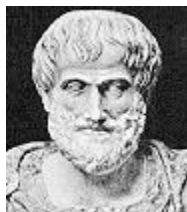


ADAMEC JIŘÍ  
FILOSOFICKÝ SEMINÁŘ  
KATEDRA TEORIE



**PSYCHODIAGNOSTIKA V DOBĚ UTVÁŘENÍ  
MULTIKULTURNÍHO SPOLEČENSTVÍ**

**Rozdílné přístupy mezi americkou a evropskou  
psychiatrií – nutnost reflexe**

*Jiří Adamec  
Šárka Dořičáková  
Miro Kadlubiec*

***Vydáno v rámci Dnů duševního zdraví ve Vsetíně  
pořádaných 1. 10. - 8. 10. 2015***

**PSYCHODIAGNOSTIKA V DOBĚ UTVÁŘENÍ  
MULTIKULTURNÍHO SPOLEČENSTVÍ**

**Rozdílné přístupy mezi americkou a evropskou  
psychiatrií – nutnost reflexe**

*Jiří Adamec  
Šárka Dořičáková  
Miro Kadlubiec*

***Vydáno v rámci Dnů duševního zdraví ve Vsetíně  
pořádaných 1. 10. - 8. 10. 2015***

© *Jiří Adamec*

*Šárka Dořičáková*

*Miro Kadlubiec*

Filosofický seminář – katedra teorie

ISBN 978-80-87234-55-6

*S psychiatrií je to podobné jako s kriminalistikou – problém má  
vždy náskok, alespoň o jednoho pacienta na víc.*

## **O B S A H**

1. **Psychologie multikulturality.**  
*(Jiří Adamec)*
2. **Aktuální pohled na sociální práci v ČR.**  
*(Šárka Dořičáková)*
3. **Smuler af forskellene ... Drobky z  
jínakosti, eseje k (opět) aktuálnímu dění.**  
*(Miro Kadlubiec)*

JIŘÍ ADAMEC

**PSYCHOLOGIE  
MULTIKULTURALITY**

## ODDÍLY

- §1. Co je psycho-diagnostika.
- §2. Klasifikační modely.
- §3. Multi (trans) kulturní psychologie.
- §4. Freud „*Totem a tabu*“ – Jung „*Symbol a proměna*“.
- §5. Shrnutí první části.
- §6. Americký model psychodiagnostiky.
- §7. Kazuistika – premenstruační deprese.
- §8. Praktické možnosti diagnostiky podle DSM-5.
- §9. Literatura k tématu s popisem jejího obsahu.

## ZKRATKY

**ADHD** = Attention deficit hyperactivity disorder (Porucha pozornosti a hyperaktivita)

**AMDP** = Americký model duševních poruch

**CNS** = Centrální nervový systém (mozek)

**dg.** = diagnóza / diagnostiky

**DSM-5** = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (pátá revize)

**EEG** = Elektro-encefalograf (přístroj k měření aktivity jednotlivých center mozku)

**EMDP** = Evropský model duševních poruch

**F00 – F98** = Klasifikační kódy všech duševních poruch, jejich řazení podle mezinárodních standardů v MKN-10

**IQ** = Inteligenční quocient (číselné vyjádření inteligence)

**MKN-10** = Mezinárodní klasifikace nemocí (desátá revize)

**PPP** = poruchy příjmu potravy

**WHO** = World Health Organization (Světová zdrav. org.)

## **Ú V O D**

Celý svět je v pohybu. Dříve se tak stávalo ve „vlnách“, dnes je tomu již po několik desetiletí stále, pozvolna a často se stoupající intenzitou. Tímto pohybem byl dříve např. masivní rozvoj vědeckého myšlení, dále doznívající a příznejme si, že nikoliv malé fragmenty z první a druhé světové války, sociální změny na přelomu osmdesátých a devadesátých let, jejichž dopad je stále předmětem základního zájmu, jako je např. téma Evropské Unie, konflikty s etnickou a náboženskou problematikou (bývalá Jugoslávie, Blízký Východ a jeho nejsoučasnější hysterie, jakou je Islámský Stát), invaze Ruska na Ukrajinu a s tím nyní pokračující zejména politické střety mezi Ruskem a USA, ekonomické třecí plochy mezi Řeckem a zbytkem Evropy, hospodářský rozmach Číny a v další řadě v souvislosti se všemi jmenovanými oblastmi, všeprolínající migrační expanse do Evropy, v posledních měsících sílící také ze států severní a střední Afriky.



Jaká výzva, nebo výzvy, tak na nás čekají je zcela zřejmé. Je to schopnost vzájemné komunikace. Vedle toho je to také nárůst individuálních, ale i sociálních problémů se zvyšující se psychickou náročností zvládat tyto změny. Ty už se netýkají pouhé migrační politiky, neboť jsou totiž nedalekou budoucností základního psychologického a psychiatrického přístupu k jednotlivcům, jejich terapiím a stejně tak sledování možností nových úrovní prevencí, pro dosahování optimálního stavu duševního zdraví.

Předkládaný náhled je vypracován úsporným způsobem. Přesto si činí nárok alespoň na to, informovat o vybraných okruzích daného tématu a založit tak prostor k rozšiřujícímu dialogu.

*Jiří Adamec, Wien - Brno  
červenec 2015.*

(DSM-5 v anglické verzi a MKN-10 jsou běžně dostupné na internetu.)

**I.**  
**ZÁKLADNÍ PŘÍSTUPY V EVROPSKÉM MODELU**  
**PSYCHODIAGNOSTIKY**

## **§1. CO JE PSYCHO - DIAGNOSTIKA?**

Historie způsobů určování duševních poruch není příliš dlouhá. Ještě asi do poloviny sedmnáctého století si lékaři vystačili s jednoduchým konstatováním, že pacient trpí stavem pomatenosti a bylo po diagnostice. S příchodem **psychoanalýsy** na přelomu 19. a 20. století (**Sigmund Freud** 1856 – 1939) a to zejména její švýcarské školy, k níž náležel také **Carl Gustav Jung** (1875 1961), se psychodiagnostika postupně začínala stávat nutností. To bylo zapříčiněno zejména tím, že právě psychoanalýsa zcela novým, objevným způsobem nacházela možnosti popisovat duševní choroby v celém spektru rozdílů. Pokud se ještě před jejím vznikem někteří odborníci stačili k duševním chorobám vyslovovat a jejich odhalení a pojmenování je pro budoucí psychiatrii izolovali, měly pro svět platnost, tak, jako tak, teprve s dalším rozvojem učení, které jim poskytli zejména Freudovy nástupci.

Vedle psychoanalýsy to byly *představitelé **experimentálních směrů*** v psychologii (Sečenov, Pavlov, Wundt, Lipps...), kteří k duševním chorobám svými výzkumy přidávali zejména poznatky z oblasti *neurověd*. Na ně potom navazovali *představitelé **kognitivně – behaviorální*** psychologie. Odtud se následně začaly vyvíjet nejrůznější testové metody, které svými podnětnými výzkumy pokračují do dnes. Stejně tak i **psychoanalýsa v souvislosti se somatickými**

**nemocemi** patří k hlavním směrům, odhalujících, svojí diagnostikou, složitost spojení duše a těla.

Tento velmi rámcový přehled by nám mohl pro první orientaci stačit. V průběhu textu se k němu budeme nutně vracet a rozšíříme jej o další události, jež s psychodiagnostikou nutně souvisí a nebude možné je zcela vypustit.

První ucelené učebnice a příručky psychodiagnostiky publikovali: **Emil A. Kraepelin** (1856 – 1926) v Německu (*Stoleté dějiny psychiatrie*, 1917), **Richard Krafft-Ebing** (1840 – 1902) rakouský psychiatr a **Eugen Bleuler** (1857 – 1939) psychiatr ze Švýcarska. Zvláště Kraepelinovy příručky byly ve své době i Freudem a Jungem uznávány a pod tímto dojmem také působily na ostatní odborníky, čímž se na celou dobu před druhou světovou válkou staly hlavním (doplňovaným) zdrojem informací v oboru.

To na čem se všichni odborníci jednomyslně shodovali bylo, že duševní poruchy lze stanovovat podle stejných pravidel, podle kterých lze i v jiných lékařských oborech klasifikovat nemoci, s nimiž je zde po dlouhá staletí západní medicíny pracováno. Tímto kritériem se tedy stalo to, že: **musí být pro diagnózu splněné podmínky, jež vyplývají z klinického pozorování obrazu duševního stavu pacienta**. V tomto ohledu se tak stalo zřejmým, že předmětem dalších výzkumů budou: **1. vnímání a chápání, 2. prožívání, 3. jednání a 4. sebereflexe**. Že je toto kritérium pouhým fragmentem roztáčejícího se kola

dalších oblastí výzkumů, to jasně ukázaly neurokognitivní výzkumy, které zejména po druhé světové válce (USA, Francie, Velká Británie, Německo) nabídly zcela nové pohledy na věc.

Když tedy vezmeme informace, které zde byly uvedeny a shrneme jejich obsah do obecného sdělení, potom můžeme říci, že: ***psychodiagnostika se utváří na pozadí klinického sledování projevů pacienta a s tím souvisejících neurologických poznatků, které jeho výsledný projev nutně podmiňují.*** Aby se takový přístup byl schopen uplatnit, bylo proto nutné rovněž ujednocovat slovník oboru k čemuž slouží dodnes pořádané vědecké i celosvětové konference, kde se odborníci informují o tom, jak daným klasifikacím rozumí, jakou objektivitu vlastně v přístupu k práci s pacientem mohou zajistit a, není-li např. po čase nutné přijmout jiné klasifikační přístupy, pro ten, či onen druh duševní újmy, neboť se změnil kulturní vývoj a i způsoby, jakým duševní choroby vznikají.

Zde poprvé narážíme na nový fenomén v psychodiagnostice. *Kulturní, neboli společenské podmínky života člověka se nějak, jako celek spolupodílí na obrazu jeho duševního stavu, nemoci. **Konečně poruchou máme na mysli trvalý stav a nemocí léčitelnou problematiku s dočasnými komplikacemi pro život pacienta.*** Od přibližně šedesátých let, tak začíná nabývat na vážnosti společenská témata v psychologii a vzniká do naší

přítomnosti udržovaný základní model přístupu, jakým je tedy: **bio-psycho-sociální**. Stanovením **Mezinárodní klasifikace nemocí** se dále psychiatrické diagnózy soustředí pod písmenem **F** a hlavním diagnostickým podkladem je **americký manuál**, tzv. **DSM – I...V**, převáděný na **evropský**.

Pokud jsme zmínili **bio-psycho-sociální model** jako základní, musíme ještě dodat následující: zejména v rámci prvního termínu, zde máme co dočinění s laboratorními testy např. krve, moči, mozko-míšního moku (likvoru), z jejichž hodnot lze poměrně rychle a snadno určovat zejména vážné poškození funkčních oblastí **CNS** upozorňujících nás na konkrétní, např. **organicky podmíněnou poruchu**, jako je **Alzheimerova** nebo **Pickova** demence aj. u pacientů středního a vyššího věku. I zde se **kognitivně-behaviorální model diagnostiky**, založený na pozorování toho, jak se pacient chová v nejrůznějších situacích (**behaviorální**) a jak v těchto souvislostech myslí, nebo se k jednání motivuje, případně, jakými procesy vnímání je schopen určit míru vhodného jednání (**kognitivní**), uplatňuje vcelku bezpečnými technikami přístupů.

Jako doplňující klasifikační postupy v současné psychodiagnostice se běžně používají jednak: **asociační testy** (tak, jak byly ve volné, nebo vázané formě určeny Freudem a Jungem), dále jsou to: **arteterapie**, zvl. kresebný projev na zadaná, nebo volná témata, tzv.

**narativní** postupy (vyprávění příběhů na základě obrázkové předlohy), **testové metody** v rámci stanovování aktuální emoční situace pacienta (sklon k agresivitě, sklon k sebevraždě...), **testy inteligence** (IQ), **písemné projevy** v souvislosti s **grafologií** (kriminalistika), doplňujícím může být i **EEG**, aj. V rámci léčby, se nejčastěji používá **individuální**, nebo **skupinová terapie** kombinovaná s **psychofarmaky**.

## **§2. KLASIFIKAČNÍ MODELY**

Aby vůbec psychodiagnostické určování duševních poruch (chorob) mohlo úspěšně fungovat, je nutné se **na medicínské úrovni** dohodnout na klasifikačních postupech a názvosloví, jimiž budou tyto poruchy (choroby) vymezovány. Už v tomto základu, jak cítíme může vznikat spor o to, „**co a kdo**“ jsou určovateli duševního zdraví či nemoci. Individuální rozdíly, kulturní rozdíly, sociální schémata fungování člověka v nějaké jemu dostupné realitě, to samo je širokým pásmem komplikací, které na toho, kdo chce přijmout něco, jako obecně platnou psychodiagnostiku, čekají.

Patrně není od věci a lze to považovat za důležitý mezník pro psychodiagnostickou práci, zmínit se o tom, že základním určením tady je, především **tělesné a duševní zdraví** pacienta, jeho **pocit duševního a tělesného pohodlí**. Nenechejme se ukolébávat lidově slovesnou a často vykřikovanou tezí, že pacienti, kteří odmítají přiznat, že jim nic není, jsou potom psychoterapeuticky léčeni proti

své vůli. Když pacientka přijímající, po nutně dlouhou dobu psychofarmakum, sama od sebe dozná, že rozdíl mezi jeho absencí a jeho příjmem jasně prokazuje kvalitu psychického komfortu, dále také uskutečňuje životní rozhodnutí a mnohé seberealizace pro sebe uspokojujícím způsobem, je tak zřejmé, že **psychiatrie a psychologie v součinnosti pomáhají pacientům zvědomovat jejich obtíže**, orientovat se v nich a nacházet optimální východiska z vlastních životních krizí. Jaké jsou tedy dané a uplatňované postupy?

Za **kriterium duševního a tělesného zdraví** se běžně považují:

- i.** schopnost mít vědomí o sobě samém
- ii.** schopnost vnímat svoji souvislost s okolím
- iii.** schopnost obživných návyků
- iv.** schopnost základních hygienických návyků
- v.** projevy odpovídající své věkové skupině
- vi.** zájem o sociální začlenění
- vii.** schopnost učit se v rámci věkové kategorie
- viii.** schopnost rozvíjet osobní vztahy
- ix.** zajímat se o problémy druhých
- x.** kultivovat sexuální aktivitu
- xi.** projevovat přirozený zájem o to mít rodinu
- xii.** rozvíjet nekonfliktně partnerský vztah
- xiii.** spolupodílet se na výchově dětí
- xiv.** racionálně zvládat vlastní ekonomický růst
- xv.** rozvíjet sebevzdělávání a kulturní přehled



- xvi.** rozvíjet / udržovat tělesnou zdatnost
- xvii.** zajímat se o vlastní zdraví preventivními
- xviii.** uplatňovat altruismus, aj.

Když se na tento rámcový a nikoliv vyčerpávající přehled zaměříme (je součástí: **Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví**, podle WHO, čes. vyd. Praha 2001), tak je zřejmé, že výše jmenované kritérium duševního a tělesného zdraví je primárním kritériem přístupu obecně. Jakmile se některá z uvedených oblastí však stane **nepřítomnou**, nebo je její funkčnost nad ostatní nadhodnocená **výlučným zájmem pro realizaci**, vzniká problém. V prvním případě je to základ směrem k nějakému druhu **frustrace**, v případě druhém, se může jednat o komplikace spojené s **vytěšňovacími procesy**, které vyjmutím a důrazem na jednu oblast aktivity, způsobuje nadměrnou pozornost často s vyloučením ostatních znaků sebezvoje, čímž vzniká vakuum jinak osobních předpokladů pro duševní komfort. Přitom se **stále ocitáme na jemné hraně toho, co je a co není onou poruchou, či nemocí** a ani tato prvotní klasifikace nám tuto otázku ještě plně nezodpověděla.

Dalším klasifikačním přístupem je **chápaní významných životních událostí**, které se konfliktním a zátěžovým způsobem spolupodílí na psychické disabilitě a stejně jako předchozí, **mohou být spouštěčem** duševní nemoci, nebo i vzniku psychické poruchy:

- a.** smrt blízkého člověk

- b.** hraniční (např. onkologická) diagnóza
- c.** úraz s následkem tělesné disability
- d.** ztráta zaměstnání
- e.** změna bydliště
- f.** narození dítěte
- g.** vánoční svátky
- h.** změna ročního období
- i.** svatba aj.

Vedle těchto kritérií existují ještě klasifikační soupisy pro tzv., **Z – kódování** ve specifických oblastech:

- a.** problémy související se zneužíváním v dětství
- b.** přítomnost děsivé události (přírodní katastrofa)
- c.** odebrání z domova v dětství
- d.** emoční odmítání dítěte
- e.** šikana ve škole
- f.** násilí v rodině
- g.** život v osamění
- h.** dlouhodobé uvěznění
- i.** extrémní chudoba
- j.** psychická infekce (život s duševně nemocným)
- k.** syndrom vyhoření
- l.** sociální konflikty, aj.

Pokud jsme dostoupili až do tohoto místa, nemůžeme vynechat v rámci psychodiagnostiky tzv. **diferenciální diagnostiku**, jejíž hlavní podíl spočívá ve sledování těch problematik, které jako by na nějakou duševní poruchu, či nemoc ukazují v rámci obecné klasifikace, ovšem ve

skutečnosti je jejich etiologickým základem jiná, zpravidla do **vnitřní medicíny** náležející komplikace: tak např. pacient projevuje náhlý stav **paniky** a při tom se nejedná o duševní disabilitu, ale o *komplikace spojené s diabetem*; v jiném případě pacient vykazuje známky **deprese**, bolesti hlavy, s tendencemi k omdlívání a ve skutečnosti může být jen *dehydratovaný*; jiný pacient má **halucinace** pouze ze škodlivého užívání léků; nebo má **úzkosti** z *oběhových obtíží*. U většiny **duševních** komplikací se dnes **somatické** obtíže zvažují buď jako **paralelní**, nebo dokonce **primární**. V tomto smyslu je pro současnost velkou výzvou téma **psychosomatiky**, ne proto, že by se na tuto oblast zapomělo (**Freud sám byl vynikající psychosomatik**), ale proto, že *možnosti léčby doznaly značného pokroku*.

Stále se tedy ocitáme v základním přehledu úvodních problematik, vedoucích teprve k samé podstatě psychodiagnostiky jako takové. Užitím předložených schémat vznikl následně **více-osý přístup**, který opět respektuje již zmíněný **bio-psycho-sociální model**. Jedná se o takový přístup, který se snaží všechny výše uvedené oblasti psychického fungování člověka (pacienta) vymezit v maximálně jednotném, přehledném a přesném popisu, který by určil duševní újmu (poruchu, nemoc), jako objektivně zjistitelný nález.

První osou (**Osa I.**) je oblast klinických, tedy pozorovatelných faktorů:

- a. poruchy, které jsou sledovány již v dětství
- b. delirium... amnezické poruchy a kognitivní poruchy
- c. poruchy související se substancemi (alkohol, droga...)
- d. somatoformní poruchy... aj.

Druhou osou (**Osa II.**) jsou poruchy osobnosti:

- a. mentální retardace
- b. sociální porucha
- c. obsedantně-kompulsivní porucha
- d. hraniční porucha osobnosti... aj.

Třetí osou (**Osa III.**) jsou poruchy spojené se somatickými stavy:

- a) porucha příjmu potravy
- b) porucha spánku
- c) porucha sexuality
- d) doprovodné stavy (např. nauzea při neuróze)... aj.

Čtvrtou osou (**Osa IV.**) je oblast poruch spojená s životem v sociálním prostředí:

- a) konflikty v interpersonálních vztazích
- b) porucha schopnosti soustředit se a studovat
- c) kriminogenní sklony
- d) obtíže zařadit se do společnosti po výkonu trestu... aj.

Pátou osou (**Osa V.**) jsou celková zhodnocení stavu pacienta v rámci stanovení diagnózy: tento oddíl často klinikům slouží k tomu, aby v něm zaznamenávali vývoj nemoci pacienta a tím i s odstupem času rovněž mohli posuzovat míru zdraví, či nemoci v souvislosti se

zlepšením, zhoršením, nebo přetrvávající stabilitou a porovnávat.

Při tom samozřejmě vychází na povrch nutnost zhodnocování, zda se jedná o poruchu/nemoc v úrovni: lehká; střední; těžká; hluboká – dále: s přetrvávajícími znaky...; bez přetrvávajících znaků...; s rychlým/pomalým nástupem...; jakož i: míra pacientova náhledu na svůj duševní stav...; motivovatelnost k terapii a zájmu vyléčit se; ambulantní/neambulantní; právní předpisy související s dalším pokračováním práce s klientem... aj. (Viz **P. Smolík, *Duševní a behaviorální poruchy***, II. vydání, Praha 2001)

### **§3. MULTI (TRANS) KULTURNÍ PSYCHOLOGIE**

Pokud bychom měli jít do důsledků, pak by se nám téma rozrostlo o několik knih. Už *Wilhelm Wundt* napsal rozsáhlou, několika svazkovou studii na téma *Völkerspsychologie* na konci 19. století, čímž se skutečně zásadně přiblížil tomu, co je i dnes tolik významným tématem. Popisoval sice kulturně podmíněný psychický život v přirozeném prostředí různých národů a etnik, ale položil tím základy oboru, jenž je neodmyslitelnou součástí dnešní *etno - psychologie*.

Psychologové již dlouho sledují specifické pozadí duševních pohnutek lidí národů celého světa. Vzhledem k prostředí, které z hlediska podnebí, rázu krajiny, nerostného bohatství, způsobu obživy a dalších specifik utváří nezaměnitelný cyklus znaků pro celkovou asimilaci

jedince do takového kulturně zeměpisného rámce, je nesporné, že odráží i niternější pozadí psychických projevů člověka, přidají-li se k tomu ještě územní mytologie a náboženství spojené s tím, jak obecně potom, v onom kraji, lidé přistupují jeden k druhému a v neposlední řadě, také např. k otázkám narození, života, svatby, nemocem, úmrtí, pohřbívání, uctívání atp. Dalším rozvojem tzv. filosofické a kulturní antropologie, historické sociologie a religionistiky (*M. Eliade*) se Wundtovo téma postupně doplňovalo o nové, upřesňující poznatky. Samostatně potom vyniká v celém tématu *Claude Levi-Strauss*, jehož studie na sebe dodnes strhávají pozornost objektivitou poznatků: viz u nás jeho velmi populární kniha – „**Smutné trópy**“.

Existuje několik dobře známých okolností, které specifikují národní zvyklosti a tradují tím i vliv, který mají na vznik duševních komplikací. Tyto, si jedinci z daných etnik sebou přináší do nových prostředí a je s nimi třeba počítat, respektovat je a chápat je jako vážný problém pacienta, jestliže se tedy jedná o nutnost diagnostického zpracování jeho obtíží.

Když bychom sledovali ty nejznámější, jsou to zpočátku jen názvy, které si blíže osvětlíme:

1. ***latah***
2. ***koro***
3. ***windigo***
4. ***ode ori***

## 5. **lykantropie** a **voodoo**

## 6. **amok**

Všechny uvedené termíny mají jedno společné, jsou to pouze jinak, kulturně podmíněné duševní stavy, jejichž společným jmenovatelem je vazba na raný, psychosexuální a personální vývoj, tedy představují pouze jinak nastavený psychoanalytický problém některé z úrovní raného vývoje osobnosti. Tím, ale neříkáme to podstatné a sice, co obsahují a jaké duševní pohnutky znamenají.

**Ad/1. Latah:** nejen etnicky, ale stejně tak obecně je člověk silně determinován okolnostmi, které jsou součástí jeho prostředí a zvyků, jimiž „manipuluje“ vzhledem ke způsobům chování, jež mají nějakou, a to především, danou normu. Kulturní zvyklostí existování ženy ve společenství malajsijských mužů je téměř absolutní podřízenost doprovázená obdivem. Zásadní požadavek tohoto typu meziosobních vztahů je dán historicky jednoznačnou rolí, která u mužů vždy spočívala v lovu. Naopak jakákoliv starost o cokoliv „domácího“ je považována za slabost a tudíž úpěnlivě chráněna odstupem. Žena je tak plně izolována od světa mužů a představuje jen minimální, pokud vůbec nějaké hledisko respektu. Například něvěra mužů, kterou v Evropě chápeme jako mravní poklesek je něčím, co v obsahu morálních, ale i verbalisovaných hodnot jak ženy, tak muži neznají. Rovněž věkové snížení možnosti mít sex a počít

dítě i před patnácti lety dosaženého věku, je považováno za jev zcela normální. Zajímavostí zůstává, že tam, kde se u ženy vyskytne na místo deprese, melancholie atp. v evropském smyslu slova potřeba být plně v područí muže (tedy záměrně sebou nechat manipulovat - rozumějme po všech stránkách, tedy i intimně), nepředstavuje toto pro muže příležitost k tomu, aby se choval násilnicky. Jako průběh duševní nepohody, projevuje se toto zpravidla tím, že žena se věnuje manifestací odzrcadlování chování druhých lidí, zpravidla těch nejbližších, opakuje jejich slova, mimiku a gestiku. Otázka trvalosti nebo krátkosti času, po který žena tímto způsobem „zvládá“ svoji duševní tíseň je prozatím bez možnosti udání nějaké patřičné studie. Faktem ovšem je, že doprovodnými jevy jsou částečná zmatenost a potřeba bezcílně cestovat – tzv. **fuga**. Jde tak o druh neurózy s prvky hysterie, které mohou odeznít.

**Ad/2. Koro:** problém tohoto typu je známý v souvislosti s duševními poruchami, které manifestují někteří muži (jižní Čína a oblasti jihovýchodní Asie...) jako paranoiu zaobírající se tím, že jejich **penis bude pohlcen vlastním tělem** a způsobí tak jejich smrt. Přitom sexuální výkonnost těchto pacientů překračuje vysoce běžnou normu a je tak charakteristická hypersexuálními sklony – vytrvale si dokazovat, že penis pohlcen být nemůže, když je součástí výkonu. Tento druh úzkosti může být u zvláště citlivých pacientů rovněž součástí potřeby penis „oddělit“,



aby tak měli sami „věc pod kontrolou“. Jako čistě psychoanalytický výraz ztráty penisu (*kastrační komplex*) je v tomto etniku podobná problematika u některých mužů vnímána dramatičtěji, než je evropský přístup ke stejnému problému, který je ošetřen kultivovanějším vytěsňovacím procesem. U některých pacientů jsou např. známy i situace, kdy dlouhé týdny, nebo i měsíce musí během noci ženy těchto mužů s jejich penisem manipulovat: „*aby po dobu spánku nedošlo k jeho nekontrolovanému pohlcení do břicha*“. Reálnou úzkost, kterou tito muži, jako panickou ataku prožívají lze odstranit psychoterapeuticky, známá jsou však rovněž i samovolná odeznění.

**Ad/3. Windigo:** možnosti, kterými se rozvíjí psychotická porucha (blud, halucinace) jsou tak široké, že dnes uvažují odborníci mj. i o tom, že psychóza je tolik, kolik je psychotických pacientů. Jedno však **etnodiagnostiky** duševních poruch mají společné, a sice, vyskytují se jejich specifika izolovaná do konkrétního způsobu, jímž se manifestují pouze na některou zeměpisnou část planety. To, že jsou přenositelná svými pacienty do jiných kultur, kde je mohou, tedy stejně tak manifestovat, je beze vší pochyby. **Windigo** je duševním problémem psychóza **eskymáckých obyvatel z oblasti Hudsonova zálivu** (spojuje severní Québec a jižní část provincie Keewatin). Místo je to velmi pozoruhodné rázovitou krajinou, bohatou na dřeviny a rybolov. Vzpomínám si, jak při jednom výletě k vodopádům

*Montmorency*, bylo z nejvyššího místa jen s největší obtíží možné zachytit nějaký pevný bod, když nekonečné prostranství jezer a menších, dobře urostlých kmenů smíšeného lesa, se táhlo předlouhou planinou až k horám, které teprve ukončovaly bezměrný horizont. Před přistáním letadla, které dokonce snížilo výšku už nad *Grónskem*, bylo možné vidět rovněž vskutku drsné ledové břehy a jen tu a tam obydlí vešticí snad, nějaký ten lidský život. S připomínkou na jen spoře obydlené ostrovy severu, vybavily se mi také romány *Henrika Ibsena*, nebo návštěva britských severních ostrovů *Orkneye*. Není těžké o samotě, se sklonem k psychickému pesimismu dojít až k „samovznícení“ takového rázu, že svůj hlad mohu ukojit potravou, kterou mi poskytne i lidské tělo mého druha. A to je hlavní problém *windiga*. **Přejídání masem**, které už z pouhého lovu nestačí. Také „přesvědčení“, že svět je pouze plný bytostí, které usilují o naše bytí a je proto zapotřebí předcházet vlastnímu usmrcení, usmrcováním jich. Forma: **PPP**.

**Ad/4. Amok:** co je původem spontánního rozvoje tzv. amoku u mnoha lidí žijících v Africe (lze přirovnat k emoční bouři doprovázené pohybovým, stereotypním neklidem – podobně jako u panické ataky) není i dnes ještě zcela jednoznačné. Psychoanalýza se kloní k názoru, že se v tomto případě jedná o zcela primitivní neurofysiologický obraný reflex spojený se strachem a úzkostí vnímaného, leč nereálného ohrožení, rozvinutý až do stavu

nekontrolovaného tělesného výrazu. Zpravidla bývá přechodného rázu, avšak někdy může končit až sebevraždou (záměrné vyhledávání např. výšek, nebo sebepoškozování „*řeznými rituály*“). Pokud má amok tzv. *psychogenní etiologii*, je součástí dvou pólového vývoje: **1.** dlouhá a zcela neúčelná **meditace**, kterou střídá, **2. tělesný a emoční neklid** spojený s rytmickým pohybem celého těla. Odborníci v této souvislosti rovněž upozorňují na fakt, že lidé trpící tímto průběhem zvládnutí emoční tísně jsou výrazně méně citliví na bolest, což formou agresivity přenáší také na své okolí, kdy nejsou schopni odhadovat míru nebezpečnosti svého jednání vůči druhým lidem. **Organicky** může být amok vyvolán u některých typů **malárie**. Existují také rituály (např. vyhánění zlých duchů z těla nemocného, zasvěcování chlapců do stavu mužné dospělosti), které končívají **extatickými stavy** se znaky amoku, *nebo pohlavními orgiemi*. Konečně i v Evropě dobře známé *chození přes žhavé uhlí*, je technicky vzato: *zesílenou emoční extrapolací citlivosti na bolest, vyvolanou extrémním přenášáním pozornosti jinam*.

Po odeznění amoku přichází úplné tělesné i psychické vyčerpání. Pacient tak může maximálně bezvládně ležet. Nutná je přítomnost druhé osoby, aby byla připravena k ošetření pacienta (např. vlhkým ručníkem mírnit přehřátí hlavy a těla). Jen ve výjimečných případech po odeznění kulminačního bodu průběhu amoku pacienti zůstávají ve stuporositě (tělesné strnulosti). Obecně je amok

považován za jeden ze způsobů komunikace s bohy, nebo démony. Některé africké kmeny toto považují za stav vyvolení a dokonce těmto jedincům potom po zbytek života projevují náležitou úctu.

Bráno z pohledu lékařské psychologie a psychoanalýsy, je v těchto souvislostech možné uvažovat rovněž i o tom, že amok skutečně náleží k pradávným, archaickým způsobům zvládnání původního strachu. Děláním hluku, aby se vyplašila zvěř, která byla považována za životu nebezpečnou se ještě dnes používá k ochraně skupiny, která např. pobývá bez obydlí v africké pustině. Dokonce zde mohou hrát roli i základní podvědomé impulsy stojící na hraně jakési telepatie, kdy je nebezpečí blížící se smečky nebo i jediného zvířecího predátora rozpoznáno, aniž by před tím došlo ke smyslovému kontaktu (čichem, zrakem) lovce. Všechny tyto okolnosti se patrně spolupodílí na rozvoji amoku, jako svého druhu neovládaného strachu, hovoříme-li o něm tedy z pohledu, kdy se nejedná o jeho účelný projev právě stran plašení životu nebezpečné zvěře. *Amok se stal **nemocí**, jakmile zůstal výrazem pouhé **emoce**.*

**Ad/5. Woodoo:** podoba tzv. **transu a stavu posedlosti**, založená na tom, že jedinec buďto sám sebe začne považovat za nějaký druh zvířecí či jiné podoby, nebo mu je tento stav vnucován **kolektivní psychózou**. Takové jevy se mají možnost vyskytovat v podstatě kdekoli na světě: v severských zemích převládá

představa, že „jsem“ nebo druzí „jsou“ velkými, d'áblem obdařenými stromy s mohutným kmenem a větvemi, které pohybem a schopností měnit místo zabíjí; přitom pacient vidí např. sebe jako do stromu se měnící bytost s výraznými zápornými rysy, doprovázenými i zvukovou kulisou; v *Japonsku* jsou známé četné případy, kdy se totéž děje na úrovni takové psychózy, kde hlavní roli hraje **podoba lišky**. Mytologie tady samozřejmě má co činit, podobně jako u výše uvedeného amoku. Na některých místech Japonska není králem zvířat lev, jak bychom předpokládali, ale liška, která svojí všemocí (*omnipotencí*) může měnit také život člověka jak po jeho duševní, tak i tělesné stránce. Zakořenění této představy v kulturních zvyklostech daného etnika, stejně jako na jiných místech světa, dává příčinu vzniku právě takových psychotických stavů. Samozřejmě, že k podobnému způsobu zvládnutí duševní tísně musí být u jedince jisté předpoklady osobní psychastenie a oslabeného obranného mechanismu, který tak nechá vyprojektovat podobnou architektoniku vnitřních obrazů, které obdaruje osobní účastí s prvky neadekvátního chování. Opět i zde tedy máme pouze jiný druh **schizofrenie**, údajně působící i na dálku.

**AD/6. Ode Ori:** u *Guinejského zálivu*, kde mj. leží také západoafrický stát *Nigérie*, se vyskytuje psychóza pravidelně postihující jedince, kteří se vyznačují intelektuální přepracovaností – studenty, politiky, úředníky, počítačové manažery aj. Jde o stav, kdy pacienti

pocházející pravidelně z této skupiny lidí vnímají halucinačně bludové stavy, které jsou typické tím, že mají pocit, jako by celým jejich tělem prolézali červy, kteří vydávají mučivé zvuky do hlavy. Je známo, že v těchto zemích je strava larvami nebo jinými červy vcelku běžnou a má proto své zastoupení také v mytologii. C. Levi-Strauss, když popisuje ve strukturální antropologii africké nebo středo a jihoamerické indiány, jak vařená nebo syrová strava měla dalekosáhlý vliv na náměty spojené i s tím, co je tzv. *tabu*, nelze se potom příliš divit, když shledáváme, jak právě téma parazitů, významně ovlivňuje psychiku a její projevy v zátěžích, kterými tito lidé trpí a specificky prožívají její průběh. **Parazitární psychóza** se dá chápat v těchto souvislostech jako sebepotrestání z pocitu selhání. V Mexiku je požívání sušených červů a brouků různého druhu natolik oblíbené, že si je lze zakoupit přímo na ulici (*Oaxaca*) a s kečupem, podobně jako u nás např. bramborové hranolky si je vychutnat při chůzi městem. V domácnostech přitom není vyjímkou, že se někde v rohu místnosti krčí pavouk, který však není zabíjen, protože by došlo k přestoupení tabu. Naopak je to považováno za jistý výraz pozitivního kontaktu s duchy. Tyto protiklady v Mexiku, přetrvávají dodnes.

#### **§4. FREUD „TOTEM A TABU“ – JUNG „PROMĚNA A SYMBOL LIBIDA“ – JEJICH SOUČASNOST**

To, že výše uvedené, kulturou a zeměpisnými determinantami vázané duševní stavy mají svá oprávnění pro danou existenci a rámcově je lze rovněž z těchto pozic

vysvětlit, zjistil už také Sigmund Freud, když ze svého úhlu pohledu popisuje dané téma v knize *Totem a tabu*, která se stala v jistém ohledu součástí dobové diskuse, k jejímuž průběhu hlavním slovem později přispíval také C. G. Jung. Freudovo hledisko bylo založeno na zjišťování platných pokrevních rituálů, zvyklostí a předepisovaných „zákonů“ chování zejména mezi jednotlivci a skupinou, také v rámci společenských požadavků, ale stejně tak i z hlediska nároků, které tyto vazby měly na osobně vědomé, podvědomé a nevědomé utváření duševního života lidí nejstarších kultur. V tomto ohledu Freud odhaluje, jak např. žárlivost matky na dceru může být v době po její (dceřině) svatbě důvodem k potlačované něžnosti vůči jejímu manželovi, který se podobá matčině nenaplněné lásce z mládí. Ve výsledku potom rodina funguje dysharmonicky, neboť matka nevědomě popírá tento dávný stav milostné frustrace a, aby celou věc zakamuflovala, chová se častěji nepřístojně, což smazává nebezpečí příbuzenského „incestu“, jeho prozrazení, neboť manžel dcery v matce vyvolává erotická a tedy nevhodná tělesná hnutí. Freud ukazuje, jak se v přírodních kulturách, ještě dnes dodržuje vyhýbání kontaktu např. bratra se sestrou, zvláště v době, kdy tato již dosáhla věku ženy, jak byla případná přestoupení tělesné žádosti trestána vyhoštěním obou ze středu společenství, neboť nečistota tohoto druhu uvalovala kladbu na celou společnost např. tím, že hrozila neúroda a tím i hlad, jak tato dvojice

musela odejít na místo posledního skonu, kde o své vůli vyhladověla a zemřela, aby očistila rod...Tak takové jsou cesty *totemu a tabu*. Totem měl splňovat, nejčastěji ve středu tábora trvalou připomínku všech neduhů, které by mohly být potrestány, ale stejně tak, měl službu přímluvce, když se k němu chodili ostatní zpovídat nebo prostřednictvím něj žádat např. boha, bohy o uzdravení dítěte, muže (lovce). Kultivace těchto tisíci letými vzory přístupu k sociální realitě, pouze odklonila jistou surovost (i to je otázkou) společenské seberealizace. Místo *totemu* je to kostel, místo nepsaného *tabu* je to např. občanský zákoník. Ovšem co zůstalo jako původní, je individuální pohnutka a její provedení, jestliže se člověk i dnes dostane do emoční tísně, potom zvolené prostředky pro realizaci záměru mohou nabýt opět zcela původních vzorů a následného (obludného) řešení. A pokud se podíváme na jednu z nejtěživějších oblastí současné psychopatologie, potom se nepřestáváme divit, jak tyto pra-původní vzory, např. zabíjet, souvisí s nejranějšími impulsy v tak „vyspělých“ společnostech, za jaké se považuje západní kultura. Vrazi rozčtvrcují, nebo masově, či sériově likvidují jiné jedince pro svůj patologický záměr, nadto mnohdy zdůvodňovaný politicky, nábožensky aj. Freud v knize rovněž zmiňuje moment, kdy jisté přírodní kmeny, které byly schopné jiné potlačit masaovým vyvražďováním, nakonec jejich těla, nebo jen hlavy obdarovávali, přicházeli k nim a rozmlouvali s nimi, aby se za své jednání omluvili,



nebo jim zapalovali v ústech doutníky. To vše jen proto, aby si udobřili jejich válečné bohy, případně, aby jejich usmrcením nebyli potrestáni přestoupením jejich slabosti do svého těla... Otázka života a smrti (**libida a thanatos**) tak zjevně v nejpůvodnějších základech ovládá vždy všechno naše bytí a je ve všem našem jednání třeba i jen nejvzdálenějším, ale přesto účastným podílníkem na uskutečňování individuálních, ale i kolektivních zájmů.

V tom smyslu „**kolektivní**“ se nejlépe a pro další cesty chápání daného problému vyslovil Jung v knize *Proměna a symbol libida*. Jung zde mistrně ukazuje na souvislosti stran toho, že se člověk trvale nachází **na hraně mezi představou a skutečností**. To mu snižuje často v rámci okolností postupovat s takovou mírou racionálního nadhledu, že je jen nanejvýš obtížné, klasifikovat tzv. rozumné jednání od toho, které je podmíněno výhradně obrazem – **archetypem**. Tedy kulturou zděděnými praobrazy morálních pohnutek a těch nejstarších fyziologických vazeb, na něž jsme napojeni zejména základním systémem, systémem přežití. Tím je dáno, v jakých složitých úrovních se člověk se svojí psychikou ocitá. Není to pouze **Já, Nad-já, Ono** (Freud), ale stejně tak tyto tři oblasti zápasí s „primitivními“ fragmenty, **archetypy**, o nichž jsme zde výše pojednali. Ve výsledku všechny kultury spojuje tento model.

## **§5. SHRUTÍ PRVNÍ ČÁSTI**

Celkový počet diagnostikovatelných duševních poruch činí dnes něco kolem 400 položek. Toto číslo je stejné v Evropě jako v americkém modelu. Pokud z hlediska multikulturního nárůstu budou další diagnózy přidávány, tak až v průběhu příštích let, a to se jejich počet rozroste patrně o několik desítek.

Jestliže jsme tedy podali, samozřejmě že jen rámcový náhled na problematiku psychodiagnózy, tak jak jsou specifické, co do kritérií, kterými jsou určovány v evropském modelu, tak z hlediska metodologie a samotného obsahu daných kritérií, pro stanovení duševní nemoci, se toto nikterak neliší vzhledem k standardům, které jsou používány v USA. Samotné kódování, které je pouze klasifikační pomůckou pro co nejrychlejší orientaci, např.:

- *bipolární afektivní porucha* = **F 31**
- *bipolární afektivní porucha současná epizoda hypomanická* = **F 31.0**
- „ ... „ *manická bez psychotických příznaků* = **F 31.1**
- „ ... „ *manická s psychotickými příznaky* = **F 31.2**
- „ ... „ *středně těžká nebo lehká deprese* = **F 31.3**
- *těžká deprese bez psychotických příznaků* = **F 31.4**
- *těžká deprese s psychotickými příznaky* = **F 31.5**

představuje toto, vždy jen technickou část vykazování záznamu klinicky zjišťovaných položek. To, co však odlišuje pacienty, je subjektivní, individuální sebereflexe a na ni napojené dynamické složky vycházející z prostředí v

němž žijí/žili, nebo mají zakořeněno jako vzpomínkovou výbavu nejrůznějších modelů, podle kterých se chovají, ale také prožívají mnohé situace a v neposlední řadě je to genetická výbava s níž si odborníci mnoho poradit doposud neumí, neboť je nám dostupná pouze z kvantifikovatelných zdrojů, čili pozorování specifík chování a prožívání jedince pocházejících ze stejného, nebo příbuzného zeměpisného pásma. Zvláště poslední faktor může být výsledkem pouze toho, čemu lze říkat, něco jako **psychická infekce**. Pak by to ovšem nutně znamenalo, že předpokladově by taková okolnost znamenala možnost pozitivního ovlivnění tzv. **terapeutickou redukcí**.

Nic méně, **diferenciálním měřítkem v evropském a americkém přístupu** zde je, že:

- **evropský model** více respektuje hledisko spojené s medicínskými pravidly, tj. opírá se o neurofysiologické aspekty doplňované kognitivně behaviorálními výzkumy...
- **americký model**, jak si ještě ukážeme, dává přednost aspektům vývojovým, které doplňuje o výzkumy neurologické a experimentální...
- **v obou modelech** se prosazuje stejnou měrou respekt k problematice sociální.

Pro sám přístup k vlastní psychodiagnostice, toto již rozdíl činí a v praktickém výsledku, např. kontaktní práce s klientem je to znát, důrazem na obsahové schéma terapie.

Řazení diagnostikovatelných jednotek duševních poruch *podle evropského modelu*:

- i. organické duševní poruchy (alzheimerismus...)
- ii. závislosti (alkohol, droga...)
- iii. schizofrenie
- iv. poruchy nálad (deprese...)
- v. neurotické poruchy (obsedantně-kompulsivní...)
- vi. somatoformní poruchy (porucha příjmu potravy...)
- vii. poruchy osobnosti (paranoia – žárlivost...)
- viii. mentální poruchy (IQ subnormy)
- ix. poruchy školních dovedností (ADHD...)
- x. poruchy se začátkem v dětství (sebepoškozování...)

Řazení diagnostikovatelných jednotek duševních poruch *podle modelu užívaného v USA*:

- i. poruchy neuronální a poruchy mentálního vývoje
- ii. schizofrenní spektrum a jiné psychotické poruchy
- iii. bipolární poruchy a poruchy příbuzné
- iv. depresivní poruchy
- v. úzkostné poruchy
- vi. poruchy nutkavé a poruchy příbuzné
- vii. traumatické poruchy a poruchy ze zátěže
- viii. dissociativní poruchy
- ix. somatické poruchy spojené se zátěží a poruchy příbuzné
- x. poruchy krmení a poruchy příjmu potravy
- xi. separační poruchy
- xii. porucha rytmu spánku a bdění
- xiii. sexuální funkční poruchy
- xiv. poruchy pohlavní identity (dysforie)
- xv. poruchy sociálního přizpůsobení, poruchy impulsivity
- xvi. poruchy vyvolané užíváním psychotropních látek
- xvii. neurokognitivní poruchy.

**II.**  
**ZÁKLADNÍ PŘÍSTUPY V AMERICKÉM MODELU**  
**PSYCHODIAGNOSTIKY**

## **§6. AMERICKÝ MODEL PSYCHOADIAGNOSTIKY V RÁMCI MULTI (TRANS) KULTURNÍCH NÁROKŮ**

Když jsem před pár lety navštívil na několik týdnů Mexiko, pravidelně jsem v televizi po celé zemi sledoval s oblibou pořad, kde obyčejní lidé, za patrně ne malé peníze, byli ochotni vystoupit takto na veřejnosti a konfrontovat se se svými partnery / partnerkami, které zpravidla dříve opustili kvůli novému vztahu. Dokonce i jejich nové drahé polovičky do těchto pořadů chodily a nechaly si od např. manželek svých nynějších partnerů kydat na sebe ta nejtěžší slova špíny a pohrdání. Vše se neslo v extrémně vypjatých emočních vzorcích, které kupodivu, až na jednu výjimku inzultace, moderátoři zvládali s naprostou bravurou a jihoamerický temperament se sám vždy postaral o vysokou sledovanost. Podobné pořady vysílané u nás se nedají absolutně srovnat s tím, co probíhá tam. Vedle toho, mnohokrát jsem byl svědkem, jak se manželé o něco přeli. Domnívám se, že mnoho našich lidí, by v prvním okamžiku dostalo strach. Emoce, které tam vždy na krátko na začátku hádky vzplanou, jsou pro našinec něčím nevídaným. Je to v podstatě ukázání síly, hrdosti, nesmlouvavosti, životaschopnosti. Má to u partnerů i svoji cenu. Řekl bych, že to, co označujeme rádi slovem „domácí Itálie“ by spíše bylo příhodné pro „domácí Mexiko“. Přesto si hádka udržuje racionalitu, směr a ochotu k domluvě. U nás máme jakousi zkušenost

s něčím, co se zdánlivě ke stejnému přibližuje a vsutku jen přibližuje, ze života s menšinovými skupinami.

Vzhledem k tomu, že rozebírat tisíci stránkový americký manuál duševních poruch zde asi nebudeme, tak soustředěním na jednu z „nejpopulárnějších“ kategorií, **deprese**, si můžeme postupně ukázat na to, co je v onom rozdílu přístupu mezi Amerikou a Evropou informativně zajímavé tak, abychom z toho na závěr mohli čerpat potřebné výsledky a popřípadě je konfrontovat se zcela aktuálním stavem věci – uprchlictví, migrace atd.

Spojené státy americké, Velká Británie, Španělsko, Itálie, Francie a Německo vždy měli historickou zkušenost s migrací a přistěhovalectvím lidí z dalekých a s evropskou kulturou nesouvisejících etnik. **Afroamerická sociální témata** se již trvale stala součástí politických, sociálních a etnopsychologických diskusí.

Vedle toho nesmíme zapomínat na důležitý fakt, jakým je zneužití etnopsychologie v období nástupu fašismu v Německu (*židovská otázka...*), odkud nás patrně již trvale budou provázet výzvy k opatrnosti nastavování kritérií přístupů, založených již ve verbálních postojích, od nichž nejčastěji také vede „cesta k ochotě“ chovat se přinejmenším odporným způsobem a podněcovat nenávist i konkrétními činy. Ochota jednotlivců vydávat se tímto směrem je stálá a *frommovské* určení, že zde pracují stádní pohnutky, platí bezezbytku. Tudíž zejména ve slovním podání, popisu našich přístupů se musíme

(podtrhuji – *musíme*) stavět na stranu kultivace projevu a nenechávat se strhávat na stranu jedinců se sociálně a mentálně politickou subnormou uvažování. To, co dnes pozorujeme v rámci migrací, je přirozený vývoj situace. Masový rozvoj počtu lidí planety již nedosahuje stupně, kdy je možné na přetrvávajícím, chudém místě její obyvatele uživit a jiná její část má možnost poskytnutí alespoň základních prostředků. Základní existenční filosofie potom zní, *co nám brání nejtít tam, a zda všemožná rizika spojená s takovým sebezpřemístěním nakonec nestojí za to, podstoupit je, když na místě, kde žijí, se téměř na sto procent změny k lepšímu nedočkáme?!*

Amerika vždy respektovala hodnotu individuálního rozhodnutí, fakt, že se mnohdy jedná o odvážný krok, od základu změnit život, jestliže se člověk vzdá své domoviny a nadobro se vydá hledat lepší živobytí tam, kde bude nutně **muset podstoupit změnu myšlení**. Taková okolnost se jinak jeví na řádcích tohoto papíru, a jinak je reálně podstupována, při samotné realizaci této změny. Odborníci dnes znají jednu z příčin depresí a schizofrenií. Je to změna místa bydliště. Zkusme si představit, jak tato náročnost zní jednoduše, pokud ji realizujeme v místě svého státu, kde žijeme. Vcelku nenáročná záležitost pro toho, kdo je plně, racionálně orientovaný v souvislostech, které kladou své nároky. Tedy v souvislostech, které musí být učiněny jako praktické zvládnutí takové situace: bydlení, zaměstnání, sociální a kulturní kontakty,



interpersonální vztahy, studium a kariérní růst... Podobné náležitosti dnes zvládáme, v rámci svého etnika, bez větších obtíží, neboť nám tuto seberealizaci zajišťuje základní sociální a kulturní úroveň nastavení života v naší společnosti. Jednu oblast zde v zásadě řešit nemusíme vůbec, a tou je jazyková bariéra.

Naopak u lidí, kteří přichází z jiných končin planety, aby zde dosáhli alespoň nějaké důstojné formy existence, tak vytrvalým poukazem na nedorozumění, hrozbou nesouladu v chápání terminologických jemností v mezosobní, ale zejména v sociální oblasti, vytváří se podhoubí chronické úzkosti a přecitlivělosti na jakoukoliv takovou formu nejistoty. Překonání jazykové bariéry je tedy prvním, a možno říci základním stupněm posunu k optimálnějšímu stavu řešení dané situace, tj. budoucí možnosti personální adaptace na kulturu daného prostředí.

Tento poněkud širší úvod (a přiznejme, že nijak objevný), jak následně uvidíme, má již ve svém poukazu své opodstatnění. **Evropský model** přístupu ke klasifikacím **deprese** (depresí), se opírá o *kognitivně - behaviorální* model. To znamená, že vyzvedává **způsoby chování** a **způsoby sebereflexe** za kritérium přístupu k jejich odstranění, nebo zmírnění. Naopak americký model vyzvedává jejich *etiologii souvislou s dětskými frustračními znaky*, uvádí je přednostně do *kontextu* s celkovou *biografií* jednotlivce, tedy respektuje model psychoanalytický. V evropských přístupech se

psychoanalýza k odstraňování nebo zmírňování průběhu depresí rovněž používá. Avšak převládá kognitivně – behaviorální, racionalisované doplňování v celém průběhu práce s klientem (*strukturálně integrovaný přístup*), neboť výchozím momentem zde je plné respektování kulturní zaangažovanosti klienta do daného prostředí, s nímž se počítá jako se samozřejmostí. Americký přístup počítá i s tím, že klient pochází z jiného etnika, nebo v rodinném zatížení imigrační téma tvoří jeden ze základních, nebo vůbec základní bod tématu (zejména jedná-li se o jedince, co by zástupce následné, několikaté migrační generace), kolem kterého se atmosféra soužití v dané společnosti, nebo v domácnosti, jako existenční téma otáčí.

Zde se nacházíme v samém jádru problému. Americký manuál duševních poruch poukazuje významně na tzv. **strategii přístupu**. Pokud bychom k jedinci s migrační zátěží přistupovali výhradně z pozice kognitivně – behaviorální terapie, opoměli bychom jeden důležitý fakt: většina lidí s touto pozicí v nastavení svých kritérií přístupů k vnímání vlastní reality, se trvale ocitá na nějakém emočním stupni naladěnosti, neboť poukazují na vlastní psychický deficit (úzkostné stavy a deprese) ve smyslu ublížení. Proto americký manuál používá např. výrazu **DISRUPTIVNÍ AFEKT-REGULUJÍCÍ PORUCHY**. Existují klienti afroamarického původu, kteří např. nejsou schopni po jistou dobu průběhu deprese hovořit se svým okolím jinak, než je jejich mateřský jazyk, nebo dále např.

anglicky, ovšem s tak silným **konžským** přízvukem, že je porozumění a komunikace na nějakou dobu téměř vyloučená. Tato okolnost je známá již z *Freudových „Chorobopisů“*, kdy jedna jeho pacientka ve zvlášť pro sebe vypjaté fázi průběhu úzkosti hovoří jiným jazykem, aniž by se jej dokonce někdy učila.

Abychom tedy pokročili dále: když porovnáme evropský a americký kódel v základním přístupu k afektivním poruchám, je zjevné, že evropský model je standardisovaný na podkladě jistých a neměnných fenoménů, které se pro stanovení jednotlivých kroků směřujících k diagnóze již dlouhou dobu nemění, nebo alespoň nejsou jako nosné respektovány jiné proměnné, než ty, které jsou tradičně přijímány (sociální staženost, tendence k plačtivosti, pocit, že za nic nestojím, že nikoho nezajímám, uzavírání se v bytě, neochota vstát z postele, anticipace negativní budoucnosti, otázky smyslu existence, zaobírání se tématem sebevraždy...). *Disruptivní afektivní regulace* v americkém manuálu naopak respektuje neznámé a doposud nekomentované etiologie jako proměnné, náhlé a dlouhotrvající výkyvy nálady. Poukazuje tedy na to, že depresivní a maniakální stavy mohou mít zcela nečekaný nástup s dlouho trvajícím spontánním ustalováním, či odezníváním, mnohdy až do úplného vymizení. Časová osa může zahrnovat období od jednoho dne náhlý a nekompromisně dramaticky prožívaný nástup osobního smutku, až po celoživotní, **dystimní**

průběh, který je vedle **cyklothymie** známý rovněž v evropském modelu. Onen první vzor: **disruptivní**, dobře popisuje a odhaluje takové depresivní stavy, kdy zcela bez udání varovných signálů a vnějších podnětů, změna nálady v zásadě vypojuje pacienta ze zájmu o kontakt s realitou a plně jej soustředí na sebe sama, se všemi pocity marnosti, jak jsme tomu svědky rovněž v evropském popisu depresivních a maniakálních poruch, ovšem s dlouhodobým nástupem a daleko pozvolnějším vývojem jednotlivých charakteristik. Disruptivní porucha, také jako maniakální stav je následně projektována do věcí, živočichů, na sebe sama, vůči druhým lidem. Zesílená je rovněž opozice vůči všemu a všem, kdo se nějak mají podílet na zájmu pomáhat vylepšit tento duševní stav pacienta.

Americký manuál duševních poruch vychází k uvedení termínu **DISRUPTIVNÍ** z toho, že je třeba tento model náhlých a dramaticky prožívaných pocitů smutku chápat jako souhrn vývojových souvislostí a hledat, kde se v dětství a dospívání dají nalézt již první vzory takového prožitku a na ně navazujícího jednání pacienta. Je nesporné, že v evropském modelu, kde převládá zmíněný *kognitivně-behaviorální přístup*, jsou tyto, do osobní biografie vedoucí náhledy méně častým způsobem jak s pacienty navazovat verbální kontakt a více se současné evropské psychoterapie soustředí na aktualitu životní

reality, na kterou se snaží pacienta napojit zvědomováním pouze **toho, co jest**.

Pohlavní specifika zvládnání náhlých – disruptivních změn nálady jsou americkým manuálem rovněž komentována. Ač na první pohled zní závěry, k nimž se odborníci tady přiklání (*u obou pohlaví je disruptivní specifika, co do procentuálního výpočtu stejná*), je nesporné, že tam, kde to dříve byly spíše muži, kteří takto „selhávali“, je to dnes procento plně vyrovnané. Tento posun je patrně dán možností, jistého sociálního komfortu. Muži získávají daleko více prostoru na to, aby se emancipovali do rodin a ženy naopak začínají v mnoha rodinách dominovat „mužskými“ prvky začlenění, zejména, co se týče: vzdělání, zaměstnaností atp. Nárůst sebevražd, který je rovněž vcelku vyrovnaným skóre mezi pohlavími, ovšem tady alarmuje počtem, který neklesá, ani se nestabilisuje ale vzrůstá. Jako afektivní a opět bez jakýchkoliv varovných signálů realizovaná disrupce, je sebevražda stále nečitelnou, ale jasně existující položkou v psychiatrii, kterou lze jen obtížně redukovat nějakou osvětou o pozitivitě a prevenci života s úsměvem.

V USA společnost bílých a černých v tomto smyslu nemá na vybranou. Jejich provázání mnoha generacemi dřívější rozdíl již smazalo. Ovšem v průběhu depresí je zde rozdíl, právě v tom, co naznačuje termín – **disruptivní** – náhlý, nepředvídatelný. Zatím co u bílých členů společnosti jsou znaky průběhu deprese mnohdy

shodné s evropským modelem, tak naopak u černošské populace jsou zaznamenávány daleko větší rozdíly. Ty spočívají v tom, že deprese probíhá častěji ve vlnách, výkyvech a s notnou dávkou afektivity jako takové (smutek, plačtivost, domáhání se rituálů...). Mohli bychom dokonce použít terminologického podání, které by nám celou věc blíže osvětlilo: *černošský pacient svoji depresi realizuje*. Je aktivním vykonavatelem obsahu myšlenek daleko více a častěji než pacient bílý. Tento důvod rozdílu patrně vychází z toho, že ve stavu osobní krize afro-američan reaguje na takovou situaci nutností ovládnout ji nějakým druhem aktivity, aby předešel nebezpečí „selhání“ v ještě větší míře, než je tomu s příchodem deprese jako takové. Naopak bílý pacient v depresi podléhá subjektivní manipulaci, která jej vede na cestě k pasivitě, neumí si se svojí situací poradit, ztrácí všechny důvody pro seberealizaci, i ty poslední.

Tím, co bylo uvedeno je dáno jedno hledisko - černošský pacient s depresí, bude do poslední chvíle hledat vlastní zdroje *záchrany*. Jeho postoj k vlastní osobě se trvale bude konfrontovat s vlastní minulostí. Ovšem nikoliv pouhým zobrazováním událostí, kterými prošel, ale zejména hledáním odkazu, který by napomohl **provázat to, co bylo, s tím, co právě jest**. Tato zdánlivá jemnost rozdílu mezi evropským a americkým modelem, se ovšem pro černošského pacienta s depresí, bude setkávat daleko častěji s úspěchem, neboť bude výzvou k reálné aktivitě, k

reálnému vykročení směrem ke změně. V opačném případě, černošský pacient s depresí bude vždy blíže propadu do některého ze schizoidních stavů napojeného na úzkost, jestliže svým vnitřním obrazům, jejich sdělení dodá takové vážnosti, že se nakonec budou mít tendenci stávat realitou samotnou. K tomuto propadu do duševní tísně se černošský pacient dostává častěji než pacient bílý, a to je proto, že elementární ritualisace napojená na emoční disruptivitu je s celým duševním obsahem tohoto etnika v daleko větším příbuzenství a sepětí, než u jiných. Tyto okolnosti je zapotřebí humánně chápat a terapeuticky zvažovat.

### **§7. KAZUISTIKA V SOUVISLOSTI S PREMENSTUAČNÍ DEPRESIVNÍ PORUCHOU**

Během své praxe laického psychologického poradenství, které zpravidla spočívá ve verbální podpoře klienta, tak aby se účinně zorientoval ve svých obtížích a byl schopen následně bez obav podstoupit psychoterapii u vyškoleného odborníka, jsem se nesčetněkrát setkal s ženami, které ve své kariéře partnerských vztahů prošly také smíšeným soužitím. Jednou to byla klientka, která žila po delší dobu s partnerem pocházejícím z arabské kultury, pak klientka, která již několik let trávila život s partnerem, jenž byl středoamerického původu, jindy to byl partner pocházející z asijské oblasti (Vietnam, Indie), nebo Afriky. V západních zemích je toto určitým standardem, na který většinou nikdo dnes už nereaguje. Dvojice celoživotně

prosperuje, nebo se na kratší čas objeví dílčí komplikace, které bez větších obtíží stačí zvládnout jen s minimálním kontaktem přes obdorníka. Zásadním podílníkem na kvalitě takových vztahů je celková asimilace většiny kultur do majoritního společenství, kde všechna tolerance a přirozenost vazeb vznikají od nejútlejšího sociálního typu soužití: rodiny s dětmi se mezi sebou běžně přátelí, jesle a školky, školy jsou „promíchány“ veškerým spektrem lidských typů. Dalo by se říci, že tak na jednom prostoru dokáže spolu každodenně žít „Zeměkoule“ v malém. Přeci jen uzavřením sociálního a interkulturního života v našich podmínkách fungování let po roce 1948, se vytvořila propast, z níž ještě dnes hledáme východisko a je to cesta, přiznejme si poněkud bolestivá. Proto i některé ženy, když na individuální konzultaci verbalisujeme jejich problematiku často sdělují, že jim např. navázání vztahu s partnerem pocházejícím z arabské kultury připadalo na počátku atraktivní nejen pro sebe samotné, ale rovněž v tom smyslu, že mohly být zajímavé pro své nejbližší okolí. Tento přístup je samozřejmě přesně výsledkem toho, co zde v naší společnosti panovalo jako základní nastavení: jestliže se něco stalo hůře dostupným, učinila se z možnosti jiné cesty zisku přednost dávaná na odív. Platilo toto jak v úrovni hospodářské, tak v úrovni mezilidských vztahů. Mnohdy tento prvek v naší společnosti ještě přetrvává, čímž se stáváme svědky velkého počtu třecích ploch a jen malé ochoty, např. takto se na věc zadívat a



pouvažovat o vlastním postoji. Nuže, to je jeden úhel pohledu.

V devadesátých letech, jakmile se otevřely hranice, začali si lidé hledat cesty k navázání kontaktů v zahraničí s daleko větší úspěšností. Navštívila mne klientka (29 let) s prosbou, abych jí vysvětlil neblahý průběh manželství, které před šesti lety uzavřela s partnerem, jenž pocházel z Jižní Afriky. Byl to černoš, dle fotografie sympatického, urostlého vzhledu. Doposud neměli děti, po nichž oba toužili. Zpočátku se jejich život nesl v důrazu na kariérní rozvoj (studium, zaměstnání). Jakmile dosáhli určité stability, vzali se a koupili si dům u Brna. Manžel se choval až do doby svatby vstřícně a ohleduplně. Pár měsíců po svatbě se však něco v jejich vztahu změnilo. Manžel začal partnerku častěji kontrolovat a na pořad dne se dostavila žárlivost. Situace v domácím prostředí, spojeném se žárlivými scénami až na dvě vyjímky, podle klientčina sdělení probíhaly bez fyzické inzultace. Jak mi bylo opakovaně potvrzeno, klientka měla vsutku čisté svědomí, k žádné nevěře nedocházelo. Sama si tuto věc neuměla vysvětlit a bylo jí to líto, neboť v odstupech se některé žárlivecké momenty u manžela projevovaly doposud. To narušovalo významně běh domácnosti a zakořenil v ní „duch“ napětí, očekávání, *„kdy zase manžel přijde s nějakou tou nepodložeností a bude nepříjemný“*. Podařilo se mi tuto věc náležitě upravit, když jsme s touto klientkou hledali východisko, nebo alespoň snížení počtu

jejího manžela podobným způsobem jednat. Komentoval jsem celou věc tím, že jsem se nejdříve optal na to, jak vlastně probíhá jejich společenský, kulturní život. Klientka mi sdělila, že zpočátku s manželem chodili neustále do kina, divadla, na koncerty, jezdili na výlety, scházeli se u nich společní přátelé. Manželovi kamarádi, kteří zde studovali, se po ukončení vrátili většinou zpět domů, nebo odešli pracovat do zahraničí, jinam. Manžel se, jak si nyní začínala uvědomovat, na ní postupně více fixoval a neustále žádal její pozornost. Pocit kulturní izolace, minimální kontakt se svými přáteli ze stejného etnika mu vytvořili vakuum, které touto fixací pouze zaplňoval. Také si začal více uvědomovat, že bližší okolí, tam, kde bydlí, nebo vůbec v sociálních kontaktech, se na něj lidé *dívají skrz prsty*. Žil tedy ve třech dominacích: 1. problém s akceptací majoritní společnosti, 2. sociální vakuum zánikem vztahů s přáteli pocházejícími z vlastní kultury, 3. fixace na manželku a vidinu rodiny – dítěte.

Chování manžela však mělo ještě jiné proměnné. Začaly přicházet další okolnosti. Žárlení dostalo nový impuls, když se vinou vleklé angíny, nedostavila klientce pravidelnost cyklu. Od toho okamžiku, kdy mu to bylo sděleno, nejprve podlehl představě, že je toto už dobré znamení, že došlo k početí. Po pár dnech se cyklus obnovil a manžel nabyl dojmu, že jeho partnerka si nechala dítě vzít, a že se tak potvrdila jeho žárlivecké podezření. Toto emoční napětí, kdy se z radosti situace obrátila

ve zklamání a z manželovy strany i pohrdání manželkou, bylo impulsem k tomu, že se klientka vrátila k rodičům. Základní strategií z mé strany bylo doporučení, aby manželovi otevřeně sdělila všechno, o čem jsme hovořili (zda mne uvede jako součást sdělení, nebo věc podá ve smyslu závěrů k nimž došla bez mé podpory jsem ponechal na ní) a dala tím na srozuměnou akceptaci k jeho postojům, partnerskou empatii. Když to učinila, bylo toto ze strany manžela vyslechnuto, ovšem nijak na její snahu o urovnání situace nereagoval.

Když se klientka po pár dnech rozhodla manžela navštívit v jejich domě, uviděla následující obrázek: manžel měl v ložnici ustláno na zemi, kolem „lůžka“ byly obestavěné artefakty, které souvisely s jeho kulturou (ty mu pravidelně posílali přátelé z Afriky), ostatní místnosti, až na kuchyň byly zamčené a nikdo do nich nesměl. Manžel tuto situaci odmítl jakkoliv komentovat. Když si s ním klientka chtěla u kávy promluvit, byla nucená vejít do kruhu a sedět na zemi. Manžel několikrát během rozhovoru zavřel oči a tiše něco zpíval, monotónně a pak zase mohli v rozhovoru pokračovat. Během celé produkce, která netrvala ani hodinu klientka dostávala stále větší strach. Ten, jak se ukázalo, nebyl nakonec odůvodněný, pouze na ni udělala celá situace špatný dojem. Jenže manžel klientky tyto rituály začínal opakovat pravidelně. Jejich osobní vztah se rozdělil na svět manžela a její. V domácnosti zavládly dlouhé dny ticha.

Klientka se mezi tím z vleklé angíny vyléčila. Měla se dostavit další menstruace. Dva dny před tím, ovšem nastaly komplikace jiného rázu. Klientka byla nezvykle přecitlivělá, plačtivá, odmítala jít do zaměstnání a nechala si vystavit krátkodobou neschopenku. Také premenstruační obtíže ve formě bolestí nabyly na intenzitě, zejména v začátku průběhu.

Po asi půl roce, manžel odjel navštívit rodinu s tím, že se za měsíc vrátí. Jeho příjezd (v době našich konzultací) nyní očekávala, ale zpoždění činilo, bez udání důvodu a přerušené komunikace, mezi touto dvojicí, už tři týdny. Premenstruační obtíže se mezi tím znásobily. Dostavovaly se návaly silných bolestí hlavy.

S přestávkou jsme však byli s klientkou v kontaktu. Nové okolnosti nastaly, když přišel dopis, v němž manžel klientku zpravoval o tom, že už se nevrátí, tím přišly nové komplikace s rozvodem, které se za pomoci právníka do dvou let vyřešily. Ovšem klientka i po té, zůstávala v premenstruační diagnóze deprese. Následně se to projevovalo např. tím, že úpěnlivě počítala hygienické přípravky, zda odpovídají dnům proběhnutého cyklu, tak jak byla zvyklá (nástup obsedantně kompulsivní poruchy). *Psychická infekce* ze soužití s manželem způsobila, že artefakty, které v období jejich krize byly trvale v kruhu na zemi, tam zůstávaly stále a nikdo z rodiny, rodičů, se jich nesměl dotknout. Trvalo téměř další dva roky, než se klientčin psychický stav urovnal a celá situace pozvolna

odeznívala. Bolesti ustávaly a byla možnost také navázat nový vztah.

Po dalším ne příliš dlouhém období klientku oslovil jejich dávný známý, který zůstal v Evropě a z pracovních důvodů navštívil naše končiny. Vyprávěl klientce, jak její manžel zůstal tedy doma u rodičů a vcelku vytrvale se zaobírá pohnutkami zklamání z jejího přístupu ke společné situaci. Nadto, ritualisacemi podstupuje vymýtaní zlých duchů z jejího těla a myslí na dálku (**woodoo**) a věří, že ji tak přivolá očištěnou opět k sobě. Má poměrně pěkné a výnosné zaměstnání u jedné světoznámé firmy, u níž úspěšně pracuje v právních službách.

Jestliže menstruační cyklus byl v tomto případě výsledkem afektu a úzkostného symptomu a na druhé straně ritualisace (**woodoo**) tím, jak svoji situaci uchopit, ukázali jsme na kulturní rozdíly v přístupu zvládnání duševní tísně.

## **§8. PRAKTICKÉ MOŽNOSTI DIAGNOSTIKY PODLE AMERICKÉHO MANUÁLU DSM-5**

Uvedli jsme v posledních dvou paragrafech následující hlediska: **1.** rozdíl mezi černošským a bělošským způsobem individuálního zpracovávání psychické tísně (deprese) a **2.** poukázali jsme na to, že v evropském manuálu chybí víc volnosti pro experimentální přístup klasifikace, který naopak americký manuál, přeci jen více toleruje. Nejedná však v žádném případě o nějakou, od vědeckého přístupu rozvolněnou aplikaci. Je pouze

vnímána potřeba, nspecifické varianty duševních poruch, jejich průběh, chápat (respektovat) ve smyslu těch okolností, které je specifikují a hledat pro ně i mimo **DSM-5** umístění, které by odpovídalo předpokládaným kritériím. Také zde tak ovšem platí jistá kvantifikace výskytu takové duševní poruchy, aby bylo možné jejich klasifikaci objektivizovat. Jediný popis ještě nedělá nějakou specifickou variantu duševní poruchy objektivně platnou a nemůže se proto stát měřítkem obecné platnosti. Americký manuál klasifikace duševních poruch dává na jevo svoji toleranci k experimentálnímu přístupu již tím, že přeci jen rozvrstvuje diagnostické oblasti na 17 okruhů, kdežto evropský model se prozatím stále spokojuje s 10-ti okruhy. V tomto případě můžeme porovnávat:

- **AMDP** = Poruchy neuronálního a mentálního vývoje (uváděné v prvním bloku), tzn. - jsou sledovány okruhy intelektových vlastností a schopností, funkční disability v nejrůznějších oblastech projevu a chování...; kromě toho, jsou zde široce popisovány oblasti lehké, střední, těžké a hluboké mentální retardace, což už je pojem, který je rovněž opouštěn, neboť jeho nadužíváním vzniklo neetické pozadí a tak výraz: *poruchy neuronálního a mentálního vývoje* staré názvosloví nahrazuje. Důležitější ovšem je, že do amerického manuálu vniká rozlišení ve vztahu termínu „**vývoj**“ vzhledem k námi sledované položce s tím, že je komentován rozdíl mezi *medicínským* a

*pedagogickým* přístupem. Ten v evropském modelu doposud není vyjasněn v takovém upřesnění, jak jej **DSM-5** klade. Tím se dostáváme k tomu, že z podobných úhlů pohledů **DSM-5** přijímá např. **ADHD** a jeho speciálně pedagogické šetření, pod křídla lékařského oboru.

- **EMDP** = Mentální retardace - jako poruchy intelektu, jeho vývoje, což je model výrazně striktnější a omezený v dalších sub-kategoriích...; všímá si pouze hodnocení **IQ** a na něj napojené elementární pohledy, co se týče faktické možnosti práce s takovým klientem. Za tuto hranici se evropský model dostává jen obtížně, a pokud vůbec, což závisí od každého odborníka, jak k dané diagnóze a terapii (léčbě), či nastavení pouhého standardu komunikace s pacientem, bude přistupovat. Zpravidla se jedná o vytváření stabilizačních prvků, pro snadnější komunikaci a denní fungování pacienta v místě, kde je o něj pečováno. **Speciálně pedagogické** zaměření doposud **odděluje**.

Obousměrně jak v americkém, tak evropském modelu potom jsou sledovány další nutné diagnostické okruhy: **a)** podmínky, které musí být splněny, aby diagnóza mohla být stanovena; **b)** ověřovací – experimentální techniky zjišťování faktické úrovně předpokládané poruchy; **c)** poměr na sto tisíc obyvatel; **d)** individuální vývoj a to, co přetrvává jako znak poruchy; **e)** rizikové faktory a

prognózy léčby; **f)** kulturní podmínění; **g)** diferenciální diagnóza – tj. somatické poruchy, které by mohly být hlavní nemocí, od níž je psychický stav pacienta pouze odvozen; **h)** komorbidita – tj. zahrnuje-li předpokládaná diagnóza, také další nemoci, které jsou klasifikovány již dříve, jako přirozeně přidružené, nebo, *měly-li by se vyskytovat*.

Volně potom navazují: autismus; ADHD; specifické poruchy učení; samostatnou jednotkou jsou motorické poruchy, jako např. stereotypie; tiková porucha.

Jako další klasifikační a již samostatná jednotka následuje **schizofrenie**. Její zařazení za první skupinu **dg.** jednotek má větší logiku, než je tomu v modelu evropském, kdy je schizofrenie až v třetím pořadí za organickými poruchami a závislostmi. Prohloubením mentálních vzorců v úrovni jejich subjektivizace úbytkem inteligenční dispozice, se pacient více zabývá vlastní povahou projekcí, které zvnějšňuje patologickým chováním, typickými znaky psychotické demonstrace. Tuto osu komplikací zjišťují odborníci již u dětí. Např. **Melanie Kleinová** v zásadě na této mentalisaci psychotických znaků raného vývoje u predisponovaných kojenců a batolat postavila vlastní vývojovou teorii. Ta je v evropském modelu stále předmětem neujednocených diskusí a dalo by se říci, že **Kleinové** hledisko doposud nebylo otevřeně, medicínskými pravidly **dg.** (oficiálně) přijato. Dokonce i název tohoto klasifikačního oddílu:



Schizofrenní spektrum a jiné psychotické poruchy dnes více odpovídá tomu, jak se s těmito pacienty odborníci setkávají a jak je jim z jejich projevů schizofrenie presentována. Nebo-li, schizofrenie není jedna, ale je jich tolik, kolik je psychotických pacientů. Dokonce se objevují hlasy, vnímat věc tak, že jsou schizofrenie a jsou psychotické poruchy. Pravděpodobně lze v této oblasti očekávat významné změny zjištění a klasifikačních přístupů pro stanovování diagnós. Patrně je, vedle depresí, neurós a bipolárních poruch schizofrenie na dynamickém výletě svého vývoje. Tím by se jednoznačně také ještě více potvrdila významná oblast právě kulturního podílu na jejím vzniku a masovém rozšíření, které je dnes chápáno celosvětově za rovnoměrně rozloženou duševní poruchu. Jinak je, tedy schizofrenie v **AMDP** dále klasifikována stejně, jak k dané diagnóze přistupuje i **EMDP**. Věková stádia v samotném průběhu schizofrenií a psychotických poruch mají v zásadě obdobný charakter – **blud, halucinaci**, popřípadě **vnímání vlastní osoby jako bytosti jiné**, přecházení z jedné osobnosti do druhé (*sebetransformace*) atp. Právě Kleinová uvádí, že v tomto smyslu, *často schizofrenie demonstruje ztrátu ochoty vzdát se neadekvátních obrazů vlastního Já z dětství*.

Začínáme tedy chápat, *proč americký model duševních poruch staví své přístupy na modelu vývojovém*. A i to, že hned za mentálními poruchami dosazuje schizofrenie a poruchy psychotické, jen ukazuje na fakt, prolínání

různých mentálních úrovní se subjektivizací vnímání reality a její akceptace v souvislostech, kdy sebereflexe vyjadřuje míru *plné, částečné, nebo jen minimální zaangažovanosti* na vlastních potřebách a potřebách světa svého okolí v dostupné realizaci a plánovitosti, pořadí a empatii. I tato kritéria duševního zdraví a nemoci, lze chápat jako kritéria, která mohou vést.

Tím, že dále následují: **bipolární poruchy a poruchy přidružené**, opět americký manuál potvrzuje vývojový model přístupu. Tyto poruchy v jejich složitosti lze získat a počítat s jejich rozvinutím zejména tam, kde je dosaženo takové mentální úrovně, *kde se dospívající a zejména dospělá inteligence domáhá jakéhosi sebeurčení v míře spokojenosti, napojené na prožitek a jeho etické souvislosti*. Jako třetí, po sobě následující kategorie, tedy toto zařazení plně odpovídá svým vývojovým kritériím v obecné neurologii a psychopatologii.

Samostatný výskyt **depressivní poruchy**, jako čtvrté kategorie v pořadí je v americkém manuálu považován za jednotku, která se manifestuje menším počtem protichůdných fenoménů a tudíž je také terapeuticky lépe zvladatelná. V rámci vývojové psychologie proto samostatná deprese, bez maniakálních relapsů demonstruje vyšší schopnost samoregulace organismu a tím i hledisko individuální ovladatelnosti, což je na víc součástí poměrně schůdné sebereflexe, i když se individuálně může pacient projevovat méně ochotný ke

spolupráci s lékařem. Je to např. typické u pacientů, kteří si vytrvale prosazují svá kritéria přístupu ke své nemoci, i když na terapie (individuální, skupinové) dochází, ale k významnějšímu posunu v úzdavě se příliš nepohnou (typické u **dystimních** a **cyklotymních** depresí). Důležitou roli zde hraje usazení *jáských impulsů*, ovšem pod nadvládou *založených konfliktů* a *nevědomé* neochoty je opustit, pro obavu ze „ztráty jistot“, které jim potom taková fixace, nejčastěji na osobní minulost a traumata s ní spojená, přináší. K tomu je zapotřebí vysoké míry **spekulativní racionalisace**.

Kategorie následující: **úzkostné poruchy (obavy neznámé etiologie)** dále potom zřetelně vymezují, vzhledem k dosavadní diagnostické genesi **DSM-5** jedny z lehčích forem psychických onemocnění. Upřesněme, že **DSM-5** vypouští jako samostatnou kategorii **poruchy neurotické** a vzdává se, ostatně jako v minulých vydáních termínu **hysterie**. Tato úprava je zajímavá, když zvážíme, že se americká klasifikace opírá o hlediska *vývojová a psychoanalytická*. Jsou zde rovněž upravena časová hlediska, respektující např. úzkostné poruchy u dětí a zejména dospívajících do 18 let. Je komentován plýživý nástup úzkostné poruchy po dobu asi čtyř týdnů a dále s tím spojené *somatizační* jevy (*palpitace, motorická diskoordinace*).

**DSM-5** do **úzkostných poruch** řadí dále také *panické poruchy, fobie, generalizovanou úzkostnou poruchu* (trvalý

pocit psychické nastraženosti a s tím spojené *somatizační* komplikace – *porucha spánku, nauzea, zvýšený krevní tlak...*). Jednotlivé stavy mohou někdy v sebe vzájemně přecházet a zaměňovat se náznakem: např. *specifická fobická porucha (pavouci, tma) a porucha panická, spojená s agorafobií.*)

Vcelku diskutabilní je, zda potom do úzkostných poruch **DSM-5** správně zařazuje ještě i **poruchy vyvolané psychotropními látkami** (*závislosti vyvolané substancemi*). V tomto ohledu, je-li respektován základní syndrom, který je nacházen u těchto pacientů za oním zjevným „**zvládním**“ úzkostí (*příjem alkoholu, drogy...*), bylo by bez další potřeby diskusí danou diagnostickou jednotku možné takto chápat jako správně umístěnou. Vedle toho však závislosti daného druhu mají rovněž paralelní syndrom: **poruchu vůle**. Ve spojení obou, by bylo možné potom závislosti na psychotropních látkách a jiných substancích klasifikovat v samostatném oddílu, také vzhledem k tomu, že jsou s nimi spojené nejčastěji *interpersonální a sociální poruchy (porucha rodinného a partnerského soužití, porucha sociální adaptace na požadavky prostředí)*, což jsou svým způsobem *hraniční poruchy související s poruchami osobnosti*. Tady vydáme složitost a odpovědnost, při vytváření už jen pořadí jednotlivých kategorií, které chtějí a měli by respektovat jakousi vzájemnou provázanost (návaznost).

Další, šestou kategorií, jsou **poruchy nutkivé a příbuzné s nutkavostí**. Navážeme-li na to, co jsme uvedli v předešlém komentáři, potom se zde musíme zmínit o tom, že nutkivé poruchy (**obsedantně-kompulsivní**) by vcelku dobře obstály také ve všech oblastech kategorií předešlé klasifikace duševních poruch. Dostáváme se tady s autory **DSM-5** ke středu celkového výčtu jimi klasifikovaných duševních poruch a ty se přeci jen překrývají, alespoň, co do obsahu, jímž je lze vymezit, oddělit a specifikovat pod svůj vlastní rámec kritérií. Neboť, obsedantně-kompulsivní poruchy obstojí s poruchami úzkostnými zejména v tom smyslu, že jejich základním určením je: *vytváření situací pro opakování takového jednání, které má za úkol úzkost modifikovat překrývacími manévry*.

Americký klasifikační přístup k duševním poruchám samozřejmě respektuje požadované číselné kódování (**F00 až F98**) nastavené **Světovou zdravotnickou organizací**, tak jak jsou duševní poruchy vymezovány přehledem udávaným samotnou **Mezinárodní klasifikace nemocí**, ovšem vlastním způsobem duševní poruchy uspořádává tak, aby více odpovídaly vývojovým, anatomickým kritériím a jejich neuro-psychiatrickému specifiku.

Z toho, co jsme tedy uvedli je zřejmé, že americký **DSM-5** nabízí, přeci jen možnost klasifikovat jemnější rozdíly mezi jednotlivými psychickými poruchami, což

každý klinik uvítá, neboť tímto přístupem lze zachytávat drobnější odchylky a současně vypracovávat účelnější terapeutické strategie. Vzhledem k rozvoji multikulturality je potom takový přístup daleko efektivnější. Dá se totiž předpokládat, že právě rozšiřováním transkulturního prostředí, bude zapotřebí tyto jemnosti umět zachytávat, stejně jako s nimi pracovat na úrovni základní psychohygieny a psychoedukace a psychologicko-psychiatrické prevence. Kromě toho je nepochybné, že na psychiatry a psychology čeká nápor nových definic těch duševních poruch, s nimiž se doposud neseťkali, neboť další desetiletí, nebo i kratší období budou přinášet zcela nové etiologie. Také nesmíme zapomínat, že vedle toho, o čem je zde řeč, svět ve svém globalizačním rozvoji (expanzi), bude stále produkovat nové technologie, které se na vzniku duševních poruch budou rovněž nutně podílet (počítačové, telekomunikační, dopravní především).

Jako filosofické hledisko by nás mělo zajímat, jaká určení člověka zde čekají na svá řešení. Měli jsme tu člověka hrajícího si, člověka vyrábějícího a zacházejícího s nástroji, člověka atomového věku, doby kamenné, bronzové, člověka moudrého... Je zřejmé, že bytostné určení člověka, postaveného na křižovatku nových existencialistických otázek, se nyní nese v duchu člověka očekávajícího, zmateného, nacházejícího se ve ztrátě jistot z budoucnosti vlastního sebeurčení. Tato postupná skepse, oproti dějinnému optimismu např. vše-řešících revolučních

postojů jen znovu ukazuje na nutnost postavit se k situaci dneška způsobem naopak trpělivého vytváření podmínek k uplatňování drobných reforem. Jakýkoliv neklid, emoční tíseň násobená nadto potřebami vyřešit nesoulad, např. mezi kulturami zkratkou válečného konfliktu, znamená evidentně prohru lidského ducha, schopného jinak volat po rozumném hledání východisek a při tom s jednou rukou na spoušti zbraně ve své kapse. Jestliže se ukázalo, že existuje emoční inteligence, jsme stejně tak v jejím područí, jako kdokoliv jiný. Ovšem, není to emoční inteligence, pokud je to pouhá emoce, bez racionálního zadržování emoční nedočkavosti. Potom se i my stáváme lidmi pouhého chtíce, stádní jednotkou, všelidskou pohnutkou, která nezvládla základní předurčení, jakým je myšlenka, její trpělivé organizování v obecnou platnost, filosofický přesah, tedy tím, co utváří cestu k moudré budoucnosti s vědomím, že nyní, je vhodnější se zamyslet a možná ne toliko konat, když úděl přítomnosti ještě stále nepřinesl cosi, jako důvod k takové změně postoje.

Filosofie a psychologie se v místě naší přítomnosti setkaly, ba proluly. Vylétly nad nás a spadají k nám v dešti mnoha různých podob. Mnozí je jen těžko zachytávají, neboť nebyli doposud ani na jedno, ani na druhé připraveni, nevedli sebe sama k jejich středu. Změnou myšlení může totiž dojít k psycho-patologickému jevu, nebo takovou změnou může dojít k posunu geniálního typu, jenž změní myšlení, v tom nejlepším

slova smyslu, na celé generace. Je však k tomu zapotřebí jedné prosté, avšak nezastupitelné okolnosti, hlubokého vnitřního klidu a myšlení.

### **§9. POUŽITÁ A DOPORUČENÁ LITERATURA K TÉMATU - OBSAHOVÁ REFLEXE**

V poslední části si můžeme nastínit obsahové reflexe literatury, která by nám dále mohla vhodně posloužit ke studiu a dalšímu sebevzdělávání stran řešeného tématu:

Petr Smolík: ***Duševní a behaviorální poruchy***, Praha (nakl. Maxdorf-Jessenius) 2001; druhé revidované vydání. Publikace patrně v našem knižním prostoru nejpřehledněji mapuje evropské klasifikační postupy a kritéria. Je však přeci jen poněkud na škodu, že se zastavuje u poruch osobnosti a neklasifikuje také další tři okruhy (mentální retardace, poruchy školních dovedností a duševní poruchy dospělých s obvyklým začátkem v dětství). Velkou předností této knihy je srozumitelnost a přehlednost. Jak jsem si všimnul, kolegové na psychiatrických pracovištích a psychologové mívají tuto příručku na stole a při písemném záznamu ji běžně využívají. Tím, že je učebnicově srovnatelná s podobnými publikacemi také vydávanými v zahraničí, je možné ji dostatečně využívat v klinické praxi. Vedle klasického přehledu jednotlivých kategorií (diagnós) duševních poruch, kniha věnuje pozornost srovnání kódovacího spektra psychických onemocnění jak v kategorii **F00...**, tak v kategoriích **290 – 319**, což je kódování, které vycházelo původně pouze



z mezinárodní klasifikace nemocí, doplňovaných národními předpisy ministerstev zdravotnictví a nikoliv z převodu **DSM-I/IV**. Toto srovnání stále slouží k upřesňujícím postupům nového kódovacího systému.

J. Praško, K. Látalová: **Psychiatrie v primární péči**, Praha (nakl. Mladá fronta) 2013. Tato zcela současná učebnice psychodiagnostiky, jak už název sám napovídá, dává hlavní důraz na praktickou stránku přístupu odborníka k pacientovi. V první části se kolektiv autorů věnuje detailnějšímu rozpisu psychologicko-psychiatrických znalostí v rámci vývojové, kognitivní, neurologické a patologické psychologie, psychologie osobnosti. Rovněž v této úvodní části, která daleko překračuje rámec pouhé informace, stojí za pozornost pasáž věnovaná psychofarmakoterapii. V druhém oddílu se autoři věnují konkrétním diagnostickým postupům a psychoterapiím. V závěru knihy nalezneme podrobný seznam české a zahraniční literatury.

Tím, že publikace spojila psychodiagnostiku s psychoterapií, jejím popisem při konkrétní práci s pacientem, vytvořila v současné dostupnosti informací encyklopedicky zaměřené dílo, jehož text je pro čtenáře srozumitelný, zejména tím, že se autoři nevyhýbají odbornou terminologií mnohdy dovysvětlovat přímo během popisu dané problematiky.

Dále samostatnou předností této knihy je její tabulkové doplňování diagnós, přehledné soupisy porovnávání

důležitých psychologických a neurologických hledisek, což dodává jejímu obsahu ryze medicínské zaměření, respektující neuroanatomickou a neurofysiologickou podmíněnost duševních poruch, plně v souladu těch kritérií, které jsme uvedli jako kritéria rozdílu mezi **AMDP** a **EMDP**.

Z. Vybíral, J. Roubal: **Současná psychoterapie**, Praha (nakl. Portál) 2010. Tato publikace je na našem knižním trhu svým způsobem ojedinělá. Představuje jednotlivé psychoterapeutické směry s jejich konkrétními podrobnými ukázkami terapeutických rozhovorů s klienty. Vychází ryze z českého prostředí, čímž ukazuje srozumitelně na nejrůznější praktická úskalí, jak se dívat na problémy pacientů a respektovat sociálně kulturní pozadí jejich psychických obtíží. Jako přehled metodologií přístupů k práci s klienty, je tato kniha významným posunem v možnostech dostupného studia daných problematik.

T. L. Bar-Yoseph (ed.): **Most (Gestalterapie, dialog mezi kulturami)**, Praha (nakl. Triton), 2014. Kniha s mimořádně zajímavým obsahem, mapující možnosti psychoterapie účinně pomáhat zvládat psychické problémy u lidí rozdílných kultur. Autorka působila dokonce po nějaký čas i v Bratislavě. To, co se v knize dočítáme je specifikum přístupu k osobnímu zvládnutí psychických obtíží lidí, žijících v různých částech světa. Popřípadě, jak podobné problematiky popisuje také např. I. Yalom:

**Teorie a praxe skupinové psychoterapie**, Praha (nakl. Portál) 2005, způsoby komunikací na skupinových sezeních, kde jsou předmětem terapeutické práce pacienti rozličných etnik. Obě knihy vcelku vzato, stojí za porovnání. Pro získání pohledu na věc, nám tento materiál dnes slouží významně k tomu, že se můžeme, při setkání s podobným složením skupiny, orientovat poměrně bezpečněji a efektivnějším způsobem.

M. Morgensternová, L. Šulová: **Interkulturní psychologie (Rozvoj interkulturní senzitivity)**, Praha (nakl. Karolinum) 2009. Z pohledu sociálních prací a aktivit přidružených, kde významnou roli hrají rovněž právní otázky, je tato publikace dnes již neodmyslitelnou pomůckou s výrazně praktickým přehledem aktivit směřujících k pozitivnímu zvládnutí kompetencí v souvislosti s uprchlictvím. Autorky se věnují tématům jako: *kulturní identita, předcházení předsudkům, tolerance, empatie, interkulturní komunikace, interkulturní výcvik – jejich techniky*, atd.

Vladislav Šolc: **Ve jménu Boha (Fanatismus v pojetí hlubinné psychologie)**, Praha (nakl. Triton) 2013. Tato svého druhu ojedinělá kniha českého autora, který dnes pracuje jako psycholog na universitě ve Wisconsinu (USA), podává nedogmatický náhled směrem k psychologickému pozadí pohnutek, směřujících k postojům vůči západní kultuře, kterými jsou vybavováni jedinci, ale i skupiny a společnost s islámským vyznáním. Kniha původně vyšla

v USA a tedy jistým způsobem reaguje na události, které Spojené státy postihly v poslední době. I přesto si její obsah zachovává objektivitu pohledu. Pro čtenáře je v jejím obsahu jistě zajímavé, když zjistí, že mnohé názory, které vzhledem k archetypální psychologii C. G. Junga evidujeme mnohdy přeci jen s trochou opatrnosti, jsou v **Šolcově** podání logicky navazující a odkazující k nutnosti, elementární pohnutky k některým způsobům chování radikálních islamistů chápat v celokulturní ose motivů a jejich původu.

M. Eliade: ***Dějiny náboženského myšlení***, Praha (nakl. Oikoymenh), sv. I.-IV., 2008 – 2013. Tento soubor patrně dnes celosvětově uznávaných studií odhaluje s mimořádnou pečlivostí zejména fakt antropologické provázanosti jednotlivých mytologií a náboženství a v zásadě ***vyvrací myšlenku národní, či kulturní vyvolenosti bohem***. Tím se religionistika v podání *Eliadeho* stala kontroverzním tématem křesťansky, ale i jinak orientovaných forem náboženského myšlení. Je zcela vpořádku, že se autor touto myšlenkou zabývá, neboť ukazuje na fakt vytváření náboženských představ jako zápasu vědomí o sebeurčení za přispění přeci jen jistých obav z toho, že příroda může mít nějaký svůj vlastní úmysl, pro který zde člověk jest. V tomto smyslu se *otázka Boha stává důležitým mezníkem*, neboť to potom není ani příroda, ale něco, co stojí nad ní samotnou. Tím člověk povýšil ideu sebe sama nad pouhou existenci a v

úmyslu zvěčnit sebe sama, zvěčnil boha, aby tak zastřel svůj vlastní nezdar, chápat bytí pouze v jeho daném a nadpřirozenými okolnostmi nepodmíněném, prostém výskytu. V mytologii a v náboženských systémech potom **Eliade** neodhaluje víc, než jen různé způsoby myšlení, které samy sebe považovaly nad bytím, jako takovým. Náboženství je proto pouhým výskytem myšlenky, která získala na váze právě proto, že se odehrává v hlavách lidí, čímž principiálně opustit ji, vzdát se jí by znamenalo popřít principy, podle kterých člověk myslí. V tomto ohledu je *psychologie náboženství, psychologíí utkvělosti myšlenek*.

**Korán** (předmlouvou, doslovem a podrobnými poznámkami opatřil Pert Hrbek), Praha (nakl. Odeon) 1972, 1991; 800 s. Toto vydání základního pramene **islámského náboženství** je jedinečné zejména v tom, že je přeloženo z arabštiny a nikoliv z jiného jazyka. Znamená to, že text obsahuje co nejvěrnější znění originálu. Autor Petr Hrbek je dnes zejm. předním arabistou s mezinárodním uznáním. V předmluvě poukazuje na historické souvislosti vzniku **islámu**, konfrontuje původní záměry a jejich později vznikající odklony, spory mezi **sunnity** a **šíity**. Uvádí do kontextu výklad k jednotlivým důležitým pasážím **Koránu** a sleduje celokulturní význam textu vzhledem k vývoji samotného arabského světa. Neopomíjí rovněž nadnést souvislosti spojené s **křesťanstvím**, v elementárním založení **islámu**, který vychází vedle učení **Mohammedova** také

ze vzorů podávaných některými starozákonními texty: **Izáka, Jákoba a Abraháma**.

De Libera: **Středověká filosofie**, Praha (nakl. Oikoymenh) 2001. Svého druhu tato publikace dnes v našem dostupném přehledu podává patrně nejucelenější materiál **k dějinám arabské filosofie** (s. 25 – 247) s poměrně sytou historickou fasetou a nutnými vztahy k filosofii byzantské a filosofii židovské. Je to skvělá ukázka odborné, historicko filosofické práce. Pro psychology a současný multikulturní apel, *zabývat se myšlením arabských obyvatel*, kteří přichází do Evropy, je toto téma neocenitelnou *pomůckou pro zisk obsahu vědomostí k navázání dialogu*.

ŠÁRKA DOŘIČÁKOVÁ

## **AKTUÁLNÍ POHLED NA SOCIÁLNÍ PRÁCI V ČR**

## **AKTUÁLNÍ POHLED NA SOCIÁLNÍ PRÁCI V ČR**

### **ÚVOD**

Člověk je bytost biopsychosociální, jehož zdraví a nemoc chápeme přes biologické, psychologické a sociální faktory. K tomuto komplexnímu pohledu dnes řadíme také otázku spirituality, která se nemusí vztahovat pouze k náboženství, nebo církvi, ale prezentuje rovněž transcendentální přesah lidského života.

V dnešní uspěchané době, je společnost pod velkým tlakem. Udržující se nezaměstnanost, modernizace, vliv médií, ekonomizace, materializace, to vše působí na psychiku jedince. Tyto náročné životní situace způsobují

stres, frustraci, konflikty a následně mohou vyvolat depresi, či psychosomatické onemocnění.

## **DEPRESE JE NEMOC**

Deprese je dnes slovem moderním, hodně používaným a patří k nejčastějším duševním onemocněním. Její četnost se liší podle antropologických a sociokulturních společenství. Na vznik depresivního onemocnění působí dědičné faktory společně s vnějšími vlivy. Dopad na depresi mají současně i klimatické podmínky. Tam kde je více tmy a chladu se vyskytuje častěji. Pro nejednotnost diagnostických kritérií jsou však počty výskytu deprese odchylné. Mezi základní rysy depresivních poruch řadíme smutek, pokleslou náladu a ztrátu zájmu o každodenní činnosti. Vyznačuje se depresivní triádou: pesimistickým vnímáním sebe, negativními myšlenkami o přítomných prožitcích a chmurnými vizemi do budoucnosti. (Vágnerová, 2008 s. 273, 370) Není se co divit, když je na člověka stále kladen požadavek na zvyšování výkonu, že zátěž někdy nevydrží. Zároveň nesmíme opomenout, že se deprese může objevit v kterémkoliv věku a postihuje rovněž děti. Existuje však také celá řada zátěžových situací, kdy je deprese přirozenou obrannou reakcí. Může se jednat o zjištění závažného onemocnění, úmrtí blízké osoby, ztrátu bydlení a podobně. Musíme tedy rozlišovat reaktivní depresi od endogenní, kdy se jedná o závažné onemocnění, které může v případě neléčení skončit až suicidálním jednáním. Každý jednotlivec řeší zátěžové



situace jiným způsobem. Naštěstí dnes lidé, již častěji vyhledává odborníka než v minulosti. Někdo sportuje, je kreativní a realizuje se prakticky, jiný chodí do kostela, někteří to řeší alkoholem, nebo také neřeší vůbec. Tak se setkáváme s klienty s duševním onemocněním ve zdravotnictví, sociální práci, ale také se zaměstnanci s podobnými problémy v sociálních podnicích, či jiných firmách. Při léčbě deprese se používají antidepressiva a velký význam je přikládán také psychoterapii.

Jedním z druhů psychoterapie je psychoanalýza Sigmunda Freuda, jež se snaží zjistit vnitřní síly, které ovlivňují vznik deprese. Obrací se k minulosti, ke konfliktům, které člověk zažil v dětství, jež se projevují ve formě depresivních nálad. Freudův model se zabývá vnitřním prostředím jedince, kde vliv faktorů vnějšího prostředí nelze blíže popsat. Příčiny jsou hledány ve vnitřních interakcích instinktivních sil (Eros a Thanatos) a vnitřních struktur ID, EGO, SUPER-EGO. Tento model pracuje jen s jedincem, nepočítá s přítomnosti signifikantních osob. (Knobloch a Knoblochová, 1993, s. 36) Psychoanalytická léčba je velmi zdlouhavá a finančně nákladná, proto se v celém světě velmi rychle rozšířily další terapeutické postupy, které využívají poznatků kognitivní psychologie. Jednou z nich je kognitivní psychoterapie, která se nezabývá minulostí, ale věnuje pozornost poznávacím procesům a to zejména současnému způsobu myšlení a konání. Tím se odlišuje od

behaviorální terapie, která vnitřní procesy pomíjí, ale také od psychoanalýzy, jež se ve vnitřních procesech zaměřuje na pudy odehrávající se v nevědomí (Kratochvíl, 2006, s. 66).

Kognitivní terapie je krátkodobá, její přístupy se začaly prosazovat přibližně v 60 letech 20. st., jsou spojeny se jmény Alberta Ellise a Aarona Těmkina Becka. Zahrnuje Racionálně emotivní terapii - RET (autorem Albert Ellis) a Beckovu kognitivní terapii (autorem Aaron Beck). RET usiluje o pomoc prostřednictvím identifikace a změn iracionálních myšlenek. Podle Ellise se každý člověk rodí s kapacitou a schopností racionálně myslet. Jestliže si vytváří systém iracionálních negativních myšlenek, je to způsobeno přejímáním těchto myšlenek a postojů od klíčových osob, kterými mohou být rodiče, učitelé, přátelé, partneři a to v průběhu celého života. Iracionální myšlenky a vnitřní řeč jsou považovány za příčiny všech emocionálních a behaviorálních poruch a těžkostí. Vnitřní řeč má za úkol pomoci jedinci řešit aktuální situaci, může být však ovlivněna aktuálními fyziologickými potřebami, pudy i motivy. Ellisova racionálně emotivní terapie je pojata jako proces učení, kde se člověk učí zejména racionálně myslet jak čelit iracionální a negativní vnitřní řeči, učí se analyzovat a měnit tyto nevhodné myšlenky. (Kratochvíl, 2006, s. 66 - 70) Beckova kognitivní terapie je přístup aktivní, vysoce direktivní, časově omezený a zřetelně strukturovaný. Terapie je zaměřena na změnu

obsahu automatických myšlenek. Terapeut napomáhá jedinci konstruovat myšlenky nové tzv. sebeobrané myšlenky. Klade důraz na kvalitu vztahu, jako pevného základu, na kterém může být kognitivní terapie aplikována. Beck zavedl důležitý pojem kognitivní triáda, kterým popisuje trojici hlavních příznaků spojujících s depresivním syndromem. (Kratochvíl, 2006, s. 70)

Dalším vhodným psychoterapeutickým přístupem k léčbě deprese je integrovaná psychoterapie Ferdinanda Knoblocha. Základní zaměření psychoterapie je na přítomnost a budoucnost, na současné problémy a jejich řešení. Zabývá se však také minulými problémy, které se odrážejí v přítomnosti. (Knobloch a Knoblochová, 1999, s. 115)

Skupinové schéma, jako model lidské psychiky je komplexní systém, který se v integrované terapii zabývá jedincem samotným v jeho sociálních rolích a to strukturovaně v typických schématech rolí, vzájemně se ovlivňujících. Je modelem malé společenské skupiny, kterou jednatel užívá k předpovědím o lidech, k řešení problémů a současně mu poskytuje náhradní uspokojení. Ve skupinovém schématu je jedinec ve svých myšlenkách a fantaziích doprovázen skupinou, kde lze zkoumat vnitřní i vnější fenomenální prostor člověka. Skupinové schéma postihuje oboustrannost vztahů mezi organismem a prostředím a je výsledkem sociálního učení, které může být změněno přeučení, nebo novým učením. Jedná se o

mnohem složitější přeučování, než učení znalostní. Je to přeučování cílů a přeučování emocionální. Skupinové schéma počítá s přítomností signifikantních osob, které zasahují do morálky jedince, a tím rozšiřuje Freudův model. V integrované psychoterapii umožňuje jedinci lépe poznat strukturu a dynamiku skupiny. Ve skupinovém modelu ovlivňují svědomí autority, souřadné a podřazené osoby, ale také intimní partneři, kde se reálné vztahy prolínají se vztahy ve skupině a vedou tak k terapeutickému působení. (Knobloch a Knoblochová, 1993, s. 83, 341) Integrovaná psychoterapie tak propojuje Freudův strukturální model jedince a osobnosti v interakci s prostředím v jednotný celek – Watsonův behaviorismus. Watson odmítá introspekci, jako vědeckou metodu, stejně tak i pojmy, jako vědomí - nevědomí, pud, prožívání, myšlenka apod. Behaviorismus se soustředí **jen na pozorovatelné jevy** (chování). Zaměřuje se především na učení, a to prostřednictvím podmiňování (Plhánková, 2006, s. 155).

Vedle těchto uvedených forem psychoterapeutických přístupů se k léčbě deprese používají také metody existenciální psychoterapie - logoterapie Viktora Emila Frankla, která se soustřeďuje na chybění smyslu. (Prochaska a Norcross, 1999, s. 103)

Dalším možným přístupem je operacionalizovaná psychodynamická diagnostika OPD-1/2, která představuje diagnostický a klasifikační systém, jež se skládá z pěti os.

Vychází z psychodynamických principů a tvoří tak analogii k většině psychiatrickým kategoriálním klasifikačním systémů MKN-10 a DSM-IV (Holub a Telerovský, 2013, s. 45).

Je nutno mít na zřeteli, že v terapii neléčíme bolest, ale jedince v komplexním systému, kde svou váhu mají multidisciplinární týmy se zařazením psychoterapie (Orel a Facová, 2009, s. 125). Při léčbě se setkáváme rovněž s duchovní dimenzí péče o člověka s depresí, která má v naší kultuře tisíciletou tradici. Jedinec, který podléhá depresím, nebývá většinou sám. Má rodinu, přátele, a pokud chodí do zaměstnání, také své kolegy. Jestliže mu to zdravotní stav neumožňuje, je v péči lékařů, nebo pracovníků v sociálních službách.

Musíme si však vymezit člověka v sociální práci a člověka v zaměstnaneckém procesu. Pokud jedinec využívá sociální služby, stává se klientem a tuto péči realizuje prostřednictvím registrovaných sociálních služeb bezplatně, nebo za úhradu. Pokud zdravotní stav umožňuje osobě zaměstnání, tak je zaměstnancem a za svou produktivní činnost dostává odměnu formou mzdy, není v žádném případě klientem. Často se však dnes setkáváme se záměnou terapeutických dílen, jež jsou součástí sociálních služeb, kde je jedinec klientem s chráněnými pracovními místy, které jsou dotovány státem z aktivní politiky zaměstnanosti, a člověk je zde zaměstnancem.

## **SOCIÁLNÍ PRÁCE**

Přibližme si proto sociální služby v České republice. Sociální práce se od zdravotní péče z velké části oddělila s příchodem zákona o sociálních službách. Zdravotní péče spadá do rezortu Ministerstva zdravotnictví, sociální služby jsou od roku 2007 koordinovány Ministerstvem práce a sociálních věcí a regulovány zákonem 108/2006 Sb. o sociálních službách, který stanoví pravidla poskytování sociálních služeb. Každý poskytovatel se musí nejdříve registrovat u krajského úřadu a až na základě registrace může poskytovat konkrétní službu. Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Poskytují se formou pobytovou, ambulantní, nebo terénní. Pobytové služby jsou spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantní jsou ty, za kterými osoba dochází, nebo je doprovázena, či dopravována do zařízení sociálních služeb. Její součástí není ubytování. Terénní služby jsou poskytovány v přirozeném sociálním prostředí. Zdravotní úkony proplácí zdravotní pojišťovny, sociální služby si hradí klient sám ze svých zdrojů, nebo z příspěvku na péči. Příspěvek na péči je vyplácen státem přímo uživatelům měsíčně podle stupně závislosti. (Zákon 108/2006 Sb., 2012) Člověk si v současné době může sám rozhodnout, zda mu péči poskytne registrovaný, či neregistrovaný poskytovatel, někdo z rodiny, nebo příspěvek využije na zcela jiné účely, jelikož systém kontroly využívání této podpory je

nedostatečný. Příspěvek na péči je ve své podstatě dotace státu na péči a zejména pro pobytové služby výrazným zdrojem příjmu. Z tohoto důvodu je součástí žádosti o příspěvek na péči potvrzení o poskytovateli, kterým může být osoba blízká, registrovaná služba, nebo osobní asistent. Pokud službu provádí neregistrovaný subjekt, nemůže se hlásit k poskytovateli sociální služeb. V této souvislosti se setkáváme s tím, že v ubytovacích zařízeních se stává osobním asistentem zaměstnanec firmy, aby organizace dosáhla na příspěvek od klienta. Tímto způsobem obcházení zákona o sociálních službách si některé organizace navyšují svůj příjem. Zda je však kvalita poskytnutých služeb vždy na adekvátní úrovni, je otázkou.

## **TRENDY VE SPOLEČNOSTI**

Současným trendem společnosti je strategie označována 4D. Deinstitalizace, která upřednostňuje domácí, ambulantní a terénní péči před hospitalizací a zaměřuje se na podporu rodiny. Demedicalizace klade důraz na kvalitu života v přirozeném prostředí a tvrdí, že stáří není nemoc a nemá být léčeno, jelikož lékaři nemohou být zodpovědní za všechny problémy, aby se každý cítil spokojeně. Deprofesionalizace se snaží o zapojení rodinných příslušníků, přátel, dobrovolníků při poskytování péče a signalizuje, že každý z nás má nějakou kapacitu určitým způsobem pomáhat. Desektorizace klade požadavek na odstranění bariér mezi resortem zdravotní a

sociální péče, řeší problém multidisciplinárně. (Haškovcová, 2010, s. 234) Tyto trendy podporují sociální služby v přirozeném prostředí člověka, což klade větší požadavky na sociální práci. Co ale s lidmi s duševním onemocněním, kteří potřebují celodenní péči. Terénní sociální služba je pro ně velmi nákladná a lůžkových zařízení pro mladší občany šedesáti let, je stále nedostatek. Pokud jsou ležící, řeší se problém prostřednictvím domovů pro seniory, pro aktivnější občany je však péče někdy nedostupná. Možným návrhem řešení této situace by mohla být transformace lůžek domovů pro seniory, jež jsou využívána uživateli bez příspěvků na péči, kteří jsou v zařízeních z dřívější doby, kdy neplatil zákon o sociálních službách. Tito uživatelé využívají komplexních služeb domovů, ač by mohli bydlet v sociálních bytech, které nám také bohužel stále scházejí. Vhodnou alternativou mohou být zejména komunitní domy, jejichž výstavba je v současné době značně podporována. Tím by se daná místa v domovech uvolnila a mohla by se transformací změnit na jiný typ sociální služby, např. domov pro osoby se zvláštním režimem. Další řešení můžeme shledat ve zjišťování majetkových poměrů občanů při nástupu do institucionálních zařízení. Mnohdy se setkáváme se situací, že senioři udávají nezájem dětí, málo místa pro bydlení v jejich domácnosti a přitom vlastní své byty, které pronajímají. Pokud by tento systém



zjišťování údajů byl možný, v institucionálních zařízeních by byli jen lidé, kteří opravdu celodenní péči potřebují.

## **MODERNIZACE SPOLEČNOSTI**

Sociální práce se postupně rozvíjela prostřednictvím charitativní činnosti, přes podporu a garanci státu až k současným trendům, mezi které patří ekonomizace a modernizace sociální práce. Díky ekonomizaci se dnes z klientů stávají zákazníci, kteří si za své služby platí, a proto vyžadují určitou kvalitu. Poskytovatelé služeb musí prokazovat, že finanční prostředky, které získávají na podporu služeb od státu, efektivně využívají a snaží se o co nejnižší náklady. S aspektem efektivity a šetření financí, jsou někteří pracovníci v sociálních službách nedostatečně oceňováni, což má spojitost s kvalitou poskytovaných služeb. S ekonomizací souvisí ne jen efektivnost, ale také vznik nových komerčních subjektů, které jsou řízeny svými manažery, jež dohlíží na pracovní kázeň a určují priority sociální práce. Tento přístup je označován jako manažerismus v sociální práci. Modernizace sociální práce klade důraz na větší flexibilitu, časovou dostupnost a výkonnost pracovníků. (Holasová, 2012, s. 126-137) Tím dochází ke změně vztahů mezi klientem a poskytovatelem, jelikož pečující dostává zapláceno jen za provedený úkon a ne za společnost, po které nejčastěji senioři touží. Mnohdy se stává, že starší lidé jsou celý den sami a čekají na pracovníka služby, aby si mohli s někým popovídat, za to však nejsou

zaměstnanci placeni. Poskytovatel je současně zaměstnavatel, který dává práci, čelí legislativním změnám a ekonomické nejistotě. Modernizace společnosti přispěla k tomu, že se ze sociálních služeb stal opravdový trh, který vyžaduje zvyšování efektivity, jako celá společnost.

Modernizace nám cílené změny vyvolává a dochází tak k rozpadu tradičních struktur. Vzniká širší prostor pro individualizaci, která nám dává větší svobodu a pocit autenticity, ale současně nejistotu, větší riziko a osamělost. Zároveň nám přináší zcela jinou formu společnosti, která klade důraz na efektivitu spojenou s kontrolou, ale také manipulací lidské činnosti. (Keller, 2005, s. 27) Stále rostoucí opuštěnost člověka a slábnoucí solidarita ve společnosti, tak pochopitelně posiluje individualitu člověka, ale realitou rovněž je, že současné příbuzenské vazby jsou mnohdy narušeny, či přetrhány. Ve společnosti velkoměst jsme dostatečně anonymně skrytí a naše vztahy jsou stále více neosobní. Modernizace společnosti na nás působí, ovlivňuje naši osobnost a často tak hledáme sami sebe.

Sociální práce je s vývojem modernizace společnosti stále více závislá na veřejných zdrojích. Mezi poskytovateli registrovaných služeb je zjevná rivalita a soutěž o klienta. S rozvojem společnosti nám přibývají nové sociální případy a sociální práce vyžaduje stále vyšší zdroje na financování těchto služeb. Na druhé straně nám registrace sociálních služeb eliminuje vznik nových služeb, které by navyšovaly

náklady ze státního rozpočtu, současně však stanoví podmínky, které registrovaný poskytovatel musí podle zákona o sociálních službách naplňovat. Proto nám dnes vznikají služby, které se zabývají podobnou činností na základě živnostenského oprávnění. Jejich zaměstnanci nemusí splňovat podmínky kvalifikace, mohou si stanovit svou vlastní objektivní cenu za poskytnuté úkony, nemají však nárok na státní finanční podporu. Zde nám nastává problém, protože u neregistrovaných poskytovatelů, není stanoven způsob zajišťování kvality. Ty služby, které využívají hodnocení kvality normou ISO, jistou kvalitu vykazují oproti těm, které hodnocení kvality neaplikují. Proč se někteří poskytovatelé neregistrují a jaké důsledky neregistrace služby přináší? Musí být všichni, co nejsou registrovaní nekvalitní? Klademe si otázku, jaké jsou mechanismy kontroly v sociální práci a zda tyto regulace nutně zajišťují požadovanou kvalitu. Jelikož nám současné trendy ekonomizace a modernizace staví jedince do role zákazníka, je nutné se zamýšlet nad tím, jaké to pro ně přináší důsledky a jak mohou kvalitní službu rozpoznat. Rovněž současný trend byrokratizace sociální práce v registrovaných službách má důsledky pro sociální pracovníky, kteří mají méně času na své klienty a věnují se z velké části administrativní práci. S tímto problémem se nemusí potýkat neregistrované služby, které tuto zákonnou povinnost nemají. V každém případě hledání

optimálního souladu pro osobní a úřední přístup je dnes předmětem oprávněných diskusí.

## **SOCIÁLNÍ PODNIKÁNÍ**

Pokud to zdravotní stav jedinci dovolí, může pracovat na zkrácený, nebo celý pracovní úvazek v sociálním podniku, nebo přímo na otevřeném pracovním trhu. Cílem aktivní politiky zaměstnanosti je odstranit bariéry ve vstupu na volný trh práce, přispět tak ke sladění mezi poptávkou a nabídkou po pracovní síle a její kvalifikaci a podpora harmonizace rodinného a pracovního života. To dnes umožňují sociální podniky, které vytvářejí pracovní místa současně s komplexní psychosociální a pracovní podporou pro osoby se zdravotním, kulturním, nebo sociálním znevýhodněním. Sociální podnikání jsou podnikatelské aktivity založené na konceptu trojího prospěchu, které prospívají společnosti, životnímu prostředí a naplňují společensky prospěšný cíl. Jejich cílem je dosahování zisku, dotace jsou jeho posledním východiskem. Pro osoby s duševním onemocněním je sociální podnik vhodným zaměstnavatelským subjektem, protože ten je na práci se zaměstnanci, kteří mají nějaké omezení připraven. Ve svém týmu má pracovníky, kteří dané specifičnosti rozumí, v některých podnicích působí také sociální pracovníci. Tyto podniky umožňují flexibilní pracovní dobu včetně zkrácené, uplatňují individuální přístup ke každému zaměstnanci, zohledňují jejich specifické potřeby a kladou důraz na rozvoj jejich pracovních kompetencí.

Česká definice sociálního podnikání zní: „*Sociální podnikání jsou podnikatelské aktivity prospívající společnosti a životnímu prostředí. Hraje důležitou roli v místním rozvoji a často vytváří pracovní příležitosti pro osoby se zdravotním, sociálním nebo kulturním znevýhodněním. Zisk je z větší části použit pro další rozvoj sociálního podniku. Pro sociální podnik je stejně důležité dosahování zisku i zvýšení veřejného prospěchu*“ (České sociální podnikání, 2015).

Dnes se vytrácí řemeslo, pohlcují nás velké korporace a je jedno na jakém kontinentě žijeme. Sociální podniky a malí podnikatelé dávají pracovní šanci lidem se znevýhodněním, kteří by ve velkých firmách se svým pracovním výkonem neuspěli a stali se tak dalšími nezaměstnanými. Podle aktuálních údajů Českého statistického úřadu mají nejnižší míru nezaměstnanosti podle stupně vzdělání vysokoškoláci (2,2 %) a osoby s maturitou (3,7 %). Nejvyšší nezaměstnanost naopak přetrvává u osob se základním vzděláním (21,9 %). Lidé s nízkou kvalifikací tak získávají pracovní pozici velmi obtížně a jejich ohodnocení je pak ve výši minimální mzdy. Z tohoto důvodů se mnoho lidem v některých regionech pracovat nevyplatí, protože kdyby práci přijali, tak by přišli o sociální dávky a jejich celkový příjem by se jim snížil.

Dlouhodobě nezaměstnaný postupně propadá do stavu beznaděje a rezignace. Potíže s nezaměstnaností pak násobí dluhy, exekuce, ekonomické problémy, ztrátu

bydlení a následně rodinné problémy, které mohou vést k nevratným psychickým změnám. Zvyšuje se pak jejich nemocnost a to zejména psychosomatické problémy. Všechny uvedené aspekty mohou vést až k existenčním problémům celé rodiny. V sociálním podnikání dnes můžeme hledat pracovní příležitosti pro uplatnění jedince téměř s jakýmkoliv omezením. Vždy je tato cesta smírnější, než zůstat doma bez společenského kontaktu a čekat jen na dávku. Pokud člověk pracuje, má vždy větší možnosti svého osobního růstu, předchází tak psychickým i fyzickým obtížím, žije spokojeněji. V současné době zaměstnávají sociální podniky nejvíce osoby se zdravotním postižením, s nejčastější právní formou společnosti s ručením omezeným. Oblast sociálního podnikání zahrnuje nejvíce údržbu zeleně, nemovitostí, zahradnictví a poskytování pohostinství včetně ubytování.

Pokud člověk pracuje v takovém podniku, často se jeho zdravotní stav zlepšuje a obtíže se stabilizují. Musí však své potřeby sdělit a specifikovat, aby chod podniku nebyl zbytečně narušován. Nejčastěji tak využívají zaměstnanci zkrácený pracovní úvazek na ranní směnu. Kdo potřebuje, má možnost pravidelných přestávek a pracoviště je upraveno podle jeho individuálních potřeb. O co větší pohodlí mají zaměstnanci sociálních podniků, o to větší starosti to přináší samotným zaměstnavatelům. Mnohdy se stává, že podnikají v oblasti výroby a kompletačních služeb pro velké obchodní řetězce. Ty jim kladou termíny a

při jejich nesplnění vysoké sankce. Pokud je zaměstnanec opakovaně nemocný, jeho pracovní místo je prázdné a nikdy se neví, na jak dlouho. Zaměstnavatel je tak vystaven velkému riziku nesplnění zakázky. Proto může být dobrým sociálním podnikatelem jen ten, kdo propojuje sociální a ekonomický aspekt v jeden komplexní rámec. Mnohokrát se však stává, že podnikatelé, kteří přicházejí z neziskové oblasti, umí pracovat s lidmi, ale mají problém s ekonomickou stránkou podnikání. Na druhé straně však podnikatelé přicházející z byznysu jsou mnohdy dobří ekonomové, ale neumí pracovat s cílovou skupinou svých zaměstnanců. Proto je nutné tyto dvě oblasti propojovat a při zakládání sociálního podniku volit správné společníky, aby tak vše fungovalo podle principů sociálního podniku. Dnes je sociální podnikání stále více podporováno a vyhledáváno, proto shledávám pozitivní aspekt v kombinaci tohoto netradičního druhu podnikání a to zejména ve spojení s poskytováním služeb, či podporovaným zaměstnáváním osob s duševním onemocněním, či jiným znevýhodněním. Využijme možnosti, které se nám nabízejí, a važme si každého dalšího dne.

-----

## **LITERATURA**

ČESKO. *Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách*. 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 6. 1. 2012, částka 37 2006 ISSN 1211-1244 [online]. [cit. 2015-05-30]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

ČESKÉ SOCIÁLNÍ PODNIKÁNÍ, 2015. [online] 2015 [cit. 2015-05-18] Dostupné z: <http://www.ceske-socialni-podnikani.cz/cz/>

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2.vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

HOLASOVÁ, Věra. *Sociální práce*. Sociální práce jako nová tržní příležitost. [online]. 2012 [cit. 2015-05-29]. [http://socialniprace.cz/soubory/sp2\\_2012\\_web-140701130132.pdf](http://socialniprace.cz/soubory/sp2_2012_web-140701130132.pdf)

HOLUB, David a Roman TELEROVSKÝ. *Úvodní rozhovor v psychoanalýze a psychodynamické psychoterapii*. Brno: Masarykova univerzita, 2013, 99 s. ISBN 978-80-210-6383-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

KELLER, Jan. *Dějiny klasické sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2004, 529 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-34-2.



KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006, 383 s. ISBN 80-7367-122-0.

KNOBLOCH, Ferdinand a Jiřina KNOBLOCHOVÁ, *Integrovaná psychoterapie*. Praha: Grada, 1993, 376 s. ISBN 80-7169-027-9.

KNOBLOCH, Ferdinand a Jiřina KNOBLOCHOVÁ, *Integrovaná psychoterapie v akci*. Praha: Grada, 1999, 324 s. ISBN 80-7169-679-X.

OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ. *Člověk, jeho mozek a svět*. Praha: Grada, 2009, 256 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-2617-5.

PLHÁKOVÁ, Alena. *Dějiny psychologie*. Praha: Grada, 2006, 328 s. ISBN 80-247-0871-X.

PROCHASKA, James O a John C NORCROSS. *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. Praha. Grada, 1999, 479 s. ISBN 80-7169-766-4

MIRO KADLUBIEC

**SMULER AF FORSKELLENE  
. . . DROBKY Z JINAKOSTI  
ESEJ K (OPĚT) AKTUÁLNÍMU DĚNÍ**

**SMULER AF FORSKELLENE  
... DROBKY Z JINAKOSTI  
ESEJ K (OPĚT) AKTUÁLNÍMU DĚNÍ**

Neodstranitelná osobní vazba v myšlení na existenciální pohled lidského bytí u dánského filosofa Søreny Aabye Kierkegaardy, prekuzora všech pokračovatelů v „existere“, filosofii existence pozitivního pojetí a nutnosti vnímání každé jednotlivého konkrétní bytí, toho, co se vyskytuje, co je „vně“, i.e. člověka...mne vybídlo v názvu k užití parafráze ke Kierkegardově práci z roku 1844 *Philosophiske Smuler...*, tedy – filosofické drobky. Popravdě i tyto následné „odrobiny“, propadané ze stolů na různobarevné tržnici Světa se budou jen ztěžít dát pro svou různorodost, chuťovou odlišnost dát považovat za části jednoho, obecného pokrmu. Čím se je pokusit stmelit? Snad úvahou, že: „*Quod per se habet operationem et per se existentiam habere potest*“, Tomáš Akvinský v *Sumě proti pohanům (Summa contra Gentiles)* dokladuje, že vše to, co je nadáno vlastní činností může mít také vlastní existenci)... Může, má nárok, má být respektováno, tolerováno, uznáno etc. Posudme však, na několika velmi subjektivně vybraných jinakostech, jak

nejednoduché je toto přijetí, uznání, konciliace. Můj vzácný přítel, filosof Jiří Adamec při jednom svém přednesu ke studentům, kteří byli názorově, postojově velmi odlišní naznačil cestu, která se pro nás, rozené a žijící v Evropě nabízí jako základní myšlenkový, komparační a ochranně-ujišťující modus oprávněnosti. Vyzval posluchače k přijetí úzu, že ať se zabýváme a prostupujeme v úvahách kamkoli do jinakosti, orientu, vždy je podstatné uznat, že neodstranitelnost anticko-židovsko-křesťanských kořenů je naší bazální profylaxí ve víru daností. Aktuálnost tohoto náhledu je zřetelná. Evropa, co je to vlastně v dnešní unijní rozmělněnosti za pojem.

## **Evropa**

Jelikož se většina úvah bude vztahovat k našemu, tedy evropskému životnímu prostoru, je nyní záhodno se pokusit v krátkosti o deskripci toho, co je vlastně Evropa, jaká je její historická, geografická, kulturní a tím i vzdělanostní utvářenost. Kde její hranice začínají a končí, jaký je převažující způsob pojímání světa, hodnot. Je Evropa více geografický či kulturně-dějinný fenomén? Jelikož navozené téma široce převyšuje možnosti a hlavně záměr našich úvah, je zde možno se obrátit na nejvýše povolanejšího, Hérodota (cca 484 – 425 př. Kristem), který jako první znal a užíval pojem Evropa jako geografický pojem. Hérodotos Evropu zmiňuje takto: „Na Asii totiž a

na barbarské národy, které ji obývají, si činí nárok Peršané, kdežto Evropu a území řecká považují za cizinu". (Ratzinger 2005, s. 9). Hranice Evropy nejsou sice uváděny, ale je zřejmé, že země, které dnes tvoří jádro dnešní Evropy, kam patří i naše republika, ležely pravděpodobně mimo znalostní dosah, zorné pole tohoto starověkého historika. Dá se usuzovat, že až vytvořením helénských státních útvarů a římské říše vznikl geografický útvar, světadíl, základ budoucí Evropy, jak jí vnímáme dnes. Existoval však v jiných hranicích. Byly to země kolem Středozevního moře, kde vznikala kultura a duševní bohatství, ze kterého dodnes vystavujeme současnost. Jenom heslovitě další posuny: rozpad a rozdělení římské říše, vznik a rozvoj křesťanství, postup islámu..., rozdělení Evropy na Asii, Afriku, Evropu, příchod a formace nových národů a státních útvarů (Galie, Germánie, Británie...), které dnes tvoří základ Evropy a velmi často vytyčují i kulturní a vzdělanostní rámec západní civilizace.

Tato úvaha nás přivádí k dalším úsudkům – současná Evropa má i pevný druhý historický fundament, ten východní, Byzanc. Evropa má, kromě rozdílů i sjednocující prvky – jedním z nich je křesťanství, společné chápání základů práva, etiky, morálních hodnot, vědeckých poznatků etc. Dá se tedy konstatovat, že přes naše občasné přirozené inklinace k jiným duchovním a hodnotovým proudům nás bytostně formují naše anticko-

židovsko – křesťanské kořeny, kodifikované odkazem *Bible*.

Závěrem krátké úvahy o evropských dějinách citace z knihy Josepha Ratzingera (emeritního papeže Benedikta XVI.) s příhodným názvem *Evropa*.

„Na Západě existuje jakási podivná nenávist k sobě samému, která může být považována za cosi chorobného. Západ se chvályhodně snaží plně se otevřít chápání cizích hodnot, ale nemiluje sám sebe. Ze svých vlastních dějin vidí teď jen to, co je zavrženíhodné a destruktivní a není už schopný vnímat to, co je veliké a čisté. Chce-li Evropa přežít, potřebuje nově přijmout samu sebe, ovšem kriticky a pokorně... Jestliže toto neděláme, pak nejen zapíráme totožnost Evropy, ale ani nedostojíme službě, na kterou mají druzí právo. Pro kultury světa je absolutní profánnost, jaká se vyvinula na Západě, něco hluboce cizího. Jsou přesvědčeny, že svět bez Boha nemá budoucnost. Proto nás právě mnohokulturnost vyzývá, abychom se vrátili do sebe.“ (Ratzinger 2005, s. 27 – 28)

Vyvozené resumé je tedy následující – dá se vysoudit, že Evropa je jako zeměpisný pojem zcela druhořadý, jelikož je zřejmé že se nedá historicky ustáleně definovat, ukotvit geografickými termíny, liniemi, hranicemi. Pro náš záměr, pohled, je tedy rozhodné, že Evropa je pojem kulturní a historický. Na tomto kulturně – historickém myšlenkovém pozadí se tedy i v dnešní době aktuálně odvíjí naše hodnotové pojmání...

Postupme však dále. Pro mnohé zaujaté v oblasti antropologie je léta průvodcem kniha, práce francouzského, nedávno ve 101 letech zesnulého universitního profesora, cestovatele, etnologa Claude Lévi-Strausse *Smutné tropy (Tristes Tropiques)* z roku 1955. Důvodem je hlavně to, že zde se v míře vrchovaté naplňuje normalita, úcta ke všemu odlišnému, je zde odstraněn mor starých (a i současných) cestopisů – odstranění pojmu „pedagogický mesianismus“, nadřazenost, povýšenost, paternalismus. A tak zde najednou již není žádný „master, massa, bwana“, jen jakési Buberovská variace: Já a Ty.

Významný český filosof Jan Patočka se o této práci dokonce zmiňuje ve své knize *Platón a Evropa*.

Na druhé straně je však zde opravdu pro mnohé cítit smutek, ubrání idealizování a tezí o jakýchsi šťastných dětech přírody, naivních, žijících bezstarostně v lůně přírody. Ne, srovnáno – jsme stejní, jen okolnosti, okolí a další atributy nás odlišují.

Snad jen cestopisy Alberta Vojtěcha Friče, jeho kultivovaný postoj, ve mně vždy vzbuzovaly podobný pocit – řečeno slovy psychologa a filosofa Viktora Emila Frankla: „Co je to za důvod k životu, chtít být (jen) šťastný. Chtějte realitu“.

V návaznosti k tomuto tématu několik poznámek Jeana Jacquese Rousseaua, z dovětku jeho práce z roku 1872 *O původu nerovnosti mezi lidmi*.

Na straně 117 zde poznámka č. 16, cituji: „Je velmi pozoruhodné, že za ta léta, co se Evropané namáhají, aby přivedli divochy z různých částí světa ke svému způsobu života, nemohli dosud získat ani jediného... nic nemůže překonat nepřemožitelný odpor, který mají k přijetí našich mravů a našeho způsobu života... zatím na jiných místech čteme, že Francouzi a jiní Evropané se utekli dobrovolně mezi tyto národy, strávili tam celý svůj život, aniž mohli opustit tak podivný způsob života, a často vidíme i moudré misionáře toužící po klidném a nevinném životě mezi těmito opovrhovanými národy.“ (Rousseau 1949, s. 117). Nabízí se úvaha, myšlenka, „jak“ by například dopadlo osídlování Severní Ameriky, pokud by svůj tehdejší vliv podrželi a obhájili Francouzi. Přece jen se nabízí v historii expanze, průzkumu, záboru a hlavně přístupu k asimilaci jiný přístup, nežli ono tvrdě britské řešení.

Důkazem je vznik, uznání nově vzniklého etnika Métis (Métis People), které žije v oblastech Kanady a severu Spojených států. Počet dnes limituje ke čtyřem stům tisícům, geneze je zřejmá – míšení (slovo métis ve francouzštině znamená „míšeneček“) převážně francouzských, méně pak skotských lovců kožešin traperů, voyagerů a inuitských, nebo indiánských matek často z kmenů Cree, Ojibwaya, Algonquin, Saulteaux, Menominee.

Zde jen pro přesnost – v Kanadě se pro Indiány doporučuje užívat oficiální název „First Nation“, V USA ekvivalent „Native Americans“.



Za zmínku nyní v této souvislosti stojí, rovněž další národ, Eskymáci, tedy - „pojídači syrového masa, eškimouk“, jak je posměšně nazývají sousedé, Indiáni, a proto je zde rovněž oficiální název, etnonymum „Inuit“ i.e. „lidé“, dovolím si jej využít jako příklad latentního etnocentrismu.

Pokud se začneme více zabývat vlastními pojmenováními kmenů, skupin, etnik, velmi často dojdeme k témuž významu – člověk, lidé. Většinou je nám to skryto pod obecně zavedenými názvy, viz. Eskymák, dále běžně užívaný Apač, Sioux, Navaho..., resp. obecně užívaný a nelogický pan-termín Indián. Zde je však potřeba znát, že obvyklé názvy povětšinou znamenají zkomolené výrazy z různých místních i evropských jazyků, viz zuňijské „apaču“ značící „nepřítel“ či další, většinou negativní etiketu. Vlastní pojmenování pro sebe, své etnikum je například Diné u Navahů, N´De u Apačů, což obojí znamená opět „lidé“.

Jen na odlehčení, ukázkou, kam až občas neznalost „jiných“ vede, je nedávno vysílaná televizní reklama na nějaký druh nealko nápoje typu tonik, kde v názvu je Indian Water Tonic, kdy absurdní převedení a přetlumočení vyústilo v trapnou scénku s pomalovaným tančícím náčelníkem nějakého fiktivního préríjního kmene v čelence u imitace totemu, místo zařazení Indian Water do bývalé Indie, britského koloniálního klubu, kam by s odlivkou ginu patřil...

Mezi podobné obludnosti však běžně patří většina filmových výtvorů bývalé provenience NDR, studia DEFA a také produkce samotných amerických studií na úrovni nám blízké záměny „Čechy – Čečna“, ať už po stránce jazykové, či běžných životních a historických reálií.

Pokud se však vrátíme k tendenci pojmenovávat sebe sama a své nejbližší sociální okolí „Člověkem či Lidmi“, nabízí se otázka, jak se potom dívám na ty „ostatní“..My a oni, pořád stejný model, který je nutno vymezovat, limitovat, utvářet, legalizovat a co ještě všechno. Pokud se toto nezdaří, je zde pak v antagonismu, kontrastu „Übermensch“ v.v., lze doplnit libovolně... Jude... Russe, Pole und so weiter... či snad další absurdní, zvrácené zneužití a nepochopení filosofie Friedricha Wilhelma Nietzscheho.

Jelikož však povinností toho, kdo uznává rovnost a toleruje rozdíly v mentalitě je i unést určitou dávku ironie, kritiky a často i znevážení jakýchsi vyznávaných, akceptovaných, dědičných hodnot, je snad namístě citace z knihy siouxského, tedy správně řečeno lakotského medicinmana Johna (Fire) Lame Deera, který prožil život k naplnění několika románů a občas komentoval dění ve Spojených státech 70. let minulého, 20. století. Jelikož navnímal i evropskou mentalitu, prožil část života jako americký voják v Normandii, při vylodění za druhé světové války, jeho vyprávění a srovnávání jsou nám velmi přístupná a blízká.

Ukázka náhledu na vyspělou americkou civilizaci z pohledu barbara (Američtí Indiáni dostali volební právo až ve třicátých letech 20. století) hovoří sama za sebe. Pasáž je z knihy *Chromý Jelen. Vyprávění siouxského medicinmana*, k rozdílu pohledu na důležité hodnoty v bělošské a původní americké kultuře poslouží popis situace, kdy Johna Lame Deera pozvali do středostavovského amerického domu. Chromý Jelen popisuje návštěvu takto: „Pozor na popel, nekuřte, zežloutnou nám závěsy. Pozor na zlatou rybku v akváriu, nedýchejte na papouška, neopírejte se hlavou o tapety, máte možná mastný vlasy. Nevylijte tu kořalku na stůl, má choulostivý lak. Opucoval jste si řádně boty? Podlaha je čerstvě napuštěná. Nedělejte tohle, nedělejte, prosím, tamhleto...“ To je k zbláznění. Na tohle nejsme stavění. Vy žijete ve vězeních, která jste si sami vystavěli. Říkáte tomu „domovy“, kanceláře, továrny. V rezervaci teď koluje nový vtip: „Víš, co je to kulturní deprivace?“ Odpověď zní: „Být bělošským dítětem střední třídy a žít na předměstí v rodinném domku s barevnou televizí.“ (John Fire Chromý Jelen 2004, s. 107)

### **Tolerance k jinakosti v jinakosti**

Již zmíněný John Fire Lame Deer hovoří o tom, jak velká tolerance byla u různých indiánských kmenů a etnik k tzv. „mužoženám“, nazývaným podle francouzského slova „berdache“, u Lakotů „wintke“, Navahové jím říkají

„nadleeh“. Oblékali se jako ženy, vykonávali ženské práce, byli jemní a přesto „Wakan“, posvátní. Indiánské kulturní prostředí jim uznává zvláštní, spirituálně nasycenou moc, znalost šamanských praktik, léčitelství, úctu na pomezí posvátnosti. Velmi přirozeně, s respektem k jinakosti, bez potřeby dnešních sáhodlouhých úvah a diskusí. John Fire Lane Deer o těchto lidech zmiňuje, že byli nadáni schopností věštit, předpovídat počasí a velmi přeně definuje, že pokud příroda přiřkne někomu určité břímě odlišnosti, obdaruje jej zároveň zvláštními schopnostmi.

### **Vlastní vzpomínky, které mne utvářely v pocitu rovnoprávnosti a někdy i s příděchem submisivity...**

Při svých pobytech ve Spojených státech v tamějších rezervacích (kterých je asi kolem tří set) a Pueblech (význam ve španělštině je vesnice), jsem občas zažil opravdové „léčení duchem“.

Přece jen po letech sledování a intoxikace Vinetouem, přes snahu být přísně korektní a mít dostatek vědomostí, bylo ve mně ještě dost klukovských iluzí... jak jen to tam vypadá... bojovníci, hrdinové, čest...

Příměr v praxi. Návštěva v Pueblu Bonito, kde jsou zbytky původního, tzv. anasazijského osídlení. Nemám jiný výraz, jak opsat prostředí než neúprosné pálivé slunce, vedro, sucho, prach, jak je v Novém Mexiku obvyklé.



Snaha se dostat dovnitř narazila hned při vstupu, nádherný pueblan, indiánský stařík se dal do hovoru, že co jako chci a tak... inu fotit... tak počkej, sejde se rada našeho puebla. Sešli se, jednali, ve stínu, v místnosti, v té nádherné starodávné hliněné stavbě, já venku bez vody, ale cíl na dosah. Po asi dvou, třech hodinách se vrátil s výsledkem... možno, za tolik dolarů... Jdu a stařík se ptá, jestli budu chtít fotit... Po odkývnutí, že teda mám počkat, sejde se rada... po hodině – resumé – fotoaparát si lze vzít za tolik a tolik... ok, jdu... Hej, vrať se ještě... budeš si chtít vzít i film do foťáku sebou?? Zaplat!

•

A tak jsem pochopit unitu, že pokud je někde někdo byrokratem a má radost z drobné moci, pak je jedno, jestli jsem na úřadě ve Vsetíně, nebo v pueblu, či v Novém Mexiku...

### **Yah-ta-hey! (Navažský pozdrav, ekvivalent našeho „vítejte“..)**

Navahové (anglicky a španělsky *Navajo*, vlastním jménem *Diné*), svou zemi nazývají *Dinehtah*. Se zhruba třemi sty tisíci příslušníky jsou nejpočetnější etnickou skupinou mezi původními obyvateli Spojených států. Většina (asi 170000) jich žije ve vlastní rezervaci nazvané Navajo Nation, zřízené roku 1868, o rozloze 64 tisíc kilometrů čtverečních s hlavním městem Window Rock. Poměrně velká část Navahů stále žije v původním obydlí, zvaném hogan – což

je většinou šestiúhelníková kupolovitá stavba, postavená z trámů a pokrytá hlínou, s větracím otvorem ve střeše, s dveřmi vždy obrácenými na východ. Na svém území chovají ovce, vyrábějí originální šperky z tyrkysu a stříbra, mezi základní vzor patří dýňový květ. Žijí v klanech, podle nich se identifikují i představují, sdělují si klany po otci i matce. Klany mají velmi zajímavé názvy – Lidé od hořké vody, Klan pomalých v řeči, Klan soli, Klan početných hoganů etc. Mezi specifické a pro asi nás těžce souměřitelné sociální pravidlo patří to, že muž nikdy nesmí spatřit matku své ženy, tchýni...

Je to kultura, která nevěří na posmrtný život, když Navaho zemře, už se o něm nemluví pro obavy, že by jeho duch - *chindi* – mohl škodit. Proto i rituály k pohřbívání, u nás tak běžné a zakořeněné a potřebné v našem pojetí k udržení psychické rovnováhy po ztrátě blízkého člověka – ponechávají jiným etnikům, bělochům...

Z našeho pohledu je velmi zajímavý fakt, že se kulturní dědictví předává v rámci složitých náboženských rituálů (Navahové sami nehovoří o náboženství, ani pro něj nemají adekvátní výraz), předávají si vědomosti a znalosti o Stezce života – *Hózhó*, což je kombinace harmonie, krásy, naladění na stejnou vlnu, podřízení se toku času a dosažení vnitřního smíru. Staří zpěváci Stezky života, zvaní *hatathali*, si vybírají následníky mezi dospělými Navahy a po velmi dlouhou dobu je v tajných obřadech

cvičí. Samotné obřady mají jednak duchovní, ale rovněž léčivý účinek, posilují návrat a přísun pozitivních sil.

•

Další specifikou navažských rituálů je malování do písku, které má svou tajnou a duchovní podstatu (velmi přibližně se zde nabízí srovnání s malbou ikon). Kresby do písku však jsou jednoúčelově vytvářeny, poté se zničí. Pro zcela specifický, opisný a těžce naučitelný jazyk - *Diné bizaad* - se v období II. světové války za těžkých bojů amerických vojáků s Japonci Navahové proslavili tím, že posílali šifrované zprávy ve svém jazyce. Japonci nikdy tyto šifry nedokázali odhalit. Navahové tak velkou měrou přispěli k vítězství Američanů a porážce Japonska.

•

Vnímání různých kultur a jiných názorů rozšiřuje a prohlubuje vnímání odlišností a jiných životních hodnot, nabízí vzdělávajícímu se dospělému možnosti pro utváření a hodnocení vlastních poznatků.

### **Vlastní poznatek.**

### **Etnocentrismus a kulturní relativismus.**

Roger Scruton, známý britský filosof, estetik, politolog, spisovatel a také hudebník, který se rovněž podílel za minulého režimu na tajné výuce v Praze, Brně a Bratislavě pro ty, kterým nebylo umožněno studovat legálně (velmi interesující je Scrutonovo působení na Filosofické fakultě UP, katedře sociologie, andragogiky a

kulturní antropologie), hovoří o fenoménu etnocentrismu jako o postoji, který nekriticky a neospravedlnitelně předpokládá převahu vlastní etnické skupiny.

V jeho práci *O potřebnosti národů* (v originále z roku 2004) je hlavním tématem problematika ohrožení stability a existence národních států, rozšiřováním globálních korporací a nadnárodních institucí (EU, WTO...). Přes to, že i mnozí liberálně nastavení intelektuálové národní státy považují za přežitek, Scruton existenci státního útvaru obhajuje. Toto tvrzení dokládá základní premisou existence demokracie, kterou je loajalita vůči národu). V jeho práci se poprvé objevuje pojem *oikofobie* jako definice odporu vůči vlastnímu kulturnímu zázemí a přílišná podlézavost vůči cizincům a jiným kulturám, je opakem xenofobie. Co tedy v běžnosti, jak nás tato predispozice ovlivňuje...

### **Další formace v přijímání odlišného.**

Vzpomínka je z dob, kdy jsem ještě nedbal poučení Tomáše Kempenského a „cestoval jsem mnoho“. Při jedné cestě jsem se trochu krkolomně, jak bylo v 80-tých létech obvyklé, dostal do Adžárie, poté do Gruzie a Tbilisi, hlavního města této nádherné země.

Přijel jsem jako pevný etnocentrista, centrální Evropan, za zády celou kulturu, historii do země, o níž jsem tehdy mnoho nevěděl a splývala mi s celým tím obrovským



přehlíženým a celkem opovrhovaným molochem, nazývaným Sovětský svaz.

Konkrétní terapií této morální deviace byla návštěva a uzření gruzínského národního pokladu, kdesi na Rustaveliho třídě, hluboko pod zemí v přísně střežených (jako tehdy vše) prostorách. Už vlastně dotaz, po kom že je hlavní ulice pojmenována byl mírně šokující... Šota Rustaveli, gruzínský básník, šlechtic, 12. století, epos – *Muž v tygří kůži*, (*Vepkhist'q'aosani*)..., to nevypadá na „mode, principe primitif de vie...”



Zkrátím tuto vzpomínku, po shlédnutí oněch filigránských, úžasných zlatých a jiných předmětů, výrobků, zbraní šperků etc., které sbírka obsahovala, kdy datace vzniku sahala daleko před mou tehdejší necvičenou historickou paměť a možnost představy, komparace s našimi dějinami, odešel jsem nasycen - ve změně. Gabar džovat, Sakartvelo! Zdravím tě, Gruzie! (Sakartvelo je název Gruzie v transliteraci z Gruzínštiny.)

Po další léta jsem již a vděčně velmi ostražitým při hodnocení jinakosti, neznámého, vzdáleného, na první pohled „přírodního, rudimentárního, rustikálního, primitivního...”

Zde je pouze prostor pro kulturní relativismus, který, zdá se je velmi podstatným a potřebným odkazem amerického antropologa německo – židovského původu Franze Boase, který zavedl v americké antropologii

interdisciplinární přístup, založený na datech z archeologie, etnografie, jazykovědy a fyzické antropologie. Kulturu Boas chápe jako komplex, jako první prováděl od roku 1895 antropologický systematický průzkum indiánů severozápadního pobřeží Ameriky se záměrem na mytologie, folklór, jazyk a umění.

Neustálá pobídka k hodnocení v kontextu, vnímání jedinečnosti, neopakovatelnosti jinakosti je tak imperativem každého, kdo má ve slovníku výrazivo jako je „respekt, úcta, tolerance...“ a zná, alespoň zčásti, význam a důležitost obsahu těchto slov.

Výdobytkem je pak obrovský prostor pro poučení se, převzetí, diversifikaci, obohacení a celou onu - nesčíslnou řadu nabídek z již zmíněné „*nepřeberné tržnice života*“.

### **K úvaze o tzv. „divoštví...“**

Mnohdy se nám zdá podivná, nepřijatelná životní praxe v jiném kulturně-civilizačním zázemí než je naše, evropské. Pro základní úvahu je přiložen citát Walta Whitmana: „Kdo jest vlídný, přívětivý a těkavý divoch? Čeká na civilisaci, či už ji prošel a ovládá ji?“ (Carpenter 1910, s. 4)

### **Co nás tedy vůbec historicky spojuje, k čemu se lze odkázat, z čeho poučit...**

V nabídce k úvaze je zde náhled německého filosofa Karla Jasperse, který v jedné ze svých prací, cyklu přednášek nazvaném skromně *Úvod do filosofie* přichází se sdělením o vývoji myšlení ve světě v období 800–200 př. n. l.,

kteřou Jaspers pojmenoval *Osa světových dějin*. „Osu světových dějin, pokud něco takového existuje, bychom mohli nalézt jen pro profánní dějiny, a to empiricky jako nějaký fakt, který jako takový může platit pro všechny lidi, i pro křesťany. Tato skutečnost by musela být přesvědčivá pro Západ i Asii a pro všechny lidi bez měřítka stanovujícího obsah víry.

Pro všechny národy by tu byl společný rámeček dějinného sebe porozumění. Zdá se, že tato osa dějin světa pak spadá do duchovního procesu uskutečňujícího se v období mezi lety 800–200 př. Kr. Vznikl člověk, s nímž dodnes žijeme. Tato doba budiž krátce nazvána dobou *osovou*.

Do této doby se stěsnaly mimořádné události. V Číně žil Konfucius a Lao-c', vznikly všechny směry čínské filosofie, své myšlenky utvářeli Mo-ti, Čuang-c', Lie-c' a bezpočet dalších; v Indii vznikly Upanišady, žil Buddha, a podobně jako v Číně se rozvinuly všechny možnosti filosofie, až po skepsi a materialismus, sofistiku a nihilismus; v Íránu hlásal Zarathustra náročný obraz světa o boji mezi dobrem a zlem; v Palestině se objevili proroci od Eljáše přes Izajáše a Jeremjáše až k Deuteroizajášovi; v Řecku žil Homér, dále filosofové: Parmenidés, Hérakleitos, Platón, tragikové: Thúkydidés a Archimedés. Vše, co je těmito jmény jen naznačeno, vzniklo během těchto několika staletí přibližně současně v Číně, Indii a na

Západě, aniž by tyto osobnosti o sobě vzájemně věděly.“  
(Jaspers 1996, s. 69)



**Opakuji ještě jednou větu, myšlenku, kterou jsem i v citaci podtrhl:**

Pro všechny národy by tu byl společný rámec dějinného sebe porozumění...

**Přidávám vzor instrumentu...dialogu...**

„Dialog neboli rozhovor není dán pouhou přítomností rozprávějících účastníků. Co vlastně takový dialog vyžaduje? Společné pobývání je nepochybně vcelku velmi působivé, i když se nemluví. Řeč je ovšem důležitým komunikačním nástrojem – vychovatel / učitel mluví, adresáti naslouchají a odpovídají. Každá řeč, je-li skutečně nástrojem dialogického vztahu, je fundována zjevitelným smyslem – logem. Aby při komunikaci šlo o dia-log, k tomu je zapotřebí přítomnosti *logu*, který, díky tomu, že se mu účastníci podrobují, proniká *DIA* – skrze, do společenství. *LOGOS* je prostředí, v němž se odehrává vědomá komunikace. Ti, kteří hledají ve vzájemné řeči smysl, dialogizují...“. Profesor Radim Palouš takto odkaz Sokratův definoval, nutno říci, že velmi zdařile. (Palouš, Svobodová 2011, s. 89)

Jen velmi střídmě k odkazu Sokratově – v jeho techné maieutiké, umění babickém, porodnickém (ve vztahu k

vlastní myšlenky) je skryt věčný apel k možnosti dopracovat se k vlastnímu postoji, oprávněnosti náhledu bez ohledu na to, co převažuje v obecném mínění. Nelehké, mnohdy bolestné, avšak takto „narozené dítě“ je nám nejbližší, to jediné je hodno naší lásky.

### **Drobné varování závěrem pomocí autora a knihy...**

#### **Étienne de la Boétie (1530–1563)**

Záměrně vybráno nakonec jako důkaz názorů a apelů, přetrvávajících staletí. Narozen ve francouzské aristokratické rodině brzy osiřel a po vystudování práv na univerzitě v Orleáns se během svého krátkého života věnoval oblasti práv. Mimo to ovšem měl i humanitní sklony a byl blízkým přítelem prvního esejisty Michela de Montaigne. Ve svém nadčasovém díle *Rozprava o dobrovolném otroctví* (1549), které napsal údajně v sedmnácti letech a jenž je s trochou ironie věnováno všem, kdo se nechávají dobrovolně zotročovat, jako první v dějinách evropského myšlení obrací naruby tradiční představu o vztahu mezi vládcem a ovládaným. Neanalyzuje mocenský aparát, nýbrž vychází z vůle pokořeného a z jeho chtění, kde ovládaný není pasivní obětí v rukou despotického tyrana, nýbrž sám chce být ovládán. (Boétie 2011)

**(In)formace závěrem** – kniha *Rozprava o dobrovolném otroctví* byla v České republice vydána poprvé téměř po pětistech letech... trochu v rozporu s povinností a radou

*„Qui bene legit, multa mala tegit“... Kdo dobře čte, mnohému zlu zabrání, nezapomínejme tohoto apelu...*

Je lákavé být všudybylem, „*ubiquistou*“, být stále na cestě, v poznání i myšlení, pamatovat je však potřeba na Senecovo varování „*nusquam est, qui ubique est*“... nikde není, kdo je všude..., ano - mít pevné kořeny, domov. Jen to nám umožní základ k hledání podstatného v bytí, upevnit smysl (*logos, λόγος*), primární důvod jedinečnosti naší existence.

-----

**Nabídka literatury k tématům jinakosti**

- ADORNO, T., W.: *Schéma masové kultury*. Praha: Oikoymenh, 2009. ISBN 978-80-7298-406-0.
- BATESON, G.: *Mysl & příroda: nezbytná jednotu*. Praha: Malvern, Vydání první, 2006. ISBN 80-86702-19-7.
- BOURDIEU, P.: *Sociologické hledání sebe sama*. Brno: Doplněk, 2012. ISBN 978-80-7239-280-3.
- CARPENTER, E.: *Civilisace, její následky, léčení jich a jiné studie*. (Přeložil Dr. Edvard Beneš). Praha: Nakladatel B.Kočí, 1910.
- FINKIELKRAUT, A.: *Destrukce myšlení*. Brno: Atlantis, 1993. ISBN 80-7108-063-2.
- FRANKL, V. E.: *Psychoterapie a náboženství. Hledání nejvyššího smyslu*. Brno: Cesta, 2007. ISBN 80-7295-088-6.
- CHROMÝ JELEN, J.: *Vyprávění siouxského medicinmana*. Praha: Paseka, 2004. ISBN 80-7185-523-5.
- GIDDENS, A.: *Důsledky modernity*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2010. ISBN 978-80-7419-035-3.
- HANUŠ, J. a kol.: *Meze smířlivosti*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2012. ISBN 978-80-7325-282-3.
- CHARDIN, de, P., T.: *Místo člověka v přírodě*. Praha: Nakladatelství svoboda, 1967.
- La BOÉTIE, E.: *Rozprava o dobrovolném otroctví*. Praha: Rybka Publishers, 2011. ISBN 978-80-87067-27-7.
- LÉVI-STRAUSS, C.: *Antropologie a problémy moderního světa*. Univerzita Karlova v Praze: Nakladatelství Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-2098-5.

- LÉVI-STRAUSS, C.: *Smutné tropy*. Praha: Odeon, 1966. 01-026-67.
- LIESSMANN, K., P.: *Filosofie zakázaného vědění: Friedrich Nietzsche a černé stránky myšlení*. Praha: Academia, 2013. ISBN 978-80-200-2188-5.
- LOMBARIOVÁ, F., G., LOMBARDI, G., S.: *Nekonečný kruh: Výklad etiky amerických Indiánů*. Košice: Knižná dielňa Timotej, 1996. ISBN 80-88849-04-7.
- McLUHANOVÁ, T., C.: *Dotknout se země: Indiánský pohled na vlastní bytí*. Košice: Knižná dielňa Timotej, 1971. ISBN 80-88849-16-0.
- PARTRIDGE, CH.: *Encyklopedie nových náboženství: nová náboženská hnutí, sekty a alternativní spiritualita*. Praha: Knižní klub, 2006. Editor českého vydání Zdeněk Vojtíšek. ISBN 80-242-1605-1.
- PATOČKA, J.: *Platón a Evropa*. Praha: Nakladatelství Filosofického ústavu Akademie věd ČR, 2007. ISBN 978-80-7007-264-6.
- POPPER, K., R.: *Bída historicismu*. Praha: Oikoymenh, 2000. ISBN 80-7298-007-6.
- RATZINGER, J. *Evropa Benedikta z Nursie v krizi kultur*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1998. ISBN 80-7195-022-X
- RIEUPEYROUT, J., L.: *Dějiny Navahů: Indiánská sága 1540 – 1990*. Praha: Argo, 2000. ISBN 80-7203-306-5.
- ROUSSEAU J. J.: *O původu nerovnosti mezi lidmi*. Praha: Svoboda, 1949.
- SCHELER, M.: *Místo člověka v kosmu*. 1. vyd. Praha: Academia, 1968. 116 s. ISBN 80-508-21-862.



**D O D A T E K**

## **ZÁKLADNÍ PŘEHLED EVROPSKÉHO MODELU DUŠEVNÍCH PORUCH, PODLE MKN-10**

**F00 – F09 / Organické duševní poruchy:** F00 Alzheimerova demence, F01 vaskulární demence, F02 demence u Pickovy choroby, Creutzfeldovy – Jacobovy ch., Huntingtonovy ch., Parkinsonovy ch., u infekce HIV, F03 podle přidružených příznaků, F04 amnestický syndrom, F05 delirium, F06 onemocnění, poškození nebo disfunkce mozku... (Vzhledem k neuropsychiatrickým souvislostem, tyto klasifikace obsahují laboratorní položky nálezů)

---

**F10 – F19 / Duševní poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek:** F10 alkohol, F11 opioidy, F12 kannabinoidy, F13 sedativa n. hypnotika, F14 kokain, F15 jiná stimulantia včetně kofeinu, F16 halucinogeny, F17 tabák, F18 organická rozpouštědla... (Odběry krve a moči jsou u těchto duševních poruch součástí dg.)

---

**F20 – F29 / Schizofrenie:** F20 schizofrenie: paranoidní, hebefrenní, katatonní, nediferencovaná, F21 porucha schizotypní, F22 por. duševní s trvalými bludy, F23 poruchy psychotické, F24 porucha s bludy indukovaná, F25 porucha schizoafektivní...

---

**F30 – F39 / Poruchy nálady (afektivní poruchy):** F30 manie, hypomanie, F31 bipolární, F32 depresivní fáze, F33 porucha depresivní periodická (rekurentní), F34 trvalé poruchy nálady – cyklotymie / dystymie / rekurence...

**F40 – F49 / Poruchy neurotické, poruchy vyvolané stresem a somatomorfní poruchy:** F40 fobie, F41 panika, F42 obsedantně – kompulsivní, F43 reakce na stres a poruchy přizpůsobení, F44 dissociativní: amnésie, fuga, stupor; trans a stavy posedlosti, syndrom Ganserův, F45 poruchy: somatoformní, somatizační, hypochondrie, kardio..., gastro..., respiro..., urogenit..., přetrvávající bolestivá porucha, 48 neurastenie...

---

**F50 – F59 / Syndromy behaviorální spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory:** F50 anorexie, bulimie, F51 (Dysomnie) neorg. por. spánku, hypersomnie, spánek - bdění, somnambulismus, (Parasomnie) noční děsy, noční můry, F52 sexuální dysfunkce, touha, prožitek, odpor, genitální selhání, dysfunkční orgazmus, ejakulace předčasná, vaginismus, dyspareunie, hypersexualita, F53 šestinedělí, F55 závislost – antidepressiva, vitaminy, laxativa...

---

**F60 – F69 / Poruchy osobnosti a chování u dospělých:** F60 paranoidní, schizoidní, disociální, emočně nestabilní..., impulsivní..., hraniční..., histriónská..., anankastická, F61 smíšené, F62 přetrvávající změny osobnosti, po katastrof. zkušenosti, F63 patologické hráčství, F64 pohlavní identity, transsexualismus, transvestitismus, F65 sexuální preference, fetišismus, exhibicionismus a voyeurství, také pedofilie, dále sado-masochismus, F66

homosexualita, bisexualita, F68 faktitivní (předstíraná) porucha...

---

**F70 – F79 / Mentální retardace, opoždění duševní:**

F70 lehká, F71 střední, F72 těžká, F73 hluboká... (oligofrenie)

---

**F80 – F89 / Poruchy psychického vývoje:**

F80 artikulace řeči, expresivity řeči, receptivity řeči, afasie s epilepsií, F81 školních dovedností – psaní, čtení, počítání, motorika, F84 autismus, Rettův syndrom, hyperaktivita, Aspergův syndrom...

---

**F90 – F98 / Poruchy chování a emocí se začátkem**

**obvykle v dětství:** F90 hyperkinese, pozornost, F91 rodina, opoziční vzdor, F92 – 93 emoce, deprese, separace, úzkost, F94 mutismus, přichylnost, F95 tiky, Tourettův syndrom, F98... enuréza, enkopréza, jídlo, pika, stereotypie, koktavost, zadržávání, breptavost.

---

## **Resume**

Aktuální situace vycházející z celoevropského kontextu nastalé migrační vlny, si dle našich přístupů k okolnostem, vyžaduje postupné mapování významu jednotlivých položek psychosociální problematiky v mezioborovém dialogu. Přistoupili jsme proto k takovému zpracování, které sleduje nástinem popisu vhléd z pozice: 1. *psychiatrie*, 2. *sociální práce* a *sociální podnikání* 3. *kulturní antropologie*.

V prvně jmenovaném příspěvku se pokoušíme zdůraznit potřebu respektovat kulturní proměnné, jimiž se bude muset klinická psychologie zabývat, jestliže se bude chtít v blízké budoucnosti vyrovnat se změnami přístupu k práci s klientem, v rámci celého spektra chápání duševní poruchy, mající u svých nositelů (migrantů) vlastní etiologii založenu na odlišném přístupu k realitě, jako takové.

Druhý text nás v objektivním náhledu informuje o aktuálním stavu sociální práce tak, jak je, dle zákonných norem, chápána pro vlastní výkon v podmínkách naší společnosti. Toto srovnání odhaluje úzkou a pro budoucí sociální práci nevyhovující filosofii přístupu. Základním předpokladem by mohlo naopak být, mj. rozvíjení integrovaných přístupů, které si nekladou hranice při výběru pozitivní eklektiky, ale spojují jiné systémy do přístupových modulů a nastiňují tak bezprostřední možnost využití v konkrétním zaměření na výchozí prostředí klienta.

Třetí pohled se týká dvojího přístupu: jednak vychází z tradičně obsahových filosofí a v druhém smyslu odhaluje osobitější interpretaci samotného autora, nesvázaného odbornou rétorikou. Přesto v textu nacházíme problém tzv. *jinakosti* v novém úhlu zpracování, jehož hlavní myšlenkou je udržovat rezonující tradici s přítomností, ovšem nikoliv v dogmatickém, ale dialogicky živém procesu, jenž na prvním místě respektuje hodnotu člověka.

Pakliže se podařilo takto autorům podpořit rozpohybování mezioborových diskusí v rámci multikulturality, stejně jako informovat širší veřejnost, byl úkol předkládané práce splněn.

## **Resume**

In our attitude to circumstances, the current situation coming out of the all-European context of the migration wave requires gradual mapping of meaning of individual items of psychosocial issues in the terms of interdisciplinary dialogue. We have therefore come to an arrangement that monitors the situation from the position of: 1. Psychiatry, 2. Social work and social entrepreneurship and 3. Cultural anthropology.

In the first contribution we try to highlight the need to respect cultural variables with which the clinical psychology will have to deal if it wants to balance with the changes in the approach to the clients in the near future in the whole scope of understanding of mental disorder, which concerning its bearers has its own etiology based on a different attitude to reality as such.

The second text informs us objectively about the current state of social work as it is understood by law in the conditions of our society. This comparison reveals a narrow and for future social work unsuitable philosophy of approach. The basic premise could be, apart from others, developing of integrated approaches which do not lay boundaries in choices of positive eclectics, but connect various systems to modules and outline immediate possibility for usage in the client's default environment.

The third view is two folded: it bases on traditional philosophies as well as it reveals individual author's interpretation not bounded by professional rhetoric. Despite that fact we find the issue of otherness in a new perspective, which main topic is to maintain the resonating tradition with the present, but not in a dogmatic, but a dialogue based live process that primarily respects the value of a human being.

If the authors succeeded to put the interdisciplinary discussions about multiculturalism in motion as well as inform the public, the goal of the work has been achieved.

(Překlad: Jiří Kadlubiec, MA)

© *Jiří Adamec*  
*Šárka Dořičáková*  
*Miro Kadlubiec*

**PSYCHODIAGNOSTIKA V DOBĚ UTVÁŘENÍ  
MULTIKULTURNÍHO SPOLEČENSTVÍ**

**Rozdílné přístupy mezi americkou a evropskou  
psychiatrií – nutnost reflexe**

Jiří Adamec - Filosofický seminář - Katedra teorie  
2015  
A6, 200 výtisků

**Jiří Adamec, 1957**

Od r. 1990 až do současnosti vede Filosofický seminář, katedru teorie v Brně - zaměření: psychologie v poradenství; externí působení na vysokých školách u nás a v zahraničí. Pro neziskové organizace v ČR realizuje psychologická školení. Spolupracovník University of Applied Management (USA - Delaware, Dover) s působností v Brně, výuka aplikované psychologie a psychodiagnostiky, a sestavování podkladů k tvorbě učebnic. [www.psychostudium.cz](http://www.psychostudium.cz)

**Mgr. Šárka Dořičáková, 1970**

Vystudovala obor Sociální práce na Univerzitě Palackého v Olomouci a obor Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii na Pražské vysoké škole psychosociálních studií v Praze. V roce 2008 založila sociální podnik Podané ruce, družstvo. Od ledna 2013 je ambasadorkou sociálního podnikání P3 - People, Planet, Profit a od roku 2014 také konzultantkou MPSV pro tuto oblast.

[www.sarkadoricakova.cz](http://www.sarkadoricakova.cz)

**Mgr. Miro Kadlubiec, 1956**

Vystudoval obory Sociální práce a Andragogika na Filosofické fakultě, katedře sociologie, andragogiky a kulturní antropologie Univerzity Palackého v Olomouci, Psychologii na Filosofickém semináři v Brně. Profesně se věnuje práci v centrech psychosociální rehabilitace, kde jako základní instrument využívá poznatky Logoterapie a Existenciální analýzy Viktora Emila Frankla. [www.iqle.cz](http://www.iqle.cz)