

O RELATIVNÍ EXISTENCI A RELATIVNÍ NEEEXISTENCI DUŠEVNÍ NEMOCI

Jan Paleček

Ne, nepůjďte tu o relativizující pohled na duševní nemoc v onom jednostranném slova smyslu, jak se „relativizace“ často používá a chápe. „To je relativní,“ říkáme, když chceme oslabit nějaký výrok, zpochybnit něčí výpověď. Když chceme oslabit skutečnost. Oslabit skutečnost? Copak může být skutečnost slabší či silnější? Skutečnost přece buď je nebo není. Něco buď existuje nebo neexistuje. Nu, dá se to takhle říci a často to tak říkáme: „Buď – anebo.“ „Nic mezi tím.“ „Je to tak a tak.“ Jenomže když se do takových prohlášení o nějaké skutečnosti pouštíme, je to určitý výkon, který staví na mnoha jiných výkonech. Můžeme si to dovolit říci, jen když se o něco můžeme opřít. O důkazy. O „samozřejmost“. O autoritu jiných výroků. O expertízu. O vlastní zkušenost. Čím silnější jsou takové opory, tím méně je to, co říkáme, vystaveno pochybám. A o to právě jde. Lidé totiž různé skutečnosti nejenom oslabují, ale také posilují. Existenci, ale i neexistenci různých skutečností zcela prakticky vykonáváme. A výsledky jsou stabilní někdy více, někdy méně. Dokonce by se s jistou nadsázkou dalo říci, že něco existuje právě proto, že je to *hodně* relativní. Proto, že je to dobře usazené v hustém tkanivu vztahů, opor, poukazů. Právě takováhle síť skutečnost udržuje. Právě tehdy je skutečnost silná. Právě tehdy existuje.

Jak píše Bruno Latour (1999), mluvit o relativní existenci znamená následovat objekty bez toho, abychom je napínali či stlačovali nebo ořezávali s pomocí čtyř příslovcí: nikdy, nikde, vždy, všude. Pojďme následovat objekt duševní nemoci v jeho vztazích, navazovaných situačně: někdy, někde, občas a místy. Pojďme mluvit o duševní nemoci jako o něčem, co je místy takové a někde jinde zase jiné. Co je občas méně skutečné a někdy zase více skutečné. Podívejme se na to, jak je v procesu psychiatrické péče nemoc provizorní entitou - nejistou a chvílemi dokonce neexistující. Všimějme si ontologických přeskoků, které jsou v praxi tak běžné a samozřejmé, že je ani nevnímáme jako nějaké přeskoky. A které ve výsledku nejsou vidět, zastíněny objektivní (jakoby nekonstruovanou) existencí nemoci. Anebo objektivní existencí zdraví.

Pluralita popisů: někdy nemoc, někdy hodně rozjařená nálada

Podívejme se na problém duševní nemoci takto: každé situace v životě duševně nemocného člověka, která je tak či onak spojována s jeho nemocí, se týkají i popisy, jež vůbec nevymezují problém jako nemoc. Nejjednodušším příkladem je distinkce mezi tím, co říká blázen, a tím, co říká normální člověk, která bývá i obsahem dětských vtipů. Tam, kde je každému jasné, že blázen dělá nebo říká něco šíleného, blázen sám si myslí, že jeho jednání či mluvení má smysl. Stejně rozlišení je reprodukováno v učebnicích:

„Pokud lékař hovoří s pacientem, u kterého má podezření na schizofrenní poruchu, ptá se na halucinatorní zážitky a paranoidní příznaky otázkami typu: „Nezdá se vám někdy, že slyšíte nějaké hlasy, které ostatní lidé neslyší, nemáte někdy pocit, že se na vás na ulici všichni dívají, nemyslíte si někdy, že vás někdo pronásleduje?“ (Janotová 2001: 68, 69)

Student rozumí: pacientova kladná odpověď nevyovídá nic o skutečnosti vnějšího světa. Pacient vypovídá o svých prožitcích, psychiatr je čte jako pouze subjektivní a vyvozuje z nich objektivní přítomnost halucinací a paranoie.

„U pacientů s depresivní poruchou je třeba se o její hloubce a charakteru přesvědčit otázkami typu: „Bývá vám hůř ráno nebo večer, neměl jste někdy období, kdy jste byl naopak velmi čilý a měl nadměrně veselou náladu? Nepatří k vašim obtížím nechutenství, zácpa, ztráta zájmu o sexuální kontakty?“ (...“ (Janotová 2001: 69)

Student opět nepochybuje: pacient popisuje nálady a tělesné obtíže, ale ty je nutno číst jako symboly. Je nutno jít dál, skrze ně, za to, co reprezentují. Již to nejsou jenom nálady nebo jenom somatické problémy, stávají se z nich příznaky podstaty skryté *za* prožitkem. Symptomy nemoci – deprese (nebo mánie).

Nechci tady ovšem ani v nejmenším s použitím úryvků z učebnice dokazovat, jak je klinická psychiatrická praxe silová a nedemokratická, snadno a rychle rozhodnutá o pravdě a o tom, co k pravdě nepatří. To teprve žánr učebnice umožňuje vystavět takovou efekt(iv)ní zkratku k pravdě. Praxe si to může dovolit jen v některých svých momentech. Často naopak ukazuje psychiatry (ale stejně tak i další profesionály – socioterapeuty, sociální pracovníky, psychology, psychoterapeuty... – i neprofesionály – třeba rodiče) v mnohem méně jednoznačné pozici. Rozhodně tomu není vždycky tak, že by se pacientova deskripce, ať by se zdála přítomným sebešilenější, nějak snadno označila za nerealistickou nebo snad dokonce smetla ze stolu. Anebo že by se v rámci dialogu s pacientem vždy nějak snadno a neproblematicky přecházelo od laické terminologie k psychiatrické, tedy od jednoho druhu popisu k jinému. Nakonec i citát z učebnice, byť jasně dává najevo, kde je pravda a že je jen jedna, se s pluralitou popisů potýká. Nemůže se

jí jen tak vyhnout, přestože popisy dopředu hierarchizuje tím, že ten pacientův označí za popis chorobných pocitů, které nemají reálný základ ve světě, zatímco psychiatrickému přisoudí status popisu expertního. Pacient v pohledu učebnice je schopen pouze věrně popsat, *jak se mu jeví* jeho vlastní prožitky, psychiatr pak usuzuje na jejich (patologickou) podstatu, určuje, *co vlastně prožívá*. Psychiatr je spojkou mezi jevy a podstatou, mezi zdáním a skutečností.

Jenomže co se stane, když psychiatr použije v praxi otázky, které jsou velmi opatrné, aby dopředu nediferencovaly, co je skutečné a co nikoli? Když „užívá jazyk, který je klientovi blízký, používá výrazy, které jsou srozumitelné a jsou ve shodě s pacientovým vzděláním a jeho sociální úrovní“? (Janotová 2001:63)

Psychiatryně Zora: A náladu máte jakou?

Klient Rudolf: přemýšlí, pohybuje tělem: ...Náladu mám normální, jako vždycky.

Psychiatryně Zora: Víme, že někdy máte náladu hodně smutnou, někdy hodně rozjařenou... Tak něco mezi tím?

Rudolf: Něco mezi tím... Nemám náladu něco dělat.

Zora: Včera jsem měla na komunitě pocit, že jste v těle klidnější. Ale nevim... Vy jste říkal, že v tom rozdíl necítíte. Máte k tomu něco?

Rudolf: neklidně poposedává.

(plní poznámky, komunitní denní stacionář, psychiatrická ambulantní kontrola)¹

Vidíme, že návod z učebnice má v lékařské ordinaci pro patientský (nebo kvazi-patientský, nemedicínský) popis objektivizující účinky. Tím, že psychiatryně Zora prostě použije slovník, který je srozumitelný a přijatelný pro pacienta, učiní jeho popis realistickým, respektive nepodvrací ho v danou chvíli tím, že by ho vysvětlovala něčím jiným – duševní nemocí. Dokonce i když je potom řeč o lécích, není na první pohled zřejmé, že jde o léky psychiatrické, které mají ovlivňovat symptomy duševní nemoci, mluví se o nich vzhledem k tělesnému stavu:

Matka klienta: No, jeho třeba přitahovala jedoucí tramvaj. Nebo když kolem někdo přeběhne, úplně ztrácí rovnováhu. Nebo na schodech, když se někomu vyhejbá. S chůzí se to tedy horší.

Zora se obrací na Rudolfa: Pohyb kolem vás vyvádí z rovnováhy.

Matka: Hm.

Rudolf přikyvuje.

Zora: Takhle to cítíte, Rudolfe? Dá se to nějak popsat?

Rudolf: Tak jako vyvede z rovnováhy, ano.

Zora si zapisuje do dekursu.

Matka: On normálně padá v tramvaji na lidi, když si sedá.

Zora se ptá Rudolfa: Za těch posledních 10 dní se zyprexou, je nějaká změna?

Rudolf: Já jí nepociťuju.

Matka: Já bych řekla, že je živější.

Zora: A vy sám, jak to cítíte?

Rudolf: Jsem nejistej na nohy.

(plní poznámky, komunitní denní stacionář, psychiatrická ambulantní kontrola)

Říkám, že při takovémhle pohledu na dění při ambulantní kontrole nevidíme duševní nemoc. Ale můžeme ji nevidět, jen když na chvíli zapomeneme, že na dveřích ordinace stojí před jménem Zory „MUDr.“, že Zora drží v ruce chorobopis s Rudolfovou psychiatrickou diagnózou, že na vchodových dveřích do stacionáře je cedulka s nápisem „pro duševně nemocné“, že v počítačích jsou uloženy texty žádostí o granty na provoz zařízení, kde se hovoří o komunitní péči a rehabilitaci duševně nemocných... Tohle chvilkové zapomnění nám však umožní jednu důležitou věc: chápat všechny tyto souvislosti jako nesamozřejmé. Ony tu jsou, jsou kdykoli po ruce, můžeme je kdykoli bezděčně aktualizovat, nebo je naopak vědomě povolát do akce, můžeme se na ně zkrátka spolehnout – a pomocí nich s naprostou samozřejmostí vidět, že celá ta situace přece *je* o nemoci, že se – „evidentně“ – nemluví jen o nějakých náladách, ale o symptomech nemoci. Jenomže to není jen tak: tyhle souvislosti se musely nějak, s vynaložením nějakého úsilí udělat. Někdo musel přišroubovat cedulku na dveře. Zora léta studovala a dál se vzdělává. Někdo musel napsat psychiatrické učebnice. Zaměstnanci stacionáře mají v paměti vyčerpávající noci před odevzdáním konečné verze projektu se žádostí o grant. Příbalové letáky psychiatrických léků popisující jejich terapeutický efekt na duševní nemoc musel také někdo napsat a hlavně musel proběhnout nákladný výzkum nového psychofarmaka... Když je to ale už udělané, připravené k použití, snadno se po tom sáhne, snadno se

¹ Jména všech osob vystupujících v polních poznámkách a v záznamu z rozhovoru byla změněna.

s pomocí těchto odkazů poukáže na duševní nemoc. Snadno se učiní ontologický přeskok: od nálad k duševní nemoci. Díky aktualizací právě těchto předpřipravených vazeb lze učinit ontologický posun a chápat situaci ambulantní kontroly jako jednu z mnoha situací, kdy se psychiatr setkává s předem a objektivně existující duševně nemocí. Ve výsledku tento přeskok není vidět. Není vidět, že ve chvíli rozhovoru se realizuje skutečnost pacientových nálad a že vysvětlení pacientových prožitků jako faktů duševní nemoci se děje až v zápisech do zdravotnické dokumentace, v režimu psychiatrického zařízení, v debatách profesionálů, případně v sebeinterpretaci pacienta, který již získal „náhled“²... Jenomže právě v těchto situacích lze vidět, jak se při rozhovoru v ordinaci vyrábí nepsychiatrická pravda pacientova stavu, pravda, která dokonce není ani pravdou duševní nemoci! Ale jen v rozhovoru a jen na chvíli. Již v momentě, kdy si Zora během dialogu dělá zápisky do dokumentace, propojuje se „pacientovi blízký slovník“ se slovníkem psychiatrickým. Tam teprve se stává hodně smutná nálada příznakem deprese a hodně rozjařená zase symptomem mánie.

Praxe je v jistém smyslu velmi demokratická. Je zcela běžné, byť to tak ve výsledku nevypadá, že problémy pacienta/klienta existují jakožto duševní nemoc jen někdy a jen někde. A je běžné, že v rámci psychiatrické péče jsou to právě profesionálové a uspořádání péče, které v některých svých momentech definují problémy pacienta/klienta nepsychiatricky, nemedicínsky. Na druhou stranu je běžný i opak – když profesionálové definují realitu v opozici k tomu, jak ji definuje pacient. Děje se tak například na týmových poradách, v zápisech do chorobopisu, a také někdy v přímé konfrontaci s pacientem, jak uvidíme dále.

Mnohost skutečností: potkala se nemoc s dobrou energií

Pluralita popisů znamená také pluralitu verzí skutečnosti. A když se na věc podíváme důsledně, pak i mnohost – různé silných – skutečností. To, že je některý popis nakonec pravdivý a jiný nikoli, platí vždy jen lokálně, nikdy absolutně. Platnost nějakého popisu se běžně podvrací tím, že je označen za pouze subjektivní. Zkusme se ale na oba konkurenční popisy podívat tak, aby nám oba měly co říct. Aby nám oba měly co namítnout, aby se mohly ohradit proti tomu, co se o nich říká. Podívejme se na dvě „namítající“, tedy objektivní skutečnosti. (Odvolávám se zde na slovní hříčku Bruno Latoura (2000), který píše, že objektivita /objectivity/ je to, co dovoluje nějaké entitě ohradit se /to object/ proti tomu, co o ní bylo řečeno.)³ Je to spravedlivější – neurčíme dopředu, který popis je subjektivní či objektivní a který nikoli, nepřistupujeme na premisy, které má v sobě praxe zabudované. To nám rozváže ruce a oči k tomu, abychom chápali situace péče jako místa nejistoty, kde se svým způsobem vždy znovu produkuje to, kdo, zda a jak bude duševně nemocný. Kde se teprve buduje „subjektivita“ či „objektivita“ popisu. A děje se tak se zapojením takových prvků, jako jsou slova, vztah těchto slov k tomu, co mají reprezentovat, institucionalizovaná kategorizace skutečnosti, režim léčebného zařízení, léky, zprávy v dokumentaci, autorita bílého pláště, otevřenost zařízení pro návštěvy „zvenku“ a tak dále.⁴

Setkání různých realit, z nichž zdaleka ne každá je skutečností duševní nemoci, se děje v psychiatrické péči dnes a denně. Ukazuje se to na zmiňovaném příkladě rozdílu mezi popisem pacienta „bez náhledu“ a popisem psychiatra.

V předešlém oddíle jsme viděli, jak pacient a psychiatrička spolupracují na společné nepsychiatrické definici skutečnosti. Existence nemedicínské pravdy byla při běžné ambulantní kontrole na chvíli podpořena tím, co dělala lékařka: používala pragmaticky laický slovník bez zaangažování psychiatrických popisů, vyvarovala se použití lékařské terminologie. Problém, jenž je ve výsledku

² „Náhled“ psychiatrického pacienta je velmi zajímavé téma. V tomto pojmu se totiž mísí dvě téměř protichůdné věci. Jednak se mluví o náhledu choroby – nozognozii. To znamená, že pacient ví, že je nemocný, umí svoje chování alespoň do jisté míry interpretovat v psychiatrické terminologii. (Opak náhledu je anozognozie – pacient si nepřipouští, že je nemocný.) Když jsem pracoval v chráněném bydlení, slovo náhled ve mně budilo odpor. Dokud jsem si neuvědomil, že ho profesionálové používají ještě v jiném, širším významu, a sice náhled jako schopnost pacienta vidět se očima druhých, třeba svých blízkých. Což je podmínka sociálního kontaktu.

Vyžadování náhledu od pacienta tak, aby sebe sama interpretoval jako duševně nemocného, je svým způsobem neschopností náhledu ze strany profesionála. Neschopností připustit a dodat (nepsychiatrickým) interpretacím pacienta legitimitu, neschopností vidět problém jeho očima. Neschopností sociálního kontaktu s pacientem.

Na druhou stranu, mnozí pacienti označení svých problémů za duševní nemoc vítají – pomáhá jim to do jisté míry se distancovat od toho, co někdy dělají nebo prožívají v době nemoci: „Nejhorší u mě duševní nemoci je zachování reálného světa při nezmenšené inteligenci. Já o všem, co dělám neadekvátně, vím, ale nemohu tomu zabránit“, píše Marcela Vavrušková (2001).

³ „Objektivita totiž neodkazuje k nějaké zvláštní kvalitě myslí, k vnitřnímu rozpoložení spravedlnosti a čestnosti, ale spíš k přítomnosti objektů, které byly ‚uschopněny‘ k tomu, aby namítaly, aby protestovaly, aby se ohrazovaly... aby *objektovaly* vůči tomu, co se o nich vykládá“ (Latour 2000, česky 2002).

⁴ „(...) objektivita (je) neoddělitelná od komunikace a tedy se jedná o cosi jen relativně stabilního. Nikoli však věc pouhé dohody či konvence – objektivita je to, co se prosazuje pouze v komunikaci, avšak často i proti vůli těch, kdo komunikují.“ (Petříček jr., 1999:157)

označován jako duševní nemoc pacienta, může být během rozhovoru s pacientem vymezován v naprosto nemedicínských termínech. Sdílená realita v danou chvíli není realitou duševní nemoci.

A co když pacient a profesionál na společné definici nespolutracují (ať už na definici reality jako nemoci nebo reality jako ne-nemoci)? Když svoje definice konfrontují?

Velmi často přece dochází k tomu, že pacient se sám sobě jeví jako zdravý, zatímco z pohledu péče je nemocný. Tak je tomu, když profesionál definuje v rozhovoru s pacientem situaci medicínsky a pacient má přitom jiné vysvětlení. Anebo když kupříkladu profesionál intervenuje s pomocí léků (tedy medicínsky), ačkoli je pacient odmítá. (Zároveň je třeba zdůraznit, že toto není vůbec jenom záležitost vztahu a setkání pacienta s psychiatrem. Když sociální pracovník nebo třeba rodič duševně nemocného zavolá lékařskou pomoc proti pacientově vůli, protože se snaží odvrátit nějaké riziko, definuje situaci –chtě nechtě– také medicínsky.) Pacient se ale tím spíš v takové chvíli nemusí považovat za duševně nemocného. Jenže jeho definice situace je silná pouze v tom, jak na ní trvá – což jí ale nakonec v očích profesionála spíše ještě oslabuje. A v konkurenci s prostředky péče, které situaci vždy nějak definují, bývá velmi slabá. Svoje zdravý vidí jen pacient sám, z jiné perspektivy je jasné, že je nemocný. Ale jasné je to proto, že tato perspektiva se může opřít o víc prvků, faktů, slov, odkazů, věcí... Že je zkrátka dobře vystavěnou konstrukcí. I pacientův opozitní konstrukt reality se však může stát silnějším, a to tehdy, když získá nějaké spojení. Jako příklad uvedu ukázkou z rozhovoru se socioterapeutkou Jolanou, v němž se vypráví o události ze setkání s její klientkou Anežkou hospitalizovanou na psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice. Jolana pracuje v organizaci pro duševně nemocné, je Anežčinou „klíčovou pracovnící“, věnuje se s ní různým stránkám jejího života, od vztahů s rodinou přes bydlení až třeba k tomu, jak zacházet s krizovými stavy. Pracuje tedy také v psychiatrii, ale přesto přichází na psychiatrické oddělení jako návštěva zvenku. Nepřichází tam jako profesionál, spolupracující s místním personálem. To je pro stav české psychiatrie celkem typické. Existují nejrůznější služby pro duševně nemocné, ale jejich propojení, byť třeba jenom ve formě komunikace, není vůbec samozřejmostí. Situace popsaná v ukázce je tak už od začátku rozvržena jako prolnutí dvou poměrně odlišných světů, přičemž v jednom z nich je Anežka „klientkou“ služby podpory v bydlení a v druhém je „pacientkou“ psychiatrického oddělení.

Anežka byla na oddělení proti své vůli. Dostala se sem po konfliktu s matkou a s otcem. Anežka to Jolaně popisovala tak, že si jenom chtěla „nádherně zpívat a tancovat“ a chtěla, aby to doma ocenili. Což se nestalo.⁵ Poté, co Jolana za Anežkou přišla, začala si Anežka stěžovat: je tu nedobrovolně, nemá tu co dělat. Byla rozzlobená na svou matku. Během prvních asi deseti minut se Jolana snažila zorientovat v situaci a přemýšlet s Anežkou o tom, co udělat, aby se nemusela cítit na oddělení „jako zajatá“. A také o tom, kde bude po propuštění bydlet. Bylo jasné, že po konfliktu, který proběhl, to doma nepůjde. Anežka při diskusi s Jolanou vstala a začala chodit kolem stolu. Byla našťvaná, byla v ráži, komentovala to v rozhovoru Jolana. Do místnosti v tu chvíli vstoupil doktor. Následovala scéna popisovaná v níže uvedené pasáži. (Přestože je poměrně dlouhá, uvádím ji vcelku, jde totiž o velmi emotivní výpověď. A tahle emotivita je významným spojnem Anežčina popisu skutečnosti.)

Socioterapeutka Jolana: A on (doktor) jak tam vstoupil, tak ona – a to ještě chci říct, že mluvila zcela reálně, že pro mě na tom, co říkala, nebylo absolutně nic bláznivého - prostě normálně popisovala svojí situaci a byla se mnou v realitě, odpovídala mi na otázky, byla schopná se soustředit na to, co říkáme. No a jak vstoupil ten doktor, tak ona jak byla v ráži, tak se před něj postavila a zpřímá mu do očí z metru řekla, že tam nemá co dělat, že je tam nedobrovolně a že jí tam držež proti její vůli. Jo, něco v tomhle duchu. Ale – o co mi jde, že to fakt nebylo hysterický řvaní, bylo to zpřímá a jasně řečený, přímo do očí. Ale nebylo to hysterický a byly to tak tři věty, nebylo to, že by začala na něj řvat čtvrt hodiny a ňák ho atakovat nebo něco, ale řekla mu to zvostra, to jo. Ale ten doktor, ten reagoval tím způsobem, že jí neřek ani ň a šel dál. Ani jí neodpověděl, neřek: Anežko, zejtra si vo tom popovídáme na schůzce. Prostě jí ignoroval, prostě odešel. No a mě to teda zaujalo..., ale tak říkala jsem si: No co. Neřešila jsem to v tu chvíli, jenom mě to zaujalo. No a říkala jsem: Anežko pojď, budeme pokračovat. A ona říkala: No, teď za to mi přijdou dát injekci..., tady člověk nemůže nic říct. A já říkám: Anežko, klid prosím tě, proč by ti kvůli tomudle měli dávat injekci, nenabíhej si, pojď si tady sednout a budeme pokračovat v tomhle, ať zjistím, co potřebuješ. No ale fakt mě v životě nenapadlo, že by jí tu injekci chtěli dát (smích). No a pak jak jsme si sedly, pokračovaly jsme, a najednou dvě sestry u Anežčiny postele, která byla vedle, s injekční stříkačkou.

Tazatel: Počkej, vy jste byly u ní v pokoji?

Jolana: No tam je místnost (ukazuje), takhle, a třeba tady jako kdyby byly dveře a tam jsou ty lůžka, ty místnosti jsou propojeny dveřma a já jsem viděla na Anežky postel, protože jí měla hned za dveřma. No a teď jsme tam seděly, přišly ty dvě sestry k tý posteli a prostě na ní udělaly todle (ukazuje gesto),

⁵ Jak mi Anežka řekla v rozhovoru, který jsme spolu vedli, slyšela skrze otce mluvit Satana. Došlo i k potyčce s matkou. To ale – soudě podle rozhovoru s Jolanou - Jolaně při její návštěvě nevyprávěla. Jolana nicméně zná i tyto souvislosti, ví, že Anežka se někdy považuje za „vyšší bytost“ a za Pannu Marii. A ví, že to pro lidi kolem ní bývá obtížné.

úplně mě to zarazilo - a Anežka šla! A říkala: No vidíš, já jsem ti to říkala, já jsem ti to říkala, to tady takhle chodí, víš, tady něco řekneš - a už ti píchnou injekci. A šla k posteli takovým tím sebevražedným způsobem: tak ať si to teda dá, já to prostě vydržím, víš takovým tím: no, poďte si to dát, prostě tak mně to dejte.... A já jsem fakt čuměla, já jsem tam seděla jako zaražená, a říkala jsem: To snad není možný, než mi vůbec docvaklo, že se to děje, že je to prostě pravda. No a pak jsem tam šla a říkala jsem: No to teda ne, tohle, stoupla jsem si před Anežku a a řekla jsem: To jí dávat prostě nebudete! To jí fakt dávat nebudete, tady není nejmenší důvod, proč jí to dávat. No a oni: No, co to je. Já říkám: Ne, to jí teda dávat nebudete, já s Anežkou pracuju už dlouho a to je scestný, aby to dostávala, není důvod a neudělala nic bláznivýho. A oni: co tady povídáte, to je nařízený doktorem. Já jsem říkala: Ne ne ne, já jsem u té situace byla, tak mi zavolejte doktora, tak to proberu s doktorem. No a přišel doktor, vlastně přišla ta sestřička s tím doktorem, a doktor se se mnou nebavil a řekl: Dejte jí tu injekci. Dejte jí tu injekci! Anežka si lehla na tu postel, svlíkla si tam kalhotky před všema, nebo jí to stáhli, ona brečela, já už jsem taky skoro brečela. A říkala: No, vidíš, Jolano, to vůbec nemá význam. Tady si prostě nepomůžeš, tady tě prostě zabijou (Jolana zároveň smíchem naznačuje, že slovo „zabijou“ není doslovným citátem), v tomhle duchu, že to je beznadějný. No a teď já jsem se úplně klepala a ten doktor mi říkal: Přijďte za mnou, přijďte za mnou. Což bylo dobrý, to bylo jediný dobrý na tom jednání toho doktora, že aspoň v tuhle chvíli on mě neignoroval. Že aspoň minimálně, protože celou tu dobu já jsem měla pocit, že ignoruje. A že minimálně v tuhle chvíli řekl: Přijďte za mnou. Ale - a v podstatě to bylo dobrý, že mě chtěl seřvat, že jo. Ale to je jedno, já jsem si říkala, jasně, jo, půjdu, jenom jsem říkala, že si teda musím ještě něco (zařídit), protože jsem se musela zklidnit, protože se mi úplně klepaly ruce. No a - a pak jsem teda náh šla a on spustil - co mu zasahuju do jeho pravomocí... Dlouho to bylo o tom, že on mě říkal, že jsem špatná, a já jsem se mu snažila říkat, že s Anežkou pracuju dlouho, že si opravdu myslím, že jí tohle ubližuje, a on mě furt neslyšel. A pomohlo to, že jsem mu řekla, že je fakt těžký se s ním bavit, když pro něj nejsem partner, to hrozně změnilo tu situaci, protože v ten moment on vlastně se stal mym partnerem, v tu chvíli jsme byli partneři - potom. Takže vlastně ten rozhovor byl pro mě užitečnej těch 10 minut potom, kdy jsem se mu snažila říct, že si opravdu myslím, že Anežka vnímá medikaci tak, že jí zabíjí, a že si nemyslím, že by tu medikaci nepotřebovala, i když je venku - to si myslím, že by jí trochu potřebovala, ale že se jí vůbec nedivím, že jí nechce brát, protože když má ty zkušenosti, že jí to zabíjí... A říkala jsem mu, že mám problém s tím, že jí trestá medikací, místo toho, aby jí řekl: Anežko, už jsme to probírali, nebo probereme to znova, jo, nebo: Neřvěte na mě, je to nepříjemný, cokoli, tak je to pro mě x-krát lepší než to, že přijde injekční stříkačka, že je to prostě hrozný, že kdyby jí zfackoval, tak je to pro mě míň hrůzný, než injekční stříkačka, že je to takový to "my ti pomáháme", ale vlastně tě trestáme... No takže jsem se mu snažila vysvětlit, že mám problém s tím, že nereagoval injekcí na psychózu, ale na Anežčinu dobrou energii, kterou podle mě kdyby neměla, je z ní bezmocná oběť. Že mi přijde dobrý, že se vzteká, a že nebyla psychotická. No a pak jsem měla pocit, že mě trochu slyšel. Ale co mi došlo, co mi na té situaci přišlo úplně vlastně nejtěžší, bylo to, že on si opravdu myslí, že dělá dobro... On mi říkal: Já péce tady nejsem od toho, abych na lidi řval. A já jsem říkala, jasně, to já chápu, ale tímhle způsobem ona tu medikaci zase přestane brát, jakmile odejde. A já se jí nedivím, já bych to na jejím místě taky nebrala, kdyby mě tím takhle trestali... No ale ten největší paradox pro mě byl v tom, že ten doktor mi nepřišel jako zlej doktor, jako zlej člověk, opravdu ne, myslím si, že je to doktor, kterej chce dobro pro ty pacienty, ale myslí si, že jedinej způsob, jak vyléčit schizofrenii, je medikací, a že pro mě třeba je to hroznej paradox, protože si myslím, že jedinej způsob - že hlavní je respektovat druhý, dodržovat hranice, a nepodporovat tu schízu. Protože pro mě u Anežky tou medikací podporujou tu schízu - v momentě, kdy ona má pocit, že jí to zabíjí, a oni to do ní rvou, jako že jí to pomáhá. Že si fakt myslím, že ta medikace je potřeba, ale ne s tímletem. Takže jsem se mu pak snažila vysvětlit, že mě neštve on, ale že mě štve opravdu to, co udělal.

(přepis nahrávky rozhovoru)

Skrze Jolanino vyprávění je řada věcí posluchači/čtenáři ihned zřejmých: Bylo scestné dávat injekci, nebyl k tomu důvod. Anežka neudělala nic bláznivého. Nereagovat slovy a emocemi, a místo toho reagovat injekcí, je hrozný. Doktor neléčil, nýbrž trestal. Nereagoval na Anežčinu psychózu, ale na její dobrou energii. V těchto závěrech se prolínají emoce (je to hrozný) i fakta (šlo o trest za zdravou reakci, ne o léčení, přístup doktora byl přehlíživý a autoritářský...). Mohu to potvrdit vlastním pocitem, který jsem prožíval - a vlastně ještě prožívám - při vedení rozhovoru a poslechu nahrávky.

Pokusím se (Jolanin, svůj vlastní a předpokládám, že i váš) výsledný dojem dekonstruovat. Tím ovšem nechci destruovat výsledný obraz Anežky jako osoby, která používá svou „dobrou energii“ a je za to potrestána. Nechci ho ukázat jako nepravdivý. Jen chci ukázat, jak vzniká. A na druhé straně se pokusím zrekonstruovat logiku, která dává smysl jednání lékaře a dává jeho pohledu pravdivost.

Není tady mým úkolem odhalit, jak to vlastně bylo a kdo měl pravdu. Mým cílem je ukázat, že to bylo na víc způsobů. Že to mělo smysl a specifickou logiku z obou stran. Záleží na tom, jak pevně se soupeřící logiky daří propojit se sítí různorodých opor. Až z toho pak plyne konstruovaná objektivita a pravdivost jednoho z popisů. A rovněž i subjektivita a nepravdivost toho druhého. A odtud, od množství a pevnosti navázaných vztahů, se odvíjí relativní existence či neexistence nemoci.

Jak porozumět tomu, co je neuchopitelné

Jolanin údiv nad tím, jak se to doktor choval, když přece (a o tom Jolana nepochybuje) chce pro své pacienty dobro, může být pro interpretaci jistým východiskem.

No ale ten největší paradox pro mě byl v tom, že ten doktor mi nepřišel jako zlej doktor, jako zlej člověk, opravdu ne, myslím si, že je to doktor, kterej chce dobro pro ty pacienty,...

(přepis nahrávky rozhovoru)

Jolana mluví o tom, že je to pro ni paradoxní. Tedy, že je to něco, co se stěží dá pochopit. A právě o to se pokusme - pochopit to. Mohlo by to přestat být paradoxní. Celé to totiž nevypovídá ani tak o nepochopitelné, paradoxní povaze skutečnosti, jako spíš o její – celkem pochopitelné - mnohonásobnosti. Právě tady je ta mnohoznačnost, mnohonásobnost dobře vidět. Mnohoznačnost jako více jednoznačností... Nebo ještě jinak: právě tady je dobře vidět, že jednoznačnosti skutečnosti, jednoznačnosti toho, kdo je Anežka a co je či není její nemoc, je dosahováno jen provizorně a situačně.

Jak se to stane, že skrze Jolanino vyprávění vidíme tak jasně skutečnost? Anežku, která nejednala jako nemocná, a doktora, který trestá?

Jolana je zaměstnaná v organizaci, jejímž deklarovaným cílem je rehabilitace duševně nemocných a jejich zapojování do běžného života. Tato organizace poskytuje několik typů služeb pro duševně nemocné, například volnočasové centrum, nácvikové bydlení na půli cesty atd. Právě v poslední jmenované službě Jolana již několik let s Anežkou pracuje. Těsně před tím, než byla hospitalizována na psychiatrickém oddělení, Anežka bydlela doma u matky a stála o to, bydlet v bytě na půli cesty. (Předtím nějakou dobu žila v domě na půli cesty společně s několika dalšími lidmi, odkud kvůli neshodám odešla.) Jolana se o hospitalizaci dověděla tak, že jí Anežka zatelefonovala a požádala ji o návštěvu. Jolana ale neznala podrobnosti, nevěděla, jak k tomu došlo, dokonce se o tom podle svých slov chtěla dozvědět až od Anežky, cíleně se na to neinformovala u Anežčiny matky. Jinými slovy, na oddělení přichází Jolana, která zná Anežku z mnoha obyčejných situací (a na druhou stranu i z mnoha neobyčejných situací, třeba těch konfliktních). Zná se s jejími rodiči. Mluví s Anežkou o různých stránkách jejího osobního života. Zná dobře její vztah k lékům – Anežka je v posledním více než půl roce odmítala brát. A myslí si, že ji do braní léků nelze nutit násilím. Také chápe Anežčiny „manické“ stavy, s nimiž mají jiní profesionálové a lidé kolem Anežky takové potíže, v jistém smyslu pozitivně: „V depresi leží v posteli a sní, jak je úžasná, v mánii to praktikuje, ten sen. To je pro mě zdravější, než v tý depresi. I když to není zdravý.“

Jolana (ale ne nějaká Jolana-sama-o-sobě: Jolana jako představitelka i produkt logiky péče v chráněném bydlení, svého několikaletého vztahu s Anežkou, znalosti různých okolností jejího života...) vstoupila do situace a začala měnit jsoucnost jejích různých částí. Začalo se měnit to, kdo je to Anežka. Začalo se měnit to, co je vlastně její nemoc. Jolana s Anežkou vytvořily na oddělení novou situaci – Jolana nebyla zdejší, naslouchala jí, brala vážně její stížnosti, byla v tu chvíli jejím spojencem: „Co můžeme udělat, aby se ta tvoje situace změnila?“ ptala se jí. Návaznost na dřívější společné zkušenosti, na logiku péče v komunitní organizaci, ve spojení s tím, co se Jolana od Anežky dozvěděla, a neméně i ve spojení s tím, že se toho hodně nedozvěděla (od matky nebo od lékaře) - toto vše dohromady bylo produktivní. Jolana s Anežkou vytvořily společnou chvíli, v níž spolu – slovy Jolany - byly v realitě.

Při incidentu s doktorem a sestrami pak Anežka přestala být jednoduše obtížnou kverulantkou, kterou nejspíš do té doby z pohledu personálu byla a která je ovšem ve svém odporu a ve své interpretaci skutečnosti osamocená.⁶ Její tělo se nyní do jisté míry zdvojnásobilo: Jolana si stoupá mezi Anežku a sestry s injekcí. Její hlas se znásobil: Jolana mluví s původně nereagujícím doktorem a svými argumenty Anežku reprezentuje. Důležité ale je, že Jolanino tělo a hlas nereprezentují jenom Anežku. Jsou zástupci normálního světa (dokud sestry a doktor nevědí, že Jolana je socioterapeutka) a pak i zástupci jiného profesionálního světa. Už to není jen samotná Anežka, která si myslí, že je na oddělení držena neprávem a která se hádá s doktorem. Je tu s ní i Jolana, v níž se propojuje Anežčina kritika s kritickým pohledem jednak normálního a jednak dalšího profesionálního světa. Toto je propojení, které činí Anežčin (ale právě že už ne *pouze* Anežčin) popis situace tak věrohodným. Tak realistickým.

⁶ „Když dojde k incidentu, je ohrožena skutečnost, za niž účinkující ručí.“ (Goffman 1999: 206) Tady začala být ohrožena skutečnost, za niž ručil personál.

Podívejme se ale na moment, který z Jolany udělal tolik odhodlaného spojence. Bylo to právě tehdy, kdy přišly ošetřovatelky a zvaly si k sobě Anežku, aby jí daly injekci. („...já jsem tam seděla jako zaražená, a říkala jsem: To snad není možné, než mi vůbec docvaklo, že se to děje, že je to prostě pravda. No a pak jsem tam šla...“) Přitom právě tady šlo o nejsilnější pokus definovat situaci medicínsky, zacházet s Anežkou jako s nemocnou. Právě tady by byla Anežka nejdůležitěji definována jako nemocná, kdyby tam Jolana nebyla.⁷ Takhle došlo ale díky psychiatrické intervenci k naprostému odpsychiatrizationi Anežčina jednání (alespoň pro tuto chvíli - v Jolaniných a také v našich očích). Stalo se přesně to, co Anežka předvíдалa: přišli jí dát injekci, člověk tu nemůže nic říct... Reakce lékaře umožnila Anežce dokonale předvést represivitu zařízení. A tím také pravdu svojí vlastní deskripcí skutečnosti.

Na chvíli imaginujme. Co by se stalo, kdyby se nic nestalo? Kdyby poté, co rozkurážená Anežka vmetla svůj názor psychiatrovi do očí, a poté, co avizovala trest v podobě injekce, nikdo nepřišel? Jolana by si maximálně postěžovala na neosobnost lékařova přístupu (odešel bez odpovědi) a zůstalo by u toho, že Anežka přehání. Anebo dokonce, že je trochu paranoidní...

Co z toho plyne? Že jeden (medicínský) způsob děláním skutečnosti, který byl protipólem Anežčina způsobu děláním skutečnosti, se za přítomnosti nových prvků ve hře (Jolany-a-prvků-její-logiky, resp. logiky-a-její-Jolany) stal v podstatě rovněž spojencem druhého - Anežčina - způsobu děláním skutečnosti. Ale stal se jím proto, že se sám výrazně proměnil. Vždyť co to je, ten medicínský způsob děláním skutečnosti? Je to represivita? Zneužívání léků? Trestání odporu? Bylo by lákavé to takhle - antipsychiatricky - interpretovat, nakonec v Jolanině popisu se to takto částečně zjevuje. Jenže to, co platí o skutečnosti Anežčiny nemoci, totiž že je ustavovaná v procesu neustálé rekonstituce, a ne jednou provždy daná, platí i o skutečnosti lékařovy reakce. Pokusme se lékařovo mlčení nevidět ihned a neproblematicky jako ignoranci. Zkusme injekci nevidět okamžitě jako trestající nástroj. A sestry jako orgán výkonu trestu. Ignorance a trestání jsou totiž až *výsledky* Jolanina vstupu do situace.

Vezměme napřed reakci lékaře vážně: jako profesionálovu odpověď na Anežčino jednání.⁸ To neznamená tu odpověď ospravedlňovat, jen hledat její logiku, která byla ve hře. Co doktor mohl vidět, když se před něj Anežka postavila a začala mu „přímo do očí“ říkat, že ona tam nemá co dělat, že je tam nedobrovolně a že ji tam drží proti její vůli? Její jednání se v jeho pohledu a v pohledu logiky, kterou reprezentuje, propojuje s jejím dosavadním vzpurným jednáním na oddělení, se zápisy v dokumentaci, událostmi předešlých dní, s její diagnózou paranoidní schizofrenie, s psychotickou atakou, po níž se Anežka na oddělení dostala a která je v dokumentaci uvedena jako důvod přijetí... Lékař vidí nemocnou Anežku.

Možná ji ani nechtěl léčit v tom smyslu, že by chtěl reagovat na symptomy. Mohl se jen snažit ji zklidnit, aby její rozrušení nenarůstalo. A možná toho měl právě tak dost, po těch dnech neplodných sporů s (nemocnou) Anežkou. Možná už pro něj nemělo cenu mluvit. Doktorovo mlčení při Anežčiny výčitkách vypadá v Jolanině vyprávění hrozivě. Neadekvátně a autoritářsky. Nelidsky. Ale možná právě tohle mlčení bylo výrazem jeho profesionality. Jeho smyslu pro to, jak ne/má vypadat péče. Jak se ne/má profesionál vztahovat v takto vypjatých chvílích k pacientovi. Dokonce i to, že se sám zprvu nedostavil se sestrami, které přišly dát Anežce injekci, může svědčit pro specifický budovanou ohleduplnost a lidskost: nebude se přece s Anežkou hádat, to by bylo vzhledem k jejímu stavu vlastně nefér.

Sama kritizující Jolana říká: on chtěl pro pacienty dobro. Vlastně tím sděluje: nemyslím si, že chtěl trestat... ale trestal, a to je pro mne na tom paradoxní. Ten paradox se dá vysvětlit takto: skutečnost, jestli doktor trestal nebo ne, vůbec netkví jen v jeho intenci.⁹ Na jednu stranu by se dalo tvrdit, že léčil, i kdyby bylo jeho záměrem trestat.¹⁰ A na druhou stranu se dá říci, že trestal, i když to pravděpodobně nezamýšlel. Dokud byla Anežka jediná, kdo chápal hospitalizaci a medikaci jako represii, nestačilo to. Nestačilo to, protože „území“, na němž tato interpretace platila, bylo příliš malé, omezené jen na subjekt-Anežku. Bylo „subjektivní“. Teprve propojení s Jolanou a skrze ni s jinou logikou péče přineslo změnu. Zvětšilo se „území“ platnosti původně jen Anežčiny pravdy. Rozrostlo se o další subjekty (Jolanu a potenciálně její

⁷ A ani tak moc nezáleží, jestli chtěl doktor Anežku léčit nebo ne. Dokonce i kdybychom mohli nahlédnout do jeho hlavy a vyčíst tam, že jeho záměrem bylo hrubě zneužít medikace k potrestání obtížné pacientky (ani Jolana ovšem nepředpokládá, že to chtěl udělat - a to přitom má pocit, že to udělal), znamenalo by to v daném kontextu stejně jen tolik, že je nemocná. Šlo by o zklidnění agresivní pacientky. Právě takhle by to stálo v dokumentaci. Právě takhle by se o tom mluvilo. Opozitivní skutečnost zneužití, měla-li by se stát **existující** skutečností, by se musela teprve ustavit. Případná Anežčina stížnost by se musela úspěšně propojit s dalšími prvky, třeba s mechanismem právní ochrany pacientů apod.

⁸ Doktor se vůbec nechoval jako by byl přistižen při něčem špatném nebo problematickém. Jako, slovy Goffmana (1999: 203-204), při „nevhodném vniknutí“ cizí osoby do „zákulí“. Choval se svým způsobem přesvědčivě, protože sebevědomě. Profesionálně.

⁹ Podobně jako je text a jeho smysl do velké míry nezávislý na svém autorovi (Ricoeur 1997, Eco 2000) a podobně jako nemůžeme mít nikdy docela pod kontrolou dojem, který vyvoláváme u ostatních (Goffman 1999). Ale tím také nelze mít zcela pod kontrolou vlastních záměrů to, čím a kým *jsme*: „...stále více si uvědomujeme, že to, čím a kým jsme není ani tak příliš výsledkem naší „osobní podstaty“, ... jako spíše toho, jak jsme konstruováni v různých sociálních skupinách.“ (Gergen 1990:170 podle Tseelon 1992:125).

¹⁰ Souvislosti péče ve velkých institucích už jsou takové - individuální záměry, ať už jsou jakékoli, se snadno překládají do deklarovaných cílů a slovníku péče. Zavřít pacienta samotného do místnosti s matrací na zemi a s tureckým záchodem v rohu bylo v psychiatrické léčebně dlouho umístěním na „edukaci“. Nebo to bylo zavřít do „díry“, jak říkali pacienti? To je právě to, že to bylo - v různých lokálních definicích skutečnosti - v plném slova smyslu obojí. O tom, která verze platí víc, se musí „hlasovat“.

kolegy), o další normy, o alternativní logiku péče, o možný budoucí následek (Anežčino odmítání farmak)... Zobjektivizovalo se. Teprve toto propojení udělalo skutečnost doktorovy reakce jakožto skutečnost trestu. Což také pomohlo ustavit Anežčino jednání v té chvíli jako zdravé.

Pravda oné situace je otevřený proces, v němž se vždy může redefinovat, o co se jednalo: zda byla Anežka manická a lékař jednal správně a pro její dobro, anebo zda Anežka zdravě reagovala na omezení, jemuž byla nepřípustně vystavena a byla za to potrestána. A může se to redefinovat na různých místech různě. Budoucnost nepřinese nutně shodu o proběhlé situaci, přinese však nejspíš do minulosti změnu. Když Jolana vypráví o události svým kolegům, když mají Anežka s Jolanou o incidentu příspěvek na psychiatrické konferenci, minulost se tím vždy znovu otevírá a mění. Přidávají se další spojenci, posiluje se skutečnost trestu za „dobrou energii“.¹¹

„Opravdu, objektivně“ byla ta událost tím, čím se teprve stává. To ale znamená, že v ustavené objektivitě jsou zakryty ontologické posuny, které se odehrály při incidentu (ale i později, například při nahrávání rozhovoru s Jolanou). Protože původní objektivita péče vypadala jinak. Objektivitu nemoci definovala péče na oddělení, která současně produkovala Anežčino deskripci jako pouze subjektivní a patřící k nemoci. Bylo by ontologickou (a možná i lidskou) nespravedlností prohlásit, že doktorovo jednání bylo objektivně trestem, a proto bylo špatné. Spíš je potřeba to formulovat opačně: doktorovo jednání bylo špatné, protože ho lze přesvědčivě ukázat jako trestající (bez ohledu na to, zda to doktor zamýšlel nebo ne).¹² Nebyl to trest dopředu, bez vstupu Jolany (a logiky, jejíž je součástí) do situace. Bez tohoto vstupu by šlo o trest jen v subjektivním Anežčino prožívání.

Formulujeme závěr této analýzy ještě trochu jinak. Celý proces ustavování objektivitu jednotlivých popisů a entit lze převyprávět v termínech relativní existence a neexistence nemoci. Spor ukazuje posun od existence nemoci (dosud pevně ustavené logikou psychiatrického oddělení) k neexistenci nemoci (dosud to tak bylo jen pro Anežku, jen ona se nepovažovala za nemocnou). Skutečnost oné situace se proměnila: v popsaném procesu se *uskutečňovala* Anežka s dobrou energií. Nemoc přestala existovat.

Ne/existence duševní nemoci

Vyhrocená situace na psychiatrickém oddělení ukázala souboj dvou pravd, dvou skutečností. Zápas, jehož cílem bylo nastolit svrchovanost jedné skutečnosti nad druhou. Ustavení svrchovanosti medicínské definice by současně znamenalo i jasné stanovení hranic platnosti Anežčiny reality. Nikoli její zrušení, vymazání. Znamenalo by to omezit Anežčino skutečnost jen na subjekt-Anežku. Učinit z jejího popisu skutečnosti pouze subjektivní, kverulantskou – neoprávněnou stížnost. Jenomže to by přece také znamenalo ustavit skutečnost. Byť pouze subjektivní. A tedy neexistující „objektivně“. Leč nepodařilo se: Anežčino popis se poměrně silně objektivizoval. Viděli jsme ten boj o území, vytváření různorodých spojení.

Zároveň jsme si ale předtím ukázali, že se nemusí hrát nutně v každé situaci o to, aby se jeden popis centroval jen do subjektu pacienta, zatímco druhý by měl převahu plynoucí z propojení profesionála s jeho věděním a s uspořádáním péče. V praxi denního stacionáře, jakkoli může být někdy lokálním výsledkem „silně formulovaná“ (univerzální, s normalitou nespojitá) duševní nemoc pacienta, produkuje na jiných místech profesionálové s pacienty/klienty společně popisy skutečnosti, které naprosto neodpovídají psychiatrickým definicím a které přitom nejsou jen ryze subjektivní. Profesionál – vlastně bez velkých problémů - spoluprodukuje realitu pacientova světa společně s ním. A teprve se změnou kontextu se tato situační koalice rozpadá. (Změnou kontextu může být jen to, že psychiatryně vezme tužku a píše do dokumentace zápis ze setkání. V takto navázaném propojení už je skutečnost definována jinak.) Citované zápisky z ambulantní kontroly klienta Rudolfa ukazují, že v určité chvíli není vůbec pro profesionála nutné definovat realitu jako skutečnost nemoci. Klidně přistoupí na laický slovník. Klidně souhlasí s tím, co pacient říká. Není tak podstatné, že si to nemusí myslet. Důležité je, že to dělá.¹³ V praxi péče je to tedy tak, že jednotlivé skutečnosti se lokálně oslabují či posilují. Místy se stávají nereálnými (subjektivními), místy platí objektivně. Tyto ontologické posuny ale zůstávají skryty a nejsou ve výsledku v přesvědčení profesionálů viditelné. Duševní nemoc je prostě duševní nemoc. Blud je blud. Mánie je mánie.

Jenomže přesvědčení nejsou tím jediným, s čím se v péči hraje:

¹¹ Diktafon, nahrávka rozhovoru s Jolanou, přepis nahrávky, zveřejnění tohoto textu a z toho plynoucí dostupnost na více místech – to všechno jsou také spojenci oné nemedicínské verze skutečnosti, už jen proto, že ji znásobují. A také zvyšují šanci k získání dalších opor. Ale současně tím otvírají prostor k další diskusi, pochybování, reinterpretacím, subverzi.

¹² Ukázat to mimo jiné s ohledem na to, že medikace přece není jen prostou aplikací léků. Medikace, intenzita a doba jejího užívání, to je také informace o tom, jaké šance mám jako pacientka na vyléčení. Medikace dělá práci na pacientčině identitě: vliv a „vedlejší účinky“ léků identitu mění. A konečně je medikace způsobem komunikace mezi pacientkou a lékařem (viz Rhodes 1984). Pokud je k tomuto péče slepá, nebo to nerespektuje, je to chyba.

¹³ Skutečnost se nerodí vůbec jenom z toho, co si lidé myslí. To by nestačilo. Aby myšlená realita existovala, musí být přinejmenším vyřčena. Někde komunikována, zviditelňována. Záleží na tom, co lidé *dělají*. Jaká spojení navazují.

Psychiatryně Vladka informuje o paní Plaché, která přišla do denního stacionáře na první kontakt. Má představu, že jí hypnotizuje a psychicky obnažuje jistý Fráňa. Podle zpráv v dokumentaci to trvá od 70. let, v podstatě neovlivnitelné. Fráňa se vtěluje i do jiných osob. Nechtěla do psychoterapeutické skupiny (v denním stacionáři), protože by hrozilo, že by se Fráňa do někoho převtělil, pokračuje Vladka. Ona to takhle zažívá i v chráněné dílně, kde pracuje, že se občas Fráňa do někoho vtělí, říká psychiatryně Zora. Paní Plachá podávala trestní oznámení na vedoucího dílny, myslí si, že se do něj Fráňa vtělil. Ale, dokresluje to po chvíli Zora, mají ji tam rádi. A je to blahodárný, když se s tím pracuje na realitní úrovni. Ne když se to nějak pitvá.

(plní poznámky, komunitní denní stacionář, týmová porada)

Zora mi v pozdějším rozhovoru upřesnila, jak chápe práci „na realitní úrovni“. Svoji poznámkou se vztahovala k situaci v chráněné dílně. Tam je potřeba, aby se pracovní terapeut „nepitval“ s paní Plachou v tom, zda se do něj skutečně Fráňa vtělil nebo ne. Měl by prostě trvat na svojí roli vedoucího chráněné dílny. Měl by paní Plaché nabízet, aby do dílny i teď docházela. A měl by chtít, aby chodila včas atd. Tím by ji měl „ukotvovat v realitě“. Ne se s ní pustit do nějaké terapie, do analýzy, kdo je to Fráňa a co pro ni znamená. To by bylo spíš na individuální terapii.

Ukotvování ve skutečnosti, práce „na realitní úrovni“ tak kupodivu vůbec nemá rozhodovat o tom, co je či není realita. Neznamená to v kontextu chráněné dílny přesvědčovat paní Plachou, o tom, že Fráňovo vtělení je blud. Není třeba ji nachytat na švestkách, při chybném zpracování prožitku skutečnosti, a ukázat jí, že se mýlí. Neznamená to vést spor o to, co je skutečné. O to, co je pravda. Zda Fráňa opravdu existuje nebo ne. Znamená to něco jiného: poskytovat jí jistotu, že pracovní terapeut je pracovní terapeut. Znamená to trvat na roli vedoucího dílny, ačkoli paní Plachá zrovna vidí ve vedoucím Fráňu, který jí hypnotizuje. Znamená to mluvit o každodennosti v dílně - že práce jako vždycky začíná v určitou hodinu... Znamená to nabízet paní Plaché, aby do dílny dál chodila, přesto, anebo právě proto, že to teď pro ni není lehké. A to všechno vlastně ani ne proti jejímu mínění, spíš vedle něj. „Ukotvovat v realitě“ v tomto případě znamená pokoušet se ji společně sdílet. Aktivně budovat stezky, po nichž se paní Plachá může vydat do sdílené reality, aniž by byla donucována sdílet v ní vše. Paní Plachá přece může přijít i se svým „bludem“, nejde o to, aby ho neměla, ale o to, aby ji a ostatní neohrožoval. V dílně jsou i další lidé, s nimiž může paní Plachá být a mluvit, a kdyby tam nechodila, o tenhle kontakt by přišla. Přišla by o zkušenost, že jsou kolem ní lidé, kteří ji mají rádi, jak říká Zora. Přišla by o lidi, s nimiž alespoň něco vnímá stejně.

Samozřejmě, jedna věc je, co si o strachu paní Plaché z Fráni profesionálové myslí: pravděpodobně mají za to, že je paní Plachá paranoidní, že trpí bludy, že je rozblázněná, rozjetá, nemocná atd. Ale druhá věc je, co s tím dělají. Protože i s přesvědčením, že jde o blud, o poruchu myšlení, o chybné zpracování vjemů, mohou profesionálové dělat různé věci. A s různými následky.

Ani v denním stacionáři, podobně jako v chráněné dílně, neznamená zacházení s bludem paní Plaché jeho vyvracení. Na jedné poradě psychiatryně Vladka svým kolegům vyprávěla, jak probíhala konzultace s paní Plachou:

Vladka pokračuje: Paní Plachá si stěžuje, že jí její ambulantní psychiatr pokládá za schizofreničku, nevěří jí, že „tam ten Fráňa byl“. Paní Plachá uvažuje o změně psychiatra. (...) Vladka jí ale otevřeně řekla, že by psychiatra měnit neměla. Její argument, který předestřela paní Plaché, zněl: Kdybyste to, co jste mi tady vyprávěla, pověděla nějakému psychiatrovi, hned by vás měl za schizofreničku.

(plní poznámky, komunitní denní stacionář, týmová porada)

Když je paní Plachá schizofrenička, Fráňa není a nemůže být skutečný... To je diagnostické hledisko, které s celým vývojem psychiatrie za zády dělá ve zkratce diferencující práci mezi pravdivým a nepravdivým popisem skutečnosti. „Blud je mylné přesvědčení neodpovídající skutečnosti, vzniklé na chorobném podkladu, o jehož správnosti je nemocný nevyvratně přesvědčen.“ (Raboch / Pavlovský 2001:21) Diagnóza definuje ontologický status prožitku člověka, který má vize nebo který slyší hlasy, nebo má bizarní přesvědčení, jako pouze subjektivní a k tomu ještě narušený.

Takto nepochybně profesionálové Fráňu paní Plaché chápou – jako blud. Ale ne vždy ho takhle dělají. Toto je zajímavé, praxe nemusí volit mezi dvěma krajnostmi: věřit nebo nevěřit, že „tam Fráňa byl“. Jakkoli se zdá samozřejmé, že profesionálové „nevěří“, není to vůbec jediný způsob, jak se k té věci staví. Nevěřit není samozřejmost. Jednoznačné a explicitní je to jen v některých chvílích. Třeba když Vladka popisuje na poradě „představu“ (tedy iluzi) paní Plaché, že jí Fráňa psychicky obnažuje. Jindy ale, když se uvažuje o tom, že by si měla vzít paní Plachou do terapie, je Fráňa najednou víc skutečný i pro psychiatrické profesionály:

Řeší se, ke komu by mohla jít paní Plachá do psychoterapie. K Vladce? Co já s tím po 30 letech? ptá se Vladka. Budeš s ní..., odpovídá Zora.

(polní poznámky, komunitní denní stacionář, týmová porada)

„Co já s tím po 30 letech?“ To je povzdech nad tím, že se to bude těžko nějak měnit. Jenomže zároveň je to povzdech nad *realitou*: Fráňu tu máme už 30 let... jen tak neodejde. Ne jednu stranu je to povzdech nad neměnností nemoci, na druhou stranu nad tím, že terapie s paní Plachou bude znamenat neustále se s Fráňou setkávat. Bez ohledu na to, že ho Vladka považuje za iluzi a paní Plachá zas dobře ví, že tam opravdu je. Fráňu nelze jen tak ze skutečnosti vymazat, ani když má alespoň v některých chvílích a v přesvědčení lékařky-terapeutky status iluze.¹⁴

Vladka i Zora jsou psychiatryně, znalé a používající diagnostiky, která neproblematicky hierarchizuje skutečnost výpovědi nemocného vzhledem k výpovědi lékaře. Ale logika péče v denním stacionáři si vyžaduje víc než jen rozhodnout, co je skutečnost. To je to nejjednodušší - i z hlediska doktorky Vladky či doktorky Zory i z hlediska paní Plaché: každá z nich ví své... když na to přijde. Ale ne vždy na to přijde tak, že je nutné se explicitně rozhodovat, který popis je subjektivní a který je objektivní. Co je skutečnost a co ne. Otázka, již profesionálové řeší, zní: „Co s tím dělat?“ A odpověď („Budeš s ní...“) naznačuje, že se s nesdílenou skutečností Fráni/bludu dá v terapii nějak zacházet, aniž by bylo přímým cílem přesvědčovat paní Plachou o tom, že Fráňa „tam ve skutečnosti není“. Anebo aniž by bylo nutné, aby Vladka „uvěřila“. I nesdílená skutečnost se dá někdy sdílet. Být s paní Plachou znamená být i s Fráňou. V intimních chvílích psychoterapie, kdy se explicitně nehraje přesilová hra na to, jestli je pravdivější to, co si myslí Vladka nebo to, co si myslí paní Plachá, se síly spojují: může se mluvit o Fráňovi jako o faktu.

To, zda Fráňa je nebo není blud, se dělá na různých místech péče v denním stacionáři různě. Zrovna tak fakt nemoci paní Plaché místy existuje a místy je negován. „Kdybyste to, co jste mi tady vyprávěla, pověděla nějakému psychiatrovi, hned by vás měl za schizofreničku,“ řekla Vladka paní Plaché. Tahle věta je v situaci rozhovoru s paní Plachou konstitutivní jinak, než když ji doktorka Vladka reprodukuje na poradě. Na poradě to zní trochu jako trik, který Vladka použila, aby paní Plachou přesvědčila o zbytečnosti změny ošetřujícího psychiatra. Na poradě přece všichni vědí, že paní Plachá je schizofrenička. V kontextu Vladčina rozhovoru s paní Plachou však tato věta znamená spolupráci na tom, že schizofreničkou *není*.

Eva Syřišťová (1974) popisuje v podobném duchu strategii „izolace“ a „opouzďení“ bludu svého pacienta Zdeňka. Dohodla se s ním na tom, že nebude reagovat na obsahy vlastních bludů a halucinací, jímž se dosud podřizoval. Aby nad ním jeho „nepřítel“, kteří mu předávali nepřímé vzkazy a šifry, nezmáhali, bude jejich šifry ignorovat a tvářit se, že jim nerozumí. Bludy sice zůstaly, ale Zdeněk se vůči nim stal imunním do té míry, že mohl dokončit školu a najít si zaměstnání. A také o nich s nikým kromě své terapeutky nemluvil. Při motivaci Zdeňka k dokončení studia dokonce Syřišťová poukazovala na působení jeho „nepřítel“, jako by to byl neproblematický fakt: „(...) nemůžete tak snadno přitakat k neúspěchu, který nebyl tak zcela vaší vinou. Říkáte, že ‚oni‘ vám vzali výsledky čtyřletého studia.“ (1974: 106) Tím ovšem nedělala nic jiného, než že spoluprodukovala fakticitu jeho bludu. Toto zrealnění jí ale pomohlo k tomu, aby bludy nově, ale bezpečněji ovlivňovaly skutečnost. Zdeňkova snaha dostudovat navzdory jeho „nepřítelům“ vedla k tomu, že „nepřítel“ přestávali rozhodovat o jeho životě. „(...) podařilo se bludy nejen ‚opouzďit‘, nýbrž učinit je zároveň méně nebezpečnými pro pacienta a jeho okolí,“ píše Syřišťová (1974: 105).

Syřišťová sama sebe při popisu terapeutických intervencí ukazuje v koalici s pacientem (když v některých momentech terapie hovořila o jeho bludech jako o faktech). V pozici autorky knihy ale zase vytváří koalici se čtenářem a od bludů si buduje ontologický odstup.

Jiný přístup využili při psaní své knihy Ivan Leudar a Phillip Thomas (2000). V jejich textu není psychiatricky popisovaný fenomén hlasů apriorně pokládán za příznak nemoci. Autoři nekonstruují ne-reálnost, resp. příslušnost hlasů k nemoci tím, že by je vysvětlovali psychiatricky. Naopak si dokonce dávají za cíl „slyšení hlasů“ jako fenomén odpsychiatrizarovat. Mimo jiné tak, že ukazují relativitu jeho „podstaty“ na různých historických příkladech, které byly retrospektivně interpretovány psychiatrií jako příklady duševní nemoci. Vedle toho ale uvádějí i případ z psychiatrické praxe Philipa Thomase. U jedné pacientky trpící mnoha obviňujícími hlasy se po nějaké době terapie objevil hlas, jenž jí pomáhal se vlivu těch nepřijemných hlasů zbavit. Psychiatr nový hlas podporoval, pomáhal mu „růst“. Tento hlas jako jediný pacientku chválil. To znamená, že hlas, tedy psychiatricky definovaný symptom, působil proti jiným symptomům duševní nemoci. A v důsledku pacientka mohla začít jednat svobodněji. V rámci diskursu

¹⁴ Příklad pokusu o absolutní vymazání bludného přesvědčení přibližuje Michel Foucault, když píše o metodě psychiatra Leureta v internačním ústavu pro duševně choré: „Sprcha již neosvěžovala, nýbrž trestala, už se jí nepoužívalo, když byl nemocný ‚rozpálený‘, nýbrž když se dopustil chyby; Leuret ještě v 19. století pouštěl svým pacientům ledovou sprchu na hlavu a právě v této chvíli s nimi navazoval rozhovor, při kterém je nutil přiznat, že jejich přesvědčení je jenom blud.“ (1999:90)

V dnešní lékařské péči o duševně nemocné se nikdo o takovou věc nepokouší. Ale jsou tu jisté podobnosti. Například logika hospitalizací v psychiatrické léčebně je zacílená na snížení symptomů. Jejich přítomnost bývá kritériem při rozhodování o udělování vycházek a o ukončení hospitalizace. Svým způsobem jde o jakési vymazávání symptomů ze světa vně léčebny. Máte symptom – nepustíme, nemáte – pustíme.

psychiatrické učebnice nebo diagnostické příručky je toto nonsens: potlačovat nemoc její podporou... Praxe je ovšem – naštěstí – v tomto mnohem méně zásadová.

Někdy je to ovšem klient/pacient, kdo trvá na objektivizujícím, psychiatrickém popisu svých problémů. Kdo trvá na tom, že má nemoc. A profesionál je naopak ten, kdo se snaží ukázat místa, kde nemoc není, kde relativně neexistuje.

Stanislav popisuje včerejší den. Bylo mu „ouzko“. Stanislav vůbec hodně popisuje svoje neschopnosti. „Člověk se není schopnej ani zorientovat v tom, co se mu honí v hlavě.“ „Ale ve fotbale se orientujete,“ nabízí terapeut Robert pozitivní pohled. „Taky moc ne,“ brání se Stanislav, „stačí, když to člověk dva roky nesleduje a ty týmy se úplně změní.“ Přejde k vykupování hráčů – jak je to hrozné. Stěžuje si na svoji neschopnost doma něco dělat. Chce si nahrát na videokazetu film, který půjde o víkend v televizi. Neví, jestli to zvládne. Špatně se mu čtou noviny. Několikrát si musí přečíst větu, aby pochopil ten logický celek. Nemůže se sžít se světem svojí neteře. Od toho roku, kdy šla do školy, je úplně na nic, je nemocnej, nemohl jí nic poskytnout. Když měla oslavu narozenin, byl na propustce z psychiatrické kliniky, ale nevydržel tam a sestra ho musela honem odvézt zpátky. Není schopen si zapamatovat, na co se díval v televizi. Pes ho neposlouchá, když ho venčí. Když ho chce vzít na klín, vrčí na něj.

(plní poznámky, komunitní denní stacionář, psychoterapeutická skupina)

Vidíme tu cílený pokus profesionála vyprodukovat moment neexistence neschopnosti, a tudíž i neexistence nemoci, s jejíž pomocí klient Stanislav svoje neschopnosti vysvětluje. Terapeutovi se ovšem v tomto bodě nepodařilo s klientem navázat spojení.

Pacient/ka může i využívat psychiatrický slovník. A to dokonce s cílem vyvrátit interpretaci vlastního chování v termínech normálních vlastností.

Nejhorší na tom je, že mě zdraví lidé nechápou, říkají, že zase mám najít svou pevnou vůli a budu jako dřív. Ten diletantismus zdravých lidí mně moc vadí. Když má někdo angínu, nikdo ho z postele nežene, ale při depresi ano. Nadávají mi (mí blízcí), že jsem líná a chci být nemocná, abych nemusela v bytě uklízet, a co chci celý den dělat, když ostatní jsou pracovně vytíženi a já mám celý den volno a dávám si nohy na stůl.

(Marcela Vavrušková, Jak jsem se potkala s duševní nemocí, Esprit 5/2001)

Nejde mi tedy o kritiku diagnostických kategorií duševní nemoci v tom smyslu, že jsou nutně proti zájmům pacienta. Že jsou nespravedlivé. Nebo redukcující... Snažím se pouze ukázat, že jde o kategorie nesamozřejmé, které se ustavují lokálně a jejichž existence je relativní. Navzdory tomu, že máme všichni sklon brát je jako samozřejmé, objektivně existující a odhalitelné pravdy.

Závěr

V kritickém pohledu na psychiatrii bychom mohli podlehnout zjednodušení, že psychiatrie a psychiatrický slovník vždy válcují interpretace pacientů. Že jsou to psychiatrické profesionálové, kdo usilují vždy a všude o definici skutečnosti v psychiatrickém režimu řeči. Ale vlastně mi šlo o to, ukázat opak. Vždyť co to znamená poskytovat péči duševně nemocnému člověku? Co znamená jednat s někým jako s psychotikem? Znamená to zacházet s ním vždy a všude jako s nemocným? Znamená to vždy a ve všem hierarchizovat různé popisy skutečnosti v duchu diagnostické příručky? Ne: znamená to rozehrávat *různé* reality. Realitu nemocí, ale i realitu zdraví. Subjektivní skutečnost bludu, ale občas i skutečnost toho, že blud není pouze subjektivní, že je zkrátka reálný. Znamená to vytvářet kolem těchto realit a na jejich podporu či na jejich zpochybnění heterogenní koalice prvků. Chorobopisů a názorů sdílených v týmu. Léků a režimu zařízení. Naslouchání klientovým slovům. Smlčení vlastního přesvědčení a vyslovování vlastního přesvědčení. Používání psychiatrické terminologie a používání laického slovníku...

Dokonce i snaha lékaře na psychiatrickém oddělení definovat situaci medicínsky byla takovým rozehráním odlišných realit. Nebyla pokusem o absolutní popření Anežčiny reality, nýbrž pokusem o její vykázní do „patřičných“ mezí, do pole subjektivity. Byla hierarchizací. Byla svého druhu stvrzením skutečnosti. Tím, že ji ontologicky podřazovala na nižší stupeň, z ní však dělala skutečnost neexistující „objektivně“.

Ukázali jsme si lokální produkci různých skutečností, které jsou ale v učebnicích podávány jako řádově neslučitelné: objektivní versus subjektivní, skutečné versus neskutečné, pravdivé versus nepravdivé... Ukázali jsme si, že všechny ty subjektivní, nepravdivé skutečnosti jsou v některých chvílích produkovány jako skutečné. Ale jen v některých chvílích. Svým způsobem se dá říci, že je vlastně strašně snadné vyprodukovat nějakou pravdu či skutečnost. Vždycky někde nějaká vznikne. Ale ne vždy má dlouhého

trvání. Václav Bělohradský píše, že „pravda je banální a je snadné ji vyrobit.“ (1997: 83) Současně ale odkazuje k tomu, že jsou k tomu potřeba účinné technologie, jako je pitva, mučení, psychoanalýza, zpověď, pozorování, pokusy, měření a podobně. Jestliže je snadné vyrobit nějakou trvalejší pravdu, pak (dodejme) jedině s pomocí nesnadno vzniklých a nákladně fungujících technologií. Technologie pravdy nevyrábějí pravdu zadarmo. Právě používání nejrůznějších optik a technologií psychiatrické péče (Paleček 2004), v nichž se pravda doslova materializuje, zajišťuje, že některé pravdy drží ve srovnání s jinými mnohem lépe pohromadě. Že jsou ve výsledku objektivní. Jsou trvalejší. Hraje se tedy o to, která pravda, která skutečnost bude i nadále existovat... která vydrží. Dostane-li se bludnému prožitku pacienta v rozhovoru s profesionálem statusu realistického popisu skutečnosti, nemá to dlouhého trvání. Stvrzení neexistence nemoci je prchavé. Chybí mu materializace, další opory, které by jej objektivizovaly. Už po skončení terapie je z pacientova prožitku zase jen skutečnost subjektivní. Oproti tomu psychiatricky vystavěná skutečnost drží pevně dál: materializovaná v chorobopisech, reprodukováná v debatách týmu, ukotvená v diagnóze... Nemoc znovu existuje: pevně ve vztazích, to jest relativně.

Praxe tedy neznamená jednoduše zacházení s dopředu, univerzálně, ve všech situacích existující nemocí. Péče je plná míst, kde nemoc – relativně – neexistuje. Počínaje deskripcemi vlastních prožitků pacientů bez „náhledu“. Přes momentální koalici klienta (popisujícího svoje přesvědčení) s empatickým terapeutem. A konče místy, v nichž se profesionál snaží v rámci skupinové terapie povzbudit klienta, že něco zvládne, zatímco on trvá na své niterné úzkosti: podle něj tu nemoc je a působí. Sám profesionál tak dělá nemoc jako neexistující.

Profesionálové tedy běžně dělají ontologické posuny: od existence k neexistenci nemoci a zase zpátky. Ty však bývají pouze implicitní součástí péče. Přítomnost a reflexe těchto míst v péči má ale co dělat s „otevřeností“ péče vůči různým verzím skutečnosti. Tím nenavrhují apriorně přistupovat na verzi světa, kterou popisuje pacient. Navrhují citlivost¹⁵ k tomu, že verzi skutečnosti je mnoho. Že skutečností je mnoho. A že lze nalézt/produkovat smysl pacientova děláním skutečnosti. Necitlivost naopak znamená apriorní upřednostnění psychiatrizující verze světa. Je-li v některých situacích psychiatrie takto anestetizovaná¹⁶, některé věci vůbec nemůže vidět. Rozvíjí realitu nemoci ve vlastní logice, bez ohledu na to, že v jiné logice, při jinak vybudované citlivosti (a při jinak budované nemoci!), lze některé události psychiatrické péče přesvědčivě předvést jako hluboce nespravedlivé. Jako to bylo možné ukázat na situaci s Anežkou.¹⁷

LITERATURA

- BĚLOHRADSKÝ, V. (1997): *Mezi světy a mezisvěty. Filosofické dialogy*. Praha: Votobia
- ECO, U. (2000): *Mysl a smysl*. Praha: Moraviapress
- FOUCAULT, M. (1999): *Psychologie duševní nemoci*. Praha: Dauphin
- GERGEN, K. J. (1990): *The Saturated Self: Dilemmas of Identity in Contemporary Life*. New York: Basic Books (Citováno podle TSEĚLON, E. (1992): Is the Presented Self Sincere? Goffman, Impression Management and the Postmodern Self. *Theory, Culture and Society*, 9, 115-128)
- GOFFMAN, E. (1999): *Všichni hrajeme divadlo*. Praha: Nakladatelství Studia Ypsilon
- JANOTOVÁ, D. (2001): Zásady přístupu k psychiatrickým pacientům, psychiatrické vyšetření, psychopatologický rozbor. In: RABOCH J. / ZVOLSKÝ P. / et al.: *Psychiatrie*. Praha: Galén, Karolinum, 63-71

15

Otázka je, o jaký druh citlivosti by se mělo jednat. Pravděpodobně nebude mít velký smysl dovolávat se jakési individuální reflexivity a opatrnosti psychiatrických profesionálů. Taková moralizující výzva by byla jen zbytečně frustrující v situaci, kdy profesionál musí ve své každodenní praxi především jednat a kdy je naše uspořádání péče nastaveno spíše necitlivě. Součástí systému péče je totiž určitá necitlivost například k tomu, že individuálně zaměřená lékařská intervence je současně intervencí do celé sítě pacientových vztahů, do propojení s jeho dalšími identitami, do jeho biografie, do vazeb s věcmi okolo něj. Tedy že se jedná o zásah do všeho toho, co je mimo něj, ale co ho přitom také tvoří. (Paleček 2004) Pokud tu volám citlivostí, měla by to být spíš citlivost institucionální, zakotvená v uspořádání péče.

¹⁶ Necitlivost je samozřejmě rubem specificky budované citlivosti. Například doktor, který se rozhodl intervenovat aplikací zklidňující injekce při události na psychiatrickém oddělení, byl nepochybně citlivý. Viděl symptomy nemoci tam, kde by je někdo jiný třeba ani nebyl schopen vnímat. Citlivost a necitlivost nejsou v tomto smyslu kategorie morální, ale spíš kategorie epistemologické. Vždy když něco nějak vnímáme (když jsme pro něco citliví), jsme současně a nutně také nějak necitliví.

17

Tento text vznikl přepracováním jednoho z výstupů výzkumu „Model sledování, hodnocení a zkvalitňování komunitní péče o duševně nemocné“, podpořeného grantem Interní grantové agentury MZČR (reg.č. projektu NO6656-3/2001). Do této podoby byl zpracován v rámci výzkumného záměru CTS: „Teoretický výzkum komplexních jevů ve fyzice, biologii a vědách o společnosti“, MSM 0021620845.

- LATOUR, B. (1999): *Pandora's Hope. Essays on the Reality of Science Studies*. Harvard University Press. Cambridge, Mass.
- LATOUR, Bruno (2000): When things strike back: A possible contribution of "science studies" to the social sciences. *The British Journal of Sociology*, 51, 1, 107-23 (česky: Když věci vracejí úder: Co mohou sociálním vědám přinést „vědní studia“. *Biograf*, 2002, 29, 3-20)
- LEUDAR, I. / THOMAS, P. (2000): *Voices of Reason, Voices of Insanity. Studies of verbal hallucinations*. London and Philadelphia: Routledge
- PALEČEK, J. (2004): Opakujte po mně: duševní nemoc - říkáte to stejně?!?! O překládání duševní nemoci. *Biograf*, 34: 35-69
- PETŘÍČEK, M. (1999): Globální šachy. In: Bělohradský, V. / Gogola jr. J. / Keller, J. / Petříček jr. M. / Příbáň, J.: *Eseje o nedávné minulosti a blízké budoucnosti*. Praha: G plus G, 149-160
- RABOCH, J. / PAVLOVSKÝ, P. (2001): *Psychiatrie. Minimum pro praxi*. Praha: Triton
- RABOCH, J. / ZVOLSKÝ, P. et al. (2001): *Psychiatrie*. Praha: Galén, Karolinum
- RHODES, L. (1984): ‚This will clear your mind‘: The Use of Metaphors for Medication on Psychiatric Settings. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 8, 1, 49-70
- RICOEUR, P. (1997): *Teória interpretácie: Diskurz a prebytok významu*. Bratislava: Archa
- SYŘIŠŤOVÁ, E. (1974): *Imaginární svět*. Praha: Mladá fronta.
- VAVRUŠKOVÁ, M. (2001): Jak jsem se „potkala“ s duševní nemocí. *Esprit*, 5, 5, 2-3