

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

Písemná práce k bakalářské zkoušce

Postoje k duševní nemoci v historii a v současnosti

Studijní obor:

Sociální práce se zaměřením na komunikaci

a aplikovanou psychoterapii

Tachov 2006

Vedoucí práce: Mgr. Jan Kulhánek

Iveta Kirschnerová

Prohlášení studentky o samostatném vypracování bakalářské práce:

„Prohlašuji, že jsem tuto práci k bakalářské zkoušce vypracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.“

v Tachově dne 2.8.2006

podpis autora práce

OBSAH

1 ÚVOD	5
1.1 Motivace k výběru tématu	5
1.2 Stručný vhled do tématu	6
1.3 Formulace základních pojmů a klíčových slov	7
2 STAROVĚK	10
2.1 Vývoj zdravotnické péče o duševně choré	10
2.2 Lékařství v různých zemích starověku	11
2.2.1 Egypt	12
2.2.2 Babylónie	13
2.2.3 Indie	14
2.2.4 Čína	15
2.2.5 Izrael	16
2.2.6 Řecko	17
2.2.7 Řím	20
3 STŘEDOVĚK	22
3.1 „Kladivo na čarodějnice“ (Malleus Maleficarum)	22
3.2 Počátky humanistického myšlení	26
3.3 „Lod' bláznů“	29
3.4 Uvěznění duševně chorých	30
3.5 Velké osvobození „z pout a okovů“	33
4 NOVOVĚK AŽ SOUČASNOST	37
4.1 Zakladatel moderní psychoterapie „Sigmund Freud“	37
4.2 Současné psychoterapeutické směry	42
4.2.1 Analytická teorie	43
4.2.2 Individuální psychologie	45
4.2.3 Interpersonální teorie	46
4.2.4 Psychosociální teorie	48

4.2.5 Behaviorismus	49
4.2.6 Systematický eklecticismus	50
4.3 Psychofarmaka	51
4.4 Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN)	53
4.4.1 Historie MKN	54
4.4.2 MKN-10	54
4.5 Otázka budoucnosti	54
5 ZÁVĚR	56

1 ÚVOD

„Šílenství je mnohem historičtější než se všeobecně věří, zároveň však také mnohem mladší“ (Foucault).

1.1 Motivace k výběru tématu

Proč jsem si vybrala právě toto téma? Vlastně ani nevím, možná proto, že mi první tak říkajíc padlo do oka. Ale nic nebude asi jen tak, takže ani v mém případě. Je to něco, co mě zajímá, něco, o čem jsem se toho doposud moc nedozvěděla. Tak proto jsem si já vybrala toto téma. Připadá mi totiž, že se v dnešní době na historii tak trochu zapomíná. Všechno je dnes přeci tak pokrokové a směřující kupředu k světlým zítřkům. Ale možná by neškodilo občas se zastavit a podívat se zpátky do minulosti – do historie.

Je jistě zajímavé sledovat, jak se v různých historických obdobích přistupovalo, či pohlíželo na lidi postižené duševní chorobou. Také je až fascinující, jakými různými metodami se snažili lékaři, filosofové, myslitelé a jiní té dané doby vyléčit tyto duševně nemocné. Některé praktiky „léčby“ byly opravdu morbidní, jiné zase úsměvné, ale byly i takové praktiky či objevy, co přetrvaly až do dneška.

Nakonec bych ještě uvedla jeden svůj osobní motiv zpracovávat právě toto téma... Myslím si, že pokud se člověk rozhodne studovat psychologii nebo jí podobné obory, nevyhne se jistě pochybnosti o své tzv. normálnosti. Já sama si vzpomínám, že při hodinách psychopatologie jsem pochybovala dosti často. Vždycky jsem si v té dané duševní poruše našla jeden z mnoha symptomů, o kterém jsem byla přesvědčená, že ho mám a že už je to tedy se mnou asi zlé. Kolikrát jsem se bála, abych „nepřišla o rozum,“ ale naštěstí se nic takového nestalo.

Jenom tím chci říct, že pokud tento obor člověk studuje, přemýšlí více nad těmito věcmi (patologiemi) a samozřejmě také více sám nad sebou...

1.2 Stručný vhled do tématu

Jak už název mé bakalářské práce napovídá, budu se v této mé práci zabývat historií duševní nemoci a postoji společnosti či individuů k lidem s duševní nemocí (nemocemi).

Ve své práci budu postupovat v různých historických obdobích chronologicky od dob nejstarších až po současnost. To znamená od starověku přes antiku, středověk a novověk až po současnost. V každém tomto historickém období budu prezentovat významné představitele této doby, jejich učení a směry, které měly vliv na jejich následovníky a vůbec vliv na společenské smýšlení o duševně nemocných té doby.

K tomu samozřejmě patří i slovník té či oné doby (např. šílenství).

Je to terminologie, která je dnes již zastaralá a nepoužívá se. Ne, že by tyto termíny zmizely, jen se nahradily jinými termíny, které jsou pro dnešní dobu z pohledu společnosti více adekvátními, některé především proto, že jsou více humánní. Já ale ve své práci budu používat (většinou) tyto zastaralé termíny, protože jsou součástí té či oné doby a náležitě odráží ducha té doby. Čtenář mi jistě promine...

V této mé práci se budu opírat o odbornou literaturu. Jen namátkou bych zmínila některé autory, je to např. francouzský filosof a psycholog Michel Foucault, z českých je to např. Eugen Vencovský nebo Michal Černoušek. K tomu dále pro lepší formulaci budu také používat různé slovníky a encyklopedie, jako např. Psychologický slovník, Encyklopedický atlas psychologie aj.

Cílem mé práce je nastínit historické pozadí postojů k duševně nemocným lidem.

Dále pak také poukázat na předsudky a stereotypy o duševně nemocných, které přetrvávají ne desetiletí ale již století. Poukázat na to, že duševní nemoc člověka není

důvod ho vylučovat na okraj společnosti, že každý z nás má občas trápení a vyhledat odbornou psychologickou, psychoterapeutickou či psychiatrickou pomoc není ostuda. Že každý z nás je svým způsobem někdy neurotik, obsedant, hysterik či paranoik a že bláznit je zkrátka lidské.

Pokud to hodně přeženu a zjednoduším, tak jeden z největších a nejčastějších bludů je láska. Když je člověk zamilovaný, má o svém partnerovi nereálné představy o jeho dokonalosti, kráse ale především člověk vždy naivně věří, že tento nový partner je ten pravý až do konce jeho života. Po nějaké době, kdy zamilovanost přejde, člověk najednou prohlédne ze svého bludu a toto prohlédnutí je více či méně bolestné...

1.3 Formulace základních pojmů a klíčových slov

V této části bych chtěla vysvětlit a pojmenovat základní pojmy a klíčová slova této mé práce k bakalářské zkoušce.

Postoj:

Sklon ustáleným způsobem reagovat na předměty, osoby, situace a na sebe sama.

Postoje jsou součástí osobnosti, souvisí se sklony a zájmy osobnosti, předurčují poznání, chápání, myšlení a cítění. Postoje se získávají v průběhu života, především vzděláváním a širšími sociálními vlivy. Jsou všechny relativně trvalé a obsahují složku poznávací (kognitivní), citovou (afektivní) a konativní (behaviorální). Postoje lze měřit kvantitativně (škály) či analyzovat obsahově podle vztahu k hierarchii hodnot. Postoje jsou děleny podle různých kritérií na : a) citové, poznávací; b) kladné, záporné; c) verbální, neverbální; d) skryté, zjevné; e) silné, slabé; f) soudržné, nesoudržné; g) vědomé, nevědomé; h) individuální, skupinové; i) stálé, proměnlivé (Hartl, 2000, s. 442).

Termín postoj se nejčastěji objevuje ve spojitosti s pojmy **předsudek** a **stereotyp**.

Termín postoj patří k nejfrekventovanějším pojmům sociální psychologie. Jak známo, tento termín poprvé použili v odborném textu W. J. Thomas a F. Znaniecki. Mnozí autoři po nich pak definovali sociální psychologii jako „vědecké studium postojů“ (Novák, 2002, s. 7).

Starší autoři mají tyto názory:

„Postoj je mentální a nervový stav pohotovosti, organizovaný zkušeností a vyvíjející usměrňující či také dynamický vliv na reakce jedince vůči všem předmětům a situacím, s nimiž je spojen“ (Allport, 1935).

„Postojem individua k nějaké věci rozumíme jeho predispozice zřetelně vůči této věci jednat, vnímat, myslit a cítit“ (Newcomb, 1950).

„Postoje vytvářejí strukturu s hierarchickým uspořádáním“ (Asch, 1952).

„Postoj je tendence odpovídat buď kladně, nebo záporně na určité osoby, předměty či situace“ (Morgan, 1961).

(Citace dle Hyhlík; Nakonečný, 1977, s. 144).

Duševní nemoc:

Její podstatou je porucha duševních funkcí ve smyslu hyper-, hypo-, dysfunkce nebo úplné ztráty funkce. V nejstarších dobách byla považována za následek provinění proti bohům. Příznaky duševních chorob jsou podobné na celém světě, i když jsou modifikovány vlivem kultury, která má vliv na obraz nemoci (např. schizofrenici v USA se nejčastěji vydávají za sportovní nebo filmové hvězdy, v ČR za agenty tajných služeb nebo jejich oběti). Počet lidí s duševní nemocí se odhaduje na 1 až 2% v běžné populaci (Hartl, 2000, s. 346).

Dle údajů Světové zdravotnické organizace se každý z nás během svého života setká minimálně s jedním člověkem, který má těžkou duševní poruchu.

Závažné duševní nemoci bývají smrtelné, tzn. že psychiatričtí pacienti častěji volí v důsledku nemoci sebevraždu. Světová zdravotnická organizace také ve svých materiálech uvádí, že každý čtvrtý z nás během svého života vyhledá odbornou psychologickou či psychiatrickou pomoc.

„Společenský postoj k duševní nemoci nebyl nikdy jednoznačný a prodělával ve své dlouhé historii od předvědeckých počátků různé proměny“ (Černoušek, 1990, s. 40).

2 STAROVĚK

Duševní nemoci (choroby) představují problematiku tak starou, jak je stará sama kulturní historie medicíny vůbec. Výklad vzniku duševních chorob a stav péče o tyto duševně nemocné probíhal ve svém historickém vývoji vždy v souvislosti s filosofickými směry, přírodovědeckými znalostmi a kulturní vyspělostí každé jednotlivé etapy společenského vývoje lidstva.

„Ve společnosti prvotně pospolné s abstraktním náboženským názorem vzniká u lidí magické myšlení, jehož vedoucím obsahem byl afekt strachu před hněvem a zlobou nadpřirozených mocností a sil, které mohly vyvolat nemoc jak tělesnou, tak duševní a které bylo nutno usmířit – usmíření bohů “ (Vencovský, 1996, s. 11).

Existovalo přesvědčení že jediným faktorem, nezbytným pro vznik jakéhokoliv duševního onemocnění je posedlost člověka zlým duchem či démonem.

2.1 Vývoj zdravotnické péče o duševně choré

„Zdravotnická péče“ spočívala především v preventivním nošení magických ochranných symbolů (talismanů a amuletů), nebo v magickém či církevním obřadu, tzv. exorcismu, tj. v rituálním zařikávání a vyhánění zlých duchů (démonů) z těla ven.

V dalším vývoji lidské společnosti přetrvává magické myšlení, stejně jako zařikávání a symbolické vyhánění zlých démonů z těla nemocných, ale pozvolna vznikají zárodky pozdějšího lékařství. Jeho nejjednodušší počátky představuje lidové léčitelství.

Prvními takovými prostředky byly např. některé rostliny a jejich kořinky, kůra stromů, ale také látky živočišného původu, jako krev, tuk, vnitřnosti zvířat.

Během ještě dalšího vývoje se již začali vyskytovat jedinci, kteří se zaobírali léčitelstvím jako svým výhradním zaměstnáním. Tito lidoví léčitelé, tzv. šamani ovládali nejen své léčitelské povolání, ale navíc si také přisvojovali privilegované postavení rodového náčelníka.

„Šamanismus vycházel z kultu démonů a duchů a metodologicky se zaměřil na likvidování jejich škodlivého působení magickými rituály a obřady. Hlavním léčitelským ceremoniálem šamanů byl obřadní tanec, symbolická gesta, recitování zařikávacích formulí, zpěv kouzelných písní, doprovázený monotónními údery na buben apod., jak se s tím můžeme setkat u některých primitivních kmenů“ (Vencovský, 1996, s. 13).

Lidové léčitelství přešlo během dalšího vývoje lidské společnosti na kněze, jakožto profesionální prostředníky mezi jednotlivými bohy a lidmi. V rámci polyteistického náboženství pak dochází ke vzniku chrámového lékařství.

Teprve mnohem později přechází léčitelství a zdravotní péče o duševně choré z rukou kněží do rukou lékařů, tj. lidí, kteří již mají určité vědomosti a zkušenosti s léčením nemocných a věnují se lékařství jako svému profesionálnímu samostatnému povolání. Chrámy jsou již jen místem jejich působení a zde přijímají oběti a dary pro jednotlivé bohy, s nimiž dovedou být ve spojení.

2.2 Lékařství v různých zemích starověku

Vývoj zdravotní péče od primitivního léčitelství až po prvotní formy lékařství lze názorně sledovat na úrovni léčebné péče v Egyptě, Babylónii, Indii, Číně, Izraeli, Řecku, Římě a jinde.

Otázkou, kdy a kde vzniklo lékařství, se zabývali již učenci ve starověku. Velký Hippokrates na ní odpovídá: „Počátky lékařství přesně neznáme.“ Naproti tomu Galen, reprezentant třetího vrcholu řeckého lékařství, tvrdí: „Začátky lékařství sahají – prostě

řečeno – do doby, kdy lidé začali sbírat zkušenosti, což jako první učinili Egypťané a některé barbarské národy.“

Nebudeme se však blíže zabývat spornou otázkou, zda kolébkou lékařství bylo Řecko nebo Egypt. Na vysvětlenou je jen nutno dodat, že po vlně nesmírného obdivu ke starému Řecku, jako kolébce věd včetně medicíny, přišlo vystřízlivění. Množí se hlasy, které přičítají prvenství egyptskému lékařství. Lékaři starého Egypta jsou nesporně zakladateli vědecké lékařské literatury, která se nám dochovala především v papyrech s lékařským obsahem (Pollak, 1968)

Ale to už trochu předbíháme, pojďme tedy nyní zpátky k tématu, tj. k tehdejším zemím starověku:

2.2.1 Egypt

Představu o staroegyptském lékařství si lze učinit z průzkumu textů staroegyptských papyrů, které jsou nejcennějším zdrojem našich vědomostí o stavu kulturní vyspělosti a vzdělanosti starých Egypťanů.

Objeveny a rozluštny byly tyto papyry : 1) Papyrus káhunský

2) Papyrus Smithův

3) Papyrus Erbesův

Pro nás je nejdůležitější právě ten poslední papyrus – Papyrus Erbesův, protože jsou v něm obsaženy texty modliteb k zařikávání zlých duchů, způsobujících posedlost a tím duševní choroby, a že jsou v něm první zmínky o duševních chorobách vůbec.

Podle zachovaných dokladů existovali již v období Staré říše lékaři-fyzikové, kteří vykonávali své povolání ve shodě s úrovní tehdejších vědeckých znalostí a vzdělávali se na lékařských školách.

Vedle nich existovali již také „odborní lékaři,“ např. dvorní oční lékař, dvorní lékař břicha, dvorní strážce konečníku aj. (Vencovský, 1996).

V této době Staré říše žil IMHOTEP, první staroegyptský vynikající lékař-fyzik, který byl nazýván „dobrým lékařem bohů a lidí“ a později byl povýšen svým národem na boha lékařství.

Je však třeba poukázat na to, že ve starém Egyptě se už setkáváme s problematikou duševních chorob a se zdravotnickou péčí o takto nemocné.

Duševní choroby byly etiologicky vysvětlovány posedlostí zlým duchem.

Věřilo se, že vyléčení lze dosáhnout zařikáváním těchto duchů a modlitbami na posvátných místech, a proto duševně choří byli přiváděni do chrámů, v nichž byli léčeni v bezprostřední přítomnosti bohů tzv. chrámovým spánkem (Vencovský, 1996).

Nemůže být tedy sporu, že toto jsou první způsoby léčby spánkem, vyvolané davovou sugescí nebo eventuálně hypnoticky.

2.2.2 Babylónie

Babylónské lékařství vycházelo z učení o makrokosmu a mikrokosmu. Vše, co se dělo na zemi, bylo jen odrazem toho, co se dělo na nebi.

Babylónská medicína vycházela dále z předpokladu, že žijící lidé se skládají z hmotného těla a nehmotné duše, která sídlí v těle po dobu života člověka.

Podstata tělesných ale i duševních chorob byla uváděna ve vztah se zlými duchy, kterých bylo tolik, kolik bylo tehdy známých nemocí. Každá nemoc tedy vznikala posedlostí určitým démonem.

Prostředníkem mezi nemocným a bohem byl i v Babylónii kněz - lékař, který náboženským obřadem bohy usmiřoval a v zastoupení nemocného žádal, aby bohové odpustili nemocnému jeho hříchy a sňali tak z nemocného trest, tj. nemoc.

„Pro zdravotnickou péči o duševně choré však nepředstavuje babylónské lékařství nějaký zásadní mezník a zdá se, že i v kulturní historii lékařství zemí tzv. starého Orientu nedosáhlo babylónské lékařství výše medicíny staroegyptské“ (Vencovský, 1996, s. 27).

2.2.3 Indie

O staroindickém lékařství se nám zachovaly zprávy v knihách světských a náboženských předpisů, zvaných védy.

Védy jsou psané sanskrtským jazykem a jsou v nich obsaženy také lékařské texty.

Tělesné nemoci vznikají jako trest za hříchy spáchané v dřívějším životě, naproti tomu duševní nemoci jsou způsobovány nadpřirozenými silami, tj. zlými duchy a démony, kteří, pokud jsou rozezleni, vstoupili do těla člověka a posedli jeho rozum (Vencovský, 1996).

Staří Indové rozeznávali několik forem duševních chorob. Mimoto rozeznávali několik démonů, kteří vyvolávali přímo specifické příznaky psychotické.

Slavní staroindičtí lékaři nám zanechali popis vzniku epilepsie. Podle nich epilepsie vzniká tehdy, jestliže tři základní tělesné látky, tj. vzduch, hlen a žluč, se špatně v lidském těle promísily a nesmíšený postupovaly cévami do srdce, což mělo za následek epileptické křeče a bezvědomí. (Život člověka byl podmíněn existencí tří tělesných látek, a to vzduchu, hlenu a žluče).

Léčba duševních chorob prodělala i zde stejný vývoj, tj. od nadpřirozených zásahů k zákrokům přirozenějším.

V pozdější epoše staroindické medicíny byly duševní choroby již léčeny více s ohledem na možné příčiny, které je vyvolaly. Např. duševní choroba vzniklá z nevhodné stravy byla léčena lehkou dietou.

Obecně se doporučovalo v průběhu léčby jednat s duševně nemocným laskavě, vlídně a s porozuměním.

Pokud se tedy týká zdravotnické péče o duševně nemocné, nutno vyzvednout, že staroindičtí lékaři jako první pochopili význam a moc mluveného slova a psychotherapeutickou sílu vzbuzování kladných emocí u nemocného a zdůrazňovali lidský přístup k duševně chorému.

2.2.4 Čína

Tradiční čínská medicína tkví svými kořeny v nábožensko-filosofické koncepci dvou prapřincipů jin a jang a s nimi spojené představě o lidském těle. Obě tyto prasiný, které řídí celý vesmír, mají bipolární charakter a zároveň se doplňují. Císař Fu-si prý první poznal a popsal význam těchto prapřincipů.

Jin, ženský princip, je pasivní, záporný, studený, prázdný, zpátečnický, destruktivní.

Přísluší mu Země, Měsíc, tma, vlhkost a smrt.

Jang, mužský princip, je aktivní, kladný, jasný, teplý, silný, produktivní a konstruktivní.

Patří mu nebe, Slunce, světlo, teplo a život.

Rovnováha v kosmu stejně jako zdraví jednotlivce je závislá na harmonii mezi principy jin a jang; nesoulad mezi nimi pak vyvolá nemoc (Pollak, 1968).

Vysvětlování podstaty a vzniku duševních chorob, stejně tak jako vysvětlování mechanismu léčby těchto chorob se dělo i zde podle pravidla : „Ognoti per ignotius

explicatio,“ tj. neznámé, nadpřirozené a nepochopitelné bylo vysvětlováno ještě neznámějším a nadpřirozenějším (Vencovský, 1996).

Nadpřirozené stavy tedy mohly být léčeny zase jen nadpřirozenými způsoby, tj. magickými rituály, náboženským ceremoniálem, zaklínacími formulemi a prosbami k bohům.

Náboženský obřad byl zesilován natíráním těla duševně nemocného zapáchajícími mastmi, aby byl démonu pobyt v těle duševně chorého zneprzyjemněn a tělo posedlého opustil.

Vidíme tedy, že zdravotnická péče o duševně choré byla ve staré Číně na obdobné úrovni jako u starých Egyptanů, Babylónanů, Indů, tj. že lékařství bylo úzce spjato s náboženstvím.

2.2.5 Izrael

Výklad podstaty a vzniku chorob, jak tělesných, tak duševních, je jednoznačně podán ve Starém zákoně (v knize Deuteronomium), kde je naprosto jasně tlumočeno, že každý, kdo nebude poslouchat výhradně svého jediného Boha – Hospodina, bude postižen za trest pomnutím smyslů.

A na jiném místě Starého zákona je opět zdůrazňováno, že šílenství bude trestem božím všem nepřátelům židovského národa, kteří by jej chtěli zničit.

Vidíme tedy, že židovský Bůh – Hospodin byl jedinou nadpřirozenou osobou, která rozhodovala o zdraví a nemoci svého vyvoleného národa. Bůh – Hospodin byl jediným soudcem a jediným lékařem, tresty buď uvaloval, tj. nemoc, anebo tresty promíjel, tj. uzdravoval. Démoni na sebe pouze vzali podobu hněvu Hospodinova.

Teprve až v Talmudu, židovském zákoníku a sbírce výkladů světských i náboženských nařízení, nacházíme názory zcela odlišné.

Duševní choroby zde již nejsou vykládány hněvem božím nebo jinou nadpřirozenou příčinou, ale jsou vykládány a chápány humorálně a léčit tyto choroby je oprávněn lékař, nikoliv kněz.

Nanejvýš zajímavé je upozornění (dle ustanovení Talmudu), že osoby trpící epilepsií anebo duševními chorobami nejsou zodpovědné za své činy, a proto nemohou být soudně stíhány a potrestány.

Tento názor představuje na svou dobu vysoce pokrokový právní předpis, k němuž se např. v evropském lékařství došlo teprve mnohem později.

2.2.6 Řecko

Ve své nejstarším období se vyvíjelo lékařství a zdravotnická péče v Řecku pod vlivem lékařství staroegyptského, babylónského.

Ve starém Řecku bylo lékařství rovněž pod výhradním vlivem náboženství. Řekové své bohy pouze více zlidšťovali, takže měli jak krásné, tak i stinné stránky lidských povah a od lidí se lišili jen svou mocí a nesmrtelností.

Podle nejstarších starořeckých mytologií byl za boha lékařství uctíván **Asklépios**, který dovedl vyléčit všechny nemocné, ale dovedl také křísit mrtvé. Asklépios přešel natrvalo do tradice starořeckého lékařství, takže lékařům - kněžím se pak obecně říkalo „asklépiovci.“

Ti šířili dále jeho kult a při některých chrámech zasvěcených Asklépiovi zřizovali pro nemocné útulky, zvané asklépiony.

Nemocní byli léčeni chrámovým spánkem, ve snu se jim zjevoval Bůh Asklépios, který je buď hned uzdravil, anebo jim uděloval rady, jak si mají počínat, aby se uzdravili.

Chrámové léčení spočívalo v sugestivním působení na nemocné, založeném na neotřesitelné víře v léčivou moc Asklépia. Ovšem léčení bylo v rukou privilegovaných kněží, kteří také jediní byli oprávněni vykládat nemocným význam jejich snů a provádět ostatní nábožensko-léčebný ceremoniál.

Vyléčením z nemoci bylo milostivým darem uraženého boha a projevem jeho bytí, moci a vlády nad člověkem (Vencovský, 1996).

Řekové však dlouho nezůstali v zajetí své medicínské mytologie.

Začaly se vytvářet a šířit nové přírodovědecké koncepce, které výrazně ovlivnily vývoj řeckého lékařství.

„ Řečtí filosofové dovedli pozorovat a sbírat fakta, a dokonce i experimentovat, přičemž filosoficky racionálně a konkrétně mysleli a přírodní jevy vysvětlovali v jejich souvislostech, oproštěni od nadpřirozeného náboženského myšlení “ (Vencovský, 1996, s. 47).

Nyní si představíme některé významné filosofy - lékaře té doby.

Tháles (624 - 547 př. n. l.) byl prvním reprezentantem nového filosofického směru, jenž svými matematickými výpočty předpověděl zatmění Slunce a sestavil první kalendář.

Anaximandros (610 – 546 př. n. l.), který mimo jiné vysvětloval původ člověka (proti všem náboženským představám) vývojem pralidí ze živočichů jiného druhu.

Pythagoras (570 – 496 př. n. l.) nevynikl pouze jako matematik, ale byl také prvním řeckým filosofem, který prohlásil, že „mozek je sídlem rozumu a duševní činnosti.“

Empedoklés (asi 493 – 433 př. n. l.) obohatil pojem hmoty kvalitativně, a to učením o čtyřech základních pralátkách, za které považoval zemi, vodu, vzduch a oheň. Lidské tělo se podle něj skládá ze čtyř základních tekutin, a to krve, hlenu, bílé žluči a černé žluči.

Hippokrates (460 – 377 př. n. l.), největší starořecký lékař a zakladatel vědeckého lékařství, jehož názory na vznik, podstatu a léčení nemocných dlouho nebyly předstiženy a jehož vědecká koncepce v lékařství dlouho přežívala, až do konce středověku.

Hippokrates svou koncepcí medicíny potřel mystické, náboženské a nevědecké představy o člověku ve zdraví a v nemoci a příčinu chorob nehledal v nadpřirozených silách, ale ve vnitřních podmínkách lidského života a ve vlivu vnějšího prostředí a zevních podmínkách člověka.

Chápal lékařství jako speciální vědění o vzniku, průběhu a zakončení chorob.

Tvrdil, že je třeba léčit celého nemocného, nikoliv jen nemoc.

Hippokratem vrcholí starořecké lékařství a doby zvaná jako „éra Hippokratova“ představuje historický mezník, který nám dovoluje rozdělit starořecké lékařství na období předhipokratovské (tj. nevědecké) a období pohippokratovské (tj. čerpající z jeho vědeckého odkazu a dále se rozvíjející).

Hippokratovy představy o životě jsou odvozeny z jeho filosofického učení o čtyřech tehdy známých živlech, a to ohni, vodě, vzduchu a zemi. V lidském těle tomu odpovídají čtyři základní látky : krev, hlen, žlutá žluč a černá žluč. Jestliže jsou uvedené čtyři tělesné tekutiny v harmonickém souladu, pak lidské tělo a i člověk je zdrav.

Převládá-li však některá z těchto tekutin nad ostatními, pak vzniká nemoc.

Hippokrates dále rozděluje lidi podle jejich temperamentu na : sangviniky – při nadbytku krve, choleryky – při nadbytku žluté žluče, melancholiky – při nadbytku černé žluče, flegmatiky – při nadbytku hlenu. Nutno dodat, že toto označení temperamentů přetrvalo do dneška. Většinu Hippokratovských termínů používá psychiatrie dodnes.

Od Hippokrata např. také pochází termín hysterie. Hippokrates byl prvním lékařem duševních chorob, jehož postřehy mají do jisté míry platnost až do dnešní doby.

Léčení duševních chorob přizpůsobil Hippokrates své humorální koncepci. Jeho hlavní terapeutickou zásadou bylo odstranit z těla nemocného nadbytek některé z hlavních čtyř tělesných šťáv. Dociloval toho pouštěním žilou, projímadly a dávidly.

„Hippokrates zahájil slavnou tradici řeckých lékařů a jím také vrcholí řecký klasicismus v medicíně, jevící zřetelnou biologickou linii, tak charakteristickou pro jeho vědeckou koncepci v lékařství“ (Vencovský, 1996, s. 55-56).

Od vystoupení Hippokrata je celé následující období téměř 300 let údobím stagnace, postrádající větší objevy v lékařství.

Po Hippokratovi následovali další velcí filosofové a myslitelé, byli to Sokrates (469 – 399 př. n. l.), Platón (427 – 347 př. n. l.) a Aristoteles (384 – 322 př. n. l.)...

2.2.7 Řím

Lékařství ve starém Římě, až do příchodu řeckých lékařů ve 2. století př. n. l., spočívalo na nevědeckých základech.

Vědecké lékařství převzali Římané od Řeků, takže zdravotnická péče starých Římanů byla v podstatě lékařstvím řeckým.

Prvními lékaři ve starém Římě byli tedy Řekové a rovněž i později většina římských lékařů, kteří vynikli, byli Řekové a jen malá část lékařů byli Římané, píšící latinsky.

Nejslavnějším římským lékařem byl **GALÉNOS** (130 – 200 n. l.).

Galénův význam tkví především v anatomii a fyziologii.

Přesto, že pitval výhradně zvířata, jeho anatomické názvosloví přetrvalo věky a je trvalou součástí každé moderní učebnice anatomie.

Byl literárně plodným vědcem a zanechal po sobě asi 500 lékařských pojednání.

V některých názorech na podstatu duševních chorob stojí Galénos na pozicích funkčně biologických, jinde je idealistou.

V psychiatrii svým promícháním Hippokrata a Platóna vytvořil spíše zmatek a mnohé jeho závěry mají cenu čistě teoretickou a akademickou.

Navíc se u Galéna objevuje samolibost a ctižádostivost, když např. mnohá již známá pozorování uvádí jako nová a připisuje je sobě.

Galénem končí dějiny římského lékařství.

Necelých 300 let po jeho smrti se rozpadá římská říše a v Evropě dochází k úpadku vědeckého poznání, jež pak trvá prakticky celé tisíciletí.

Závěrem lze tedy říci, že ve starověku se tělesné i duševní choroby vysvětlovaly jako posedlost zlým démonem či duchem, jako projev nemilosti boha či bohů, jako něco nadpřirozeného, něco co nelze racionálně uchopit, ale naopak se proti tomu musí bojovat též nadpřirozenem, magickými rituály a ceremoniemi.

Teprve až později se upouští od bezvýhradného vysvětlování tělesných i duševních chorob následkem zásahu „vyšší moci“ a od nevědeckých postupů v léčení duševně chorých. Jak už bylo uvedeno, počínaje Hippokratem se léčitelsví a zdravotnická péče o duševně choré pozvolna mění z nevědecké na vědeckou.

V lékařství se rozvíjí především poznatky anatomické (Galénos), dále pak teorie o čtyřech základních šťávách v lidském těle (krev, hlen, žlutá žluč a černá žluč), o čtyřech základních temperamentech (sangvinik, choleric, flegmatik a melancholik) a čtyřech živlech ovlivňující člověka (voda, vzduch, země a oheň).

Ve starověku už také můžeme pozorovat začátky psychoterapie. Např. Hippokrates zdůrazňoval, že s pacientem se má jednat vlídně a s úctou a že komunikace jako taková má léčebné účinky. Také tzv. chrámová léčba spánkem je zřejmě předvznikem mnohem pozdější psychoanalýzy a hypnózy Sigmunda Freuda.

3 STŘEDOVĚK

„Evropský člověk má od hlubokého středověku vztah k čemusi, co neurčitě nazývá Šílenstvím, Slabomyslností, Pomateností“ (Foucault, 1994, s. 7).

Počátky soustavného a systematického zájmu o chorobné duševní jevy a chorobnou psychiku vůbec lze zodpovědně klást do období středověku.

Mnohdy se hovoří o středověku jako o nejčernější kapitole z kulturní historie lékařství.

Náplň kulturního života středověku tvořila církev, která v té době také byla jediným intelektuálním centrem.

Mocenské postavení církve by mohlo být otřeseno výroky a činy duševně nemocných osob, a proto duševně choří byli postaveni mimo rámec tehdejšího lékařství, nebyli pokládáni za nemocné a nepotřebovali proto ani léčení či jakoukoliv jinou zdravotnickou péči (Vencovský, 1996).

3.1 **„Kladivo na čarodějnice“ (Malleus Maleficarum)**

Duševně choří byli pokládáni za posedlé satanem a ďáblem, výskyt duševně chorých byl pouze dokladem existence padlých andělů, tj. ďáblů, kteří vstoupili do těla těchto ubohých lidí. Až do doby renesance platila výhradně jako oficiální nauka o vzniku a podstatě duševních chorob tzv. démonologie (Vencovský, 1993).

Nejostřejším kritikem a odpůrcem démonologické podstaty vzniku šílenství byl **Johann Weyer** (1515 – 1588).

Panská i církevní šlechta byla působením kritiků oficiální démonologické koncepce znepokojena a vyhlásila proto čarodějnictví a kacířskému myšlení boj.

Vznikla inkvizice, jejímž úkolem bylo tyto současné odpůrce démonologie zlikvidovat.

Dokladem toho je spis „Kladivo na čarodějnice“ (Malleus Maleficarum).

„Tento spis byl oficiální učebnicí inkvizitorů a představuje nejhrozivější a nejotřesnější dokument tehdejšího postoje církve nejen vůči tzv. čarodějům, nýbrž současně též vůči duševně chorým, kteří byli s naprostou samozřejmostí obviňováni z čarodějnictví, ze spojení s ďábly, z posedlosti démony a satanem “ (Vencovský, 1993, s. 64).

Malleus Maleficarum byl nejproslulejší papežskou bulou, vybízející k potírání čarodějnictví. Bula byla schválena a vydána papežem Inocentem VIII. v Římě dne 5.prosince 1484.

Hlavním autorem toho spisu byli **Heinrich Institoris a Jakob Sprenger**.

Papežem schválený a vydaný spis obou uvedených autorů vedl k masovému pronásledování tzv. čarodějnic, které se nakonec zvrhlo v „hon na čarodějnice,“ navíc i s jejich předchozím mučením.

„Inkvizičním tribunálem obžalovaný muž nebo žena, kteří si nebyli vědomi žádné viny a před tribunál se často dostali udáním neznámé osoby, se nemohli přiznat k čarodějnictví anebo k posedlosti s démony. V těchto případech pak následoval další článek inkvizičního soudu, mučení, čili tzv. právo útrpné. Mučení prováděl kat a výpovědi vynucené na mučidlech zapisoval písař, který byl členem inkvizičního tribunálu “ (Vencovský, 1993, s. 64).

Mučení vynutilo z úst obžalovaných vše, co si fanatičtí náboženští inkvizitoři přáli, tj. důkazy o jejich spolupráci s ďábly.

Obvyklou formou mučení bylo natahování na válcový žebřík. Kat svázal obžalovanému ruce a nohy a otáčením válce bylo tělo mučeného natahováno až „k prasknutí.“ Ruce se běžně vykloubily v ramenou!

Jestliže toto mučení nepřimělo obžalovaného k přiznání se z posedlosti anebo k provádění čarodějnictví, přistoupil kat k pálení... Spousta mučených lidí zemřela přímo na mučidlech.

Předepsaný trest tradičním upálením byl však prováděn i na mrtvém těle. Upálení mrtvé či živé osoby bylo veřejné a tohoto rituálu se účastnily nejen úřední osoby, ale i početné obecnostvo.

Žen upálených jako čarodějnic bylo podstatně více než mužů.

Upálené ženy měly z valné většiny narušenou psychiku. Šlo o psychopatologické případy, od hysterických osob až po vysloveně duševně choré osoby, trpící bludy a halucinacemi. Inkvizitoři je nechali upalovat jako „d'áblovy služebnice“ a bludy a halucinace byly dokladem, že jejich ústy promlouvá d'ábel, s nimž jsou ve spojení (Vencovský, 1996).

„ Pochopitelně, že dílo Malleus Maleficarum nemohlo zůstat bez kritického odsouzení. Vyvolalo řadu zásadních odpůrců, jejichž ústy již promluvila svobodomyšlná renesance“ (Vencovský, 1996, s. 118).

Toto dílo byl vlastně výraz odporu tehdejší vládnoucí dogmatické ideologie vůči novému nezadržitelně nastupujícímu myšlenkovému směru, tj. proti renesanci.

Renesance vyhlásila boj proti pověrám v lékařství, proti čarodějnictví a démonologii. V renesanci se přihlásil ke slovu zdravý lidský rozum a začalo se kriticky pohlížet na církevní ideologii, vylučující jakoukoliv kritiku anebo návrhy k reformě a počala se razit nová cesta ze zajetí předsudků a dogmat.

Jedním z (pro psychiatrii nejvýznamější) představitelů tohoto nového myšlenkového směru byl Johann Weyer (zmíněn již dříve), který byl zároveň nejodvážnějším kritikem nechvalně proslulého Kladiva na čarodějnice. V roce 1562 napsal svoji neohroženou a obdivuhodnou knihu „O klamech démonů, o zařikávání a travičství,“ která byla zaměřená výslovně proti Malleus Maleficarum.

Již tehdy byl Weyer profesorem lékařství na univerzitě v Kolíně nad Rýnem.

Obrátil se tehdy na císaře Ferdinanda I., aby jeho knize udělil privilegium, což císař udělal, protože zastával rozumné stanovisko v otázce inkvizičního odsuzování čarodějnic a osob duševně chorých.

Weyerova kniha vzbudila hotové pozdvižení u tehdejší předrenesanční společnosti a stala se velmi oblíbenou a slavnou. To se samozřejmě nelíbilo církvi a dala proto jeho knihu na index zakázaných knih, tzn. že nesměla být čtena. Na Weyera byl uvalen II. stupeň bezbožnosti.

Jen pro představu bych uvedla některé pasáže z tohoto jeho díla :

„Vlečeš-li čarodějnic na hranici, je buď dosud ve svazku se satanem, anebo jí nekonečná milosrdnost boží již odpustila. V prvním případě ji nesmíš zabít, neboť bys zavraždil nevykoupenou duši. V druhém případě, kdo ti dává právo mučit její tělo, jestliže jí soudce všech soudců již odpustil!“

„Soudci by mnohem lépe zastávali své povinnosti, kdyby určili, aby otýpka a polena , na nichž nevinní lidé jsou upalováni, byly použity k užitečnějšímu účelu.“

„Nemám ničeho proti biskupům, ale nenávidím „požárové biskupy“ a jejich hordy, honící se za čarodějnicemi.“

„Povinnost mnichovou je určit jiné věřit, nikoliv však učit, jak jiné zabíjet.“

„Čarodějnice jsou duševně choré bytosti a mniši, kteří tyto ubohé bytosti mučí a týrají, jsou právě ti, kdož by měli být takto potrestáni.“

„Objeví-li se na člověku něco neobvyklého a nepřirozeného, pak jej odved' me především k lékaři.“ (citace dle Vencovského, 1993, s. 66-67).

Je tedy jasné, že tyto ostré kritiky a výsměch církvi nemohly zůstat bez následků.

Weyer se ale nedal zastrašit a napsal druhý odvážný spis „Dáblova monarchie lži.“

V tomto svém druhém díle, sarkasticky ostře zesměšnil církevní dogma o satanech.

S břitkou ironií zde předložil „zaručené dokumenty o satanově říši – z tajných pekelných archivů.“

Mraky kolem Weyera se zatahovaly stále více a více... Weyerovi byl zapálen dům, univerzita v Kolíně nad Rýnem se ho zřekla a zbavila profesury, Weyer byl obžalován z kacířství a před inkvizičním rozsudkem smrti uprchnul do vyhnanství, kde ve věku 72 let zemřel.

Weyer byl prvním lékařem, jemuž bylo naprosto jasné, že některé jedy, vpravené do organismu mohou vyvolat zmatenost, zrakové přeludy, tělesnou nehybnost nebo fantastické sny. Intoxikací těmito látkami si vysvětloval tzv. čarodějnictví a halucinace, iluze a bludy těchto čarodějnic.

Weyer byl také prvním deskriptivním psychiatrem, který klinickým pozorováním duševně chorých docházel k poznávání syndromů, mluví např. o megalomanické fantazii, sebeobžalovací fantazii, o pronásledovací fantazii.

Weyer také psal a mluvil jen o těch chorobných příznacích, které sám viděl a o nichž se mohl sám přesvědčit a doložit je vlastními zkušenostmi. Vždy kladl důraz na vlastní zkušenost a vlastní pozorování.

Weyer byl prvním, který si šel svou cestou, bez ohledu na doznívající způsob myšlení předrenesančního období. To podnítilo jeho další následovníky, aby pokračovali v kritice nevědeckých církevních dogmat a ďáblem, satanech a démonech. (Vencovský, 1996)

3.2 Počátky humanistického myšlení

Bylo by chybou domnívat se, že počínaje renesancí bylo lékařství hned pokrokové, že z něj vymizela všechna zaostalost. Nadále trvala nadvláda církve a šlechty, takže i inkviziční soudy přetrvávaly. Poslední čarodějnice byla upálena v Německu roku 1782! Teprve až po nástupu syna Marie Terezie, Josefa II. (1780 – 1790) na trůn byla jakákoliv soudní řízení s čaroději zakázána.

„Renesance se vyznačuje zřetelnými kritickými projevy odporu proti církevní hierarchii v medicíně, které se odrazily i v poskytování zdravotnické péče duševně chorým“
(Vencovský, 1996, s. 129).

V této době již vznikají první neklášterní azyly a nemocnice pro duševně choré.

První neklášterní azyl pro duševně choré byl zřízen roku 1403 u Londýna, známý jako Bedlam. Další neklášterní azyly vznikaly ve Španělsku, a to ve Valencii (1409), Zaragoze (1425), Seville (1436), Toledu a Valladolidu (1483).

V ostatní Evropě vznikaly tyto neklášterní instituce hlavně až v 16. století.

Nemáme bohužel přesné zprávy o tom, jak byli ošetřováni duševně choří v těchto azylech.

Jisté ale je, že v 15. století přispěl mohutný rozvoj měst k tomu, že se v otázce péče o duševně choré projevil nový sociální aspekt. Až do této doby nepožívali duševně choří žádné sociální a tím méně právní ochrany. Vždy byli společnosti jen na obtíž, byli z měst vyháněni a jestliže se vrátili, byli znovu vyháněni z měst. (Vencovský, 1996)

V 15. století se poprvé setkáváme s určitými pravidly a předpisy, jak s duševně chorými zacházet, platnými pro všechna velká evropská města.

Duševně choří již tedy nabývali jakési sociálně právní ochrany, která však nebyla motivována zájmem o jejich zdraví, ale tím aby nebyli společnosti na obtíž.

Např. bylo přikázáno příbuzným duševně chorých aby je třeba i násilím izolovali a uzavřeli v domě a jestliže se duševně chorý z této izolace vzdálí a dopustí se nějakých trestných činů, není za ně odpovědný on sám, ale jeho příbuzní.

I přesto však toto bylo určitým pokrokem a výrazem humanistického způsobu myšlení.

„Všechny nové myšlenkové proudy vyústily v 16. století v kulturu humanismu a renesance, která představovala světový názor nové společenské třídy – měšťanstva“
(Vencovský, 1996, s. 133).

Rodící se renesanční myšlení se začalo opírat o materialistické ideje v přírodních vědách, bojovalo s mystikou, scholastikou a náboženstvím. Rozvíjela se mechanika, matematika, astronomie, geografie a rovněž také lékařství.

Lékařství v této době nastoupilo na zcela nové cesty, byly do něj vnášeny vědecké principy, založené na zkušenostech, na studiu objektivního světa a na rozumu.

Medicína se začala vyvíjet v souvislosti s přírodními vědami a opouštěla pověry a nadpřirozený výklad vzniku duševních chorob.

Představitelem nejčistšího humanistického přístupu k duševně chorým byl **Juan Luis Lodovico Vives** (1492 – 1540).

Vives požadoval především lidský postoj k duševně chorým, který je podle něj stejně důležitý jako vlastní léčení. Doporučoval, aby u každého bylo nejdřív zjištěno, zda je duševní choroba vrozená či nikoliv. Léčit se má podle příčin, jež duševní chorobu vyvolaly. Jestliže je stav duševně nemocného beznadějný, pak je nutno usilovat alespoň o to, aby se choroba nezhoršovala, aby nemocný netrpěl výsměchem okolí a nebylo s ním hrubě nakládáno. Při léčbě duševně chorého je třeba postupovat individuálně.

Vives dále hlásal, že v duševně chorém je třeba vidět trpícího člověka, stejně jako v tom, kdo trpí tělesnou nemocí.

Své názory však bohužel Vives hlásal pouze deklarativně, aniž by je zrealizoval a uvedl do tehdejší lékařské praxe. Zůstal tedy jen v pozici reformátora, hlásajícího veřejnosti svůj lidský postoj vůči duševně chorým. (Vencovský, 1996)

3.3 „Lod' bláznů“

„Ve fantazijní krajině renesance se objevuje nový fenomén a rychle zaujímá přednostní místo – lod' bláznů“ (Foucault, 1994, s. 12).

Šíří se móda vyprávění o lodích vyplouvajících na daleké symbolické cesty.

Vznikají skladby: *Lod' knížat a šlechtických bitev* (1502), *Lod' ctnostných paní* (1503), existuje také *Lod' zdraví* a vedle ní také Brandtova **Narrenschrift** (1497).

Ale ze všech těchto satirických plavidel má jen *Narrenschrift* reálný podklad. Takovéto lodě naložené blázny a plující od města k městu skutečně existovaly.

Lod' bláznů přistávající u břehu byla pro evropská města častým obrázkem.

Dobrat se ale přesného smyslu tohoto zvyku ve středověku není lehké.

Mohlo by se zdát, že touto metodou se chtěli městské úřady zbavit šílenců potulujících se po městě, že jde prostě o všeobecnou metodu zbavit se těchto duševně chorých.

Naproti tomu ale stojí fakt, že ne všichni blázni byly vyháněni ven z města na tzv. *Lod' bláznů*. Někteří totiž byli přijímáni do špitálu, kde se o ně pečuje. Můžeme se tedy domnívat, že vyhánění byli jen cizinci, o své místní blázny se města starala.

Také zřejmě nešlo jen o společenský zřetel a bezpečnost občanů. Toto vyhánění, vyobcování a nalodování bláznů mělo i jiný význam – význam rituálu.

Voda jak známo odnáší pryč, ale také očišťuje (věřilo se, že plavbou lodí se může bláznům vrátit zpátky zdravý rozum). Mimoto z lodi není úniku, znamená tedy nejistou budoucnost. Nikdo neví, kde lod' přistane, nikdo nezná tu cílovou zemi, také nikdo neví, odkud přichází, když na ní vstoupí.

A samozřejmě, nalodění bláznů pryč z města byla jistě účinná praxe.

„Svěřit blázna námořníkům znamenalo jistotu, že už nebude donekonečna bloumat kolem městských hradeb, že zmizí někam daleko, odkud se nebude moci vrátit“

(Foucault, 1994, s. 15).

„Blázen na své šílené kocábce odplouvá do jiného světa a z jiného světa také připlouvá. Nalodování šilenců znamená přísnou dělicí čáru a zároveň absolutní Cestu“ (Foucault, 1994, s. 15).

Jedno je jisté: voda a šílenství jsou v obraznosti evropského člověka nadlouho spolu spjaty.

„ O této vzájemnosti hovoří pověst o Tristanovi, který, převlečen za blázna připlouvá k pobřeží Cornwall. V představách středověkých myslitelů bývá duše vykreslena jako křehká skořápka na moři žádostí. V dramatickém umění bylo šílenství jasně identifikováno s vodním principem: osud Ofélie i krále Leara naznačuje ztotožnění vody a duševní nemoci. I v literatuře bývá duševní nemoc silně poutána k vodnímu živlu – osud Viktorky, o níž vypráví B. Němcová, tyto asociace jenom připomíná.“ (Černoušek, 1994, s. 47).

„Lod' bláznů brzy přestala brázdit vodní cesty. Šilenci, pomatenci, vagabundi a maniaci, posedlí a nezkrotitelný zuřivci, tuláci a bezdomovci, lidé balancující na okraji existence, umírající vyvrženci stejně jako tápající propuštěnci z trestu – ti všichni začínají být nepohodlní. Brzy budou uzavřeny do špitálů, útulků, azylů, dobročinných institucí, za jejichž okny se budou skrývat, uvězněny v poutech předsudku a společenského opovržení, ty asociální pudy, jichž se modernější industriální společnost bude obávat a chtít se jich zbavit“ (Černoušek, 1994, s. 48).

3.3 Uvěznění duševně chorých

Onemocnět duševní chorobou bylo společenskou hanbou, nikoliv lidským neštěstím.

Ve všech městských zařízeních bývali duševně choří připoutáni okovy ke zdem a trávili svůj život ve špíně a strašlivých podmínkách.

Jestliže již nezuřili, byli vyvázeni v dřevěných anebo železných klecích na hlavní náměstí jednotlivých měst, kde byli ukazováni měšťanům a vystaveni veřejnému posměchu a týrání.

V některých státech středověké Evropy byli duševně choří dokonce umístováni v jakýchsi lesních rezervacích a bylo dovoleno je tam libovolně honit a zabíjet jako tzv. vlkodlaky.

Jindy byli duševně choří naloženi na pramici, do které zatékala voda, a byli puštěni po proudu řeky, ve které nakonec utonuli. (Vencovský, 1996)

Rozvoj psychiatrie byl oproti jiným lékařským oborům, které se vyvíjely mnohem intenzivněji, pomalejší.

Avšak i svět temna, do něhož byla psychiatrie zahalena, se začal vyjasňovat a renesance si zvolna našla cestu i do problematiky duševních chorob.

Hlavní zásluhu na tom měla univerzita v Basileji, na které bylo možno svobodně učit a rozvíjet lékařství v pokrokovém duchu a zároveň pěstovat nauku o duševních chorobách jakožto otázku medicínskou, nikoliv teologickou.

Významným představitelem tohoto směru byl profesor basilejské lékařské fakulty **Felix Platter** (1536 – 1614), po Weyerovi největší klinik renesanční psychiatrie a první tvůrce systematické klasifikace duševních chorob.

Platter se nejdříve věnoval jak normální, tak patologické anatomii.

Záhy však přešel výhradně k otázce duševních chorob a rozřídil je podle své koncepce na smysly zevní (zrak, sluch, čich, chuť) a na smysly vnitřní (myšlení, paměť, představivost, úsudek). Obě tyto skupiny funkčně spolupracují a výsledkem jejich spolupráce je mens – rozumová činnost lidská, jejímž ústředním orgánem je mozek.

Platter byl výborným deskriptivním psychiatrem a popsal některé zajímavé syndromy duševních chorob.

Etiologii duševních chorob dělí na příčiny zevní a vnitřní. U příčin vnitřních, tj. vrozených, upozorňuje na možnost dědičnosti, u příčin zevních, tj. získaných, klade důraz na otřesy a úrazy hlavy, horečnaté stavy, požívání omamných látek, pití opojných nápojů, stáří, překrvení mozku a jiné tělesné faktory, jimiž trpí funkce mozku.

(Vencovský, 1996)

Platterova terapie duševních chorob však nebyla ničím novým.

Jeho léčba spočívala převážně v podávání uspávacích, a když se dostavilo zlepšení, doporučoval koupele, masáže hlavy, tělesná cvičení a modlitby. Poslední léčebný faktor je nutno chápat, buď jako psychoterapeutický, nebo spíše jako taktický ústupek době.

Platter nebyl typem bojovníka jako revolucionář Weyer, ale byl ukázněným vědcem, typickým představitelem měšťanstva, které bylo nositelem vědeckého pokroku.

V době renesance se dále rozvíjela jakási zdravotnická péče o duševně choré a vzniká jakýsi pocit zodpovědnosti postarat se o ty duševně choré, kteří se pohybují na veřejnosti.

Finanční základ pro tuto veřejnou zdravotnickou péči tvořily odkazy, dary apod.

bohatých měšťanů. Těchto prostředků pak používala města k budování a rozšiřování stávajících azylů pro psychotiky.

V těchto četných městských azylech byli duševně chorí aspoň chráněni od ústrků a posměchů, s nimiž se běžně setkávali na veřejnosti.

Pochopitelně, že o nějaké léčebné péči nemůže být vůbec řeč, šlo především o to zaopatřit duševně choré jídlem a oblečením.

„Nebylo lékařů v dnešním slova smyslu a sortiment aplikované terapie se pohyboval od pouštění žilou, hladovek, žíznění, podávání projímadel a dávivých prostředků až k neočekávaným, psychicky šokujícím zážitkům, např. neočekávanému vhození do vody, výstřelu za hlavu apod. Navíc byly duševně chorým aplikovány mechanické omezovací prostředky, např. maska na obličej, koš na hlavu, roubík do úst, koše z nichž vyčnívala

jen hlava, drátěné klece, volně se pohybující při pohybu. Jindy bylo používáno hořícího pečetního vosku, který se nechal kapat volně na ruce duševně chorých a popálená místa se pak nechala zhnisat, přičemž bolesti s tím spojené a septické horečky měly utlumit vzrušenost a psychomotorický neklid“ (Vencovský, 1996, s.147).

Po celé 17. a 18. století se obecně duševní choroby léčily podle zásady: Duševně nemocný má být zkrocen hladem, bitím a okovy.

Bylo to bezcitné terapeutické řádění v pravém slova smyslu, které bylo během doby ještě rafinovaně „zdokonaleno.“

Dokud přetrvávaly všechny tyto nelidské praktiky, nebylo možno mluvit o pokroku v léčbě duševně chorých. Můžeme tedy proto tvrdit, že středověk v psychiatrii končí až počátkem 19. století, kdy bylo „terapeutické řádění“ konečně vymýceno.

3.4 Velké osvobození „z pout a okovů“

*„Radikální změna v nazírání na zdravotnickou péči o duševně choré, právem nazývána psychiatrickou revolucí, je nerozlučně spjata se jménem **Philippa Pinela** (1745 – 1862)“ (Vencovský, 1996, s. 168).*

Jeho kritiky mířené proti pseudohumanismu v psychiatrii jsou nejen mezníkem, ale také velkým skokem vpřed v poskytování péče a ochrany duševně chorým.

Pinel byl pověřen, aby provedl reformu zdravotnické péče o duševně choré v Paříži.

Do své funkce nastoupil 11. září 1793 a ještě toho dne, nedbaje na výhrady a námitky, osvobodil prvních 12 duševně chorých, umístěných v podzemních kobkách věznice v Bicetre. „Šňal jim okovy a vyvedl je ven na vzduch a slunce.“

O dva roky později provedl něco podobného i ve věznici v Salpetriere, kde byli v obdobných podmínkách umístěny duševně choré ženy. I zde zavedl lidsky důstojný ošetrovatelský režim.

V obou těchto zařízeních strávil Pinel celý svůj život v neustálém styku s nemocnými.

Ústav po duševně choré si Pinel představoval jako samostatnou organizační jednotku s posláním nejen léčebným a ošetrovatelským, ale i výukovým.

Psychiatrický ústav musí být dostatečně velký, aby bylo možno oddělovat od sebe pacienty podle druhu jejich potíží, např. oddělení pro neklidné a vzrušené psychotiky, oddělení pro klidné nemocné, oddělení pro senilně dementní, oddělení pro rekonvalescenty atd.

Pinel zdůrazňuje, že s nemocnými se má jednat nesmlouvavě ale vlídně, ze zkušenosti vyzoroval, že hrubým jednáním a příliš tvrdým omezováním se dosáhne pouze toho, že pacient zahořkne a na léčbu nereaguje. Také kladl důraz na izolování duševně chorého od jeho domácího prostředí, které mnohdy působí rušivě na průběh nemoci.

Pinel systematicky propracoval nový způsob léčby duševně chorých, a to „léčbu prací“. Přičemž přihlížel k věku duševně chorých, k pohlaví, povolání, tělesnému stavu, klinickým příznakům duševního onemocnění.

Pinel se rovněž zabýval statistickým průzkumem duševních chorob a poukázal mimo jiné na to, že na jaře a na podzim dochází ke zvýšenému výskytu depresí, které u téhož jedince probíhají periodicky.

Pinel kladl důraz na podrobný popis všech psychopatologických příznaků, na jejich chorobopisnou dokumentaci a na komplexní sledování průběhu celého onemocnění, od jeho počátku až k jeho zakončení. (Vencovský, 1996)

Zdravotnickou péči o duševně choré pokládal Pinel za záležitost veřejné zdravotní správy, nikoliv za záležitost charitativní.

Souhrně lze říci, že Pinel definitivně odpoutal psychiatrii od metafyzicko-spekulativních výkladů etiologie psychóz. Že prokázal, že duševní choroby jsou léčitelné a že nejlepší léčebné prostředí představuje psychiatrická nemocnice, organizačně dobře členěná, přičemž reforma péče o duševně choré musí být záležitostí státní zdravotní správy, nikoliv záležitostí charitativní.

Ale to, čím je Pinel zapsán v našich srdcích nejvíce, je to, že odstranil vězeňský režim s pouty a okovy a že pro duševně choré prosadil stejné hygienicko-terapeutické podmínky, které až do té doby platily jen pro tělesně nemocné.

Anebo snad ne?

Byl Pinel opravdu takovým revolucionářem a humanistou, který osvobodil tyto nebohé duševně choré z jejich bídného života v poutech a hrozivých hygienických podmínkách?

Podle Černouška je tato legenda o velkém revolucionáři Philippu Pinelovi polopravdou a téměř vědeckou pohádkou.

„Zilboorg jednou Pinela nazval revolucionářem a od té doby toto označení všichni další autoři skript a učebnic vesele opisují jeden od druhého.“ (Černoušek, 1994, s. 49).

Např. Foucault píše: Proslulý je příběh osvobození bláznů v Bicetre: vězňům v kobkách mají být sejmuta pouta; špitál navštěvuje Couthon, aby se přesvědčil, že se tam neskrývají nějaké podezřelé osoby; ačkoliv se před tímto „mrzákem na nosítkách z mužských paží“ každý chvěje, Pinel mu vykročí směle vstříc. Moudrý a neochvějný lidumil se střetá s paralytickým monstrem. Pinel ho ihned zavedl do oddělení nepokojných; cely na něj zapůsobily otřesným dojmem. Snažil se nemocných vyptávat. Od většiny se mu dostalo pouze nadávek a hrubostí. Pokračovat v šetření nemělo smysl. Obrátil se k Pinelovi: „Nezbláznil ses ty sám, občane, že chceš pustit na svobodu takováhle zvířata?“ Pinel mu klidně odpověděl: „Jsem přesvědčen, občane, že jsou tak nezvládnutelní právě jen vinnou toho, že jim chybí vzduch a svoboda.“ – „No budiž, dělej, jak myslíš, ale bojím se, abys na to přesvědčení nedoplatil.“ Nato odnesli Couthona zpátky do kočáru. Vše se ulehčilo; vydechli si; velký lidumil se dal ihned do díla.

Z ohromného počtu uvězněných, Pinel osvobodil pouze 12 lidí, ne více, ne méně. Pouze jen 12 lidí a to je zanedbatelný zlomek z těch všech uvězněných duševně nemocných.

„Následný vývoj psychiatrie ovšem Pinela ověřil legendou humanistického revolucionáře, který vystavil duševní nemoc slunečnímu svitu, pomatenost pravdě a šílenství podrobil komplexní terapii, nazvané morální léčba“ (Černoušek, 1994, s. 51).

Když si uvědomíme další okolnosti slavného osvobození duševně nemocných, zjistíme, že se nejednalo o čin motivovaný nejen výhradně humanistickými ideály, ale také nutností zjednat podmínky pro možnosti vědeckého pozorování šílenství. Těžko přeci můžeme systematicky sledovat něco, co se v subhumánních podmínkách ukrývá ve tmě v podzemí a navíc spoutané řetězem.

Příběh osvobození šílenců je ale tak krásně banální a naivní, tolikrát opakovaný a tak dramaticky stylizovaný, že i nám nezbyvá, než ho znovu a znovu opakovat...

(Černoušek, 1994)

Na konec této velké kapitoly bych chtěla ještě dodat, že ve středověku byly známy dva okruhy duševních nemocí, pod které se řadily všechny ostatní projevy „šílenství.“

Byly to 1. mánie a melancholie

2. hysterie a hypochondrie

Nepokládám ale za nutné více se soustředit na rozbor těchto termínů, protože si myslím, že jsou to termíny tak jasné a známé, že opravdu netřeba se tímto více zabývat...

Jistě, bylo by zajímavé sledovat vývin těchto pojmů v historických souvislostech středověku, ale bohužel toto není záměrem mé bakalářské práce.

4 NOVOVĚK AŽ SOUČASNOST

V 19. století se psychiatrie stává lékařskou vědou.

„Kam se psychiatrie jako nový obor zařadí, bylo zpočátku ještě otevřené. Vedení ústavů zaměstnávalo vedle lékařů také učitele, lékárníky, duchovní, filozofy, právníky, obchodníky. V ústavech také pracovali propuštění vojáci, odsouzení s podmíněným i nepodmíněným trestem, nezaměstnaní nebo zruinovaní sedláci, zemědělci nebo řemeslníci“ (Dörner; Plog, 1999, s. 285).

Konec 19. století je obdobím největších pokroků v medicíně.

Humanistické postoje a víra v pokrok byly v 19. století spojeny s přírodovědeckým a protifilosofickým myšlením.

Stalo se humánním chápat duševní nemoc jako tělesné onemocnění. Pacienti tak byli osvobozeni od pocitů viny z náboženského a morálního selhání.

Odpovídajícím způsobem se vůči pacientům proměňují terapeutické postoje, probouzející především diagnostický, klasifikační a popisně psychopatologický zájem. (Dörner; Plog, 1999)

19. století připravuje živnou půdu pro století 20., které můžeme právem považovat za zlomové v psychiatrii i psychoterapii.

Jaké tedy byly ty průlomové změny, které nastaly ve 20. století?

Myslím si, že není mnoho těch, kteří by alespoň nezaslechli o zakladateli moderní psychoterapie, legendárním Sigmundu Freudovi a jeho psychoanalýze...

4.1 Zakladatel moderní psychoterapie „Sigmund Freud“

Sigmund Freud se narodil 6. května 1856 v Příboru na Moravě. Měl židovské předky.

V roce 1860 se Freudova rodina natrvalo stěhuje do Vídně. Zde také mladý Freud začíná se studiem na gymnáziu. Po gymnáziu se rozhoduje o budoucím studiu, nejprve má v úmyslu studovat práva ale nakonec se rozhodne pro studium medicíny.

V roce 1881 končí studium a chce se věnovat dráze vědce. Všeobecné lékařství ho vůbec neláká, zato se mu líbí neurologie...

Než si mohl Freud otevřít soukromou praxi, musel podstoupit dlouhodobé školení v oboru klinické medicíny ve vídeňské všeobecné nemocnici.

V roce 1883 Freud pracuje na psychiatrické klinice pod vedením Theodora Meynerta (1833 – 1892), který byl ve své době nejvýznačnějším neuropatologem zkoumajícím mozek. Meynert přesvědčil Freuda, aby se specializoval na neuropatologii – vědu zabývající se nemocemi nervové soustavy.

V roce 1884 Freud studoval účinky kokainu jako antidepresivum a „neškodné anestetikum.“ Freudův kolega Carl Koller si ale jako první činil nárok na objev kokainu. Naštěstí pro Freuda se v roce 1886 všude začaly objevovat zprávy o škodlivosti a závislosti na kokainu...

V roce 1885 Freud získal grant na studium v Paříži u Jeana Martina Charcota (1825 – 1893), světově proslulého neurologa.

Zde se Freud začíná zabírat hysterií. Mělo se za to, že hysterie se projevuje pouze u žen a že příčinou hysterie je „podráždění“ ženských pohlavních orgánů.

Charcot odmítá tradiční diagnózu, hysterii má za neurózu a zpochybňuje jí i jako výlučně ženskou záležitost. Charcot také dále uvádí podobnost mezi hysterií a hypnotickým stavem, úspěšně lze tedy hypnotizovat jen hysterickou osobu.

Freud se ptá po psychickém sexuálním původu hysterie, ale to Charcot odmítá.

V roce 1886 si Freud otvírá soukromou neuropatologickou praxi a setkává se se svými prvními hysteriky.

Zkouší hypnózu a sílu sugesce a dochází k závěru, že hypnóza působí i na normální lidi, nejen na hysteriky.

Později upouští od hypnózy a v roce 1892 Freud poprvé používá pohovku a „metodu tlaku,“ zjišťuje že může pacienty přimět k soustředění i bez hypnózy.

Metodu tlaku ale nakonec taky opouští a přichází s něčím úplně novým, do té doby neznámým – s metodou volných asociací. Tato metoda byla naprosto převratná.

Pokud je hysterie obranou proti nepříjemným myšlenkám, tak symboly, které vyvstávají z nevědomí pacienta jsou pomocí volných asociací vodítkem k objevení potlačených vzpomínek z dětství a k jejich následné úlevě.

Pacient může říkat cokoli ho napadne, než se dobere té správné potlačené myšlenky. Freud zdůrazňuje, že je nutné být trpělivým, protože pacientův odpor je jen pokusem oddálit vynoření potlačeného materiálu.

Pak když pacient spolu s terapeutem nalezne pravou příčinu svých potíží, si tuto potlačenou (traumatickou) vzpomínku pojmenuje, znovu odžije a vyléčí se.

V roce 1896 umírá Freudův otec. V tomto období krize a sebeanalýzy začíná Freud psát studii „Výklad snů.“

Na základě analýz svých vlastních snů a jeho pacientů dochází k závěru, že ve snech se nám zjevují naše skryté tužby a přání, především sexuálního charakteru. Tyto přání jsou tak dobře skryté a maskovány za různé symboly, že si člověk ani nemusí uvědomit, že přání v jeho snu bylo sexuální.

Maskované obrazy skrytých myšlenek vešly v obecnou známost jako „**freudovské symboly**.“ Předmět, který vyvolává představu proniknutí, např. meč, puška, deštník, had, může symbolizovat penis. Předměty podobající se nádobám, např. krabice, jeskyně, mohou symbolizovat vaginu.

To čím je ale Freud převratným, je jeho objevení nevědomí.

Freud dělí mysl na dvě části:

1. **předvědomí**, jež obsahuje všechny myšlenky a vzpomínky, které se mohou stát vědomými

2. **nevědomí** tvořené touhami, nutkáními nebo přáními většinou sexuální a někdy i destruktivní povahy

Freud označoval toto primární úsilí o naplnění touhy také výrazem **princip slasti**.

Proti němu stojí tzv. princip reality.

Další velice známý freudovský termín je tzv. chybný výkon, což je oficiální termín pro slavné „**freudovské přeřeknutí**.“ To se vztahuje k chybným výkonům v řeči, písmu nebo vzpomínce, k nimž dochází v běžném životě. Tyto chyby jsou symboly nevědomých postojů a přání. V mysli nejsou žádné chyby!

Sexuální historie jedince začíná při narození. Každý člověk se rodí vybaven základním pudem zvaným **libido**.

Pohlavní pud má duševní i tělesné rysy:

1. vnitřní organický **zdroj** vzrušení
2. množství či **tlak** vzrušení
3. **cíl**, jímž je dosažení pocitu slasti odstraněním tlaku
4. **objekt**, což je věc nebo osoba, jež má napomoci dosažení cíle

První zóna: **orální stádium** – primárním uspokojením je jídlo a slast ze sání.

Druhá zóna: **anální stádium** – dítě zakouší slast ze „zadržení“ či z „vyprázdnění.“

Třetí zóna: **falické stádium** – ve věku tří až čtyř let dítě zakouší slast z dráždění vlastních genitálií. Protože se ale díky tomu neshledává s kladnými emocemi ze strany rodičů, nastupuje ve věku pět až šest let tzv. **Oidipův komplex**, což je vlastně chlapcův strach z vykastrování otcem a sexuální touha po matce.

U dívek není kastráční úzkost, jelikož už „vykastrovány“ jsou, ale zrodí se u nich pocit, který Freud nazval **záviděním penisu**. To se projevuje potlačenou incestní touhou po otci a nepřátelským postojem vůči matce.

Přibližně od šesti let až do puberty pohlavní pud zdánlivě mizí. Impulzy však zůstávají – ve své latentní podobě.

Sexuální vzpomínky na zmíněná tři stádia ovlivní budoucí asociace.

V konkrétním stádiu vývoje dítěte může nastat **fixace** libida.

Může rovněž nastat **regrese** k rané úrovni, což vede k různým formám dospělých neuróz. Neurotikové „uvízli“ v určitém druhu chování. Např. anální fixace se projevuje různými typy potlačovaného chování.

Fredova teorie sexuality mu přinesla světovou proslulost.

Freud zasadil „třetí revoluční ránu“ lidské pýše.

První revoluce (kosmologická): Země není středem vesmíru – Koperník (1473 – 1543).

Druhá revoluce (biologická): Člověk není dílem božím, ale zdokonalenou opicí – Darwin (1809 – 1882).

V letech 1902 – 1908 Freud přitahoval stoupence a průkopníky psychoanalýzy.

Tito první lékaři založili **Vídeňskou psychoanalytickou společnost**.

Jedním z nich byl i Carl Gustav Jung. Freud si Junga považoval jako svého syna a vkládal do něj své naděje, jako do následníka psychoanalytického hnutí.

Pro Freuda bylo také důležité, že Jung nebyl Žid, protože se obával, aby se z psychoanalýzy nestala židovská národní záležitost.

Nicméně se jejich cesty později rozešly.

Freud si všimnul dalšího terapeutického prvku, a to tzv. **přenosu**.

Pacient do terapeuta projektuje svoje představy, většinou sexuálního rázu, ale také projekce z dětství jako dítě k rodičům.

To znamená, že i nepřátelský přenos může být pro terapii užitečný. Freud se domnívá, že je vždycky lepší, když nějaký přenos mezi pacientem a terapeutem probíhá, než když

žádný přenos neprobíhá. To totiž znamená, že pacient již rezignoval na všechna pouta k lidem a k věcem. Takovéto pacienty Freud označuje jako neléčitelné a řadil je do skupiny **narcistických poruch**.

Pacienti s narcistickou poruchou se odvrací od vnějšího světa a zaměřují se jen na sebe.

Ego, id a superego:

1. **Ego** – provází člověka realitou. Může se přizpůsobit nebo měnit.

K ego patří vědomé vjemy. Je to aspekt ega obrácený k vnější skutečnosti.

Ego však také působí jako potlačující činitel. Je to jeho další aspekt, který je obrácen dovnitř a působí nevědomě. Např. způsob, jímž ego potlačuje id, je nevědomý. Je to jedna z obrácených funkcí ega.

Všechny tyto funkce jsou nevědomé.

2. **Id** – je primitivní a nevědomý základ duše ovládaný primárními potřebami.

3. **Superego** – není jen vědomí. Je to dědic Oidipova komplexu. Superego je projevem introjekce rodičovské autority. Je výsledkem obranného úsilí, jež zabraňuje vyjádření oidipovských tužeb.

(Text použitý z knihy: „Seznamte se... Freud,“ Richard Appignanesi; Oscar Zarate, 2004).

4.2 Současné psychoterapeutické směry

Už jsme si řekli o psychoanalýze, o vůbec prvním průlomovém psychoterapeutickém směru, jejímž představitelem není nikdo jiný než Sigmund Freud. Pojdme se nyní stručně podívat na ostatní nejvýznamnější směry moderní psychoterapie. Cílem je porovnání různých přístupů daného psych. směru k duševně nemocným.

4.2.1 Analytická teorie

Zakladatelem analytické psychologie je **Carl Gustav Jung** (1875 – 1961).

Hlavní body Jungovy teorie:

Osobnost jako samostatný systém

Ačkoliv Jung mnohé principy psychoanalýzy přijal, nepokládal sexuální pudy za hlavní, určující činitele lidského chování. Pojímal osobnost, kterou nazýval **psyché**, jako samostatnou soustavu. Každý člověk je schopen vyjádřit svou individualitu a jedinečnost ve vztahu vůči okolí.

Rozšířený pohled na minulost

Jung kladl důraz na minulost jedince. Avšak na rozdíl od psychoanalýzy, která se zajímala o minulé zkušenosti člověka pouze od jeho fyzického narození dál, Jung rozšířil svou perspektivu minulosti daleko za tento bod. Zahrnoval do ní i živočišné i lidské historické předky.

Nový pohled na nevědomí

Jung chápal nevědomí mnohem pozitivněji než klasická psychoanalýza.

Jeho pojetí bylo také širší, předpokládal a) **zděděné kolektivní nevědomí**, b) **získané osobní nevědomí**.

Struktura psyché

Podle Jungova pojetí sestává osobnost – psyché – ze čtyř hlavních subsystémů:

a) kolektivní nevědomí, b) osobní nevědomí, c) ego a vědomé já, d) bytostné já, které spojuje vědomí s nevědomím.

Archetypy

Kolektivní nevědomí uchovává mnohá tajemství přejatá od předků, jádra původních představ spjatých s přírodními jevy a tendence nabitě silným emočním obsahem.

Jung je nazval archetypy.

Archetypy napomáhají utvářet konkrétní představy, což vede k rozpoznávání událostí či osob v konkrétním životě, předznamenanych v archetypech.

Hlavními archetypy jsou: persona, animus a anima, stín a bytostné já.

Persona je archetyp, který jedinci pomáhá uchovat si svou individualitu při podřizování se určitým požadavkům společnosti daných jejími zvyky, hodnotám a konvenčním chováním obecně. Jung ji nazývá „jakousi maskou, vytvořenou na jedné straně proto, aby u ostatních vyvolávala určitý dojem, a na druhé straně proto, aby skryla pravou povahu jedince.“

Animus a anima jsou dvě modalities téhož archetypu, jedna přítomná v ženách, druhá v mužích. Animus pomáhá ženám chápat a oceňovat mužnost mužů. Také vede k uplatnění určité míry mužských vlastností v chování žen.

To, co znamená animus pro ženy, znamená anima pro muže.

Stín je archetyp, který představuje animální stránku v každém jedinci – tendence k primitivním formám života, typickým pro naše zvířecí předky.

Stín by měl být přijat jako pravá součást osobnosti a mělo by se s ním zacházet jako s „odvrácenou stranou“ vlastní povahy.

Komplexy

Osobní nevědomí obsahuje mnoho obsahů spjatých s osobními zážitky jedince.

Jung je nazývá komplexy.

Komplexy vznikají z významných a často traumatických osobních zážitků.

Představují „neukončené záležitosti“ jedince v životě a mnohdy souvisí se vztahy s osobami v postavení rodičovském a jinými autoritami.

Jungova typologie

Ačkoliv mnohé Jungovy myšlenky v soupeření s novými teoriemi osobnosti nepřežily, jeho typologie se stále užívá. Jung rozlišoval mezi postoji **introverze** a **extroverze**.

I když jsou oba postoje přítomny v každém člověku, jeden z nich má větší vliv než druhý.

4.2.2 Individuální psychologie

Zakladatelem individuální psychologie je **Alfred Adler** (1870 – 1937).

Adlerova psychologická teorie se významně odchytila od psychoanalýzy svým důrazem na začlenění člověka do společnosti.

Hlavní body Adlerovy teorie:

Usilování o nadřazenost

Podle Adlera usiluje každý člověk o překonání **pocitů méněcennosti** zakotvených v dětství a o dosažení nadřazenosti.

Jedinec prožívá silné odhodlání proměnit situaci nedostatku na situaci dostatku prostřednictvím usilování o nadřazenost. Toto usilování vsutku změni situaci jedince, avšak toto usilování může mít zdravou nebo nezdravou povahu.

Společenský důraz

Usilování o nadřazenost prospívá jedinci pouze tehdy, když je sociálně zaměřeno.

Sebestředné, antisociální usilování o nadřazenost je regresivní.

Pocity méněcennosti

Když se dítě narodí, trpí pocity slabosti. Ačkoliv pocity méněcennosti jsou psychologickým jevem, jejich příčina je fyziologická – slabost dětského těla.

Adler označil tyto pocity u dítěte za **situaci nedostatku** a rozšířil platnost tohoto pojmu na celé rozpětí života člověka.

Sourozenecké pořadí

Adler pokládal pořadí narození sourozenců v rodině za **ukazatel** jejich budoucích postojů a **vzorců chování**. Typické znaky osobnosti nejstarších, prostředních a nejmladších dětí jsou podle tohoto pojetí dány jejich rodinnou konstelací.

Prvorozené děti mají nevýhodu, že musejí ustoupit ze středu rodičovského zájmu, když přijde druhé dítě. **Prostředním dětem** je jejich starší sourozenec podnětem k většímu usilování o úspěch. **Nejmladší děti** jsou obvykle rozmazlovány.

4.2.3 Interpersonální teorie

Na průkopnickém díle Alfreda Adlera staví interpersonální teorie, kterou vytvořili Karen Horneyová a Harry Stack Sullivan.

Karen Horneyová

Hlavní body její teorie:

Základní úzkost dítěte

Podle Horneyové se děti rodí do světa obtěžkaného problémy. Úzkost v dětství nevzniká sama sebou, ale je vyvolána dospělými, kteří jsou „obaleni vlastními neurózami“ a chovají se nepředvídatelně.

Čím více je dítě vystaveno takovým nepříznivým vlivům v prostředí, zvláště pak v rodině, tím více nejistoty zakouší.

Vztahy s druhými lidmi

Aby dítě překonalo základní úzkost a získalo určitý pocit bezpečí, využívá různých interpersonálních vztahů.

Horneyová roztřídila tyto vztahy do tří kategorií:

1. pohyb **k lidem** – dítě se pohybuje směrem k lidem, snaží si získat jejich dobrou vůli, záviset na nich a tím si zajistit osobní bezpečí.
2. pohyb **proti lidem** – dítě vyjadřuje nedůvěru vůči společnosti, chce mít navrch a ostatní porazit svým agresivním chováním.
3. pohyb **od lidí** – dítě nechce k lidem náležet, ani s nimi bojovat; vymaňuje se ze vztahů s druhými, protože se mu zdá, že většina lidí mu nerozumí a nemá jej rádo.

Vysoce ohrožené dítě se strnule drží pouze jednoho z těchto tří způsobů přístupu k druhým. Duševní zdraví najdeme pouze v přirozeném, spontánním spojení těchto tří způsobů vztahování se k druhým v závislosti na povaze různých životních situací.

Neurotické potřeby dospělých

Podle Horneyové jsou neurotické potřeby, které se vyskytují v dospělosti, pouze pokračováním strnulých maladaptivních sociálních postojů z dětství.

Poukazuje na to, že neurotické potřeby dospělých se vyznačují **nutkavostí** a že jsou nevědomé. Horneyová vypočítává deset neurotických potřeb:

1. Neurotická potřeba náklonnosti a schválení, 2. Neurotická potřeba partnera, který převezme péči o jedincův život, 3. Neurotická potřeba vymezit svůj život úzce vytyčenými hranicemi, 4. Neurotická potřeba moci, 5. Neurotická potřeba využívat druhých, 6. Neurotická potřeba prestiže, 7. Neurotická potřeba obdivu, 8. Neurotická potřeba výkonu, 9. Neurotická potřeba soběstačnosti a nezávislosti, 10. Neurotická potřeba dokonalosti a nenapadnutelnosti.

Harry Stack Sullivan (1892 – 1949)

Hlavní body jeho teorie:

Pojem osobnosti

Pro Sullivana je osobnost pouze **výsledkem interpersonálních vztahů**.

Tyto interpersonální vztahy mají svůj počátek v dětství a trvají po celý život člověka.

Jev „prsu v ústech“

Sullivan pokládá kojení za první významný interpersonální styk dítěte se společností.

Sullivan předpokládá dvě hlavní situace, se kterými se kojeneček při kojení může setkat:

1. „dobrý a uspokojující prs v ústech, což je jednoduchý signál pro kojení“
2. „zlý prs, prs úzkostné matky,“ který v kojenci vyvolává tenzi

Tenze

Sullivan předpokládá dva protikladné vztahy – **absolutní tenze** a **absolutní euforie**.

Jedinec má sklon se co nejvíce přibližovat stavu euforie, ve skutečnosti je však u většiny lidí převládajícím duševním stavem alespoň mírná tenze.

Tenze může být vyvolávána **opomenutými potřebami** organismu nebo **úzkostí**.

4.2.4 Psychosociální teorie

Představiteli a zakladateli této teorie jsou Erich Fromm a Erik Erikson.

Erich Fromm (1900 – 1980)

Hlavní body jeho teorie:

Pojem osobnosti

Fromm definuje osobnost jako „celek zděděných a získaných duševních vlastností, které jsou pro jedince příznačné a činí každého člověka jedinečným.“

Rozlišil dvě složky osobnosti – **temperament a charakter**. Temperament je hlavním nástrojem osobnosti a je značně trvalý. Oproti tomu charakter se utváří **hodnotovými volbami** jedince, ovlivňovanými sociokulturním působením okolí.

Lidské potřeby a láska

Fromm počítá s pěti hlavními potřebami každé lidské bytosti: 1) potřebu **vztažnosti**, 2) potřebu **transcendence**, 3) potřebu **zakořeněnosti**, 4) potřebu **identity**, 5) potřebu **orientačního rámce**.

Zralá, dobře přizpůsobená osoba se vyznačuje schopností integrovat tyto potřeby.

Takový člověk je schopen důvěrného vztahu k druhé osobě, aniž by ztrácel svou identitu.

V protikladu k symbiotickému sjednocení je zralá láska **sjednocením za současného uchování vlastní integrity**, vlastní individuality. Láska je aktivní silou v člověku.

Fromm aplikoval zásadu uzdravující moci lásky na terapii, kterou vymezil jako „pokus pomoci pacientovi, aby získal či obnovil svou schopnost milovat.“

Není-li dosaženo tohoto cíle, nelze docílit ničeho jiného než povrchních změn.

Erik Erikson (1902 – 1982)

Erikson je postfreudián, který psychoanalytické pojetí aplikoval na život v moderní společnosti.

Hlavní body jeho teorie:

Epigenetická stadia lidského růstu

Erikson chápal vývoj osobnosti jako proces probíhající epigenetickými stádii od narození do dospělosti a stáří. Epigeneze znamená, že jeden prvek vzniká na podkladě jiného v čase a prostoru.

Na základě toho vytvořil teorii o osmi životních stádiích. Každé stádium má v sobě dva konfliktní póly a každé stádium má svou tzv. **ctnost**.

Osm životních stádií:

1. **Důvěra** proti základní **nedůvěře**. Ctností je **naděje**.
2. **Autonomie** proti zahanbení a **pochybnosti**. Ctností je **vůle**.
3. **Iniciativa** proti **vině**. Ctností je **účelnost**.
4. **Snaživost** proti **méněcennosti**. Ctností je **kompetence**.
5. **Identita** proti **zmatení rolí**. Ctností je **věrnost**.
6. **Intimita** proti **izolaci**. Ctností je **láska**.
7. **Generativita** proti **stagnaci**. Ctností je **pečování**.
8. **Integrita ego** proti **zoufalství**. Ctností je **moudrost**.

4.2.5 Behaviorismus

Behaviorismus se obvykle vymezuje jako myšlenkový směr, který uznává pozorovatelné chování „živých organismů“ za jediný oprávněný předmět zájmu psychologie.

Lidské chování může být naučeno a odnaučeno, protože je výsledkem objektivních činitelů, které je determinují. Behaviorismus je také nazýván teorií učení.

Osobnost nemá v behaviorálním pojetí reálnou existenci a nepokládá se za zdroj lidského chování. Je to pouze pojem vyvozený z vnějšího pozorovatelného a měřitelného chování.

Protože behaviorismus nabízí systematicky uspořádanou technologii k dosahování poměrně rychlých změn v chování, uplatňuje se velkou měrou ve výchově, vzdělávání i v poradenství.

Na behaviorismus navazuje kognitivně-behaviorální terapie, tzv. KBT.

KBT spočívá v přecvičení a učení žádoucím způsobům chování, změně postojů a hodnocení, jež se nakonec promítne do výsledného jednání člověka.

V průběhu terapie se mění negativní sebeobraz postupně v pozitivní, pacient se aktivně uvolňuje a terapie končí dle předem uzavřené dohody.

Pacient se stal během léčby odborníkem na svou nemoc a ví, jak si počínat, kdyby se nemoc opět vracela.

V KBT jde o manipulativní, v různé míře direktivní přístup, ovšem se souhlasem pacienta a jeho skutečnou informovaností.

4.2.6 Systematický eklekticismus

Zakladatel systematického eklekticismu je **Gordon W. Allport** (1897 – 1967).

Allport navrhl eklektickou teorii, která se často uplatnila jako katalyzátor různorodých nebo dokonce vzájemně rozporných myšlenek.

Podle něj je eklekticismus systém, který hledá řešení základních problémů tím, že si vybírá a sjednocuje to, co pokládá za pravdivé, z více přístupů v psychologii.

Většina teorií má své ústřední téma, které podává výklad všech osobnostních funkcí, ale eklekticismus takový **jednotící činitel** postrádá. Obsahuje vybrané myšlenky a metody moderní psychologie, aniž by se na některou z nich výlučně vázala.

Často se staví vedle sebe naprosto opačné přístupy a volí se mezi nimi střední cesta.

(Text použitý z knihy: „Přehled teorií osobnosti,“ Victor J. Drapela, 2003).

Ukázali jsme si tedy nyní, jak rozdílná mohou být pojetí přístupů k lidem s duševní nemocí. Jak každý moderní psychotherapeutický směr pohlíží na osobnost.

Cílem nabylo bezduché opisování věcí tak notoricky známých, ale spíš poohlédnutí se zpět k významným představitelům určitých psychotherapeutických směrů, k jejich objevům a terminologiím, které formovaly budoucí věky.

Poněvadž ale píšu tuto bakalářskou práci z větší části z hlediska psychiatrického, musím nyní zmínit další velmi význačnou kapitolu moderní psychiatrie, a to úlohu v léčení duševně nemocných pomocí psychofarmak.

4.3 Psychofarmaka

Již od dávného starověku můžeme pozorovat snahu léčit duševně nemocné pomocí různých bylin, kořinek, zvířecích vnitřností a halucinačních látek.

Ale teprve až 19. a 20. století můžeme právem považovat za moderní rozvoj psychofarmakologie.

Vývoj psychofarmakologie (podle Černouška, 1994, s. 129 – 133)

1845 Doba konopí. Do psychiatrie byl uveden hašiš.

1847 V terapii těžkých duševních poruch byl poprvé vyzkoušen **chloroform** a éterové inhalace. Účinky byly zpočátku dobré, později však pouze dočasné.

1869 V psychiatrii byl použit **hydrát chlóru**, účinky však byly obdobné jako u chloroformu; pouze dočasné. Léčili se jím maničtí a melancholičtí pacienti.

1875 Anglický lékař Lawson zavádí nový lék – **hyoscamin**. Inspirací mu byly účinky bolehlavu... Stihla ho za to drsná kritika farmakologů, kteří se domnívali, že bičovat už tak vypjatý nervový systém není správné.

1880 Byla zavedena **kokainová léčba**. Ze začátku své vědecké kariéry s kokainem experimentoval i Sigmund Freud. Všeobecně se mělo za to, že je kokain v podstatě

neškodný, dobré antidepresivum a anestetikum. Až později se prokázaly škodlivé účinky kokainu, a to hlavně velká závislost na něm.

1897 V Šanghaji byla zahájena terapie spánkem. Používal se **bromid sodný** a léčba trvala asi týden. Spánková terapie byla úspěšná při léčbě manických poruch.

1899 Na světě byl první phenothiazinový derivát, tzv. **modrý etylén**. I když se brzy poznala jeho minimální účinnost, jeho používání dlouho přetrvávalo.

1920 Návrat ke spánkové terapii, za pomoci **morfia** a **skopolaminu**. Léčby měla své trhliny, někteří pacienti zemřeli.

1929 Loevenhart prokázal částečný ústup psychotických příznaků po inhalaci **oxidu uhličitého**. Ukázalo se ale, že účinkuje jen na neurotické pacienty.

1931 Poprvé se v psychiatrii hovoří o klinickém využití **alkaloidů**.

1933 Do lékařství byl zaveden **inzulínový šok**, Manfredem Sakelem.

1935 Inzulínové šoky se stávají hlavní terapii psychóz.

1936 Do psychiatrie jsou zavedeny **amphetaminy**, jimiž se léčily případy narkolepsie a depresí.

1938 Američtí lékaři Marshall a Tarwater uvedli na scénu psychiatrické terapie **histamin**, který byl úspěšně aplikován psychotickým pacientům. Také se ukázalo, že kombinace histaminu a inzulínu je vhodnou terapií pro různé druhy psychóz.

1947 **Hoffman** syntetizoval **LSD** roku 1943, ale až po několika letech se LSD objevuje v klinické praxi. Používá se jako experimentální halucinogenní droga, ale také jako terapeutická droga těžkých duševních poruch.

1949 J. Cade píše o prvních úspěšných aplikacích **lithia**, což byl bezesporu prastarý lék známý již v 5. století př. n. l. Znamé jsou také jeho účinky v lázních, např. v Mariánských Lázních jsou vody léčivé také díky velkému množství lithiových látek.

1952 Historický mezník farmakologie! Ve vojenské nemocnici Val de Grace v Paříži byl v klinické terapii poprvé aplikován **chlorpromazin**. Projevil se jako první, spolehlivě účinný antipsychotický preparát a jako první látka, která žádným razantním

způsobem nenarušovala organismus pacientů. Chlorpromazin také bezkonkurenčně nahradil předcházející terapii opiem, spánkovými kůrami či šokovými metodami. Chlorpromazin zahájil nadějnou a dodnes trvající éru psychofarmakologie.

1954 Světlo světa spatřila anxiolytická látka **meprobamat**. Před objevem této pilulky probíhala terapie úzkosti cestou používání barbiturátů a opia, což nebylo zrovna nejvhodnější, protože množství vedlejších účinků do jisté míry znemožňovalo léčbu.

1957 Švýcarský psychiatr Roland Kun syntetizoval **imipramin**, první významnou antidepressivní látku. Vycházel z předpokladu, že melancholie musí mít zřejmě biologický původ a musí být tedy medikamentózně ovlivnitelná.

4.4 Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN)

Pro zpracování údajů o zdravotním stavu, nemocnosti, úmrtnosti, prevenci apod., je nejen ve zdravotnictví nutná klasifikace nemocí.

Před více než 100 lety byla správně pochopena potřeba jednotné klasifikační soustavy, i když nejprve pro statistiku příčin smrti a teprve později i pro statistiky nemocnosti.

Složitost uspořádání klasifikace, zvláště pak mezinárodní, spočívá v tom, že jiné požadavky mají lékaři působící v ambulantní péči, jiné lékaři v nemocnicích, zcela jiné pak pracovníci vysoce specializovaných pracovišť a výzkumných ústavů.

Požadavky se liší i mezi zeměmi vyspělými a rozvojovými a mohou vycházet i od nezdravotnických organizací a institucí.

Od rozsáhlého odborného názvosloví se MKN odlišuje omezením celkového počtu položek, do kterých musí být zařaditelné všechny nemoci a stavy.

MKN se musí přizpůsobovat vývoji lékařské vědy. Na druhé straně se však požaduje, aby byla stabilizována v dostatečně dlouhém časovém údobí a jednotná pro celý svět.

4.4.1 Historie MKN

Historie statistické klasifikace nemoci se datuje do 17. a 18. století.

První klasifikace se zabývaly pouze příčinami smrti a při šesté revizi v roce 1948 se rozsah rozšířil i o nemoci, které nekončí smrtí. Rozšiřování pokračovalo až do deváté revize a byly prováděny inovace k uspokojení rozličných organizací.

V roce 1899 ustanovil Kongres Mezinárodního statistického ústavu, aby Mezinárodní klasifikace byla vždy v desetiletých intervalech podrobována revizi za účelem modernizace a doplnění.

4.4.2 MKN-10

Mezinárodní konference pro desátou revizi MKN svolána Světovou zdravotnickou organizací se konala roku 1989 v Ženevě za účasti 43. členských zemí a bylo doporučeno předat závěrečnou zprávu ke schválení s doporučením, aby desátá revize vstoupila v platnost od 1. ledna 1993.

Nová struktura objasnila, že jedna klasifikace není schopna se vyrovnat s extrémními požadavky. Proto byla vytvořena koncepce skupiny klasifikací, kde jádrem je hlavní část MKN k pokrytí hlavních potřeb statistik úmrtnosti a nemocnosti, zatímco potřeby podrobnějších či odlišných klasifikací byly přiřazeny do jiných členů skupiny.

Další revizní mezinárodní konference pro MKN se bude konat (nejdříve v roce 2005) a SZO stanoví, který efektivní modernizační mechanismus by se měl uplatňovat.

4.5 Otázka budoucnosti

V poslední době se rozmáhá v oblasti psychoterapie několik trendů:

1. Tendence léčit ambulantně

Tento trend léčit, pokud možno, duševně nemocné ambulantně se rozvíjí na základě toho, že dnešní psychologové a psychoterapeuti se domnívají, že pro pacienty je lepší

být ve svém přirozeném prostředí doma a na léčení pouze docházet, než aby byli zavřeni v různých speciálních zařízeních. Část pacientů však musí být i nadále léčena v psychiatrických léčebnách – jedná se o pacienty, kteří nejsou schopni samostatného života mimo léčebny.

2. Nové terminologie

Tak např. největší změna v nazírání pacienta je tendence používat místo slova „**pacient**“ slovo „**klient**.“ Psychoterapeuti tím zřejmě chtějí dát najevo svůj humánnější postoj k duševně nemocným. Znamená to, že tzv. klient přichází za terapeutem s poptávkou určité služby. Že klient je tím hlavním v psychoterapeutickém procesu, on si určuje, jak bude terapie probíhat, čeho v terapii dosáhne apod.

Klient je tedy v postavení zákazníka, „on nakupuje a terapeut prodává.“

Ve mně ale toto označení vzbuzuje ambivalence. Na jednu stranu uznávám toto pojmenování jako velký krok kupředu k chápání člověka s duševní nemocí. Na druhou stranu však ve mně tento termín vzbuzuje úzkost, např. v souvislosti s těžkými duševními poruchy, takovýto člověk nemá představu o tom, jak by měla terapie probíhat a jakých výsledků by měl v ní dosáhnout, chce prostě jen pomoci od své nemoci. Vezmeme-li si slovo nemoc, tak nám logicky vyjde, že ne – moc znamená, že člověk je dočasně neschopný mít moc nad svým životem. Je zkratka **nemocný**...

Dalším rozmáhajícím se termínem je všeobecné označení slovem „**člověk**.“

Tak např. se upouští od termínu „duševně nemocný,“ ale místo toho se říká „člověk s duševní nemocí.“ Dále pak také „člověk s mentálním postižením“ aj.

Zdůrazňuje se tím, že tzv. duševně nemocný je v první řadě člověkem.

3. Problematika financování

Problémem dneška je, že zdravotní pojišťovny ve srovnání s jinými obory poskytují na léčbu psychicky nemocných pacientů psychiatrickým ambulancím nízké finanční příspěvky. Také akutní péče v nemocnicích je špatně finančně oceňována, a proto se vedení nemocnic často brání zřizování psychiatrických oddělení v nemocnicích.

5 ZÁVĚR

Ve své práci jsem se zabývala postoji společnosti k duševně nemocným v různých historických obdobích od starověku až po současnost. Sledovala jsem vývoj chápání psychických onemocnění člověka od starověku, kdy byly psychické nemoci lidí chápány jako napadení těla nemocného démonem, posedlost zlým duchem nebo jako hněv bohů, či trest za neposlušnost bohům. Později ve Starém zákoně bylo člověku přikázáno poslouchat jediného Boha – neposlušní a nepřátelé budou potrestáni šílenstvím. Se vznikem a dalším vývojem křesťanství pak souvisí názory církve na Boha a ďábla, nebe a peklo a také chápání psychických onemocnění jako posedlost ďáblem – čarodějnické procesy ve středověku. V období renesance pak začínají být psychicky nemocní chápáni jako nemocní, již ne jako posedlí ďáblem. Společnost se nicméně od nich nadále snaží izolovat, nemocní jsou vězněni, vyháněni, odvázeni. Počátky skutečné psychiatrie, tedy léčba psychicky nemocných a vývoj léků na psychické choroby však se datují až od konce 18. století. Převážně v 19. a 20. století byly zřízeny psychiatrické léčebny a vyvinuto mnoho účinných léků na léčbu psychických onemocnění. Nadále však přetrvává u velké části společnosti chápání psychicky nemocných jako osob nevypočitatelných a nebezpečných. Proto se stává psychické onemocnění (zvláště je-li závažné) i v současnosti určitým stigmatem, které psychicky nemocné vzdaluje od ostatní společnosti. Myslím si, že i přes všechny současné zdroje informací, by bylo potřeba veřejnost přesvědčit o tom, že psychicky nemocní jsou součástí naší společnosti a že jejich léčba má mnohem větší naději na úspěch, budou-li svým okolím dobře přijímáni. Koneckonců nikdo z nás neví, kdy bude sám potřebovat péči psychiatra, neboť pacientů s rozkolísanou psychikou (vliv stresu – deprese, úzkostné stavy apod.) stále přibývá.

Soupis bibliografických citací:

Appignanesi, R., Zarate, O. Seznamte se...Freud. Praha: Portál, 2004

Černoušek, M. Historie pojmu duševní zdraví a duševní nemoc. Praha: VÚPs, IDVSZP, 1990

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

Dörner, K., Plog, U. Bláznit je lidské. Praha: Grada Publishing, 1999

Drapela, V. J. Přehled teorií osobnosti. Praha: Portál, 2003

Foucault, M. Psychologie a duševní nemoc. Praha: Horizont, 1971

Foucault, M. Dějiny šílenství. Praha: Lidové noviny, 1994

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

Hyhlík, F., Nakonečný, M. Malá encyklopedie současné psychologie. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1977

Novák, T. O předsudcích. Brno: Doplněk, 2002

Pollak, K. Medicína dávných civilizací. Praha: Orbis, 1976

Vencovský, E. Duševní život Rudolfa II. a jiných osobností. NAVA, 1993

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

SEZNAM PŘÍLOH:

- Příloha č.1 Deklarace lidských práv a duševního zdraví
- Příloha č. 2 článek „Mýty o duševním zdraví a pracovním procesu“
(převzato z publikace Pan American Health Organization a ILO/WHO,
Mental Health and Work: Impact, Issues, and Good Practices)
- Příloha č.3 článek „Ochrana práv občanů duševně nemocných“
(Mgr. et Mgr. Lucie Ripová, právnička sdružení uživatelů
psychiatrické péče KOLUMBUS a viceprezidenta České asociace
pro psychické zdraví)
- Příloha č.4 Psychiatrická klinika 1.LF UK a VFN – HISTORIE
(<http://psych.lf1.cuni.cz/pk/historie.htm>)

Resumé písemné bakalářské práce:

„Postoje k duševní nemoci v historii a v současnosti“

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Iveta Kirschnerová

Vedoucí práce: Mgr. Jan Kulhánek

Tachov 2006

Ve své práci jsem se zabývala postoji společnosti k duševně nemocným v různých historických obdobích od starověku až po současnost. V zaznamenávání těchto postojů jsem postupovala chronologicky od dob nejstarších, tj. od starověku, přes středověk, novověk až do současnosti.

Ve starověku bylo chápáno psychické onemocnění jako posedlost zlým duchem (démonem).

„Léčba“ se tedy soustředila výhradně na vyhánění démonů z těla nemocného ven. K tomu sloužily různé magické obřady, zahrnující zařikávání, zpěv, recitace magických formulek atd. Až teprve s příchodem Hippokrata na pole tehdejší medicíny můžeme hovořit o alespoň trochu vědeckém postoji k duševně nemocným.

Starověk si tedy podle těchto měřítek můžeme stručně rozdělit na období předhipokratovské (tj. nevědecké), období hippokratovské (éra Hippokratova) a pohippokratovské.

Ve středověku byl postoj k duševně nemocným silně formován postoji církve.

Církev tu měla privilegované a neotřesitelné postavení. A podle jejího výkladu byl duševně nemocný člověk posedlý d'áblem a satanem – inkviziční procesy s duševně nemocnými jakožto s čaroději.

Až teprve s nástupem nového myšlenkového směru – renesance, bylo na duševně nemocné pohlíženo jako na skutečně nemocné a na jako na posedlé. Společnost se od nich nicméně nadále snažila distancova, duševně nemocní byli vězněni, vyháněni a odváženi („Lod' bláznů“). Přesto už ve středověku můžeme pozorovat počátky humanistického a liberálního myšlení, které vyvrcholilo v době osvícenství.

Počátky skutečné psychiatrie se datují od konce 18. století, tedy už skutečná léčba duševně nemocných, vývoj účinných léků pro ně a vznikající psychiatrické léčebny.

Přesto se stává psychické onemocnění i v současnosti určitým stigmatem...

Oponentský posudek bakalářské práce Ivety Kirschnerové:

Postoje k duševní nemoci v historii a v současnosti

Téma a členění:

Předkládaná bakalářská práce je svým zaměřením na téma „postoje k duševní nemoci v historii a současnosti“ multidisciplinární a pohybuje se na hranicích historie, sociologie zdraví, psychologie, psychiatrie, sociální práce a psychoterapie. Téma souvisí se studovaným oborem v tom smyslu, že ukazuje duševní nemoc v širším kontextu dobových a hodnotových systémů v různých etapách vývoje lidstva.

Práce má 58 stran a 11 stran přílohy. Jedná se o práci teoretickou rozdělenou do čtyř částí, kdy první je věnována úvodu, vzhledu do tématu a formulaci základních pojmů a klíčových slov. Další dvě kapitoly se věnují situaci duševně nemocných ve starověku a středověku. Poslední kapitola je věnována období od novověku až do současnosti. Autorka čerpá ze 16 odborných knih a článků převážně z tuzemských, nebo překladů zahraničních autorů.

Členění kapitol teoretické části je přehledné a logické. V úvodu teoretické části se autorka zabývá přesným vymezením a definicemi užívaných pojmů. V dalších kapitolách se věnuje systematickému shromažďování informací o vývoji, postojích, lékařských a náboženských názorech na duševní nemoci.

Obsahová stránka:

Je nutné vyzdvihnout, že zvláštní pozornost věnuje autorka etickým aspektům spojených s duševní nemocí, vývoji humanistického přístupu k duševně nemocným a nebezpečí stigmatizace. Práce je po obsahové stránce kompilací použitých bibliografických pramenů a je systematicky a logicky členěna.

Z hlediska obsahu je na škodu, že autorčiny názory kromě úvodní a závěrečné kapitoly ustupují do pozadí. Absenci vlastních názorů, anebo alespoň komentářů k jednotlivým citacím a práci s prameny považuji za největší slabinu předkládané práce.

Formální stránka:

Autorka projevila schopnost systematického shromažďování informací a práce s odbornou literaturou.

Po formální stránce práce vyvolává nejasnost okolo toho, kdy se jedná o práci s prameny a kdy o autorčinu invenci. Tento dojem posiluje i to, že řádkování pozbývá odstavců, což je kosmetická, ale bohužel na první pohled nepřehlédnutelná vada na kráse. Rovněž soupis bibliografických citací není dle normy.

Závěr:

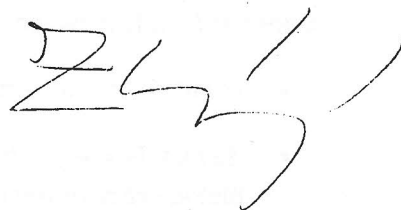
Po obsahové stránce by práci neškodila větší odvaha autorky při projevu vlastního názoru a komentářů k citovaným autorům. Téma je to velmi dobře vybrané,

mnohvrstevnaté a nelehké. Nabízí otázku: Jaké jsou vlastní zkušenosti autorky, byť zatím pouze na neprofesionální úrovni (např. ze stáží, z psychoterapeutického výcviku) s problematikou „duševní nemoci“? S jakými specifickými problémy se musejí potýkat sociální pracovníci u nás a jak se liší práce sociálního pracovníka a psychoterapeuta? Příklady z praxe by práci posunuly na další rovinu konkrétnosti. To, ale již přesahuje nároky bakalářské práce. Celkově hodnotím bakalářskou práci jako zdařilou s menšími formálními i obsahovými nedostatky a navrhuji proto, aby byla připuštěna k obhajobě.

Navrhuji klasifikovat práci jako dobrou.

V Praze dne 18.9.2006

Oponent: Mgr. Jan Jakub Zlámaný



V Praze dne 9. 9. 2006

Posudek vedoucího bakalářské práce

Téma bakalářské práce:

Postoje k duševní nemoci v historii a v současnosti

Autor práce:

Iveta Kirschnerová

Pražská vysoká škola psychosociálních studií,

studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Bakalářská práce Ivety Kirschnerové obsahuje 53 stran včetně obsahu, seznamu literatury a příloh. Jde o práci teoretickou, která je členěna podle historických období. Seznam literatury tvoří 13 odkazů na odborné i populárně – naučné publikace. Poměrně rozsáhlé jsou čtyři přílohy, obsahující relevantní texty.

V předmluvě autorka vysvětluje svou motivaci k volbě tohoto tématu, připomíná důležitost historické souvislosti při pohledu na duševní nemoci v dnešní době, naznačuje pojmový a metodický vývoj, kterým se následně ve své práci zabývá. Vtipně autorka práce dodává, že studium ji často vedlo k sebereflexi a k nejrůznějším pochybnostem, které jsou pak dobrou osobní motivací ke zpracování tématu duševního zdraví v historickém kontextu.

Úvodem nás čeká stručné vymezení pojmu *postoj a duševní nemoc*. V jednotlivých historických obdobích si pak Iveta Kirschnerová všímá významných představitelů té doby, jejich učení, pojmosloví a také jejich odkazu pro budoucí generace. Také se snaží všimnout si společenského kontextu, v němž se myšlenky i postupy rodily.

Kapitola *Novověk až současnost* autorka představuje kromě několika významných osobností a směrů psychoterapie také přehled vývoje psychofarmak či historii mezinárodní klasifikace nemocí.

Práci uzavírá autorka polemikou nad užíváním pojmů klient a pacient a letmo se dotýká přímé souvislosti kvality péče o duševně nemocné se způsobem financování zdravotními pojišťovnami.

Bakalářská práce je doplněna čtyřmi přílohami, první je Deklarace lidských práv a duševního zdraví, další příloha obsahuje článek o mýtech, které se týkají duševního zdraví a pracovního procesu, text je převzatý ze zahraničního zdroje. Další text pojednává o ochraně práv občanů duševně nemocných v České republice. Závěrem pak přikládá autorka přehled historie Psychiatrické kliniky Ke Karlovu v Praze.

Seznam literatury tvoří výhradně publikace, které vyšly v Česku.

Závěr

Práce Ivety Kirschnerové je čtivým souhrnem, v němž autorka několik významných publikací doplňuje svým názorem či komentářem. Ukazuje tak svou schopnost zpracovat literaturu přehledným a srozumitelným způsobem. I když by si jednotlivá historická období zasloužila hlubší společensko – filozofickou analýzu a v současnosti bych uvítal pojednání o institucích či komunitách, považuji výběr materiálu pro tak náročné téma, jakým vývoj postojů k duševní nemoci bezesporu je, za velmi dobrý. Chtěl bych též ocenit čistou grafickou úpravu celé práce.

Práci rozhodně doporučuji k obhajobě a navrhuji hodnocení výborná.

Mgr. Jan Kulhánek

