006, The Insanity of place/The Place of Insanity
- Svobodný, Petr; Hlaváčková, Ludmila, 1999, Pražské špitály a nemocnice
- Szasz, Thomas, 1973, The Age of Madness
- Šedivec, Vladislav, 2008, Přehled dějin psychiatrie
- Roback, A. A., 1964, History of psychology and psychiatry
- Tichý, Josef, 1995, Historie Bohnické psychiatrie v letech 1903–1972
- Tichý, Josef, 2006, Historie Bohnické psychiatrie v letech 1903 – 2005
- Vencovský, Eugen, 1996, Psychiatrie dávných věků
- Vencovský, Eugen, 1987, Sto let české psychiatrické kliniky v Praze 1886–1986
- Vencovský, Eugen, 1983, Čtení o psychiatrii
- Vondráček, Vladimír, 1973, Lékař vzpomíná 1895 - 1920
- Vondráček, Vladimír, 1977, Lékař dále vzpomíná 1920 – 1938
- White, Hayden, 1973, Metahistory

Prameny

SOA v Praze, fond PL Kosmonosy, i.č. 10, Annales 1905

SOA v Praze, fond PL Kosmonosy, i. č. 11, Annales 1906

SOA v Praze, fond PL Kosmonosy, i.č. 12, Annales 1907

SOA v Praze, fond PL Kosmonosy, i.č. 13, Annales 1908

SOA v Praze, fond PL Komonosy, i.č. 14, Annales 1909

SOA v Praze, fond PL Kosmonosy, i. č. 183 Osobní spisy (ošetřovanců)
1869–1935,

- č. 25 – 196, karton 1

- č. 2913 – 3837, karton 2

- č. 5002 – 10 126, karton 3

SOA v Praze, fond PL Kosmonosy, i. č. 206, Stravování - Jídelní řád pro
choromyslné, platný od 1. 7. 1907, 1907, karton 27

Archiv PL Kosmonosy, Chorobopis 6397/1909

Archiv PL Kosmonosy, Chorobopis 6115/1908

Archiv PL Kosmonosy, Chorobopis 6116/1908

Archiv PL Kosmonosy, Chorobopis 6110/1908

Archiv PL Kosmonosy, Chorobopis 4471/1905

Archiv PL Kosmonosy, Chorobopis 2656/1900

Archiv PL Kosmonosy, Chorobopis 6218/1909

Archiv PL Kosmonosy, Chorobopis 4716/1905

Archiv PL Kosmonosy, Chorobopis 4207/1909

Archiv PL Kosmonosy, Chorobopis 6239/1909

Archiv PL Kosmonosy, Chorobopis 8526/1910

Archiv PL Kosmonosy, Chorobopis 6595/1910

Archiv PL Kosmonosy, Chorobopis 6597/1910

8. Příloha

Wysvědčení lekáře
vytavené za účelem přijetí do nemocnice choromýlných.



Zašlávě vyšetření lekáře ze dne 3. srpna
r. 1901. Go. [redacted] dne 16. září 1887 narozená
Pera [redacted] mladá vdova po horníku, bytem v sídle
49. ve Ptujin, dříve v Praze, duševně chorou a jest
si co nejvíceji přáteli, aby jmenovaná i sama ve vlastním
svém prospěchu, i sama ve prospěchu své duše, na
práci nebo v jiných a nepatrnou penzi, v Praze matky,
i sama ve prospěchu svého, aby přijata byla v ošetro-
vání do nemocnice choromýlných.

Na zašlávě fyzického vyšetření orgánů vnitřních
jeví se pětá ptař plíce, srdce, játer, žaludku, plegimy
a ledvin úplně normálních a neposkytuje žádného
nálezu pathologického.

Na zašlávě více vzpomínatého materiálního posta-
vení matky, chorobně není možno opatřití zvláštního
opatření, jenž by byl voláním lekářským chorobně
příslušnou péči navenal.

Dáno ve Ptujin dne 5. srpna 1901.

MUDr. Jaros. Rosbart
prakt. lékař ve Ptujin