

MASARYKOVA UNIVERZITA V BRNĚ

FAKULTA SOCIÁLNÍCH STUDIÍ

Katedra sociologie



**PSYCHIATRICKÁ INSTITUCE A NORMALITA.
SOCIOLOGICKÁ REFLEXE**

Bakalářská práce

Autor: Jan Suchánek, učo 213706

Obor: sociologie – sociální antropologie

Vedoucí práce: Mgr. Eva Šlesingerová, Ph.D.

Brno 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci "Psychiatrická instituce a normalita. Sociologická reflexe" vypracoval samostatně. Všechny použité prameny jsou v práci uvedeny.

V Brně 23.5.2010

Jan Suchánek

Poděkování

Děkuji vedoucí této bakalářské práce, již je Mgr. Eva Šlesingerová, Ph.D za vedení a rady, které mi poskytla.

Obsah:

Úvod	s. 6
1. Úvod k první části práce.	s. 8
1.1. Vznik psychiatrické instituce.	s. 9
1.2. Psychiatrická instituce a moc. Její uznání a reprodukce.	s. 12
1.3. Uplatnění moci psychiatrickou institucí. Sociální kontrola.	s. 14
1.4. Psychiatrické instituce a organizace společnosti.	s. 16
1.5. Základní východiska z první části práce.	s. 19
2. Úvod k druhé části práce.	s. 20
2.1. Vyjasnění základních pojmů.	s. 20
2.1.1. Co je to duševní zdraví?	s. 20
2.1.2. Co je normální?	s. 21
2.1.3. Duševní zdraví jako normalita. Duševní nemoc jako nenormalita.	s. 22
2.1.4. Kritéria posuzování normality a nenormality v rámci psychiatrického diskurzu.	s. 22
2.1.5. Porucha osobnosti	s. 23
2.1.6. Porucha osobnosti a její rysy nemoci	s. 23
2.1.7. Psychiatrická normalita a sociální norma.	s. 24
2.1.8. Základní východiska z druhé části práce.	s. 24
3. Úvod k třetí části práce.	s. 26
3.1. Narcistická porucha osobnosti.	s. 26
3.2. Narcisticky narušený sociální aktér.	s. 26
3.3. Narcisticky narušený sociální aktér v sociologické perspektivě.	s. 27
3.4. Disociální porucha osobnosti.	s. 29
3.5. Disociálně narušený člověk v sociologické perspektivě.	s. 30
3.6. Podobnosti mezi NPO a DPO.	s. 31
3.7. Klíčové podobnosti mezi NPO a DPO v sociologické perspektivě.	s. 31
3.8. Kulturní a historická podmíněnost normality (v medicínském smyslu duševního zdraví a nemoci).	s. 33

3.9.	Etiketizace a stigmatizace v souvislosti s DPO a NPO.	s. 34
3.10.	Společenská role sociálních aktérů s DPO a NPO.	s. 36
3.11.	Sociální kontrola aktérů s DPO a NPO.	s. 37
3.12.	Nová identita v návaznosti na etiketu pacient s DPO, nebo NPO.	s. 37
3.13.	Příběh Reného Plášíla	s. 38
3.14.	Základní východiska ze třetí části práce.	s. 41
	Diskuse textu.	s. 42
	Závěr. Shrnutí základních poznatků.	s. 43
	Jmenný rejstřík.	s. 45
	Literatura. Ostatní zdroje.	s. 47
	Anotace / Abstract.	s. 50
	Přílohy. Seznam příloh 1-4.	s. 52

Úvod.

V rámci moderní západní společnosti¹ vznikla řada institucí, které v ní plní mnoho rozličných funkcí. Jednu skupinu institucí spojuje mimo jiné represivní charakter funkcí, které plní. Instituce v rámci této skupiny různými způsoby promlouvají do kontroly lidského chování.

Mezi ty základní, tedy mezi ty, se kterými se setká většina členů společnosti, patří instituce rodiny a školství. Skrze ně se v rámci socializace sociální aktéři učí takovému jednání, které jim má umožnit bezproblémový život ve společnosti. Učí se tomu, co bychom mohli nazvat „správné – žádoucí chování“.

Pakliže je osvojení norem a morálky v rámci socializace neúspěšné a sociální aktér si dostatečně neosvojí takové vzorce chování, které společnost vnímá jako žádoucí, je velmi pravděpodobné, že se dostane do konfliktu se společenským řádem. Vstoupí tak v kontakt s dalšími institucemi, které plní mimo jiné také represivní funkci. To s jakou, nebo s jakými z nich sociální aktér přijde do styku, je závislé na způsobu, jakým dojde k porušení pravidel sociálního řádu, závisí to tedy na způsobu, jakým se odchýlí od toho, co jsem nazval „správné, žádoucí chování“.

Například při trestném činu vraždy bude onou institucí instituce vězeňství. Další z těchto institucí je instituce psychiatrická, s níž se dostanou do kontaktu ti sociální aktéři, kteří jsou shledáni jako duševně nemocní, avšak ne výlučně. Jejich odchylka od žádoucího se projeví nejčastěji v podobě duševní nemoci.

Tato práce je sociologickou reflexí vyjednávání normality v rámci psychiatrické instituce/psychiatrického diskurzu. Cílem je analýza vztahu této instituce k vyjednávání normality za pomoci sociologicky relevantních konceptů. Tento vztah se pokusím sociologicky uchopit a nabídnout tak možná alternativní vysvětlení k vysvětlením, která v tomto kontextu zaujímá psychiatrická instituce a která taktéž sdílí většina sociálních aktérů moderní západní společnosti. Samotná stanoviska psychiatrické instituce zde však nebudu uvádět přímo, avšak věřím, že budou v rámci práce dostatečně čitelná, byť jen v implicitní podobě.

¹ Pakliže budu v této práci používat pojem společnost, chápu jej jako syntézu jednoho z možných výkladů tohoto termínu sociology, které prezentuje Jan Keller: „... *implikace představy moderní společnosti se všemi jejími znaky včetně vysokého stupně industrializace, urbanizace, rozvinuté masové komunikace.*“ s jeho vlastním přístupem k obsahu tohoto pojmu: „... *společnost je souhrn individuí jednajících s ohledem na jednání druhých v určitém historickém kulturním a sociálním kontextu ... termín společnost je jen fiktivní zkratkou těchto skutečností.*“ (Keller 2004: 11)

Pokusím se odhalit procesy, které nejsou na první pohled zcela zřetelné. Budu se například ptát, jak vznikla psychiatrická instituce? Což v tomto případě znamená nalézt sociologické vysvětlení k odpovědi, že jako instituce pro léčbu duševně nemocných.

Pokusím se rovněž nalézt sociologicky uspokojivé odpovědi na otázky, jak je uznávána moc psychiatrické instituce v souvislosti s normalitou? Jak dochází k uznávání normality samotné? Jak je možné, že sociální aktéři jsou schopni rozeznat psychiatrickou instituci definovaná kritéria normality?

Text samotný bude rozdělen na tři části. Nebude se však jednat o oddělené kapitoly, nýbrž o sekce, které na sebe odkazují, v mnohém navazují. Neponesou ani jednotlivá označení, rozdíl jednotlivých částí bude spíše ve struktuře psaní. Text takto rozčlením pro jeho snazší čitelnost a možnost sumarizovat jednotlivé závěry postupně, ne až v samotném závěru.

První část bude ryze sociologická. Budu v ní pracovat s takovými koncepty, jako je moc, sociální kontrola, civilizační habitus atd. Bude mít spíše obecný charakter a pokusím se v ní předvést, jakým způsobem lze tyto koncepty při analýze vztahu psychiatrické instituce a vyjednávání normality použít. Budu se snažit jednotlivé koncepty logicky propojit, pokusím se odhalit souvislosti, které mezi nimi, v rámci tohoto analyzovaného vztahu, vznikají a zjištění, ke kterým zde dospěji, budou následně využívána ve zbývajících dvou částech textu.

V druhé části budou definovány základní, pro tuto práci potřebné pojmy. Využiji v ní také četných odkazů k psychiatrické literatuře. Budu se ptát, co je normální, co je to duševní zdraví atd. Cílem je odhalit, jak s těmito pojmy pracuje psychiatrická instituce/psychiatrický diskurz. Podrobněji se zde budu věnovat především vztahům mezi dílčími koncepty (např. duševní zdraví, normalita, stigmatizace atd.), které přispívají k rozšíření představy o tom, co je a není normální dle kritérií psychiatrické instituce v rámci celé společnosti.

Od první a druhé části práce očekávám nalezení možných odpovědí na otázky, které jsou výše zmíněny.

V závěrečné části práce budu pracovat s konkrétními psychiatrickými kasuistikami, a sice narcistickou poruchou osobnosti a disociální poruchou osobnosti. Dále pak s příběhem Reného v dokumentu Heleny Třeštíkové. Tyto materiály poslouží pro praktickou ilustraci zjištění, ke kterým dospěji v prvních dvou částech textu. Ukážu tak, jak dochází k vyjednávání normality skrze konkrétní diagnostická kritéria. Jestliže první dvě části práce budou mít zejména obecný

charakter, pokusím se v části třetí o „konkrétní obrat“ a propojení obecných zjištění s praktickou rovinou vyjednávání normality v rámci psychiatrické instituce/psychiatrického diskurzu.

Hlavním požadavkem kladeným na tuto práci je tedy představit sociologicky relevantní koncepty, které lze při analýze vztahu vyjednávání normality a psychiatrické instituce/diskurzu využít, díky nimž lze nahlédnout „pod povrch“ tohoto vztahu a s jejichž pomocí lze dosáhnout sociologického vhledu do tohoto vztahu.

Hlavním přínosem této práce by mělo být představení základních sociologických konceptů při analýze uvedeného vztahu. Ukáži tedy, jak lze s koncepty při analýze pracovat. Že lze vzájemně propojovat, že se navzájem doplňují a podporují Zjištění, která práce přinese, by se měla stát vhodným výchozím bodem pro diplomovou práci v níž bych se rád i nadále tomuto tématu věnoval.

1. Úvod k první části práce.

Na začátek popíši, v jakém historickém období a za jakých společenských podmínek vznikla psychiatrická instituce moderní západní společnosti. Budu zde vycházet především z díla Michaela Foucaulta.

Již v tomto historickém exkurzu poukážu na dva sociologické koncepty, které nelze opomenout - koncept moci a koncept funkce (funkce ve smyslu funkce instituce v rámci organizace společnosti). Tyto dva koncepty podrobněji rozeberu v následujících dvou bodech této části práce. Ukázáno tak bude, jak lze za pomoci těchto konceptů přistoupit k procesu vzniku této instituce. Snahou je odhalit mechanismus, či proces, který stál při vzniku psychiatrické instituce moderní západní společnosti.

V otázce moci popíši některé ze způsobů, jak je uznávána, reprodukována a uplatňována psychiatrickou institucí. Budu zde vycházet zejména z děl Talcotta Parsonse, Norberta Eliase, Michaela Foucaulta a C. Wrighta Millse.

Při analýze druhého konceptu, tedy funkce, popíši několik zásadních funkcí, které tato instituce v rámci organizace společnosti plní. Budu zde vycházet zejména z díla Maxe Webera, Ervinga Goffmana, Roberta K. Mertova a Arnolda Gehlena.

1.1. Vznik psychiatrické instituce.

Není to jen historické období, do kterého jsme se narodili, kultura v níž žijeme, či moderní západní společnost, která se rozhodla vyčlenit z veřejného dění nežádoucí skupiny sociálních aktérů.

Velké civilizace starověku, středověku, nebo malá společenství přírodních národů, stejně tak i současná západní společnost, všechna tato seskupení a společnosti měly a mají určeny hranice žádoucího chování.

Sociální aktéři žijící v moderní západní společnosti nemusejí jako odlišné vnímat pouze příslušníky jiných společností, odlišných kulturních celků nebo kulturně odlišných menšin. Jako odlišné a jiné vnímají zajisté také určité skupiny sociálních aktérů, které jsou přítomny přímo uvnitř jejich vlastní, tedy moderní západní společnosti. Ti se kulturně neodlišují, nebo se jejich kulturní odlišnost nejeví jako potenciální zdroj problémů.

Existují tedy skupiny sociálních aktérů, jejichž chování je odlišné tak, že se stanou pro společnost nežádoucími. Jejich chování je v rozporu se sociálními normami. Mezi tyto skupiny patří například zločinci, bezdomovci a také duševně nemocní, takto odlišných skupin je však mnohem více.

V minulosti tomu však bylo jinak. Mnohdy se rozdíl mezi různými druhy nežádoucích projevů stíraly, šlo jen o naplnění prostého cíle - odstranit je. Jindy byly projevy, které jsou nyní vnímány jako nežádoucí, tolerovány (více viz. 3.8.).

Období raného středověku je z hlediska vzniku psychiatrické instituce velmi důležité. Byla započata éra práce s duševně nemocnými, což však neznamenalo jejich léčení. Duševně nemocní byli nebezpeční pro mocenské postavení církve, jejich výroky mohly rozvracet náboženské dogma, a proto duševně nemocní nebyli chápáni jako nemocní, ale jako posedlí ďáblem². Izolace ve vězeních a exorcismus však nebyly cestou k nápravě. Nejednalo se ani o snahu léčit nemocné, šlo o prostou ochranu mocenského postavení tehdejší církve, které mohly ohrozit jakékoliv projevy v chování, či výroky, které byly v rozporu s církevními dogmaty (Venclovský 1996: 101-102).

² Příkladem je upálení Jany z Arku k němuž došlo roku 1431. Trpěla halucinacemi s náboženskou tematikou. S největší pravděpodobností nebyla posedlá ďáblem, ale trpěla schizofrenií. Církev ji paradoxně v roce 1920 svatořečila (Venclovský 1996: 115-116).

Také M. Foucault poukazuje na fakt, že v minulosti se duševně nemocní, žebráci, tuláci, zločinci atd. vnímali jako jedna nežádoucí skupina. Až do období osvícenství bylo nežádoucí chování veřejně ukazováno a odsuzováno, což mělo mít funkci odstrašení těch, kteří by se snad takto chtěli chovat. Také tak mělo být zdůrazněno to, co je žádoucí (Foucault 1994).

„Strach formulovaný v lékařských termínech se objevil náhle v polovině 18. století. Živil ho čistě mravní mýtus. Lidé se bojí toho, co je za branami internačních domů a má ohrozit celé město. Jedená se o mýtus imaginární nákazy šířící se otráveným vzduchem. Internační budovy již nejsou ochranou před šílenstvím, nýbrž šílenstvím samotným, které je zde přítomno. V tomto momentu byl povolán lékař.“ (Foucault 1994: 138-141)

Až v 18. století v kontextu takto předefinovaného šílenství se do rétoriky nemoci dostává ke slovu lékař. Lékařská praxe zde však nemá s dnešním pojetím psychiatrie moc společného. Původním účelem v tomto období vzniklých špitálů bylo umravnění nemravně se chovajících. Lékař zde zpočátku plnil funkci starajícího se, pečujícího a chápajícího. Medicínské pojetí do takto vzniklé instituce vpravil až postupně. Stal se odborníkem, který rozhoduje na základě zkušenosti, kdo bude přijat, jaká budou pravidla chodu této instituce, později jak bude léčba probíhat (Foucault 1994). Nebyla to medicínská znalost, poznatky, či vědomosti lékařů, kteří se díky nim prosadily do role těch, pro něž se práce s bláznů a později i jejich léčení stalo oborovou doménou. V tomto procesu sehrálo nejdůležitější roli silné postavení rychle se rozvíjející medicíny v 18. a především 19. století (Chromý 1990: 12).

Jak jsem tedy ukázal, za vznikem psychiatrické instituce stála především potřeba vyčlenit jedince, kteří by mohli ohrozit státní moc, která byla, alespoň z počátku, reprezentována církví. Vznikla tedy z potřeby tehdejší společnosti vyčlenit ty jedince, kteří svým chováním narušují její fungování. Tito sociální aktéři zároveň nebyli vhodní k umístění do jiných institucí, například do vězení, protože nebyly schopny jejich chování změnit. Takovýto postoj potvrzuje také Erich Fromm, který uvádí: *„Moderní společnost vzešla z idey vytvoření kultury, která se stane prostředkem k uspokojování lidských potřeb. Tohoto mělo být dosaženo jednak cestou zdokonalení techniky výroby, ale také cestou objektivního obrazu člověka a jeho skutečných potřeb. Jinými slovy, oním snem byl sen o zdravé společnosti.“* (Fromm 2009: 326). Oba dva aspekty, jak poznání člověka, tak zdokonalení výroby, měly tedy být propojeny v ideální zdravé společnosti, která má být celistvá, správně fungující. Není v ní prostoru pro jedince, kteří tohoto souznění se společností a jejími cíly nejsou schopni dosáhnout. *„Pro společnost jako funkci*

celek a jeho stabilitu by se stalo zhoubné, kdyby nezastavila šíření nežádoucích jevů jak z hlediska kvalitativního, tak z hlediska kvantitativního.“ Píší Slavomil Fischer a Jiří Škoda (Fischer, Škoda 2009: 13).

Je tedy patrné, že psychiatrická instituce vznikla z popudu státní moci, která ji potřebovala k potlačení, či lépe označení a následné vyčlenění jedinců, jejichž přítomnost ve společnosti byla pro jejich projevy nežádoucí.

V otázce data jejího vzniku se přikláním k názoru, že vznikla mezi 16. a 18. stoletím. V této domněnce mne podporuje také Daniela Tinková, která tvrdí: „*Všechna opatření vyvinutá institucemi 16. – 18. století vzešla z požadavku státu, který usiloval o vytvoření modelu chování, který by byl závazný pro všechny členy společnosti. Skrze tyto „sankční instituce“ mělo být dosaženo zlepšení organizace a ukáznění jednotlivých členů společnosti*“ (Tinková 2004: 35).

D. Tinková nepíše přímo o vzniku institucí, ale o opatřeních, které vyvinuly. Předpokládám však, že právě psychiatrická instituce vznikla jako funkční součást medicínského a mocenského diskursu atd. právě v tomto období. Kořeny psychiatrické diagnostiky a psychiatrie samotné jsou však zajisté v mnohem starších obdobích³.

Na základě tohoto historického exkurzu lze tedy říci, že se psychiatrická instituce stala součástí sítě institucí. V rámci institucionálního diskursu je na první pohled nejviditelněji propojena s institucemi zajišťujícími vhodné zacházení se sociálními aktéry, kteří ohrožují fungování společnosti.

Považuji za důležité upozornit na provázanost jednotlivých diskurzů. V rámci mocenského diskursu je pozice psychiatrické instituce odvoditelná z jejího umístění v institucionálním diskursu. Staví se tak po bok dalších institucí, například instituce vězeňství či školství, které mají také mimo jiné kontrolní, represivní či výchovný charakter. Medicínský diskurz v době vzniku psychiatrické instituce nabýval na síle ve své mocenské pozici. Psychiatrická instituce se stala dalším rozšířením jeho působení v rámci mocenského diskursu.

Tento výčet možných pozic psychiatrické instituce v rámci dílčích diskurzů není zdaleka absolutní, vybrány byly pouze ty, které jsou pro tuto práci významné.

³ E. Venclovský například píše: „*Gariopontus, který žil okolo roku 1050 sepsal velmi významný lékařský spis Passionarius ... na základě svých vlastních zkušeností poukazuje skutečnost, že melancholie je často vystřídána mánií, trpí jí učenci, řečníci ... zůstávají i nadále rozumní, pouze jsou veselí ... jde o Božskou nemoc vyvolanou např. nadměrným pitím vína.*“ (Venclovský 1996: 94).

Již tento historický vhléd poukazuje na dva ze základních sociologických konceptů, které při sociologické reflexi vyjednávání normality v rámci psychiatrické instituce nelze opomenout.

Jedná se o koncept moci. Moc, jak jsem ukázal, stála v pozadí samotného vzniku psychiatrické instituce. Stejně tak druhý koncept, kterým je funkce. Tím mám na mysli funkci psychiatrické instituce v rámci organizace společnosti. Upozorňuji zde na velmi úzkou provázanost těchto dvou konceptů.

1.2. Psychiatrická instituce a moc. Její uznání a reprodukce.

Nyní se pokusím za pomoci T. Parsonsova pojetí socializace a konceptu civilizační habitus, který vzešel z díla N. Eliase, odhalit proces, díky němuž je moc psychiatrické instituce uznávána a reprodukována sociálními aktéry. Tím dojde k odhalení jednoho z možných způsobů uznávání psychiatricky definované normality většinovou společností.

T. Parsons ve svém pojetí moci tvrdí, že strach z postihu, který by následoval při porušení sociální normy, není tím klíčovým vykonavatelem tlaku, který nutí sociální aktéry chovat se konformně ve vztahu k sociálním normám. Samotná skutečnost existence zákazu či trestu není tím faktorem, který by vyvíjel tlak směrem ke konformitě v lidském chování. Důležitý je proces, kdy se sociální aktéři učí tomu, co je žádoucí chování a také, jaké důsledky může mít chování nežádoucí. V procesu socializace dochází k osvojení toho, co se smí a co ne v chování a myšlení jedince a vytvoří se tak zvnitřnění strachu z trestu ze strany moci, která ustanovila, co je a co není normální. Možnost trestu v konečném důsledku způsobí, že jedinec o takovém chování, kterému nebyl v procesu socializace naučen, nezačne ani uvažovat a vzdá se myšlenky na nonkonformní chování ještě dříve než jej napadne (Harrington 2006: 143-144).

Díky procesu socializace, kdy se jedinec naučí takovému jednání a myšlení, které je správné, dochází k reprodukci moci, jež oddělila vhodné od nevhodného. Tato moc je uznávána tím, že jedinci podporují ono ustanovení vhodného svou konformitou, ale také ochotou toto ustanovení reprodukovat.

Již T. Parsons tedy vychází ze zvnitřnění, habitus, který sociální aktéři získávají v procesu socializace. N. Elias zavádí v tomto kontextu pojem civilizační habitus. Ten si dle něj jedinci osvojují v rámci civilizačního procesu. Důvodem, proč k tomu dochází, jsou mocenské systémy.

Ty podporují zvyšování hustoty sítě vztahů mezi jednotlivými sociálními aktéry, institucemi a organizacemi a toto zhuštění v konečném důsledku stabilizuje tyto mocenské systémy. Počátek šíření civilizačního habitusu situuje především na přelom 16. a 17. století, kdy se šíří od vyšších společenských vrstev k nižším (Harrington 2006: 203).

Z Eliasovy perspektivy se opět jedná o proces socializace, avšak masové, dalo by se tedy říci, že civilizační habitus si osvojuje absolutní většina společnosti bez ohledu na individuální sociální postavení. Takto univerzálně sdílené společné vědomí masy je tím, co mocenské systémy potřebují k jejímu snazšímu ovládnutí. Princip uznání a reprodukce moci je stejný jako u Parsonse.

Pakliže se na psychiatrickou instituci podíváme skrze optiku Parsonse a Eliase a začleníme ji do kontextu zjištění, ke kterým jsme dospěli v předešlé části textu (1.1.), vyvstává zde hned několik zjištění.

Psychiatrická instituce je tedy součástí mocenského systému. Díky ní a řadě dalších institucí má být dosaženo správně fungující společnosti, která má být schopna právě skrze tyto instituce vyčlenit nežádoucí sociální aktéry. V zájmu mocenských systémů je tedy i to, aby si sociální aktéři byli vědomi toho, co je a co není žádoucí - z pohledu psychiatrické instituce normální a nenormální - a poté byli schopni takovéto nenormální sociální aktéry rozpoznat a následně označit (pojmem normální a nenormální, tomu co přesně znamenají se budu věnovat později v části 2.1.2.-2.1.4).

V rámci civilizačního habitusu je toto vědomí šířeno napříč společenskou strukturou. Takto dochází k reprodukci moci, kterou má psychiatrická instituce. Moc psychiatrické instituce vzešla, s odkazem k předešlé části textu, z její pozice v rámci mocenského a institucionálního diskursu. Tato pozice jen posiluje mocenské postavení medicínského diskursu.

Psychiatrická instituce tedy nevyjednává normalitu pouze uvnitř instituce samotné. Při ustanovování toho, co je vnímáno jako normální/nenormální, sehrává klíčovou úlohu provázanost psychiatrického diskursu s diskurzy dalšími.

Za pomoci Parsonsova a Eliasova konceptu jsem dospěl k objasnění jedné z možností, jak je vědomí psychiatrického vnímání normálního/nenormálního šířeno napříč společností. Dochází tak skrze civilizační proces, který lze přirovnat k masové socializaci a kterýžto proces je silně ovlivněn mocenským systémem, jenž jej usměrňuje.

Jednou z možností, jak dochází k uznání a reprodukci psychiatrické normality, je tedy mocensky řízený proces socializace, kterým projde většina členů společnosti. V tomto procesu se lidé učí tomu, co je v psychiatrickém slova smyslu normální a co nikoliv.

1.3. Uplatnění moci psychiatrickou institucí. Sociální kontrola.

V předešlé části textu jsem ukázal jeden z možných přístupů, jakým dochází k uznávání a reprodukci moci psychiatrické instituce a spolu s tím k souhlasu s ní ustaveným vnímáním normality. Nyní ukážu jedno z možných vysvětlení toho, jak dochází k uplatnění této moci. Klíčovým pojmem zde bude koncept sociální kontroly.

Nejprve se zaměřím na C. W. Millsovo pojetí masové společnosti. Uvádí, že západní společnost je charakteristická co do počtu malou základnou členů mocenské elity, která ovládá velký počet osob. K propagaci svých cílů využívá médií a organizací, které jsou prostoupeny celou společností (Mills 1966). V Millsově duchu píše Zdena Mansfeldová a Michal Tuček. V procesu modernizace jsou velmi významné politické útvary prosazující své názory a hodnoty. Výrazný vliv při tomto šíření mají média, čímž je ovlivňováno veřejné mínění (Mansfeldová, Tuček 2002: 40). Přestože Mills byl především kritikem kultury, která vzešla z takového prostředí, je zajisté velmi zajímavé použít tuto koncepci také v jiných souvislostech.

Mills zde odhaluje jednu z možných cest, jakou je šířen Eliasův civilizační habitus a jen potvrzuje, jaká je jeho funkce v rámci mocenských systémů. Ve shodě s ním jsou také další sociologové. A. Giddens píše, že masová média velmi výrazně formují veřejné mínění (Giddens 2004: 360) a Jürgen Habermas tvrdí, že veřejné mínění je skrze masová média ovládáno a formováno (Giddens, 2004: 373). Součástí veřejného mínění je také shoda se sociálními normami (souvislosti mezi sociální normou a psychiatrickou normalitou se budu věnovat později).

Sociální kontrola v souvislosti s psychiatrickou institucí požaduje jednak zvnitřnění představy o normálním chování, tak i schopnost většiny členů společnosti takového chování rozpoznat. Jak jsem již napsal, dochází k tomu skrze civilizační habitus – masovou socializaci. Ta také dává návod, jak se sociálními aktéry, kteří jsou nositeli nežádoucích forem jednání,

žádoucím způsobem naložit. Mnohdy tedy „přivolat na pomoc instituci“, či jejího zástupce, myšleno tedy lékaře.

Civilizační habitus je tedy cestou, díky níž může být sociální kontrola celé společnosti, Millsovy masy, a to nejen v kontextu psychiatrické instituce, uskutečňována.

V otázce sociální kontroly nesmíme opomenout ani myšlenku panoptikonu⁴, kterou přivedl do sociologické teorie M. Foucault. Je velmi blízká tomu, co vyplynulo z propojení Eliasova a Millsova přístupu.

Myšlenka panoptikonu je založena na principu neustálé kontroly. Díky pocitu neustálého dohledu dochází k tomu, že každý jedinec neustále kontroluje své jednání ze strachu před hrozbou trestu a kontroluje také jednání ostatních sociálních aktérů. M. Foucault se domnívá, že skrze princip panoptikonu, jakožto institucionalizované techniky dozoru, je nemocný sám sobě kontrolorem, čímž je dosahováno snahy o normalitu každým ze sociálních aktérů (Foucault 2000).

Psychiatrická instituce, jako jedna z institucí, která má moc posuzovat normalitu, včlenila tedy do vědomí většiny členů společnosti skrze civilizační habitus představu toho, co je a není normální. Díky mechanismu panoptikonu, který je jedním z charakteristických prvků organizace moderní společnosti, dochází tedy k individuálnímu a společenskému konsensu se sociální normou. Normalita definovaná psychiatrickou institucí je její součástí.

Poslední přístup, kterým se ve vztahu psychiatrické instituce k uplatnění moci v kontextu sociální kontroly budu zabírat, je myšlenka dalšího z klasiků sociologické teorie T. Parsonse. V této souvislosti zavádí pojem megasystém. Parsons připisuje celé instituci medicíny klíčovou pozici v otázce sociální kontroly a díky tomu, že její „principy zdraví a nemoci“ prostupují celou společností, stává se tak megasystémem, který má významnou funkci při stabilizaci společenské struktury (Šubrt 2006: 199). Západní medicína je sociální systém, který má moc diagnostikovat a pomocí lékařů – expertů léčit nemoci, které mohou ohrozit stabilitu společnosti. Nemoc totiž může ohrozit funkční prospěšnost sociálního aktéra, jeho sociální role (Šubrt 2006: 200).

⁴ Panoptikon bylo původně dílo Jeremyho Benthama. Představoval architektonický projekt vězení, díky jehož konstrukci by vězni mohli být neustále kontrolováni. Nemůžou však zjistit, zda kontrolování jsou, či nikoliv a proto jsou nuceni se chovat tak, jako by kontrolování byli.

Parsons svým tvrzením zastává názor, že sociální kontrola je klíčová pro stabilitu společenské struktury. Ve spojení sociální kontroly se západní medicínou, a tedy i psychiatrickou institucí, zdůrazňuje její silnou mocenskou pozici.

Shrňme tedy myšlenky Millse, Eliase, Parsonse a Foucault a zaměřme se na uplatňování moci psychiatrickou institucí skrze sociální kontrolu.

Ukazuje se, že její nedílnou součástí je zvnitřnění vědomí toho, co je a není normální dle diagnostiky psychiatrické instituce. Toto zvnitřnění je přítomno ve vědění všech členů západní společnosti, kteří se chovají konformně ve vztahu ke kritériím normality, je však přítomno také u části jedinců, kteří se konformně nechovají.

Při vysvětlení toho, jak je psychiatrickou institucí moc uplatňována skrze koncept sociální kontroly, je klíčové Foucaultovské pojetí neustálé kontroly ve spojení s předešlými zjištěními. Forma, jaké sociální kontrola nabude, tedy závisí na podobě, kterou má civilizační habitus, jenž jejím nástrojem.

V dnešní době je mocensky silnou institucí stát, který nestojí vně sociálních aktérů. Jeho předpokladem je konsensus, který je pro fungování společnosti klíčový. Stát vytváří kolektivní a individuální postoje, které vyjadřují odmítání těch, kteří se odchylují od jím určených norem (Tinková 2004: 36).

Toto tvrzení Tinkové jasně ukazuje na směr, ze kterého pramení ona podoba civilizačního habitu. V mnou uvedené souvislosti bych se nerad omezoval pouze na státní moc. Z výše uvedeného textu vyplývá, že onu podobu civilizačního habitu určuje mocenská struktura západní společnosti.

Psychiatrická normalita je v rámci sociální kontroly uplatňována skrze sdílená kritéria normálního/nenormálního, která jsou šířena prostřednictvím civilizačního habitu.

1.4. Psychiatrické instituce a organizace společnosti.

Některá východiska, která se pojí k funkci psychiatrické instituce v rámci organizace společnosti, byla již do značné míry rozpracována a to především v případě sociální kontroly. Nyní se zaměřím na některé další funkce, které psychiatrická instituce a instituce obecně v rámci

organizace společnosti plní. Vzhledem k tomu, že tato práce pojednává o psychiatrické normalitě, bude funkce psychiatrické instituce objasňována v tomto kontextu.

Začnu obecněji. Robert K. Merton rozlišuje v jednání manifestní a latentní funkce. Manifestní jednání přináší zamýšlené, kdežto latentní nezamýšlené, mnohdy nežádoucí důsledky. Dále dodává: „*Habituální jednání bývá velmi často vyvoláno záměrně, ale většinou probíhá bez tohoto vědomí.*“ Jeho důsledky jsou tedy latentní (Merton 2000: 117-118).

Zjevná, tedy manifestní funkce psychiatrické instituce je léčit duševně nemocné, latentních funkcí si nemusejí být vědomi ani sami lékaři, avšak právě latentní funkce jsou z hlediska organizace společnosti klíčové. Některé z nich, ty které jsou pro organizaci společnosti žádoucí a nezbytné, nyní popíši.

Max Weber připisuje institucím především funkci integrační, a sice v zájmu mocensky nadřazených skupin. Tyto skupiny skrze instituce produkují a reprodukují sociální normy a hodnoty, které jsou nezbytné pro zachování stávajícího společenského řádu, v němž jsou mocensky prosadivší se skupinou (Weber 1998).

Jednou z funkcí psychiatrické instituce v rámci organizace společnosti je tedy přispívat k zachování stavu, který je vyhovující pro stávající mocenskou strukturu, nebo přispívat k vývoji, který stávající mocenský systém požaduje. Tento závěr je ve shodě s dalším Weberovým konceptem, a to konceptem racionalizace.

Racionalizací rozuměl neustálé zefektivňování organizace společnosti díky neustále se rozvíjejícím znalostem (Weber 1998). Snad nejlépe lze ilustrovat Weberovu racionalizaci v ekonomické perspektivě. Tím mám na mysli zefektivňování výroby a v konečném důsledku ekonomický růst. Jedinci, kteří nejsou schopni být z pohledu ekonomické mašinerie pro společnost prospěšní, mohou být skrze moc psychiatrického diskursu označeni a následně vyjmuti z běžného společenského dění, poté se je psychiatrická instituce snaží „vyléčit“. Vyléčení sociální aktéři mohou být znovu začleněni do „ekonomického procesu“.

Psychiatrickou institucí definovaná kritéria normality mají tedy ve Weberově pojetí sloužit v zájmu racionalizace organizace společnosti. Díky diagnostickým kritériím pomocí kterých jsou identifikováni ti sociální aktéři, kteří racionalizaci zabraňují, se v tomto procesu stává ustanovené vnímání normality klíčové. Na základě tohoto zjištění lze říci, že vyjednávaná normalita je závislá na způsobu organizace společnosti, nebo je odrazem požadované organizace společnosti.

V případě racionalizace jsem se již nepřímo zmínil o dalším z konceptů, které v souvislosti s psychiatrickou normalitou promlouvají do organizace společnosti. Další z funkcí psychiatrické instituce v rámci organizace společnosti je stigmatizace, které se věnuje E. Goffman.

V úvodu knihy *Stigma* E. Goffman píše: „*Stigma - situace, kdy je jedinec vyloučen z plného společenského přijetí.*“ (Goffman 2003: 7). Stigmatizovaní sociální aktéři bývají velmi často stigmaticky nezasaženými sociálními aktéry vnímáni jako odlišní od toho, co bylo očekáváno. Stigma je tedy v takovémto pojetí bráno často jako nežádoucí odlišnost (Goffman 2003).

Stigmatizace je v rámci Weberovsky myšlené racionalizace velmi důležitá. Přispívá k vyčlenění těch sociálních aktérů, kteří racionalizaci brzdí. Stigmatizace, jako jedna z funkcí psychiatrické instituce v rámci organizace společnosti, je neoddelitelná od východisek, ke kterým jsem došel v otázce uplatňování moci. Stigma je v kontextu psychiatrické instituce to, co sociální aktér „získá“, pakliže je diagnostikován jako duševně nemocný. Stigmatizovaným může být na základě stigmatu upřena možnost vykonávat určité sociální role, zejména ty, u kterých se dá předpokládat, že by nebyly vykonávány správně, tedy tak, jak je společností požadováno.

Pomineme-li důsledky, kterými může stigma zatížit jedince samotného, pro organizaci společnosti je klíčovou funkcí stigmatizace ochrana. Označuje a tím vyčleňuje nevhodný druh sociálních aktérů z určitých pozic v rámci organizace společnosti, pro které nejsou vhodné a tím zajišťuje správné fungování organizace samotné, tedy ochraňuje ji před nefunkčností.

S poněkud odlišným pojetím instituce přichází v podobě parafráze Arnolda Gehlena Jan Keller. V Gehlenově antropologickém pojetí chápe instituce jako jakékoliv jednání, které sociální aktéři používají při běžném styku s jinými sociálními aktéry. Institucionalizované jednání, jeho formy, jsou předávány kulturně a znají je všichni členové dané společnosti. Takovéto ustálené a uznané formy jednání usnadňují jednání samotné a jeví se jedinci jako jediné možné. Jedinec je do nich tlačěn pod vlivem výchovy, médií atd. (Keller 2004: 67-68).

Gehlen, přestože v této práci pracuji s jiným pojetím instituce, zde naprosto jednoznačně poukazuje na organizační a omezující charakter institucí. V tomto směru se obě dvě pojetí, mnou užívané a Gehlenovo, prolínají.

1.5. Základní východiska z první části práce.

Psychiatrická instituce vznikla jako další z institucí, které mají přispívat k fungování moderní západní společnosti. Zařadila se tak po bok institucí, které mají např. vzdělávací, léčebný, ale také represivní charakter. Stala se tedy součástí instrumentu sloužícího ke změně nebo podpoře takového chování sociálních aktérů, které je požadováno pro optimální chod společnosti.

V rámci toho, co bych nazval socializace západní společnosti, si sociální aktéři osvojují kritéria psychiatrické normality, učí se dle nich jednat a rozpoznávat nenormální projevy v případném „nezdravém chování“ druhých. Díky tomu dochází k uznávání a reprodukci takto ustanovených kritérií.

Kritéria požadovaného, v psychiatrickém slova smyslu zdravého – normálního chování, jsou pro organizaci společnosti velmi důležitá. Jak jsem ukázal, důležitou funkcí psychiatrické instituce v rámci organizace, je především stigmatizace. Za důležité považuji zjištění provázanosti tohoto, tedy Goffmanova konceptu, s Weberovým konceptem racionalizace.

2. Úvod k druhé části textu.

V této části práce se zaměřím na vydefinování základních pojmů, které psychiatrická instituce při vyjednávání normality hojně používá a jež je možno vyložit více způsoby. Mezi ně patří např. duševní nemoc, normalita, porucha osobnosti atd. Podrobněji se zde budu věnovat především vztahům mezi dílčími koncepty (např. duševní zdraví, normalita, stigmatizace atd.), které přispívají k rozšíření představy o tom, co je a co není normální dle kritérií psychiatrické instituce v rámci celé společnosti.

Pro tuto část práce bude důležité především zjistit, co je psychiatrickou institucí bráno jako (ne)normální.

2.1. Vyjasnění základních pojmů.

2.1.1. Co je to duševní zdraví?

Již samotná definice zdraví, tak, jak je definována světovou zdravotnickou organizací, je poněkud nejasná. Za zdravého je považován ten, kdo je zdrav po fyzické, psychické a sociální stránce (Susa 2008: 12). Pro potřeby této práce se pokusím co možná nejpřesněji popsat alespoň jednu z částí této definice, tedy co znamená být duševně nemocen, respektive jak se projevuje psychicky zdravý sociální aktér. Jak se však přesvědčíme, nelze ji jen tak vyjmout a oprostit od dvou zbývajících složek zdraví. Považuji za nezbytné mít tento fakt neustále na mysli a to i přestože se těmito dvěma zbývajícími aspekty zdraví a ani zdravím jako celkem přímo zabývat nebudu.

V otázce co je duševní zdraví mají hlavní slovo psychiatři. Dle jejich názoru je většina z nás po duševní stránce zdravá. Pravdou však zůstává, že je to názor lidí, kteří sami definují co je duševní zdraví a co duševní nemoc, tedy psychiatrů a kultury ve které žijí, píše E. Fromm (Fromm 2009: 175). O historické a kulturní podmíněnosti vnímání toho, co je duševní zdraví a duševní nemoc je přesvědčen také A. Heretik. Dále dodává: „*Zdraví se chápe jako kladná,*

žádoucí hodnota, nejedná se pouze o nepřítomnost nemoci, jde o stav, o který se má usilovat.“ (Heretik 2007: 47 - 48).

„Ze sociologického hlediska je nemoc chápána jako deviace, jako odklon od chování, které je očekávané. Nemoc je nahlížena jako sociální jev s pravděpodobnou možností své biologické podstaty.“ (Chromý 1990: 15).

Z tohoto pohledu je tedy nemoc stejně jako ostatní sociální jevy vztahová. Projevuje se ve vztazích s jinými sociálními jevy, snad nejvýrazněji jako protipól onoho usilování společnosti o zdraví, tedy jako protipól optimálního stavu, čili žádaného chování sociálních aktérů. Při pohledu na nemoc jako na sociální jev je patrný sociální rozměr nemoci. Biologická dimenze zde prakticky nefiguruje (více také v Příloha č.4).

2.1.2. Co je normální?

Nyní se podívejme, co je dle psychiatrů a tedy v rámci psychiatrického diskursu vnímáno jako normální chování a myšlení. V rámci psychiatrie vznikly tři základní koncepce posuzování normality. Takto je popisuje O. Kondáš.

Statistická koncepce, dle které se zjednodušeně považuje za normální to, co je časté.

Zadruhé sociálně normativní koncepce: *„Společnost určuje, jak se má jedinec chovat, tyto požadavky se liší dle kultur. Od jedince se ve všech z nich vyžaduje přizpůsobivost ... z toho pramení nebezpečí, že normalita bude zredukována na pouhý konformismus ... dle tohoto se abnormalita posuzuje jako odchylka od normativních standartu společnosti ... je třeba si uvědomit, že samotná psychopatologie je zatížena sociálně - normativními vlivy ... z tohoto pohledu je důležitým kritériem při posuzování normality sociální přizpůsobení jednotlivce.*

Do třetice koncepce adaptační, která je velmi podobná koncepci předchozí. Opět je zde klíčovým kritériem přizpůsobení se společnosti, brány jsou zde však v potaz i jiná hlediska, jako například vztah k životnímu prostředí (Kondáš 1980: 37 - 39).

Nutno podotknout, že každá z koncepcí má svá omezení a nedostatky. Rád bych zdůraznil, že přestože to tak na první pohled nemusí vypadat, všechny tři výše zmíněné koncepce posuzování normality mají sociální podstatu, jsou kulturními produkty.

Tyto koncepce posuzování normality sociálními aktéry jsou s největší pravděpodobností součástí civilizačního habitusu. Sociální aktéři skrze ně posuzují, jaké chování je projevem duševního zdraví a které duševní nemoci. Psychiatrická instituce má díky své provázanosti s mocenským diskurzem schopnost šířit své pojetí normality skrze civilizační habitus.

Tímto se dostávám k propojení dvojice dichotomických pojmů. Tedy normální/nenormální a duševně zdravý/duševně nemocný.

2.1.3. Duševní zdraví jako normalita a duševní nemoc jako nenormalita.

Kondáš dodává, že pro rozvoj lidského potenciálu, o který je v naší společnosti usilováno, jdou kategorie duševního zdraví a kategorie normality ruku v ruce (Kondáš 1980: 40). Tím naznačuje, že duševní zdraví je vnímáno jako normální, kdežto duševní nemoc je vnímána jako odklon od očekávaného chování, jako deviace, tedy jako nenormální. Tím jen potvrzuje, že je normální být duševně zdravý a přesvědčení, že moderní západní společnost, tedy její jednotliví členové, jsou z velké části duševně zdraví.

S tímto východiskem se ztotožňuji i já a budu s ním takto nadále pracovat. Duševní zdraví tedy chápu jako normální, kdežto duševní nemoc jako projev nenormality. Psychiatrický diskurz tedy vyjednává normalitu v kontextu termínů duševního zdraví a duševní nemoci.

2.1.4. Kritéria posuzování normality (duševního zdraví) a nenormality (duševní nemoci) v rámci psychiatrického diskursu.

Psychiatrická diagnóza, už tento pojem sám o sobě je velmi problematický. Ale právě pro určení toho, co je a co není v rámci psychiatrické instituce chápáno jako normální a co nenormální je psychiatrická diagnóza klíčová.

Psychiatrické diagnózy v sobě zahrnují kritéria, dle nichž se určuje, jaké projevy, v jaké míře a s jakou intenzitou jsou psychiatry označeny jako nenormální a následně jejich nositelé, sociální aktéři, jako duševně nemocní.

Nenormalita je tedy naplněna, pakliže je chování v souladu s diagnostickými kritérii nenormality, která jsou používána v rámci psychiatrického diskursu, psychiatrické instituce.

2.1.5. Porucha osobnosti

Poruchy osobnosti, někdy také označované jako psychopatie⁵, obecně nejsou v rámci psychiatrie vnímány jako nemoci. K lidem, kteří jsou jimi postiženi, je přístupováno jako k jedincům, kteří mají na výběr. Mohou ovlivňovat své chování a jsou tedy plně zodpovědní za své činy, z tohoto hlediska je tedy porucha osobnosti vnímána jako povaha člověka (Raboch 2001).

Zaměřme se na to, jak je psychiatrický diskurz propojen s posuzováním narušení sociální normy. Právě poruchy osobnosti jsou diagnózami, které propojují narušení psychiatrické normality a sociální normy snad nejevidentněji.

Dle jednotlivých výzkumů trpí poruchami osobnosti 6 – 15% jedinců z celkové populace (Praško 2003: 20). Jak uvádí Raboch, takto postižení jedinci jsou nejčastějšími narušiteli sociální normy. Statistiky jsou vypovídající.

Poruchy osobnosti se objevují u více než 30% zločinců. U lidí, kteří jsou označeni jako pachatelé násilné činnosti je toto číslo ještě vyšší a sice 40%. Mezi vrahy překračuje počet jedinců trpících nějakou z poruch osobností 60% z jejich celkového počtu (Raboch 2001: 535).

Není důležité, zda byla dříve definována diagnostická kritéria normality, nebo kritéria narušení sociální normy. Zřejmé však je, že se v konečném důsledku kritéria diagnóz a sociální normy překrývají. Diagnostická kritéria se tak stávají součástí sociální normy.

2.1.6. Porucha osobnosti a její rysy nemoci.

Psychiatrie se k poruchám osobnosti tedy nestaví jako k nemocem, má však určeny postupy, jak je léčit. Dále pro ně má specifická diagnostická kritéria, tedy vytypované projevy

⁵ *Psychopatie: „Osobní, vrozená a trvalá osobní dispozice, která staví člověka mimo normu ... nositel této poruchy se dostává opakovaně do konfliktů se sociálním prostředím.“ (Matoušek, Kroftová, 1998: 30)*

v chování, které musí sociální aktér splňovat, aby mohl být vnímán jako jedinec s poruchou osobnosti. Je umožněno, aby lidé s poruchou osobnosti, tedy psychopati, byli hospitalizováni na psychiatrických odděleních nemocnic.

V mnoha směrech mají tedy poruchy osobnosti rysy, jenž jsou pro nemoci charakteristické. Sociální aktéři s poruchou osobnosti jsou vnímáni jako pacienti, jsou léčeni a hospitalizováni stejně jako ostatní nemocní. V jejich deviantních projevech je prokázán jak biologický, tak sociální faktor, přesto není jejich odlišnost shledána jako nemoc.

V tomto bodě bych chtěl přistoupit ke kritice psychiatrie. Dle mého názoru by poruchy osobnosti byly označovány jako nemoci, kdyby úspěšnost jejich léčby byla vyšší a tím pádem by bylo v moci psychiatrů, tedy lékařů, je léčit. Vzhledem k tomu, že tomu tak není, psychiatrie se v tomto smyslu zříká vnímání poruch osobnosti jako nemoci. Poruchy osobnosti budu v této práci vnímat jako nemoc. Díky této kategorizaci bude umožněno užít poruchy osobnosti při samotné analýze. Budu pracovat právě s konceptem nemoci.

2.1.7. Psychiatrická normalita a sociální norma.

V této práci, pakliže budu psát o narušení, vykonávání, definování, reprodukci atd. psychiatrické normality, ji budu ztotožňovat s normou sociální a to ze dvou důvodů.

Zaprvé, psychiatrická norma je stejně tak jako jakákoliv jiná sociální norma společenským konstruktem a podléhá společenským trendům (více viz. 3.8.).

Druhým důvodem je souvislost, která je popsána v bodě 2.1.6. Narušitelé psychiatrické normy se díky tomuto narušení mohou velmi často stát také narušiteli normy sociální.

2.1.8. Základní východiska z druhé části práce.

Nemoc je sociálním jevem a stejně tak jako ostatní sociální jevy je vztahová. Nejvýrazněji vystupuje jako opak stavu o který je usilováno, tedy jako opak zdraví.

V tomto textu budu pracovat s duševním zdravím jako s projevem normality a duševní nemocí jako s projevem nenormality. Za duševní nemoc a tedy i za projev nenormality budu považovat také poruchy osobnosti, kterým se budu více věnovat v části následující.

Psychiatricky diagnostikovanou nemoc budu považovat za projev nenormality a dále budu vnímat narušení psychiatrické normality, tedy duševní nemoc, jako porušení sociální normy.

Psychiatrické koncepte posuzování normality, tedy schopnost rozlišit normální a nenormální v psychiatrickém slova smyslu, jsou součástí civilizačního habitu.

3. Úvod k třetí části práce

V následující části práce ukážu skrze psychiatrické kasuistiky narcistické poruchy osobnosti a disociální poruchy osobnosti, jak dochází k vyjednávání normality skrze konkrétní diagnostická kritéria. Dále pak tato část práce bude sloužit jako zpětná ilustrace částí předešlých. Skrze životní příběhy tří mužů se pokusím o konkrétní ilustrace dosavadních, ponejvíce obecných zjištění.

Pro narcistickou poruchu osobnosti (NPO) jsem zvolil příběh Jindřicha (Příloha č. 1), pro druhou z uvedených poruch pak příběh Milana (Příloha č. 2).

Jako doplňující ilustrační materiál použiji dokument Heleny Třeštkové „René“ (2008). René nebyl nikdy psychiatricky diagnostikován. V jeho životním příběhu lze však nalézt mnoho rysů, které odpovídají diagnostickými kritérii DPO a NPO. Na jeho příběhu bude tak zřetelná propojenost institucí vězňství a psychiatrie, a sice v tom smyslu, že obě pracují s velmi podobnými typy jedinců a používají k jejich stigmatizaci, sociální kontrole atd. velmi podobných procesů s velmi podobnými záměry.

3.1. Narcistická porucha osobnosti.

U narcistických pacientů chybí schopnost empatie, neustále si vyžadují pozornost okolí. Své cíle považují za vznešené a jedinečné, k jejich naplnění využívají manipulace a vykořisťování druhých. Charakteristické je pro ně fantazírování o svých velkolepých budoucích úspěších, neméně typické je pro ně také vysoké sebevědomí (Raboch 2001).

3.2. Narcisticky narušený sociální aktér.

K narcistickému zranění dochází zejména v dětství, kdy je dítěti odepřena mateřská láska. Jednoduchý mechanismus, který to může ilustrovat, je tato situace. Dítě není chváleno a milováno pro to, že je, ale pro to, co udělá správně. Takovéto vnímání lásky je později změněno na narušenou sebelásku. Takto se narušený člověk vnímá správným pouze v návaznosti na

odvedený výkon. Kritériem sebehodnocení je výkonnost. Vznikne tak egoisticky založená osobnost. V honbě za úspěchem neustále posiluje své ego. Prosazuje se díky agresivnímu přístupu, který ospravedlňuje na základě svých cílů, jež považuje za nadřazené a při jejich dosahování není tak schopen empatie. (Róhr 2008).

„Narcismus znamená poškození sebelásky. Je podmíněn emocionální opuštěností dítěte ... ta může být dána osudem: smrt rodičů, narcistické poškození matky ... nepovedený prvotní vztah vede k neschopnosti zacházet se světem lidí ... může se projevit v podobě kriminality nebo narcistické poruchy osobnosti.“ (Asper 2009: 52, 69)

Sociální aktéři s narcistickou poruchou osobnosti dokáží být přátelští a milí, takovéto jednání však pramení pouze z vypočítavosti (Horneyová 2000: 188).

3.3. Narcisticky narušený sociální aktér v sociologické perspektivě.

V již letité publikaci píše H. Malcolm: *„Dnešní doba je charakteristická tlakem na osamostatnění jedince, na dostatečné vyčlenění svého ega od okolí, jen tak se lze stát skutečně dospělým. To čeho chce člověk dosáhnout dosahuje pouze skrze sebe díky své individualitě, dravosti, jiné cesty jsou uzavřeny.“* (Malcolm 1971: 135).

K prakticky stejným závěrům dochází o více než čtvrt století později Heinz P. Róhr. Dle něj, jestliže chce být člověk dle měřítek současné západní společnosti úspěšný, musí vyvinout základní symptomy narcistické poruchy. Vykořisťování, popřípadě pocity vlastní nehodnoty jsou vskutku rozšířenými jevy (Róhr 2008: 131-132). S proměnou sociálního řádu a vzniku nových sociálních forem je požadován taktéž vznik nových typů osobnosti. Tento požadavek stál za vznikem narcisticky orientovaných sociálních aktérů (Lasch 2007: 35).

Jindřich - příloha č. 1.

Na Jindřicha byl ze strany rodičů vyvíjen tlak ke „skvělým výkonům“. Od dětství se díky výchově cítil jako výjimečná osobnost. Stal se z něj soutěživý typ, který touží po úspěších a uznání okolí.

V profilování jeho osobnosti se stali právě rodiče, kteří měli mezi sebou velmi chladný a soutěživý vztah, zásadními formativními aktéry.

Snaží se pohybovat ve „vyšší vrstvě“ a tím si zvyšovat pocit výjimečného statusu, v partnerských vztazích selhává, partnerky pro něho nejsou dost dobré, protože nejsou schopny jej plně docenit.

V případě Jindřicha je velmi patrný právě vliv socializačního procesu. V něm sehrály významnou roli jeho rodiče.

Pakliže se na narcisticky narušeného sociálního aktéra zaměříme z perspektivy sociologie, není již tak zřejmé, že NPO je nemoc. Sociální aktér, který je jejím nositelem, není jen jedním z mála, který jí trpí. Jak bylo ukázáno vlivy, které přispívají k rozvoji rysů narcistické osobnosti působí na většinu sociálních aktérů. Jak bude později ukázáno, u velké části z nich k rozvoji základních rysů NPO také dochází. Zdá se, že nemocnou je velká část populace. H. Malcolm dokonce tvrdí, že díky mediální socializaci a společenské atmosféře panující v Americe 60. let se celá mladá generace, která vzešla z tohoto období, stala generací s narcistickými rysy (Malcolm 1971). O biologických predispozicích či klíčovém vlivu matky zde není ani zmínky. Ke spojení narcismu a masmédií své dodává také E. Fromm: „*V dnešní západní společnosti existuje zvláštní spojení mezi narcismem známých osobností a potřebami veřejnosti. Veřejnost chce vědět, jak žijí slavní, protože život průměrného člověka je prázdný a nudný. Hromadné sdělovací prostředky žijí z prodeje slávy narcistické osobnosti. To uspokojuje je, narcistickou osobnost a také publikum.*“ (Fromm 2007: 204). Narcisticky založené osobnosti - vzory zde fungují jako zdroj kýžené hodnoty, jako vzor ideálu, kterým se mnozí sociální aktéři touží stát. Tím je přispíváno k šíření narcistického chování jako takového chování, které je správné.

Narcismus se tak jeví jako jedna z možných adaptací sociálního aktéra na stávající společenské a kulturní podmínky. Toto tvrzení o kulturní podmíněnosti narcistického chování potvrzuje i K. Horneyová: „*Není tajemstvím, že soupeřivost se objevuje v „soupeřivých kulturách“ ... i v soupeřivých kulturách jsou však jedinci, kteří usilují o jiné hodnoty ... jiné, než být lepší než ten druhý.*“ (Horneyová 2000: 37).

Závěr, přestože je velmi zredukován, je z tohoto úhlu pohledu, tedy sociologického, poněkud odlišný. Narcismus není pouze nemocí, je-li vůbec nemocí, je také odrazem stávajících a převládajících společenských hodnot. V Gehlenově pojetí je tedy institucí.

K tomuto závěru dochází taktéž Christopher Lasch: „*Narcismus se prostě stal metaforou dnešní doby, odrazem lidství ... s lehčími formami narcismu, nebo jeho projevy se setkáváme každodenně.*“ (Lasch 2007: 31). Narcistické jednání je tedy součástí běžné lidské komunikace.

Mnozí sociální aktéři tedy vykazují ve svém chování znaky narcistické poruchy osobnosti. Dá se říci, že narcistické chování, pakliže se vyskytuje u velké části členů společnosti, není nenormální. Je běžným a tedy normálním (viz 2.1.2). Nenormálním se stává až při kontaktu sociálního aktéra s psychiatrickou institucí. Normalita, respektive nenormalita, je vyjednána skrze posudek lékaře – experta. Ten má za úkol určit, zda jsou dané projevy v chování stále ještě projevy normálními, či nikoliv.

Evidentní tedy je, že samotné chování, ať je jakékoliv, není tím, co by bylo při diagnostice nenormality rozhodujícím faktorem. Důležitý je tedy právě posudek experta reprezentujícího instituci.

Nyní dochází k potvrzení několika předešlých zjištění. V případě příběhu Jindřicha lze říci, že se z něj stal sociální aktér vyprofilovaný na základě socializačních vzorů, které nesly narcistické narušení. Důležitý je zde tedy vliv socializace. Dále pak dochází k potvrzení skutečnosti, že psychiatrické instituci je svěřen notný podíl z moci, právě ona totiž rozhodla, že Jindřich není normální. Taktéž funkce této instituce v rámci organizace společnosti je v Jindřichově případě patrná. Jindřich selhává v navazování vztahu takové formy, která je společností požadována. Psychiatrická instituce tento fakt v kasuistice vyzdvihuje a lze tedy předpokládat, že tak odkazuje k takovým formám vztahů, které jsou pro organizaci společnosti žádoucí.

3.4. Disociální porucha osobnosti.

„*Za společensky nejvíce nebezpečnou poruchu osobnosti je považována disociální porucha osobnosti.*“ (Raboch 2001: 330). Jedinci s DPO se velmi často stávají pachateli trestných činů a v nemalé míře také recidivisty. Své delikventní chování racionalizují. To, co je společností v jejich konání chápáno za závadné a hodné potlačení, vnímají oni jako omezování své osobní svobody. Tito lidé si nikdy nepřiznají chybu. Za svá selhání viní své okolí, úřady atd. Pohrdají společenskými normami a zákony. Nejsou schopni pociťovat vinu, tresty je nepoučí. Sní

o dokonalém zločinu, o tom, že ten další již nebude odhalen. Jako pachatelé trestných činů velmi často končí ve vězeních či léčebnách, kam jsou umístěni na základě soudního nařízení. Vzhledem k tomu, že nejsou schopni morálních úsudků, je jejich léčba velmi obtížná (Praško 2003: 227–229). Erik Herman charakterizuje jedince s DPO takto: *"Chování pacientů s DPO je anetické ... nemají zájem o práva druhých ... mají nízkou frustrační toleranci a nízký práh pro výbuchy agresivity a násilí, chybí jim soucit a empatie ... jsou lhostejní vůči společenským pravidlům, závazkům, morálce a zvykům ... typický je pro ně nedostatek citů. Disociální pacienti mají sklon manipulovat s okolím ... mají nízké sebevědomí ... trpí excesivní sebeláskou."* (Herman 2007: 189).

3.5. Disociálně narušený člověk v sociologické perspektivě.

Velmi podobným případem, jakým jsou sociální aktéři s NPO, jsou také aktéři s DPO. I oni ve velké míře usilují o hmotný blahobyt. Neakceptují však při získávání prostředků, které je mohou zajistit, standardní postupy, tedy takové, které jsou používány běžně a uznány jako normativně v pořádku. I oni využívají k dosažení svých cílů společenských vztahů, které však oprostují od citu a empatie.

V jejich jednání lze velmi často nalézt prvky delikvence. Jak jsem již poznamenal dříve, mnoho delikventů trpí poruchami osobnosti a zejména pak DPO. Měli by tedy být vnímáni jako nemocní? A jejich chování jako projev nenormality?

Milan - příloha č. 2.

Milanova matka zemřela, když byl ještě malý a otec na něho neměl příliš čas. Vyrůstal na ulici a protože nedostával žádné peníze, začal krást. V počátcích puberty začal posilovat, aby byl silný a mohl se stát dominantním ve fyzických sporech.

Většinu lidí vnímá jako hlupáky. Jeho cílem je být bohatý a sexuálně uspokojený, ženy vyhledává především kvůli sexu. Je velmi výbušný a v konfliktních situacích i agresivní.

Stejně jako v příběhu Jindřicha má na Milanovo chování výrazný vliv socializační proces, ale také referenční skupiny.

Robert K. Merton by k delikventům rozhodně jako k nenormálním a tedy ani jako k nemocným nepřistupoval. Delikventi a delikventní kultury jsou dle něj kulturními produkty stejně hodnotnými jako jednání nedelikventní, normální, zdravé (Merton, 1971: 359-360).

Mertonův přístup jen potvrzuje skutečnost, že chování samo o sobě není nenormální. K tomu je třeba jej označit. Naznačuje taktéž, že každý sociální aktér může být potenciálně nenormální.

V případě Milanova a Jindřichova příběhu lze nalézt mnohé paralely. Tou nejdůležitější je však potvrzení předešlých obecných zjištění v obou dvou případech. Všechna, které jsou vyzdvížena v případě Jindřicha, lze vysledovat i v Milanově.

3.6. Podobnosti mezi NPO a DPO.

NPO se v mnoha směrech podobá DPO a to především v nedostatku empatie, dále výše zmíněnou excesivní sebeláskou a nízkým sebevědomím (Herman 2007: 189). Lidé s NPO vykořisťují své okolí, protože si myslí, že na to mají právo z postavení své výjimečnosti, jedinci s DPO jde především o materiální prospěch. Obě poruchy mohou být variantou stejného typu psychopatologie (Hare et al. 1991). V jejich jednání a myšlení je velmi významný jejich egoismus.

3.7. Klíčové podobnosti mezi NPO a DPO v sociologické perspektivě.

Jak jedinci s DPO, tak jedinci s NPO jednají dle psychiatrů, jakožto reprezentantů psychiatrické instituce, za hranicemi přijatelného a tedy zdravého spektra jednání. Michal Hrčka tvrdí, že toto chování je ve společnosti nežádoucí, protože odporuje jejím normám a to buď v rovině morální, nebo právní (Hrčka 2001).

Je zřejmé, že velké části sociálních aktérů, kteří tvoří společnost, se takovéto jednání nelíbí, avšak jak jsme si již ukázali a následně si ukážeme, je pochopitelné a racionálně vysvětlitelné.

E. H. Sutherland přichází s teorií diferenciální asociace⁶, dle níž neexistují psychologické rozdíly mezi delikventy a nedelikventními sociálními aktéry. Deviantnímu chování se sociální aktéři učí v procesu socializace, v rámci primárních skupin (Giddens 1999: 193). Jedinci dosahují svých cílů způsoby, které se jiné části společnosti jeví jako nenormální (Fischer, Škoda 2009: 170-171).

S jinou teorií přichází Marie Vágnerová. Dle ní je deviantní a kriminální chování projevem neschopnosti sociální adaptace (Vágnerová 2004: 805).

Třetím možným přístupem k deviaci, zajisté však ne posledním, je deviantně socializovaný typ⁷.

Všechny tři přístupy nám ilustrují skutečnost, že nežádoucí, stejně tak i žádoucí vzorce chování, jsou společenskými konstrukty, biologický vliv zde prakticky nefiguruje. Jestliže ano, pak zřejmě v takové podobě, v jaké se projevuje v případě agresivity, která je mimo jiné také jednou ze společných charakteristik NPO a DPO.

„Vývoj americké a evropské společnosti je postaven vysoké a systematické kontrole lidské agrese ... jedině v těchto společnostech se agrese člověk zmocnila ... neznamená v základě negativum vedoucí k násilí, válkám ... prvotně byla adaptací na stávající životní podmínky ... agrese přenesena do vražd a ničení je záležitost sekundární ...“ (Malcolm 1971: 231-232). S tím souhlasí i Fischer a Škoda: *„Agresivita podléhá také sociálnímu učení ... lidé si přirozeně vybírají vzorce, které jsou vhodné k dosažení cílů“* (Fischer, Škoda 2009: 51).

Jako významný vystupuje v chování pacientů s DPO a NPO jejich egoismus. Jak jsem ukázal na příbežích Milana a Jindřicha, na jeho vzniku a posilování sehrála klíčovou roli socializace.

Dalším velmi významným jevem je Milanova a Jindřichova honba za materiálními zisky. Ze sociologického hlediska lze jejich snažení označit jako produkt skupinového narcismu. V referenční skupině, se kterou se srovnávají, je jejich uznání dáno jejich sociálním postavením. To je závislé zejména na materiálních ziscích. V prostředí rozvinutého kapitalismu vnímají lidé své tělo jako nástroj k úspěchu a zisku (Fromm 2007: 345).

⁶ Diferenciální asociace je teorií vysvětlující deviantní chování jako naučené. K učení dochází v rámci interakce s deviantní skupinou. Sociální aktéři se učí jak se kriminálně chovat, jaké zaujímat postoje a uznávat hodnoty (Giddens 1999: 193).

⁷ Deviantně socializovaný typ: *„Jedinec si dobře osvojil normy a hodnoty sociální normy sociální skupiny, kterou reprezentuje“* (Fischer, Škoda, 2009: 170).

Je skutečností, že chovat se nonkonformně, a tedy z pohledu psychiatrů nezdravě, zdaleka neznamená být nenormálním z jiného, tedy sociologického úhlu pohledu. To nám opět odhaluje moc, kterou psychiatrická instituce má.

Dotýkám se zde však také skutečnosti kulturní a historické podmíněnosti kritérií normality, či lépe, duševního zdraví. Nyní se tomu budu krátce věnovat.

3.8. Kulturní a historická podmíněnost normality (v medicínském smyslu duševního zdraví a nemoci).

K prokázání historické a sociální podmíněnosti toho, co je a co není normální, použiji příkladu, který prezentuje Anton Heretik. V právní normě došlo v průběhu posledních padesáti let k mnoha změnám v otázce homosexuality. Tyto změny jsou odrazem „znormálnění homosexuality“ v rámci české společnosti. K odkriminalizování homosexuality došlo v roce 1961, o třicet let později bylo z trestných činů vyškrtáno homosexuální zneužití nezletilé osoby. V současné době jsou diskutována občanskoprávní zrovnoprávnění gayů a lezeb (Heretik 2007: 52).

V průběhu posledních dvou století začali vědci, zejména antropologové, poukazovat na skutečnost, že mentální (duševní) nemoci nejsou pouze biologického původu, ale mají také sociální původ. Bylo prokázáno, že mnohé z nemocí, které se vyskytují v západní kultuře, nelze v jiných kulturách nalézt nebo je k nim přistupováno zcela odlišně, tedy ne jako k nemocem.

Jedním notoricky známým příkladem je šamanismus. Být šamanem znamená v severoafrické kultuře mít určité specifické sociální postavení, které není vnímáno jako role nemocného. V západní kultuře jsou sociální aktéři, kteří mají šamanské projevy, označeni jako schizofrenici.

Jsou však nemoci či duševní stavy, které nemají napříč kulturami své ekvivalenty, jakým byla například schizofrenie u šamanismu. Příkladem může být v západní kultuře se objevující posttraumatický stres nebo anorexie (Barnard, Spencer 2002: 198- 200).

O kulturním a historickém vlivu prožívání normality (duševního zdraví) nebo nenormality (duševní nemoci) nepochybují dokonce ani zastánci biologické podmíněnosti poruch osobnosti. *„Delikvence je chování ... determinováno mnoha faktory ... dědičnost je jen jedním z nich ... je*

zodpovědná např. za sníženou sebekontrolu, či hyperaktivitu ... genetická dispozice snižuje práh pro působení vlivu prostředí.“ (Matoušek, Kroftová 1998: 20).

Vliv prostředí a historická epocha jsou tedy determinanty, které stojí nad biologickou podstatou sociálního aktéra. Obrazně bych řekl, že vliv prostředí přichází jako poslední a je tedy posledním článkem, který zformuje sociálního aktéra a který ovlivní to, jaké bude jeho konečné jednání.

Důležité je však také uvědomit si, že nejen to, jak se bude sociální aktér chovat, ale také to, jak bude toto chování hodnoceno, je ovlivněno kulturně a také historickou pozicí dané společnosti. Toto potvrzuje i Noam Chomsky. V souvislosti s rozбором vztahu moci a spravedlnosti, čehož se v latentní podobě celá tato práce také dotýká. Píše: „ ... *pravda není vnějším měřítkem historických epoch, ale jejich produktem ... kritéria toho, co je pravdivé, se neopírá o nějaký metahistorický základ ...*“ (Chomsky 2005: 84).

I E. Goffman, jehož teoretická východiska jsou v této práci zastoupena ve velké míře, si byl vědom relativity hodnocení lidského jednání a myšlení a vyzdvihoval klíčovou roli sociálního kontextu (Goffman 2003).

Kulturní a historická podmíněnost normality má opět návaznost na koncept funkce psychiatrické instituce v rámci organizace společnosti a koncept moci. V případě historické a kulturní podmíněnosti se také zřetelně ukazuje provázanost těchto konceptů. Jakou funkci má psychiatrická instituce je závislé na tom, jaká jí je přidělena. O tom je rozhodováno v rámci moci mocnými.

3.9. Etiketizace a stigmatizace v souvislosti s DPO a NPO.

Při prvním přímém kontaktu pacienta s DPO nebo NPO s psychiatrickou institucí dochází k anamnéze. Jedná se o první pohovor, kdy je objasňováno mnoho aspektů ohledně pacientova života. Na jejím základě je z velké části postavena diagnóza (Susa 2008: 26-27). Již nyní začíná být sociální aktér stigmatizován, ihned po umístění do takovéto instituce, píše P. Styx (Styx 1990: 27).

Důvodů, proč došlo ke kontaktu sociálního aktéra s psychiatrickou institucí, může být spousta. Zajisté však valná většina z nich má své původy v neschopnosti jedince fungovat prospěšně v rámci společenské organizace, což jsme zjistili již dříve.

Začíná proces diagnózy a paralelně s ním stigmatizace a přidělení etikety pacient. Pakliže se dostaví na psychiatrii pacienti, kteří vykazují některé z aspektů, které podporují diagnostický úsudek ve směru k DPO či NPO, stačí v jedincově výpovědi pouze dohledat aspekty zbývající. Celý proces onoho dohledávání je zajisté velmi odborný, avšak něco bude také na dalším Styxově výroku: „ *Nápadně mnoho projevů lidského chování se na psychiatrii stává příznakem. Mnoho chování lékařů je terapií.* “ (Styx 1990: 7). S tímto souhlasím.

Počítačový hacker, jenž je lhostejný vůči lidem, které okrade a také doufá, že po prvních hackerských neúspěších budou ty další neodhaleny. Nepracuje, do společnosti nechodí a ani nepije. Svou agresivitu vybíjí pomocí počítačových her. I zde by se mohlo jednat o člověka s DPO, diagnostikován však zřejmě nikdy nebude.

Uvedený sociální aktér bude zřejmě stigmatizován a etiketizován prostřednictvím instituce vězeňství, získá status kriminálního. Zde se jen ukazuje funkční propojenost institucí, které E. Goffman nazval totálními⁸. Pro potřeby sociální kontroly mají stigmatizační moc a sociální aktéři umístění v těchto institucích jsou zatíženi silnými, převážně negativními stereotypy (Goffman 2003).

Tato skutečnost velmi ovlivňuje budoucí společenské možnosti stigmatizovaných. Je jim přidělen nový sociální status, jenž je přidělován těmi, kteří mají stigmatizační moc. Etiketa duševně nemocného, popřípadě kriminálního, je novou složkou sociální identity stigmatizovaného. Stigmatizace má přímou návaznost na společenskou roli sociálního aktéra, který je takto zatížen.

⁸ E. Goffman zavádí do sociologické teorie termín totální instituce. V jeho pojetí se jedná o instituce, které mají charakter uzavřeného prostoru, kde jsou sociální aktéři přísně děleni na zaměstnance a pacienty (v případě instituce zdravotnictví). Dochází k absolutní organizaci času a činností. Skrze organizaci totálních institucí dochází k otupování individualit pacientů, přicházejí o svou autonomii a v konečném důsledku ztrácejí kontakt s realitou a spolu s tím schopnost žít normálně, mimo tato instituce (Goffman, 1991).

Etiketizace a stigmatizace v příběhu Milana a Jindřicha (Příloha č. 1 a 2)

Milan navštíví psychiatrickou instituci po tlaku ze strany okolí, které rozpoznalo nevhodnost jeho chování. Již nyní se stává stigmatizovaným. Se stigmatem se ztotožnil. Přiznává, že má problémy.

Strach ze stigmatizace psychiatrickou institucí se u něho neprojevuje přímo, protože stigma psychicky nemocného již přijal před kontaktem s ní. Bylo mu přičteno okolím, které bylo schopno „diagnostická kritéria nemoci rozpoznat“ a tuto instituci mu doporučit.

Jindřich si je při střetu s psychiatrickou institucí vědom toho, že má problémy. Je si vědom možné stigmatizace a tak učiní opatření, aby se jí vyhnul.

Oba dva vnitřně přijali stigma duševně nemocného. K tomuto ztotožnění došlo právě díky moci psychiatrické instituce, kterou oba dva uznávají, která je uznána celou společností. Ta dala ke stigmatizaci počáteční popud.

3.10. Společenská role sociálních aktérů s DPO a NPO.

Až do okamžiku před kontaktem sociálních aktérů s psychiatrickou institucí mají tito sociální aktéři naprosto odlišný status. Poté jsou diagnostikováni jako jedinci s DPO a NPO. Před diagnostikou také vystupovali v naprosto odlišných rolích.

V rámci léčby prožívá pacient tzv. „kariéru nemocného“. Je omezena míra jeho pohybů dle řádu psychiatrické instituce a získává dominantní etiketu, stává se pacientem (Chromý, 1990: 17, 52). Náhle je vyjmut z dění za zdmi psychiatrie. Je oprostěn od mnoha povinností a očekávání, která s sebou nesly jeho dřívější role.

Jedinec, který je posléze z psychiatrie „propuštěn“, se cítí mimo nenormální komunitu jako cizinec. Má omezenou škálu projevů, například naštvanost nebo vyzdvižení svého pracovního úspěchu může být vnímáno jako neúspěšnost léčby (Chromý 1990).

Sociální aktéři diagnostikováni jako osoby s DPO a NPO získávají tedy nový sociální status a spolu s ním dochází k proměně jejich společenských rolí. Vliv zde má právě stigma. Díky tomu dochází k jejich reinterpetaci ze strany společnosti, např. ze statusu zloděje získává status nemocný – proto zloděj.

Spolu s tím se očekává proměna role. Krádeže mají být nahrazeny návštěvami terapeutických zařízení, docházením na pravidelné kontroly. Plnění těchto očekávání je v rámci sociální kontroly opět bedlivě střeženo.

Společenská role diagnostikovaných sociálních aktérů se tedy opět ukazuje jako produkt sociální kontroly v rámci moci, kterou přiřknula západní společnost psychiatrické instituci. Změna sociálního statusu má tedy přímou souvislost se stigmatizací. Díky změně sociálního statusu diagnostikovaných je tedy možno vidět provázanost konceptů moc stigmatizace a sociální kontrola.

3.11. Sociální kontrola aktérů s DPO a NPO.

S proměnou statutu osob s NPO a DPO probíhá tedy i změna v přístup k jejich sociální kontrole. Díky deviantní etiketě jsou v tomto procesu více viditelnými a jejich kontrola je tak snazší. Jsou sledováni bedlivěji, jsou registrováni jako duševně nemocní. Již jednou se projeví „nenormálně“, jsou tedy bráni jako riziková skupina, u níž je možnost „recidivy“. Ve srovnání s doposud normální částí populace je vyšší pravděpodobnost, že opět naruší sociální normu.

3.12. Nová identita v návaznosti na etiketu pacient s DPO, nebo NPO.

Již od okamžiku, kdy byly u sociálních aktérů s DPO a NPO odhaleny projevy chování, které odpovídají diagnostickým kritériím těchto poruch osobnosti, stala se psychiatrická instituce nedílnou součástí jejich života.

Samotné sociální okolí, které díky zvnitřnělému vědění ohledně toho, co je a není normální dokázalo nemoc v chování jedinců s NPO či DPO rozpoznat, nemá však moc přidělit etiketu. K tomu, aby byla uznána i těmi členy společnosti, kteří se s nenormálními projevy v chování u výše zmíněných sociálních aktérů přímo nesetkali, je třeba autority, tedy psychiatrické instituce. Zde hraje klíčovou úlohu právě víra v experty a expertní systémy, kterým důvěřuje drtivá většina členů společnosti (Giddens 2003).

Takovýmto systémem je i psychiatrická instituce a experti psychiatrii. Jsou to právě oni, kteří přidělují etiketu DPO či NPO. čímž změní sociální status takto stigmatizovaných jedinců. Změní se i rolová očekávání s touto změnou spojená.

Psychiatrická instituce vstupuje tedy do identity sociálních aktérů s NPO a DPO již při identifikaci jejich nežádoucích projevů ze strany „zdravé společnosti“, která má základní znalosti, tohoto expertního systému.

Nemoc je diagnostikována a nemocný je vyjmut z dosavadního dění, ať již zaměstnanecké role, role otce či matky. Nemusí tyto role plnit a jejich plnění je v tomto okamžiku nežádoucí. Expertní systém tedy plně potvrdí deviantní etiketu, která se díky vyjmutí sociálního aktéra z běžného dění stává z části veřejnou.

Tímto však vstup psychiatrické instituce do sociální identity nekončí. Sociální aktér je po znovu začlenění do běžného života institucí i nadále kontrolován. Např. při pravidelných kontrolách, či terapiích. Vzhledem k tomu, že jak aktéři s NPO, tak s DPO nejsou schopni „zdravé empatie“ a jsou agresivní, je například nežádoucí, aby byli policisty nebo vychovateli v mateřské školce. To znamená, že možnost volby sociální role mají diagnostikovaní sociální aktéři omezeny. Toto omezení je závislé na charakteru diagnózy.

To, co mění sociální identitu aktérů s NPO a DPO není nemoc samotná nebo její projev, ale psychiatrická instituce skrze svou moc.

3.13. Příběh Reného Plášila (viz Příloha č. 3).

Z Reného se postupem let stává recidivist. Z veškerých svých selhání obviňuje systém, rodinu atd.

René: *„Proč já jsem dostal 2,5 roku? Protože jsem byl odstrašující příklad.“*
(Třeštíková 2008: 02:38 min.)

Matce slibuje svou nápravu, ale v pozadí je nutnost najít si místo k bydlení a nakonec ji okrade. Dokumentaristku Helenu nejprve využívá jako společníci, která jej navštěvuje ve vězení, později mu pomůže při vydávání knih. Jednou ji vykrade byt a podruhé ukradne kameru. Toto

chování odpovídá teorii diferenciální asociace E. H. Sutherlanda, René se chová tak, jak se naučil.

Přestože je schopen svou vinu uznat a projevit lítost, není však schopen dostatečné empatie. V páchání trestné činnosti pokračuje i nadále. Sní o „velkém zločinu“ který mu vyjde a hmotně jej zabezpečí.

René: *„Spouště lidem to vyšlo, tak třeba jednou i mě taky.“* (Třeštíková 2008: 27:53 min.)

René ve svých projevech vykazuje znaky jak NPO, tak DPO.

René využívá svých sociálních styků ve velké míře jako prostředek k materiálním ziskům. Je si vědom své vysoké inteligence a skrze filosofické racionalizace se vnímá jako výjimečná osobnost, která je schopna originálního myšlení a úspěšné tvůrčí činnosti. Je silnou, egoisticky založenou osobností.

Nízké sebevědomí vzniklo s největší pravděpodobností jako důsledek vztahu s rodiči, kteří jej podceňovali. To se silně promítá do všech jeho úvah o minulém, současném a také budoucím životě. Nevěří ve schopnost dosáhnout ve svém životě úspěchu legální cestou.

René se stává stigmatizovaným. Při recidivách je přihlíženo k jeho dřívějším prohřeškům a díky tomu je odsuzován k dlouhým trestům. Jeho matka jej odsoudí a odmítá možnost, že by se její syn mohl někdy změnit.

Reného matka: *„Je to hrozný, já myslím, že on už asi jinej nebude.“*

(Třeštíková 2008: 15:03 min.)

Se stigmatem se ztotožní a sám se začne vnímat jako osoba, která nemá jinou možnost, než páchat trestnou činnost.

René: *„Už asi vážně patřím mezi tu sortu lidí, která po propuštění z kriminálu nevydrží na svobodě ani půl roku. Smůla je v tom, že vím, jak snadno se dají sehnat peníze.“*

(Třeštíková 2008: 16:14 min.)

René sám sebe začal vnímat jako kriminálního.

René: „*Když mě odsoudí ... tak se sjeďu, skéruju ceľ ... budu modrej a budu kašlat na to, co je venku.*“ (Třeštková 2008: 21:48 min.)

Přijímá i svou novou roli, roli recidivisty. Projevilo se u něho to, co Edwin Lennert nazval sekundární deviací. Giddens tento proces parafrázuje jako rozhodnutí přijmout etiku, která byla sociálnímu aktérovi přiřknuta po prvním narušení sociální normy. Sociální aktér se ztotožní s rolí, která je na tuto etiku vázána (Giddens 2004: 195).

René sice není psychiatrickou institucí přímo diagnostikován, nicméně kritéria, která jsou k diagnóze DPO potřeba splňuje a společnost je schopna jejich identifikace. Díky tomu, že k jeho stigmatizaci dojde skrze instituci vězeňství, zůstává mu status kriminálního a ne nemocného.

Po druhém pobytu ve vězení se s touto rolí ztotožňuje. Z počátku dokumentu a také své kriminální kariéry René uvažoval o svém budoucím zaměstnání. Po přijetí sociální role recidivisty byly jeho snahy pracovat jen velmi sporadické. Hlavním příjmem se pro něho staly zisky z kriminální činnosti.

René: „*Všichni mě už berou tak, jak jsem se snažil vypadat ... do jaký role jsem se cpal ... z toho se těžko dostává.*“ (Třeštková 2008: 33:43 min.)

Nápadně mnoho rysů Reného příběhu je ve shodě s příběhem sociálního aktéra trpícího DPO. Diagnostikován však není, a proto není možné jej brát z pohledu psychiatrické instituce jako nenormálního.

Jeho chování je však stejně jako u pacientů s DPO společensky nežádoucí. Pakliže jsem hovořil o vzájemné propojenosti institucí, které mají mimo jiné společnou represivní funkci, Reného příběh tuto skutečnost jen potvrzuje. V případě Milana a Jindřicha to byla psychiatrická instituce, v případě Reného vězeňská. Cíl však měly stejné, a sice změnit chování těchto sociálních aktérů do takové podoby, aby byly společensky prospěšné, aby byly schopny přispívat k jejímu rozvoji. Tedy aby byli normální.

Díky příběhu Reného můžeme vidět procesy stigmatizace a sociální kontroly, ke kterým dochází skrze další z institucí s represivní funkcí. Mezi institucí vězeňství a psychiatrie lze nalézt

mnoho paralel, a to jak v případě uvedených procesů, tak v souvislosti s dalšími koncepty, např. moci, funkce instituce v rámci organizace společnosti atd.

3.14. Základní východiska ze třetí části práce.

Psychiatrie, jakožto expertní systém vytváří diagnostická kritéria posuzování normality, která jsou následně uznávána většinou společností. Díky nim je možné označit určité projevy v chování za nezdravé, nenormální. V sociologické perspektivě však takovéto chování není bráno jako nenormální, ale jako jedno z možných. Jako jedna z možných reakcí na stávající sociální podmínky, také jako výsledek socializace. Posouzení toho, co je a co není normální z pohledu psychiatrické instituce, má tedy relativní charakter a platnost.

Za ilustrace konkrétních psychiatrických diagnostik byly znovu prezentovány již dříve rozebírané sociologické koncepty. Ukázal jsem tak, že zjištění ke kterým jsem dospěl, lze vysledovat a potvrdit i v případě konkrétních psychiatrických diagnóz a v konkrétních životních příbězích duševně nemocných.

Přínosem se stala možnost poukázat v praktické rovině na provázanost mnohých konceptů, zejména pak konceptů moci, stigmatizace a sociální kontroly.

Diskuse textu.

Při tvorbě textu jsem se setkal s několika obtížemi. Za zmínku stojí především problém s kasuistikami, které jsou ryze psychiatrické, proto se ukázaly jako nepříliš vhodné pro ilustraci sociologické analýzy. Dohledávání potřebných informací z nesociologických a za specifickým účelem vzniklých textů bylo mnohdy problematické a vyžadovalo notnou dávku imaginace. Myslím tedy, že by bylo vhodné v budoucí práci použít lustrační materiál, který by vznikl na základě požadavků kladených prací a sociologicky řízenou metodou.

Pro další práce s touto tematikou bych rovněž doporučil věnovat větší pozornost oborovým textům etnopsychiatrie, o které jsem se okrajově zmínil v části 3.8. v souvislosti s kulturní podmíněností duševních poruch. Dále pak antipsychiatrickému hnutí (Příloha č. 4).

Závěr. Shrnutí základních poznatků.

Psychiatrická instituce se stala součástí mocenského systému, kterým jí byla svěřena část jeho moci. Stala se součástí organizace lidského chování do takové podoby, která je požadována moderní západní společností. Potlačuje takové projevy v chování, které neslouží zájmům této společnosti, a které jsou tak v rozporu s jejími požadavky. Psychiatrická normalita není tedy vyjednáвана pouze v rámci psychiatrické instituce/diskurzu. Při vyjednávání hranic a kritérií (ne)normality sehrává klíčovou roli provázanost s dalšími diskurzy, zejména pak mocenským.

Sociální aktéři si osvojují psychiatrické pojetí normality v rámci socializačního procesu. Dokáží tak rozlišit, co je normální a co nikoliv z psychiatrického úhlu pohledu. Jedním ze způsobů, jak dochází k šíření tohoto vědění, je skrze civilizační habitus. Díky němu jsou schopni nejen kontrolovat své chování, ale také kontrolovat chování ostatních členů společnosti. Jsou schopni rozeznat nežádoucí, tedy nezdravé projevy v lidském chování a skrze takto mocensky řízenou socializaci dochází k uznávání a reprodukci kritérií normality. Při tomto šíření normality mají velmi významný vliv masmédiá. Skrze sociální kontrolu je moc psychiatrické instituce uplatňována, uznávána a také stvrzována. V rámci sociální kontroly je uplatňován princip panoptikonu. V procesu vyjednávání normality psychiatrickou institucí lze sledovat provázanost konceptů: moc, sociální kontrola, civilizační habitus, socializace, panoptikon. Jednotlivé koncepty lze vzájemně propojovat, doplňují se a spolupůsobí. V analýze se tento fakt potvrdil několikrát. Za připomenutí stojí především vliv civilizačního habitusu při socializaci, díky níž pak dochází k sociální kontrole.

Psychiatrická normalita je vyjednáвана skrze diagnostická kritéria, která ustanovuje psychiatrická instituce. Tato kritéria jsou odrazem požadavků moderní západní společnosti pro svou organizaci. Do rétoriky vyjednávání normality skrze tuto instituci výrazně promlouvají pojmy duševní zdraví a duševní nemoci, které v sobě zahrnují hranice normálního a nenormálního z pohledu psychiatrické instituce. Při Weberově parafrázi normality slouží kritéria normality k zefektivňování racionalizace organizace. Do konceptu racionalizace promlouvá koncept jiný, a sice Goffmanova stigmatizace. Skrze označení a vyčlenění sociálních aktérů dochází k zefektivňování racionalizace organizace společnosti.

Na příkladu konkrétních psychiatrických diagnostik jsem ilustroval, že lze vysledovat výše zmíněné koncepty přímo v kritériích, kterými jsou hranice normality a nenormality určeny.

Tyto procesy (socializace, stigmatizace, sociální kontrola atd.) lze vysledovat ve zcela odlišných případech duševní nemoci, na základě čehož se lze domnívat, že sehrávají při vyjednávání normality a vytváření diagnostických kritérií významnou roli. To vede k závěru, že psychiatrická normalita má sociální charakter.

Bylo ukázáno, že na duševní nemoc lze nahlížet jako na sociální jev a k duševně nemocným je přístupováno jako k narušitelům sociální normy. To, že se skutečně jedná o sociální jev, potvrzuje skutečnost historické a kulturní podmíněnosti toho, co je vnímáno jako (ne)normální v kontextu duševního zdraví/nemoci.

V rovině používaných sociologických konceptů jsem prokázal vzájemnou provázanost mnohých z nich. Za nejdůležitější považuji prokázání součinnosti a také neoddělitelnosti konceptů moci a funkce psychiatrické instituce v rámci organizace společnosti. Ty stály u samotného vzniku této instituce. V souvislosti s mocí, jejím uznáváním a reprodukcí jsem ukázal propojenost s dalšími koncepty, a sice socializací a civilizačním habitem, které se zdají být v těchto procesech velmi důležité. Dále pak samotná souvislost mezi těmito dvěma koncepty, kdy se šíření civilizačního habitu stává jednou z cest jako dochází k masové socializaci. To, jaká je podoba civilizačního habitu, je určeno mocenskou strukturou moderní západní společnosti. Na koncept civilizačního habitu je přímo napojen další, a sice koncept sociální kontroly, ke které dochází mimo jiné právě skrze něj. Další neméně zajímavou souvislost jsem odhalil mezi již zmíněným Goffmanovým konceptem stigmatizace a Weberovou racionalizací.

Příběh Reného z dokumentu Heleny Třeštíkové názorně prokázal součinnost institucí v kontextu represivního charakteru funkce, kterou ve společnosti plní.

Jmenný rejstřík:

Asper	s. 27
Barnard	s. 33
Elias	s. 8, 12-16
Fischer	s. 11, 32
Foucault	s. 8, 10, 15, 16
Fromm	s. 10, 20, 28, 32
Gehlen	s. 8, 18, 28
Giddens	s. 14, 32, 37, 40
Goffman	s. 8, 18, 19, 34, 35, 43, 44
Habermas	s. 14
Harrington	s. 12, 13
Hare	s. 31
Heretik	s. 20, 21, 33
Herman	s. 30, 31
Horneyová	s. 27, 28
Hrčka	s. 31
Chromsky	s. 34
Chromý	s. 10, 21, 36
Keller	s. 6, 18
Kondáš	s. 21, 22
Kroftová	s. 23, 34
Lasch	s. 27, 29
Lennert	s. 40
Malcolm	s. 27, 28, 32
Mansfeldová	s. 14, 15
Matoušek	s. 23, 34
Merton	s. 8, 17, 31
Mills	s. 8, 14, 16
Parsons	s. 8, 12, 13, 15, 16

Praško	s. 23, 30
Raboch	s. 23, 25, 26, 29
Róhr	s. 27
Spencer	s. 33
Styx	s. 34, 35
Susa	s. 20, 34
Sutherland	s. 32, 39
Škoda	s. 10, 32
Šubrt	s. 15
Tinková	s. 10, 16
Tuček	s. 14
Vágnerová	s. 32
Venclovský	s. 9, 10
Weber	s. 8, 17-19, 43, 44

Literatura:

Asper, K. 2009. *Opuštěnost a sebeodcizení*. Praha: Portál. s. 52, 69.

Barnard, A., Spencer, J. 2002. *Encyclopedia of social and cultural antropology*. Abingdon: Routledger. s. 198-200.

Elias, N. 2006. „O procesu civilizace.“ In Harrington, A. a kol.: *Moderní sociální teorie*. Praha: Portál. s. 203.

Fischer, S., Škoda, J. 2009. *Sociální patologie*. Praha: Grada. s. 13, 170-171.

Foucault, M. 1994. *Dějiny šílenství*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. s. 138-141.

Foucault, M. 2000. *Dohlížet a trestat*. Praha: Dauphin.

Fromm, E. 2007. *Anatomie lidské destruktivity*. Praha: AURORA. s. 204, 345.

Fromm, E. 2009. *Cesty z nemocné společnosti*. Praha: EarthSave. s. 175, 326.

Giddens, A. 2003. *Důsledky modernity*. Praha: SLON.

Goffman, E. 1991. *Asylums : essays on the social situation of mental patients and other inmates*. London: Penguin Books.

Goffman, E. 2003. *Stigma*. Praha: SLON. s. 7.

Habermas, J. 1987. „Theory of Communicative Action.“ In Giddens, A.: *Sociologie*. Praha: Argo. s. 373.

Harrington, A. a kol. 2006. *Moderní sociální teorie*. Praha: Portál. s. 203.

Heretik, A. 2007. *Klinická psychológia*. Prievidza: Patria. s. 47-48, 52.

Herman, E. 2007. *Konziliární psychiatrie*. Praha: MEDICAL TRIBUNE CZ. s. 189.

Horneyová, K. 2000. *Neuróza a lidský růst. Zápas o seberealizaci*. Praha: TRITON. s. 37, 188.

Hrčka, M. 2001. *Sociální deviace*. Praha: Slon.

Chomsky, N. a kol. 2005. *Člověk moc a spravedlnost*. Praha: Intu. s. 84.

Chromý, R. 1990. *Duševní nemoc. Sociologický a sociálněpsychologický pohled*. Praha: Avicentrum. s. 12, 15, 17, 52.

Keller, J. 2004. *Úvod do sociologie*. Praha: SLON. s. 11, 67-68.

Kondáš, O. 1980. *Klinická psychologie*. Martin: Osveta. s. 37-39, 40.

Lasch, Ch. 1991. *The Culture of Narcissism. American Life in an Age of Diminishing Expectations*. New York/London: W.W. Norton & Company. s. 31, 35.

Lennert, E. 1972. „Human Deviance, Social Problems and Social Control.“ Englewood Cliffs, NJ, Printice-Hall. In Giddens A.: *Sociologie*. Praha: Argo. s. 195.

Malcolm, H. 1971. *Generation of narcissism*. Toronto: Little, Brown and company. s. 135, 231-232.

Mansfeldová, Z., Tuček, M. 2002. *Současná česká společnost*. Praha: Sociologický ústav AV ČR. s. 40.

Matoušek, O., Kroftová, A. 1998. *Mládež a delikvence*. Praha: Portál. s. 20, 30.

Merton, R. K. 1965. *Social Theory and Social Structure*. New York: The Free Press. s. 359-360.

Merton, R. K. 2000. *Studie ze sociologické teorie*. Praha: SLON. s. 117-118.

Mills, C. W. 1966. *Mocenská elita*. Praha: Orbis.

Praško J. a kol. 2003. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál. s. 20, 228-229, 322-323.

Raboch, J. a kol. 2001. *Psychiatrie*. Praha: Galén. s. 330, 535.

Röhr, Heinz-Peter. 2008. *Narcismus – vnitřní žalář*. Praha: Portál. s. 131-132.

Styx P. 1990. *Zacházení s bláznem*. Brno: RaT. s. 7, 27.

Susa, Z. 2008. *Tělo a duše ve zdraví a nemoci*. Brno: FAMA. s. 12.

Sutherland, E. H. 1949. „Principles of Kriminology.“ In Giddens, A.: *Sociologie*. Praha: Argo. s. 193.

Parsons, T 1951. „The Social Systém.“ In Harrington, A. a kol.: *Moderní sociální teorie*. Praha: Portál. s. 143-144.

Parsons, T 1951. „The Social Systém.“ In Šubrt, J.: *Talcott Parsons a jeho přínos soudobé sociologické teorii*. Praha: Karolinum. s. 199.

Parsons, T. 1965. „Social Structure and Personality.“ In Šubrt, J.: *Talcott Parsons a jeho přínos soudobé sociologické teorii*. Praha: Karolinum. s. 200.

Tinková, D. 2004. *Hřích, zločin, šílenství v čase odkouzlování světa*. Praha: Argo. s. 35, 36.

Vágnerová, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. s. 805.

Venclovský, E. 1996. *Psychiatrie dávných věků*. Praha: Karolinum. s. 94, 101-102.

Weber, M. 1919. „Věda jako povolání.“ In: Weber, M.: *Metodologie, sociologie a politika*. Praha: OIKOYMENH.

Elektronické zdroje:

Wikipedie: Otevřená encyklopedie: Antipsychiatrie [online]. c2009 [citováno 22. 05. 2010]. Dostupný z WWW: <http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Antipsychiatrie&oldid=4671522>

Navštívené webové stránky:

www.translate.google.cz (překlad slovních spojení v anotaci)

Filmografie:

René (Helena Třeštková, ČR, 2008)

Anotace

Práce je sociologickou reflexí vztahu psychiatrické instituce a vyjednávání normality. Při sociologické analýze a interpretaci tohoto vztahu jsou využívány sociologické koncepty jako např. moc, stigmatizace, sociální kontrola atd. Cílem práce je představit základní sociologické koncepty, které lze při analýze tohoto vztahu využít.

Skrze sociologickou interpretaci dochází k odhalení procesu vyjednávání, uznávání a reprodukce normality v rámci psychiatrické instituce. Pro ilustraci jsou v rámci jednotlivých otázek použity medicínské diagnostiky poruch osobnosti.

Výsledkem a naplněním hlavního cíle práce je představení sociologických konceptů, které lze v analýze využít. Zjištění, která z analýzy vyplývají se stanou výchozími body pro diplomovou práci v níž se tomuto tématu budu i nadále věnovat.

Za nejprínosnější považuji zjištění vlivu civilizačního habitusu při procesu socializace. Díky ní pak dochází k sociální kontrole. V případě Weberova konceptu racionalizace byla prokázána souvislost s Goffmanovým konceptem stigmatizace. Stigmatizace zde přispívá k racionalizaci organizace společnosti

Rozsah práce: 89 999 znaků

Klíčové pojmy: civilizační habitus, instituce, socializace, sociální kontrola, stigmatizace, moc

Abstract

This text is a sociological reflection of the relation between psychiatric institution and normality negotiation. In sociological analysis and interpretation of this relation are used sociological concepts such as power, stigmatization, social control, etc. The work should present the basic sociological concepts, which can be used in analyze of this relation.

Through a sociological interpretation is caused that the process of negotiation and validation and reproduction of normality are being visible in the context of psychiatric institution. To illustrate the medical diagnosis of personality disorders are used in the text.

The biggest importance of my work is to present sociological concepts, which can be used in the analysis. The findings of the analysis will be the starting point for my thesis.

Finding that it is important is influence of civilization habit in the process of socialization. Through the socialization the social control is achieved. In the case of Weber's concept of rationalization is seeing link with Goffman's concept of stigma. Stigmatization contributes to rationalization of organization of society.

Key words: institutions, socialization, social control, stigmatization, a habit of civilization, power

Přílohy.

Seznam příloh:

- [1] Jindřich
- [2] Milan
- [3] René
- [4] Antipsychiatrie

Příloha č. 1

„Jindřich, třicetiletý rozvedený lékař, otec třináctiletého syna, pracující jako plastický chirurg. Bez psychiatricky relevantní zátěže v rodině. V pěti letech operace pigmentového naevu na krku, následná plastika kůže na krku, alergie na pyl. Rodina žila v prostorném bytě na Vinohradech. Jindřich byl jedináček, oba rodiče vysokoškolsky vzdělání, otec inženýr, matka učitelka. Partnerský vztah mezi rodiči byl soutěživý, časté spory o to, kdo má „správnější názor“, časté mlčenlivé napětí mezi rodiči. Nikdy je neviděl, že by se objali. Od dětství má pocity odlišnosti od ostatních. Výchova byla „spartánská“, plavání piano, nešlo nemít vynikající prospěch. Povinné výlety do přírody y poznávací po vlasti. Od dětství bylo zdůrazňováno, že je ze staré „pražské rodiny“ a bylo mu jasné, že jsou odlišní od ostatních. Oby rodiče trvali na tom, aby byl vzdělaný. Otec byl přísný, matka obdivující – říkala mu, že jednou bude lékařem jako jeho otec. Dědeček – impozantní „dědek“ ze staré školy, neustále mluvící o morálce a „odporných komouších“. Tomáš se ve škole učil velmi dobře, nicméně mezi spolužáky byl izolován. Protože byl fyzicky zdatný, dali mu pokoj, ale cítil, že úplně mezi ně nepatří. Zvykl si být sám sebou. V pubertě se začal věnovat atletice a začal se dobře umísťovat, cítil obdiv spolužáků a na „vlastní výjimečnost“ začal být pyšný. Pouze před dívkami měl ostych, vůbec nevěděl, o čem s nimi mluvit, měl pocit, že mají „přízemní zájmy“, které jsou pod jeho úroveň, zároveň se jim snažil přiblížit. Otec náhle zemřel, když mu bylo 13 let. Od té doby se velmi upevnil pouto s matkou. Matka ho vždy obdivovala, viděla se v něm. Gymnázium vystudoval jako premiant, měl několik krátkodobých známostí, vždy nakonec dal přednost studiu. Měl pocit, že „mladá děvčata si nárokovala moc času“. Medicínu vystudoval celkem bez problémů, našel si kamarády, se kterými chodil do posilovny, jezdil lyžovat a na vodu. Přechodné vztahy s ženami pokračovaly, „nechtěl jsem se ženit a ony se už chtěly vdávat“, nechtěl se vázat, ale užívat si.

Přichází pro depresivní rozklady, které souvisejí s partnerskými konflikty. Opakovaně se mu stává, že ve vztahu požaduje po partnerkách vyjadřování lásky a přízně způsobem, které ony odmítají, přehnaně na ně žárlí, dochází k hádkám, na které on reaguje depresivními náladami. Výběr partnerek je podle něj opakovaně stejný – exkluzivní chladné dámy. Opakovaně se s nimi rozejde, pak cítí úlevu. V současném vztahu se situace opakuje. Nechce se opět rozejít, ale partnerka mu uniká, nechce se s ním moc vidět. Situace se vleče několik měsíců, v posledním však cítí bezvýchodnost, většinu dne má pocity insuficience, depresivní náladu, špatně spí, nedokáže se soustředit na práci, nic ho nebaví. Před třemi týdny začal užívat sertralin, nálada se zlepšila. Napětí ze vztahu, které brání práci, však přetrvává. Celý den nedokáže na nic jiného myslet. Vzal

si dovolenou, aby u nás mohl podstoupit péči. Neschopenku nechce, bojí se stigmatizace psychiatrickou nálepkou.

Několik známostí mezi podnikateli a umělci, chodí s nimi na squash nebo tenis, občas do lepších vináren, jinak bez blízkých přátel. Jako jediný jeho hlubší vztah uvádí vztah s matkou, kterou sice poněkud pohrdá, ale která ho potřebuje. Vztahy k ženám opakovaně dopadají nepříznivě – vybírá si exkluzivní atraktivní dámy, které nechtějí respektovat jeho potřeby, nerozumí mu, nechápou, jaký společenský status jim nabízí jako lékař v atraktivním oboru. Také sportování, cestování, prostě atraktivní život. Méně atraktivní ženy ho nepřitahují a styděl by se za ně.

Nápadně draze oblečený muž se silným zlatým řetízkiem na krku i zápěstí, vztyčená hlava, pečlivý účes. Při rozhovoru dominuje subdepresivní nálada reaktivního charakteru, sebestřednost střídá sebeobviňování nebo uraženost, úzkost, popisuje hypoprosexii, silnou tenzi, pocity bezvýchodnosti. Zjevná sebestřednost, potíže vidět situace z jiného, než svého úzce zaměřeného hlediska, zranění z toho, že druzí neplní jeho potřeby, tendence porovnávat se s jinými lidmi a jejich osudy, při náznaku nesouhlasu odtahující a odměřené chování. Zdůrazňuje své vzdělání, vkus, rodinný původ, vrstvu ve které se pohybuje.“ (Praško 2003: 322-323).

Příloha č. 2

„Milan se narodil v rodině policisty a právničky. Otec byl okresní vyšetřovatel, velký straník, měl významné postavení v KSČ a matka pracovala jako podniková právnička. Na děti (Milana a o tři roky starší sestru) neměli rodiče moc času. Pokud se otec doma vyskytoval, byl Prudký, velmi přísný a krutý. Často Milana surově zmlátil i pro drobné prohřešky. Matka byla „hysterická“, část o se s otcem hádala, občas pak zmlátil i ji. Milan si to však pamatuje jen málo. Více si vzpomíná na období, kdy matka umírala na rakovinu a stále otce proklínala. Děti byly vychovávány/nevychovávány placenými chůvami, většinou ženami na mateřské dovolené, které měly na starost i své vlastní děti. Šlo jim hlavně o to, aby děti „nezlobily“. Matka zemřela na karcinom prsu, když bylo Milanovi sedm let. Od té doby se o něj starala ponejvíce tři roky starší sestra. Otec na děti čas moc neměl. Milan vyrůstal na ulici velkoměsta v partě kamarádů. Protože byl slabší, často dostával „nářez“ od silnějších a větších. Jednou ho chytla parta z druhé ulice a mučila ho pálením cigaret. Když to řekl otci, ten se mu vysmál, že je zbabělec. Zásady „oko za oko“ a „zub za zub“ se brzy staly jeho nejdůležitějšími „příkázáními“. Od otce nedostával žádné peníze, sbíral tedy lahve a staré železo, aby si vydělal. Kolem 10 let začal krást v obchodech drobné předměty a bonbony. Jednou byl přistižen; skončilo to třídní důtkou. V partě byl Milan zpočátku slabý a bázlivý, kolem 12 roku však začal hodně posilovat, chodil trénovat box. Hodně se pral a ve rvačkách byl podobně necitelný, jako byli dříve silnější k němu. Snaha druhým ukázat, že něco dovede, že je fyzicky zdatný, a nadměrná soutěživost mu zůstali dodnes, stejně tak rozdělování lidí na fyzicky slabé a silné, sportovní a nespportovní typy apod.

Školní prospěch měl celkem dobrý, přitom se téměř neučil. Problémy měl s kázní, protože občas chodil za školu a často se rval. Vzhledem k postavení jeho otce mu to však procházelo. Dostal se na gymnázium, které s protekcí s problémy dostudoval. Pak pokračoval na medicíně. Zde však začaly problémy se studiem, zejména v prvních třech ročnících, kdy převažovaly teoretické obory. Neměl ze střední školy dostatečné studijní návyky. S potížemi však dostudoval. Během školy si přivydělával „šmelením s bony“. Po škole, což už bylo po revoluci v roce 1989, nastoupil jako chirurg a oženil se. V práci však měl opakovaně problémy s alkoholem na pracovišti, několikrát se popral v hospodě na malém městě – ředitel nemocnice ho nakonec propustil ještě před atestací. Tři roky pak neměl stabilní zaměstnání. Vždy krátkodobě pracoval jako lékař, našel si místo, kde ho vzali (na patologii, na psychiatrii), nicméně záhy byl pro nadměrné popíjení, nechození do práce a další průšvihy propuštěn. Pak dělal nějakou dobu brigádně pomocné práce. Manželka ho mezitím i s dítětem opustila – našla si úspěšnějšího. Musí platit alimenty, i když se tomu snažil vyhnout. Nyní si našel místo na chirurgii v malém městě, chvíli vydržel bez „průšvihů“, nyní mu však „čůrák primář“ dal „núž na krk“, pokud nepřestane pít, vyhodí ho.

Povahově se hodnotí jako „egoistický, vytrvalý“. Je přesvědčen, že se musí chopit každé příležitosti, která se mu naskytne. Většinu lidí považuje za „tulpasy“, kteří „v tom neumí chodit“. Hlavní cílem je „hodně vydělat, mít se dobře a mít hodně ženských“. Nemá rád „taková ty morální kecy, to lidé jen říkají, ale jde jim jen o vlastní prospěch, stejně jako mně.“ Volný čas věnuje hlavně sportu, denně chodí do posilovny, a jeho hlavní koníčky jsou „ženský“, které svádí při nejrůznějších příležitostech. To mu však „bylo osudové, protože jsem se zamiloval a ona mě odmítla“.

Celý život příležitostně pije alkohol, nárazově se však dokáže opít a pak porvat v hospodě. Opakovaně měl problémy v práci, kde se jako lékař opil ve službě tak, že nemohl „fungovat“. Nicméně běžně nepil. V posledním roce však s rozvojem úzkosti a deprese začal pít více. Zpočátku mu to přinášelo chvílku úlevu, hlavně od úzkosti, nyní mu však i po alkoholu začalo být

hůře, následující dny cítil stále větší propady. V posledním půlroce údajně vypil kolem 2-5 piv každý večer po práci. Jednou si na něj stěžoval pacient, když z něj při noční službě bylo cítit pivo, nařízený mu dal „nůž na krk“, že s tím musí něco dělat. Je nekuřák, drogy nezkoušel. Asi rok užívá alprazolam ve vysokých dávkách, který mu dělá „moc dobře“.

Na psychiatrii přišel, protože „má průser“ a „musí se léčit“. Uznává však, že má asi potíže. Objevily se nečekaně na podzim minulého roku. V té době byl přepracován, jezdila milenkou do sousedního města a hodně sloužil, nakonec byl milenkou odmítnut. Náhle dostal záchvat silného bušení srdce, cítil sevření na hrudi. Záchvat přišel bez varování, měl pocit, že omdlí, naměřil si zvýšený tlak. V následujících měsících se pak záchvaty objevovaly téměř denně, postupně se začal bát jít večer spát. Když si dal 1-2 piva, poklesl a usnul. Během dvou měsíců pravidelných záchvatů se objevila úporná nespavost a depresivní nálada. Ztratil zájem o pohyb, sport, přestal se soustředit na televizi, do práce se musel nutit. Panické záchvaty vymizely, zůstal jen strach z tunelů. Na psychiatrii dostal Seroxat s Lexaurinem, vzhledem k dalšímu snížení libida však užíval jen půl tablety. Došlo k mírné úlevě v depresi, ztráta radosti přetrvávala. Spánek začal pravidelně navozovat alkoholem, budil se však předčasně a ráno mu bylo nejhůř. Chvillemi se snažil překonat problémy vůlí, hodně cvičil, ale záhy zjistil, že to nefunguje. V práci kolegové sledovali, že se změnil, poté měl „průser“ s pivem, které z něho jedem pacient cítil. Nakonec nadřizený začal tlačit, aby s tím něco udělal a šel se léčit.“ (Praško 2003: 228-229)

Příloha č. 3

Dokument Heleny Třeštíkové, René (2008), pojednává o René Plášilovi. Zachycuje jeho život od roku 1987. Od jeho 17 let.

René vyrůstal v rodina, která se rozpadla, když mu bylo 7 let. V šestnácti letech, z důvodu sociální nouze ukradl 17 000 Kčs. Byl odsouzen na 6 let. Upjal se na dokumentaristku Helenu, která se pro něho stala kontaktem s jinou, než vězeňskou realitou. Jako odplatu za spolupráci na dokumentu mu také vypomáhala finančně

Poté, co je v roce 1990 propuštěn na amnestii se pokouší o kontakt s rodiči. Oba jej odmítají. Pracuje ve Škodovce, později v Koh-i-nooru. S matkou se nakonec usmíří. René věří, že se mu podaří prosadit se na nějaké lépe placené pracovní místo. Po krátké době pracovat přestává. Své odchody ze zaměstnání většinou racionalizuje. Vinu svaluje na systém a společnost. Nedaří se mu nalézt takové místo, které by mu vyhovovalo. Jsou mu však nabízena pouze, pro něho nepřijatelná, podřadná místa. Vše svádí na systém, na osud, na společnost. Celé dny tráví po hospodách.

Ještě téhož roku je za krádež v hodnotě 308 korun odsouzen k 20 měsícům. Po tomto rozsudku se smíruje s rolí recidivisty, který nevydrží na svobodě. Jeho zástupkyně jej vidí jako velmi chytrého člověka s osudem, za který může z velké části jeho špatné rodinné zázemí a také „špatná doba“. Nechává se celý tetovat. Na krk si nechá vytetovat nápis Fuck of people.

V roce 1991 je již René smířen se skutečností, že nikdy ničeho nedosáhne, že bude žít tak jak doposud.

René se nikdy nevyrovnal se skutečností neúspěchu v očích svého otce, s tím, že jej neuznává. Je si vědom toho, že k úspěchu vede spousta cest, ale že ta jeho byla již určena a stvrzena prvním odsouzením.

Po propuštění vykrádá byt dokumentaristky Heleny. V roce 1993 je za to odsouzen na 6 let.

Ve vězení začíná psát a vychází jeho první kniha: „*Běžec na trati*“. Je velmi vděčný Heleně, že mu pomohla při její publikaci a že na něho nezanevřela. Po svém propuštění přemýšlí, jaký bude jeho další trest. Na svobodě nepracuje a v roce 1999 je znovu uvězněn.

Po několika dalších uvězněních se rozhodne přestat spolupracovat na dokumentu, kterým se prodává. Ukradl Heleně kameru a již se neozval.

Během doby tvorby dokumentu se René dvakrát zamiloval, ale vztahy ztroskotaly na jeho následných uvězněních. Napsal dvě úspěšné knihy. A narodil se mu syn.

Příloha č. 4

Čistě antipsychiatrickou knihou, kterou jsem v práci zmínil je *Zacházení s bláznem* od Petra Styxe.

Antipsychiatrie je hnutím, které vzniklo začátkem druhé poloviny minulého století. Vystupuje proti psychiatrii která dle něj vznikla jako mocenský nástroj útlaku. Odmítá existenci duševních chorob, ty jsou prý pouhou reakcí na prostředí. Odmítá též léčbu farmatiky. Mezi antipsychiatrické sociology lze zařadit především M. Foucaulta, či E. Goffmana, kteří se zabývali antipsychiatrickými tématy, jako např. společenskou rolí psychiatrie, či stigmatizací. Mezi autory, kteří jsou pro antipsychiatrii z pohledu sociologie významní patří dále David Cooper, Ronald Laing, Marc Ruffer a zejména pak Thomas Szasz. (Wikipedie, 2009)⁹

⁹ Wikipedie: Otevřená encyklopedie: Antipsychiatrie [online]. c2009 [citováno 22. 05. 2010]. Dostupný z WWW: <<http://cs.wikipedia.org/w/index.php?title=Antipsychiatrie&oldid=4671522>>