

Marie Ocisková, Ján Praško

Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch



Marie Ocisková, Ján Praško

STIGMATIZACE A SEBESTIGMATIZACE U PSYCHICKÝCH PORUCH

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována ani šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

PhDr. Marie Ocisková
prof. MUDr. Ján Praško, CSc.

STIGMATIZACE A SEBESTIGMATIZACE U PSYCHICKÝCH PORUCH

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400
www.grada.cz
jako svou 5956. publikaci

Recenzovali:

MUDr. Erik Herman, Ph.D.

Odpovědná redaktorka Zuzana Böhmová
Sazba a zlom Antonín Plicka
Návrh a zpracování obálky Jan Dvořák
Počet stran 376
Vydání 1., 2015

Vytiskla Tiskárna V Ráji, s.r.o., Pardubice

© Grada Publishing, a.s., 2015
Cover Photo © allphoto.cz

ISBN 978-80-247-9906-3 (ePub)
ISBN 978-80-247-9905-6 (pdf)
ISBN 978-80-247-5199-3 (print)

Obsah

1. Stigmatizace, společnost a psychické poruchy	11
1.1 Postavení lidí s psychickou poruchou ve společnosti v průběhu historie	12
1.2 Postoje společnosti a stigmatizace osob s psychickou poruchou	21
1.2.1 Značkovací reakce	23
1.2.2 Postoje společnosti k různým psychickým poruchám	27
1.2.3 Stigmatizace psychiatrie	30
1.2.4 Stigmatizace zdravotníkem	30
1.2.5 Stigmatizace a kultura	32
1.2.6 Stigmatizace a média	33
1.3 Odmítání přijmout diagnózu a stigmatizaci	35
1.3.1 Rodina a strach ze značkování	36
1.3.2 Stigmatizace jako problém reintegrace	37
1.4 Sebestigmatizace	38
1.4.1 Sebestigmatizace a vyhledání odborné pomoci	38
1.5 Vnímání stigmatizace a prožitky diskriminace	40
1.5.1 Sociální izolace	40
1.5.2 Prožívání stigmatizace celé rodiny	41
1.5.3 Diskriminace v rodině	41
1.5.4 Prožívání stigmatizace v léčbě	42
1.5.5 Bezdomovectví	42
2. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychotických poruch	43
2.1 Úvod	43
2.2 Schizofrenie a další poruchy schizofrenního spektra	45
2.2.1 Schizofrenie	45
2.2.2 Schizotypní porucha	50
2.2.3 Trvalé duševní poruchy s bludy	50
2.2.4 Akutní a přechodné psychotické poruchy	51
2.2.5 Schizoafektivní poruchy	52
2.3 Stigmatizace u schizofrenních poruch	52
2.3.1 Model integrující vliv genetického rizika, stigmatizace a schizofrenie	53
2.3.2 Strukturální stigmatizace u schizofrenie	56
2.3.3 Osobní stigma u schizofrenie	58
2.3.4 Sebestigmatizace u schizofrenie	59
2.3.5 Dopad stigmatizace na fungování u poruch schizofrenního okruhu	60
2.3.6 Důsledky sebestigmatizace	62

2.3.7	<i>Dopad stigmatizace na léčbu poruch schizofrenního okruhu</i>	64
2.3.8	<i>Stigmatizace profesionály u poruch schizofrenního okruhu</i>	65
2.3.9	<i>Vyjadřované emoce a postoj rodiny k členovi s poruchou ze schizofrenního okruhu</i>	67
2.4	Boj proti stigmatizaci u schizofrenie	70
2.5	Zvládání stigmatizace a sebestigmatizace u poruch ze schizofrenního okruhu	71
2.6	Závěry	74
3.	Stigmatizace a sebestigmatizace u afektivních poruch	75
3.1	Poruchy nálady	75
3.1.1	<i>Manické příznaky</i>	76
3.1.2	<i>Depresivní příznaky</i>	77
3.2	Bipolární afektivní porucha	78
3.2.1	<i>Stigmatizace a sebestigmatizace u bipolární afektivní poruchy</i>	80
3.2.2	<i>Stigmatizace u bipolární poruchy</i>	81
3.2.3	<i>Sebestigmatizace u bipolární poruchy</i>	82
3.2.4	<i>Dopad stigmatizace na fungování bipolárních pacientů</i>	83
3.2.5	<i>Stigma a vyhledávání pomoci u bipolární poruchy</i>	83
3.2.6	<i>Dopad stigmatizace na léčbu bipolární poruchy</i>	84
3.2.7	<i>Stigmatizace profesionály u bipolární poruchy</i>	84
3.2.8	<i>Vyjadřované emoce a zvládání postojů rodiny k pacientovi</i>	85
3.3	Depresivní porucha	87
3.3.1	<i>Stigmatizace a sebestigmatizace u depresivní poruchy</i>	89
3.3.2	<i>Postoje k lidem trpícím depresivní poruchou</i>	91
3.3.3	<i>Sebestigmatizace a vyhledávání péče u depresivní poruchy</i>	93
3.3.4	<i>Dopad stigmatizace na léčbu deprese</i>	94
3.4	Zvládání stigmatizace a sebestigmatizace u afektivních poruch	95
3.4.1	<i>Individuální psychoedukace</i>	95
3.4.2	<i>Skupinová psychoedukace</i>	96
3.4.3	<i>Rodinná psychoedukace</i>	96
3.4.4	<i>Vícerodinné psychoedukační skupiny</i>	98
3.4.5	<i>Internetová psychoedukace</i>	98
3.5	Rodina	99
3.6	Společnost	99
3.7	Závěry	100
4.	Stigmatizace a sebestigmatizace u poruch neurotického spektra	101
4.1	Úzkostné poruchy	103
4.1.1	<i>Panická porucha</i>	103
4.1.2	<i>Generalizovaná úzkostná porucha</i>	105

4.1.3	<i>Smíšená úzkostně depresivní porucha</i>	106
4.1.4	<i>Agorafobie</i>	107
4.1.5	<i>Sociální fobie</i>	108
4.1.6	<i>Specifické fobie</i>	109
4.2	Poruchy spojené se stresem	111
4.2.1	<i>Akutní stresová reakce</i>	111
4.2.2	<i>Poruchy přizpůsobení</i>	111
4.2.3	<i>Posttraumatická stresová porucha</i>	113
4.3	Somatoformní poruchy	113
4.3.1	<i>Somatizační porucha</i>	114
4.3.2	<i>Hypochondrická porucha</i>	115
4.3.3	<i>Dysmorfofobie</i>	116
4.3.4	<i>Somatoformní vegetativní dysfunkce</i>	116
4.3.5	<i>Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha</i>	117
4.4	Obsedantně kompulzivní porucha	118
4.5	Jiné neurotické poruchy	119
4.5.1	<i>Neurastenie</i>	119
4.5.2	<i>Depersonalizační syndrom</i>	120
4.6	Disociativní poruchy	121
4.6.1	<i>Disociativní amnézie</i>	122
4.6.2	<i>Disociativní fuga</i>	122
4.6.3	<i>Disociativní stupor</i>	122
4.6.4	<i>Trans a stavy posedlosti</i>	123
4.6.5	<i>Disociativní poruchy motoriky</i>	123
4.6.6	<i>Disociativní křeče</i>	124
4.6.7	<i>Disociativní anestézie a ztráta citlivosti</i>	124
4.6.8	<i>Ganserův syndrom</i>	125
4.6.9	<i>Mnohočetná osobnost</i>	125
4.6.10	<i>Psychogenní zmatenost a psychogenní mráкотný stav</i>	125
4.7	Stigmatizace u poruch neurotického spektra	126
4.7.1	<i>Sebestigmatizace u poruch neurotického spektra</i>	127
4.7.2	<i>Dopad stigmatizace na fungování u poruch neurotického spektra</i>	129
4.7.3	<i>Stigmatizace a vyhledání pomoci u poruch neurotického spektra</i>	131
4.7.4	<i>Dopad stigmatizace na léčbu poruch neurotického spektra</i>	133
4.7.5	<i>Stigmatizace profesionály u poruch neurotického spektra</i>	133
4.7.6	<i>Stigmatizace a postoje rodiny k pacientovi u poruch neurotického spektra</i>	135
4.8	Zvládání stigmatizace a sebestigmatizace u poruch neurotického spektra	137
4.8.1	<i>Psychoedukace</i>	139
4.8.2	<i>Psychoterapie</i>	139

4.8.3	<i>Rodina</i>	143
4.8.4	<i>Společnost</i>	143
4.9	Závěry	144
5.	Stigmatizace a sebestigmatizace u poruch příjmu potravy a obezity	145
5.1	Poruchy příjmu potravy	147
5.1.1	<i>Mentální anorexie</i>	147
5.1.2	<i>Mentální bulimie</i>	148
5.1.3	<i>Obezita</i>	148
5.2	Stigmatizace a poruchy příjmu potravy a obezity	149
5.2.1	<i>Stigma poruch příjmu potravy a veřejnost</i>	150
5.2.2	<i>Sebestigmatizace a vnímané stigma u pacientů s poruchami příjmu potravy</i>	152
5.2.3	<i>Rodina a stigmatizace u poruch příjmu potravy</i>	153
5.2.4	<i>Stigma obezity</i>	154
5.2.5	<i>Poruchy příjmu potravy a suicidalita</i>	155
5.3	Možnosti boje proti stigmatu u poruch příjmu potravy a obezity	155
5.4	Závěry	156
6.	Stigmatizace a sebestigmatizace u závislosti na návykových látkách	157
6.1	Závislost na návykových látkách a stigma	160
6.2	Následky stigmatu souvisejícího s užíváním návykových látek	162
6.3	Stigmatizace poskytovateli péče	162
6.4	Stigmatizace a sebestigmatizace u osob závislých na alkoholu	164
6.4.1	<i>Stigmatizace</i>	164
6.4.2	<i>Medicínský model a stigmatizace</i>	165
6.4.3	<i>Sebestigmatizace</i>	167
6.4.4	<i>Stigma a vyhledání pomoci</i>	168
6.4.5	<i>Stigmatizace a rodina</i>	169
6.4.6	<i>Stigma a léčba</i>	169
6.4.7	<i>Stigmatizace profesionály</i>	170
6.5	Stigmatizace a sebestigmatizace u osob závislých na nealkoholových drogách	170
6.5.1	<i>Opioidy</i>	171
6.5.2	<i>Psychostimulancia</i>	175
6.5.3	<i>Kanabinoidy</i>	177
6.5.4	<i>Halucinogeny</i>	179
6.5.5	<i>Prchavá rozpouštědla</i>	180
6.5.6	<i>Anxiolytika, hypnotika a další léky</i>	180
6.6	Stigmatizace u duálních diagnóz	181
6.7	Zmírňování stigmatu u osob závislých na návykových látkách	183
6.8	Závěr	183

7. Stigmatizace a sebestigmatizace u demence	185
7.1 Demence	186
7.2 Stigmatizace u demencí	187
7.2.1 <i>Stigma demence</i>	187
7.2.2 <i>Sebestigmatizace u demencí</i>	191
7.2.3 <i>Rodina a stigmatizace u demence</i>	192
7.3 Možnosti boje proti stigmatu u demence	193
7.4 Závěry	194
8. Stigmatizace a sebestigmatizace u poruch osobnosti	195
8.1 Specifické poruchy osobnosti	202
8.1.1 <i>Paranoidní porucha osobnosti</i>	202
8.1.2 <i>Schizoidní porucha osobnosti</i>	203
8.1.3 <i>Disociální porucha osobnosti</i>	203
8.1.4 <i>Emočně nestabilní porucha osobnosti</i>	205
8.1.5 <i>Narcistická porucha osobnosti</i>	206
8.1.6 <i>Histrionská porucha osobnosti</i>	207
8.1.7 <i>Pasivně agresivní porucha osobnosti</i>	208
8.1.8 <i>Anankastická porucha osobnosti</i>	209
8.1.9 <i>Vyhýbavá porucha osobnosti</i>	210
8.1.10 <i>Závislá porucha osobnosti</i>	211
8.1.11 <i>Přetrvávající změny osobnosti</i>	213
8.2 Stigmatizace u poruch osobnosti	215
8.2.1 <i>Sebestigmatizace u poruch osobnosti</i>	216
8.2.2 <i>Dopad stigmatizace na fungování u poruch osobnosti</i>	217
8.2.3 <i>Stigmatizace a vyhledání pomoci u poruch osobnosti</i>	218
8.2.4 <i>Stigmatizace profesionály u poruch osobnosti a dopad na léčbu</i>	219
8.2.5 <i>Stigmatizace a postoje rodiny k pacientovi s poruchou osobnosti</i>	226
8.3 Zvládání stigmatizace a sebestigmatizace u poruch osobnosti	227
8.3.1 <i>Psychoedukace</i>	227
8.3.2 <i>Psychoterapie</i>	228
8.4 Závěry	232
9. Stigmatizace, sebestigmatizace a suicidalita	235
9.1 Sebevražednost v číslech	235
9.2 Frekvence výskytu sebevražd a jejich ohlášení	236
9.3 Stigmatizace sebevraždy z historického hlediska	237
9.4 Sebevražda, postoje společnosti, stigmatizace a sebestigmatizace	238
9.5 Širší názorový kontext pro postoje k sebevraždě	239
9.6 Sebevražda a psychické poruchy	243
9.7 Vyhledávání pomoci při sebevražedných rozladách a stigmatizace	243

9.8	Sebevražda, důsledky pro blízké a stigmatizace rodiny	244
9.8.1	<i>Jak se chovat k člověku, jehož blízký si vzal život</i>	247
9.8.2	<i>Důležitost podpůrných skupin pro lidi truchlící po suicidiu blízkého</i>	249
9.9	Závěr	251
10.	Boj proti stigmatu ve společnosti	253
10.1	Utváření společenského obrazu psychiatrického pacienta	253
10.2	Destigmatizační přístupy	255
10.2.1	<i>Informace odborníků o psychických poruchách pro veřejnost</i>	255
10.2.2	<i>Cesty k destigmatizaci</i>	257
10.2.3	<i>WPA Globální program proti stigmatizaci a diskriminaci u schizofrenie</i>	259
10.2.4	<i>Některé destigmatizační aktivity v České republice</i>	261
11.	Zvládání sebestigmatizace u psychických poruch	267
11.1	Narativní přístup	267
11.2	Psychoedukace	275
11.3	Zmírnění stigmatizace léčby	278
11.4	Kognitivně-behaviorální terapie	280
11.4.1	<i>Zvládání stigmatizace druhými lidmi</i>	281
11.4.2	<i>Zvládání vnímání stigmatu</i>	281
11.4.3	<i>Zmírnění sebestigmatizace</i>	285
11.5	Narativní kognitivně-behaviorální terapie u psychóz	286
11.6	Rodinné přístupy	288
11.7	Závěr	292
	Závěr	293
	Summary	295
	Literatura	297
	Rejstřík	371

1. Stigmatizace, společnost a psychické poruchy

Stigma obecně znamená znehodnocující přívlastek, který může být příčinou diskriminace svého nositele. Slovo „stigma“ bývá překládáno jako znak nebo stopa, která nese svědectví. Termín pochází z antického Řecka a poukazuje na tělesné znaky, které vypovídají o něčem neobvyklém, nedostatečném nebo z morálního hlediska špatném. Sémantický původ termínu stigma je odvozen z řeckého slova, které se vztahuje k tetování či lépe vypálenému znamení (Hinterhuber, 2001). Kdysi se tímto slovem označoval cejch vypalovaný otrokům v thesalských dolech antického Řecka (Bártlová, 2006). Toto označení bylo pro ostatní znamením, podle kterého byli jeho nositelé rozpoznáváni a vylučováni ze společnosti (Wenigová, 2005). V dobách raného křesťanství získal tento pojem dvě metaforické konotace:

1. V době raného křesťanství byla známa stigma Kristova, což byly rány v místech, kde byly Kristovy údy protknuty hřeby, kterými byl přibit na kříž. Stigmata jsou v tomto pojetí dodnes tělesným svědectvím o spiritualitě svého nositele, jeho svatosti nebo důkazem silné víry. Do této skupiny stigmat patří erupce nebo zranění těla podobné těm, kterými trpěl Kristus (Whitlock, Hynes, 1978). Náboženskou konotaci nesou i stigmata přisuzovaná zlu. V době honu na čarodějnice byla „nečistá“ znamení, jako jsou znaménka nebo bradavice, důkazem spolčení s ďáblem. Literární dílo dominikánů Sprengera a Institora dokonce obsahovalo návod, jak a kde hledat „stigmata diaboli“. V prvním případě byla a dodnes v některých kulturách jsou stigmata znaky mimořádné svatosti, ve druhém případě byla znakem spolku s ďáblem (Libiger, 2002).
2. Druhá konotace stigmat poukazuje na tělesné známky, které vypovídají o nemoci svého nositele. Stigmatem jsou v tomto pojetí známky svědčící o ohrožující nakažlivé nemoci, jako je lepra, nebo viditelné příznaky nevyléčitelných onemocnění, jako je pokročilá jaterní cirhóza. Tato druhá konotace směřuje k izolaci označeného jedince od ostatních.

V pozdějších časech se pojem stigma dostával do širšího kulturního slovníku i v dalších souvislostech. V 19. století popisovala rodící se kriminalistika stigmata zločinců, čímž se rozuměly fyzické odchylky vzhledu svědčící pro zločinecký charakter způsobený degenerací. Cílem bylo identifikovat a případně izolovat možné kriminálníky ještě před spácháním trestného činu (Bártlová, 2006). Termín „stigma“ byl také použit

pro označení neodstranitelných skvrn na kůži po bodnutí ostrým předmětem, někdy používaným pro označení tuláků, zločinců nebo otroků (Whitlock, Hynes, 1978; Gilman, 1982; Gilman, 1985). Vždy tedy šlo o označení někoho, koho je potřeba oddělit od společnosti nebo komu je potřeba se vyhnout. V moderní době se význam stigmatu posunul k jakýmkoliv znakům, rysům nebo nemoci, která značkuje jedince jako v něčem nepříjemně odlišného od „normálních“ osob (Goffman, 1963; Scambler, 1998; Hinshaw, Cicchetti, 2000). Hartl a Hartlová (2009) v *Psychologickém slovníku* definují stigmatizaci jako „společenský předsudek vůči někomu, jemuž jsou pak přisuzovány záporné vlastnosti; předem dané záporné hodnocení, které je okolím přisouzeno jedinci, skupině nebo organizaci“. Jednou z nejvíce stigmatizovaných skupin osob jsou lidé s psychickou poruchou. Jedná se o negativní společenský jev s dlouhou tradicí, který úzce souvisí s vývojem pojetí duševních nemocí.

1.1 Postavení lidí s psychickou poruchou ve společnosti v průběhu historie

Postavení duševně nemocného ve společnosti bylo a stále je odrazem dané doby, úrovně poznatků a vyspělosti kultury. Psychice byla připisována velká důležitost od počátku historie lidstva. V prehistorii, v době, kdy byly přírodovědecké znalosti na velmi nízkém stupni, si lidé patrně vysvětlovali všechny nezvyklé jevy jako působení nadpřirozených sil a bytostí. Na duševně nemocné se pohlíželo jako na posedlé zlým duchem, prokleté, eventuálně mohli být viděni jako světci. Podle toho se stávaly i přístupy v léčbě součástí šamanských nebo náboženských rituálů, které měly osvobodit jedince z posedlosti nebo zakletí. Šamani byli zprostředkovateli mezi světem lidí a světem duchů, kteří mohli posednout psychiku a vést k nezvyklému chování narušujícímu život kmene nebo skupiny. Strach z neznámého a nevysvětlitelného, který psychické poruchy bezesporu vyvolávaly, vedl lidi k tomu, že je vnímali jako posedlost démony, trest bohů, pokušení či vliv jiné negativní síly. Tak například *Ebersův papyrus*, nejstarší zachovaný lékařský dokument z roku 1900 př. Kristem, popisuje depresi a zařikávání zlých duchů. Asyřané, Babyloňané a další staré kultury také přičítaly duševní choroby magickým příčinám – duševní nemoc je trest boží za morální přečiny, hřích, posedlost démony. Proto se pokládala za důležitou léčba modlitbami, zařikáváním, ale i lidovými prostředky.

Výjimkou z pravidla jsou zmínky o léčebných pokusech v Egyptě z doby asi 1500 let před našim letopočtem, které by se daly vidět jako zárodky dnešní pracovní terapie a nedatované staroegyptské poznámky k medikamentózní léčbě. Ve starověké Indii byl zase používán odvar z *Rauwolfie serpentina* (reserpinu), který se vrací jako jedno z prvních antipsychotik v moderní době. Ve starověkém Řecku se duševním poruchám věnuje chrámové lékařství, které je spojeno se jménem Asklepiea, o kterém se neví, zda

byl skutečným člověkem, nebo šlo o bájnou bytost. Součástí starořeckých procedur byly aplikace výboje rejnoka elektrického, provádění chrámové režimové léčby s muzikoterapií, sugescí a léčby klidným prostředím.

Pokrok se objevuje v 5. století před naším letopočtem zásluhou řeckého lékaře Hippokrata (460–377 př. n. l.), který odmítl představu, že příčinou duševních nemocí jsou nadpřirozené síly. Považoval je za nemoci mozku nebo za následek poruchy poměru základních tělesných tekutin. Rozlišoval mezi čtyřmi tělesnými šťávami: sanquis, chole, melanchole a flegma, a podle převahy těchto tekutin vytvořil první osobnostní typologii: sangvinik, choleric, melancholik a flegmatik. Duševní choroba podle něj vzniká z dysbalance tělesných šťáv v mozku. Popsal několik psychických poruch, které nazval mania, frenitis, hysteria a melancholia. Poslední z nich si vysvětloval humorálně převahou černé žluči.

Přiměřeně ke svému přírodovědeckému pohledu vyvinul Hippokrates i terapeutické strategie, které se lišily od tehdejšího zařikání a kouzel. K jeho přístupům k léčbě patřilo zaměstnávání aktivitou, rozptylování, dieta, rostlinné odvary, podávání vomitiv nebo venesekce. Později, když se Řím stal dědicem řecké kultury, nadále pokračovalo hledání léčby psychických poruch. Celsus v 1. století n. l. léčil duševní poruchy masáží a látkami vyvolávajícími únavu a spánek. Scribonius Largus přikládal rejnoka elektrického na hlavu pacienta. Galén z římské školy eklektiků předpokládal, že psychóza může vzniknout sekundárně při onemocnění různých orgánů, a odlišoval horečnaté delirium od vlastní psychózy. V Hippokratově době, podobně jako v dalších obdobích, si však přírodovědecký pohled neudržel výhradní právo na vysvětlování a tradování poznatku z oboru duševního života a pokusy o léčbu byly spíše ojedinělé.

Ve středověku nastal úpadek vědeckého myšlení. Vědy se zmocnila církev a snažila se vše vysvětlit na základě věrouky. V roce 483 vyšel *Codex Theosianus*, který stál u zrodu stíhání „posedlých“. Duševní poruchy byly vyloučeny z medicíny a staly se plně předmětem náboženského hodnocení. Šířil se mysticismus, přírodní vědy včetně medicíny upadaly, mnohé poznatky byly zapomenuty. Pohled na duševní nemocné se měnil. Přestali být nemocnými a stali se posedlými zlými duchy nebo ďáblem. Psychická porucha byla také považována za trest boží, který následoval za většinou hypotetické hříchy, ať už skryté nebo zjevné, popřípadě i za hříchy předků.

Poněvadž byly příznaky nemoci pokládány za trest boží, zacházelo se s duševně nemocnými krutě. Jednou z forem bylo vymítání ďábla. Duševně nemocní byli mučeni, vězněni, přikováváni řetězy, zaklínáni, bití a někteří byli upáleni v procesech s čarodějnicemi, které trvaly až do poloviny 18. století. Neslýchané surové mučení a popravu duševně nemocných byly pravděpodobně podníceny snahou vymýtit jakékoliv formy samostatného, protidogmatického myšlení.

V roce 1484 vydal papež Inocenc VIII. bulu, jíž začala štvance, která si vyžádala statisíce až miliony nevinných obětí. Kolem roku 1488 vydali dominikáni Sprenger a Kraemer proslulou knihu *Malleus maleficarum* (česky *Kladivo na čarodějnice*) obsahující návod na rozpoznávání a ničení ďábelské posedlosti. Důsledky byly kruté. Například

v knížectví trevírském bylo v průběhu let 1581–1593 popraveno kolem tisícovky údajně ďáblem posedlých lidí. Některým duševně nemocným se podařilo zachránit svůj život v útulcích nebo kláštorech. V roce 1575 dovolil anglický parlamentní zákon pořádat hony na tzv. divoké lidi, což byli duševně nemocní potulující se po horách.

Ovšem i v této době se ozývali osvícení, vzdělaní a stateční lidé, kteří proti všeobecnému mínění hájili názor, že jde o duševní nemoc nebo vliv drog (hlavně lilkovitých rostlin) a že postižení patří do péče lékařů. Mezi tyto osobnosti patří zejména Paracelsus (1493–1541), Felix Platter (1536–1614), Reginald Scott (1538–1599, roku 1584 vydal knihu proti pálení čarodějnic) a Thomas Sydenham (1624–1689). Podstatný pokrok je spojován zejména se jménem Johannese Weyera (1515–1588), profesora Lékařské fakulty v Kolíně nad Rýnem, který učil, že duševní choroby mají medicínské příčiny. Někdy se v této souvislosti mluví o **první revoluci v psychiatrii**. Toto učení, podobně jako učení ostatních výše uvedených lékařů, však zapadlo ve všeobecné protireformační atmosféře doby.

V roce 1621 pak vyšla první psychiatrická kniha, Burtonova *Anatomie melancholie*. Burton popsal některé typické projevy psychických poruch, nicméně měl daleko k jakékoliv klasifikaci. Dokonce předpokládal určité spojitosti mezi poruchami mysli a tělesnými příznaky.

Počátkem novověku se začaly zakládat ústavy pro duševně nemocné. Humánní snahy pomoci trpícím se však zvrhly na prostou izolaci pacientů, a ústavy tak měly spíše vězeňský než nemocniční charakter. Nemocní byli zavíráni za mříže, uvázáni na řetězy a byli bití, pokud se nechovali podle požadavků. Trestem za chování proti řádu bylo zavírání v temných kobkách nebo vystavování nepříjemným zápachům. Jindy jim nebyl dopřán kvalitní spánek a byli během noci stále buzeni, případně byli páleni žhavým železem, centrifugováni nebo ponořováni do studené vody. Ženy byly umísťovány do stejných ubikací jako muži. Až do 18. století byli duševně nemocní veřejně vystavováni pro zábavu publika a ještě v 19. století bylo možné si za poplatek pacienty prohlížet.

Zaostávání rozvoje psychiatrie bylo mimo uvedené příčiny způsobeno také tím, že duševní život člověka je mnohem složitější a náročnější na zkoumání než jiné projevy lidského organismu. Zatímco mnohdy bylo možné s úspěchem pozorovat a léčit mnohé somatické nemoci nebo úrazy, duševní poruchy nebyly tak snadno a objektivně pozorovatelné, prozkoumatelné a tedy léčitelné. Nedostatečný rozvoj psychiatrie byl způsoben také tím, že na zkoumání a léčbě tělesných onemocnění měli zájem samotní pacienti i jejich rodiny, zatímco duševně nemocní a jejich rodiny lékaře zpravidla nevyhledávali. Začlenění psychiatrie mezi lékařské obory přišlo až mnohem později a bylo dílem lékařů.

Na počátku 18. století se poprvé objevují psychologické pohledy na neurózy. James Vere (1700–1779) jako první poukázal na to, že „nervozita“ může být chápána jako vnitřní konflikt mezi „nižšími a morálními instinkty“. Za základní principy, které ovládají člověka i nižší tvory, považoval „chuť a touhu versus averzi a nechť“. Tím o více než století a půl předešel Freuda a jeho teorii libida a nevědomí.

Ve Francii byly úzkostné stavy poprvé zmíněny v textech Boissiera de Sauvages (1752). Psal o „panofobii“, generalizovaném stavu úzkosti, který se projevuje nočními děsy, intenzivním třesem těla, nespavostí a pocity hrůzy, které pocházejí z „nadměrné představitosti“. V průběhu celého 18. století považovali lékaři za mentální poruchy jen závažné psychotické stavy a méně závažné nemoci chápali jako „nervové abnormality“. Převažující porozumění příčinám duševních poruch bylo radikálně biologické. Vycházel z něho i skotský lékař William Cullen (1710–1790), od kterého pochází termín „neuróza“. Tento termín poprvé použil v roce 1769, kdy napsal: „Na tomto místě navrhuji, abychom pod pojmem neurózy chápali všechna nevysvětlitelná ovlivnění smyslu a emocí, která nesouvisí s hyperpyrexíí jako primární chorobou. Nesouvisí s lokálními afekcemi jednotlivých orgánů, ale s obecným ovlivněním nervového systému a s těmi faktory, které mají především vliv na smysly a emoce.“ Neuróza byla v té době často dávána do souvislosti s nedostatkem morálky a byly jí přisuzovány degenerativní tendence. Tato představa „nemocných nervů“ je v kulturním povědomí dodnes.

V ovzduší Francouzské revoluce snímá v roce 1792 Philippe Pinel (1755–1826) řetězy padesáti duševně nemocným. Tato událost vešla ve známost jako **druhá psychiatrická revoluce**. Až do Pinelova činu bylo běžné, že duševně nemocní byli drženi ve věznicích spolu se zločinci. Mnozí z nich neměli volný pohyb a byli v okovech. Pinel z této difúzní skupiny vězňů vyčlenil duševně nemocné a umístil je ve specializovaných institucích – psychiatrických ústavech. Zde se nachází počátek psychiatrického ústavnictví, které bylo zpočátku spíše tzv. azylovou psychiatrií. Pinel se snažil zavést léčbu prací, používal psychodrama a v teoretické rovině se snažil o klasifikaci psychických poruch. Jeho příklad byl následován dalšími lékaři. Ukázalo se, že psychicky nemocné je možné léčit nebo jim alespoň neškodit, pokud se pro ně vytvoří příznivé prostředí a zachází se s nimi lidsky. Je však pravda, že v mnohých ústavech přetrvávaly staré způsoby ještě dlouho do 19. století.

Od počátku 19. století jsou už zpravidla odmítány názory, že duševní nemoc je kletbou, posednutím či trestem za hříchy. V ústavech, které začínaly mít charakter nemocnic, byli pacienti pozorováni, vedly se o nich záznamy a byla zde snaha najít způsob, jak je léčit. V léčbě se však objevují metody, které jsou často ještě barbarské nebo nelidské, jako pouštění žilou, přikládání pijavic, ordinování látek vyvolávajících zvracení a průjmky, hladovek nebo různých koupelí v inspiraci Hippokratovou teorií. Ty například zahrnovaly náhlé ponořování do studené vody až do nebezpečí utopení nebo kombinovaly zchlazování příliš horkých šťáv s předpokládaným účinkem šoku. Užívaly se také padací můstky, údery elektrinou a různé přístroje na otáčení pacientů až do bezvědomí. Místo řetězů a okovů se zaváděly „humánnější“ omezovací prostředky, jako jsou svěrací kazajky, kurty, zvláštní omezovací židle a postel a další zařízení na donucení pacientů zaujmout žádoucí polohu anebo k zabránění jejich psychotických projevů. V Anglii to byl lékař John Conolly (1794–1864), který odstranil všechny omezovací prostředky.

O množství používaných metod a prostředků svědčí šestisetstránková kniha Schneidera z roku 1824 věnovaná terapii v psychiatrii. Zajímavý je Neumanův popis ošetřování

akutně neklidného pacienta, kdy radil „usadit pacienta do donucovací židle, pustit mu žilou, přiložit deset až dvanáct pijavic na hlavu, pokrýt ho vlhkými ledovými ručníky, polít mu hlavu padesáti vědry studené vody, dát mu jíst vodovou polévku, pít vodu a užít Glauberovou sůl (síran sodný)“.

Dále se objevila snaha ovlivnit psychiku pacientů silnými dojmy. Lékař Johann Christian Reil navrhoval děsivé scény, zvuky, dělostřeleckou palbu, děsivé obrazy, doteky, propadliště nebo magické chrámy, které měly odstranit bludy nebo léčit pomocí šoku. Při zvláštních obřadech se měli pacienti zbavovat svých bludů pomocí realizace jejich bludných přesvědčení. Například pokud měl pacient autoakuzací bludy, byl nejdříve přísně souzen a pak byl nad ním vysloven osvobozující rozsudek.

Vedle těchto procedur se používala i pracovní terapie. Při ústavech byly zřizovány dílny a rekreační prostory, v nichž duševně nemocní vykonávali drobné manuální práce. Na počátku 19. století se vynořily snahy dělit ústavy na léčebné a opatrovací. Zatímco do této doby vznikaly ústavy jen v adaptovaných budovách (kláštery, zámky), nyní se začaly otevírat některé ústavy přímo za tímto účelem.

Do 19. století nebyla psychiatrie samostatnou vědeckou disciplínou, ale zaobíraly se jí zejména dvě skupiny osob – lékaři, jako internisté a neurologové, a filozofové. Jako první o psychiatrii přednášel Chiarugi, jehož projevy se konaly roku 1805 ve Florencii. Ve Francii se stal prvním klinickým psychiatrem Pinelův žák Esquirol (1772–1840), který je považován za zakladatele moderní psychiatrie. Od psychiatrických počátků poznatky z oblasti duševních poruch neustále narůstaly. Časem proto nezbytně nastalo období, kdy bylo potřebné vnést do nich určitý pořádek, utřídit je a systematizovat. Toto období označujeme v psychiatrii jako období systematiků.

Na počátku 19. století se u některých autorů objevuje i zjevný posun ve vnímání duševních poruch – jejich příčiny jsou častěji hledány v psychických a sociálních jevech, nikoliv pouze v tělesných odchylkách. Pohled lékařů, stejně jako převládající ráz nálady v euroamerické společnosti, v té době ovlivnila umělecká tvorba. Ke změně postoje odborné veřejnosti k povaze příčin psychiatrických poruch značně přispělo romantické Goethovo dílo *Utrpení mladého Werthera*, poprvé publikováno v roce 1774, které spustilo vlnu sebevražd.

Průkopníkem eklektického pojetí příčin duševních poruch byl Friedrich Eduard Beneke (1798–1854), který například tvrdil, že určité „ideje“ nebo postoje mohou být symbolicky vyjádřeny v psychosomatických reakcích. Podobně vídeňský baron Ernst von Feuchtersleben (1806–1849) zdůrazňoval roli konfliktu, stejně jako padesát let před ním Vere, jako stěžejní příčiny duševních poruch. Konflikt chápal jako boj mezi iracionálními impulzy a smysluplnými postoji a očekáváními jedince. Úzkost a napětí, které z konfliktů vznikají, mohou vést k chronickému stavu úzkosti i k organickým poškozením srdce a trávicího systému. Tím významně předznamenal psychodynamické pojetí, které vzniklo o půl století později.

V 19. století se těžiště psychiatrického bádání přesunulo do Německa, kde se odehrál teoretický zápas mezi stoupenci idealismu (tzv. psychikové) a mechanického mate-

rialismu (somatikové), který skončil vítězstvím somatiků (jako představitele lze zmínit např. Jacobiho a Friedricha). Nejvýznamnější němečtí psychiatři té doby pak byli Wilhelm Griesinger (1817–1868), Theodor Hermann Meynert (1833–1892), Carl Wernicke (1848–1905), Emil Kraepelin (1856–1926), Eugen Bleuler (1857–1939), Oswald Bumke (1877–1950) a Dietrich Bonhoeffer (1868–1948).

Klasifikační tendence vrcholila na přelomu 19. a 20. století, především v díle Emila Kraepelina, Eugena Bleulera a Sergeje Korsakova. Z našich psychiatrů k nim lze přiřadit Karla Kuffnera (1858–1940). Z původního nediferencovaného celku duševní nemoci byla jako první vyčleněna progresivní paralýza, kterou popsal v roce 1822 Bayle. V roce 1889 ruský psychiatr Korsakov definoval polyneuritickou psychózu vznikající po dlouhodobém užívání alkoholu, která se projevuje konfabulacemi. Dnes ji známe pod jeho jménem. V roce 1899 popsal Emil Kraepelin maniodepresivní onemocnění. Vyčlenil také nosologickou jednotku dementia praecox, kterou později, roku 1911, Eugen Bleuler nazval schizofrenií. Kraepelin popsal také paranoii a parafrenii.

Terapeutické metody tohoto období nebyly příliš rozsáhlé. Byla zavedena hypnotika a sedativa (roku 1869 chloralhydrát), užívány byly koupele, lůžkový režim a zdůrazňována byla i pracovní terapie, v níž však nebyl zaveden žádný speciální systém. Sám Kraepelin se na terapeutické možnosti díval velmi skepticky. U léčby neuróz se začínala používat psychoanalýza, na počátku 20. století stále ještě v plenkách. Hypnóza byla užívána spíše experimentálně nebo v rámci ukázek pro odbornou veřejnost a zábavných představení iluzionistů. Velmi výjimečně byla praktikována jako forma léčby disociativních obrn.

Ve druhé polovině 19. století byly kromě těžkých psychických poruch rozpoznány také úzkostné stavy (zejména jejich intenzivní a chronické formy) a našly si své místo v psychiatrické nosologii. V Německu proslul Wilhelm Griesinger (1817–1868) názorem, že psychické a somatické nemoci tvoří kontinuum, a předpokládal neuropatologické příčiny psychických poruch. Byl však také přesvědčen, že pro rozvoj psychické poruchy je důležitá zranitelnost osobnosti, jejíž součástí je nevyrovnaný temperament. Na jedné straně předpokládal, že i úzkostné stavy musí vycházet z „organické“ podstaty, na druhé straně sdílel romantickou představu svých předchůdců, že silné afekty jsou schopny spustit psychickou nemoc. Ta se objeví díky konfliktu, který souvisí s potlačováním sexuálních pudů (Griesinger, 1861).

Podobnou teorii vyslovil ve stejné době Heinrich Wilhelm Neumann (1814–1884). Neumann se díval na psychickou poruchu jako na dynamický proces. Za normálních okolností osobnost dosahuje svého vývoje směrem ke svobodě díky postupnému rozvoji svých schopností. V patologii je harmonický rozvoj narušován neklidem pudů, obzvláště sexuálních. Pokud tyto pudy nejsou saturovány, dochází k rozvoji úzkosti. Navíc, pokud jsou ohroženy některé životní funkce, instinktivní potřeby se začnou objevovat ve vědomí zamaskované jako nadměrné obavy a starosti nebo zdánlivě bezdůvodné tělesné projevy. Neumannova teorie tak přešla Freudově teorii úzkosti z roku 1923, v níž Freud mluvil o „signální úzkosti“.

Pierre Marie Fénix Janet (1859–1947), který přednášel na Sorbonně, se zabýval sugescí a hypnózou a zdůrazňoval procesy probíhající mimo lidské vědomí. Ve své teorii o automaticky a nevědomě působících procesech, které mohou vytvořit samostatné útvary v nevědomí, vypracoval dodnes užívaný koncept disociace typický pro hysterii, kterou se zabýval, i do značné míry pro všechny neurózy. Pro Janeta spočíval hlavní cíl psychoterapie v navození rovnováhy mezi tím, co si člověk uvědomuje, a nevědomou oblastí psychiky. Janet mluvil spíše o „tendencích“ než o pudech a zabýval se situací „tady a teď“, nikoliv dětstvím a vývojem osobnosti. Velmi precizně popsal psychické napětí, pocity a myšlenkové procesy pacienta. Pocity jsou podle něj jen druhotné stavy psychiky, které řídí vyjádření a ukončení určitého chování. Jejich účinnost závisí na jejich „energii“ a integrativní kapacitě jedince. Při nedostatečné energii a nízké integrativní kapacitě se objevuje primitivní chování. Úzkost je jednou z manifestací takového selhání (Janet, 1926).

Koncem 19. a počátkem 20. století vytvořil Sigmund Freud (1856–1939) ucelené učení o neurózách. Freud přinesl nový pohled na teorii psychiky, proto se v této souvislosti mluví o **třetí psychiatrické revoluci**. Zabýval se nevědomými procesy a psychickými obrannými mechanismy, jako jsou vytěsnění, racionalizace nebo popření. Základní motivace člověka podle něj vychází z hlubin nevědomí, kde jsou lokalizovány pud života (*eros*) a pud smrti (*thanatos*). Zpočátku Freud chápal úzkost jednoduše jako fyziologický následek nevybitého sexuálního napětí, později ji spojoval se separací od matky, nakonec ji pojal jako reakci ega na zvýšené pudové nebo emoční napětí pocházející z vnitřního konfliktu.

Podle Freuda vývoj libida v ontogenezi prochází řadou fází (orální, anální, falickou, Oidipovým/Elektřiným komplexem, obdobím latence a v poslední fázi normální genitální sexualitou). Člověk se socializuje ve vztahu k nejbližším v prvních letech života tím, že se učí zvládat své pudové potřeby. Nevědomé potřeby vedou k vytváření napětí/puzení, které se dostává do konfliktu s požadavky okolí. Primárně máme tendenci vyhledávat příjemné a libé (princip slasti) a vyhnout se nepříjemnému, což podléhá kontrole okolí (hrozba trestu za tato přání), proto se postupně učíme dosahovat slasti společensky únosným způsobem. Libido a požadavky vyplývající ze sexuálního pudu se dostávají do konfliktu se společenskými, mravními, estetickými a dalšími normami společnosti. Proto je vědomé *já* musí pomocí cenzury ovládnout a vytěsnit zpět do nevědomí. Pro souhrn norem zavedl Freud pojem Superego, pudový základ nazval Id a regulující instanci, komunikující s realitou, Egem. Freud pokládal vnitřní konflikt mezi nevědomými pudovými, zvláště sexuálními tendencemi, a internalizovanou morálkou, tedy mezi Superegem a Id, za zdroj napětí, úzkosti a neuróz vůbec.

Freudův vliv na diagnostiku, klasifikaci a léčbu psychických poruch je rozeznatelný dodnes. Freud také výrazně ovlivnil umění (surrealismus) a kulturu (změny v pohledu na sexualitu, nevědomí). Upozornil, že obsahy naší psychiky se týkají také nevědomých procesů, které často řídí naše chování a mohou vést ke vzniku příznaků. Vytvořil tzv. strukturální teorii psychiky, kdy pojmenoval různé instance, kterými naše psychika

operuje, a nazval je, jak jsme již zmínili, Ego, Id a Superego. Dále zdůraznil význam vývojových období v dětství, kde popsal dětská psychosexuální vývojová stadia – orální, anální, falické, latence a genitální. Jednotlivé psychické problémy podle něj vznikají fixací nebo regresí na některé z předchozích vývojových stadií. Jako důležitou součást vývoje popsal Oidipův (Elektrín) komplex, který souvisí s kastrací úzkostí. Podle Freuda v terapii vzniká přenosová neuróza, kdy pacient projikuje do svého terapeuta důležité osoby (matku, otce) ze svého vývoje. Tím, že terapeut zůstává neutrální, je projekce zesílena. Terapeut pak interpretuje pacientovi, co se ve vztahu děje, a tím mu poskytuje hlubší porozumění svým problémům. V terapii používá terapeut zejména volné asociace, interpretaci přenosového vztahu a výklad snů.

Freud použil termín „úzkostná neuróza“ poprvé v roce 1895. Sám upozornil, že tento termín už dva roky předtím použil Ewald Hecker. Nicméně Freud odlišil úzkostnou neurózu a neurastenii jako dvě odlišné entity, což jeho předchůdce neudělal. Úzkostnou neurózu a neurastenii řadil mezi tzv. aktuální neurózy. Naproti tomu mezi psychoneurózy řadil hysterii, fobickou neurózu a obsedantní neurózu. Předpokládal, že hereditární a biologické faktory u těchto lidí interagují s osobní historií, zejména s vývojem v raném dětství. Freud obohatil psychoterapii v mnoha směrech. Pochopil, že psychoterapie probíhá ve vztahu mezi analytikem a analyzovaným, kde analyzovaný prožívá mnoho z toho, co pociťoval k důležitým osobám ve svém životě a svá dětská očekávání a postoje přenáší na analytika. Cílem psychoanalýzy je, aby si pacient uvědomil svoji nevědomou motivaci a integroval ji do vědomého života. Freud také upozornil na protipřenos, což je vlastně přenos analytika na analyzanta. Protipřenos rovněž musí být terapeutem zvědoměn a odstraněn, jinak analýza nepokračuje nebo může dojít k poškození pacienta.

Dalším významným terapeutickým přínosem bylo zavedení malarické léčby progresivní paralýzy, které proběhlo roku 1917 rakouským lékařem J. Wagnerem von Jauregg, pozdějším nositelem Nobelovy ceny za medicínu. Do té doby neléčitelná, maligně probíhající nemoc, trvající průměrně dva roky, na léčbu malárií v mnoha případech reagovala ústupem. Pracovní terapie se stala součástí aktivní léčby zásluhou Simona, který zavedl speciální systém zaměstnávání pacientů. Jeho metodiku později doplnil Kurt Schneider.

Neobyčejně plodné období v zavádění aktivních terapeutických metod nastalo krátce před druhou světovou válkou, kdy se začaly používat šokové metody. V roce 1927 zavedl Manfred Sakel inzulinové šoky, v roce 1935 Ladislav J. von Meduna kardiazolové šoky a v roce 1937 Ugo Cerletti a Lucio Bini elektrokonvulze. Z výčtu zavedených terapeutických metod není možné vynechat ani tzv. prefrontální lobotomii, kterou začal realizovat v roce 1936 Antoniό Egas Moniz. Všechny tyto metody byly léčebně velmi účinné, nicméně nežádoucí účinky a komplikace inzulinových, kardiazolových šoků a leukotomie byly natolik závažné, že od těchto metod bylo později upuštěno. Jedinou bezpečnou metodou s minimálními nežádoucími účinky z této doby zůstala elektrokonvulzivní terapie, která se dosud úspěšně používá při léčbě těžkých depresí, sebevražedných stavů