# Opakujte po mně: duševní nemoc - říkáte to stejně?!!? O překládání duševní nemoci

**Jenda Paleček**

**Biograf**

**Časopis (nejen) pro biografickou a reflexivní sociologii**

ISSN 1211-5770
Reg. pod č. MK ČR E 8364

Biograf aktálně vychází dvakrát ročně v tištěné verzi i jako on-line časopis. Publikuje empirické, metodologické i teoretické příspěvky věnované kvalitativnímu výzkumu.

**E-mail:**
casopis@biograf.org
**Website:**
http://www.biograf.org

**Rok 2004, číslo 34**
**Vyšlo 22.9.2004**

© Časopis Biograf 2004

## Abstrakt:

**Repeat after me: mental illness - do you say it in the same way as me?!!? Translating mental illness**

This work is primarily concerned with how mental illness is established in psychiatric care. Based on the analysis of a number of examples of care events, an empirical conclusion was reached. Namely that the existence of mental illness is not as self-evident as it might seem - borders of mental illness are arranged and created by psychiatric care. Every care arrangement builds specific links between illness and normality but also separates the former from the latter in a specific way. Borders of illness are commonly realigned in everyday practice and as such psychiatric care arrangements locally arrange and produce illness. However, whilst some arrangements and care interventions do this with respect to this local context, others disregard this. This can be demonstrated here by 3 examples: from an acute care department in a psychiatric hospital, from an initial psychiatric examination in a day clinic and by an example of community social work. Each case represents a specific apparatus producing reality, i.e. a visible illness. The conlusions illustrate that mental illnes is heterogenous and a locally produced entity, the formation of which the care participates in. Psychiatric care should more overtly admit this in its self-reflection and in its organisation. It would be helpful to explicitly change the model of illness, leaving behind a model of diffusive illness and moving towards a model of translated illness. If care would be described and understood as "mediator and translator" rather than as the "medium" affecting independently existing illness, then care arrangements would reflect

more properly their interferences in patient's relationships and in the world in which the patient lives. The question which should be answered by psychiatric care arrangements is no longer: "How to react to illness? How to influence it?" Rather, it should be: "How is it possible to create illness differently?"

## Citujte takto:

PALEČEK, J. (2004): Opakujte po mně: duševní nemoc - říkáte to stejně?!!? O překládání duševní nemoci. *Biograf* (34): 107 odst. Dostupné na adrese http://www.biograf.org/clanek.php?clanek=3402

Normální nejistota

1.
Západní medicína není koherentní celek, píší Mol a Berg v úvodu jimi editovaného sborníku (1998). Nejde o jednotu, nýbrž o amalgám myšlenek, zvyků, technik, o zacházení s těly, studium snímků, výpočty, konverzaci. Nejsou jen různé ne-, para-, anti- nebo mimovědecké jazyky - vedle biomedicíny, samotná tzv. vědecká biomedicína je mnohojazyčná, citují Mol a Berg Donnu Haraway (1991). Mnohojazyčnost a střet perspektiv a praktik uvnitř organické medicíny - toto utváří tělesnou chorobu.

2.
Psychiatrie to má s těmi "jazyky" a střety perspektiv ještě těžší. Nestačí, že i slovník samotné vědecké a klinické psychiatrie je mnohojazyčný (jazyk diagnostiky, jazyk neurobiologie, neurochemie, jazyk anamnézy…). Je tu také psychiatrie komunitní. Zatímco ta první si klade za cíl zabývat se "prevencí, diagnostikou a léčbou duševních poruch" (Raboch, Zvolský 2001), ta druhá se definuje například jako "síť služeb, které nabízejí kontinuální léčbu, ubytování, zaměstnání a sociální podporu a které společně pomáhají lidem s duševními problémy znovuzískávat jejich normální sociální role" (Thornicroft, Szmukler 2003). Soudě podle definic se první zabývá pouze nemocemi a druhá se zas spíše než nemocem samotným věnuje duševně nemocným lidem a jejich sociálním rolím. V psychiatrii, pokud je pojímána takto široce, není cílem jenom léčit, ale také, zdá se, ubytovávat, zaměstnávat, podporovat… To všechno do ní patří. Ale i toto se pak týká nemoci. Předmětem tohoto článku je právě to, *jak* se jí všechny ty rozmanité akce či intervence psychiatrické péče týkají.[1]

3.
Vrátím se ještě jednou k textu Mol a Berga (1998) a skrze něj k článku Barbary Smith "Black lung: Social production of a disease" (1981), o němž se zmiňují. V něm jeho autorka klade přímo do nitra, do podstaty nemoci sociální vztahy. Černý kašel horníků ze Západní Virginie není žádné jsoucno jednoduše reprezentované objektifikovaným snímkem z rentgenu, neplatí prosté: čím bělejší snímek, tím černější kašel. Při posuzování, zda nemocnému přiznat či nepřiznat kompenzace za zdravotní postižení, se lékařská kategorie rozdělila do dvou kategorií soupeřících. Jeden černý kašel (ztělesněný rentgenovými snímky) reprezentoval zájem těžební společnosti, která potřebovala jasné kritérium pro určení zdravotních potíží, nezohledňující názor samotných horníků. Druhý "černý kašel" byl vyjadřován v termínech subjektivních potíží a posléze i v diagnostickém kritériu "omezené dýchací schopnosti", které nevedlo ke stejným výsledkům jako pohled na rentgenové snímky. A tenhle kašel zas reprezentoval zájmy horníků - ti cítili, že si zaslouží odškodnění ne proto, že jejich rentgenové snímky jsou špatné, ale proto, že trpí. Jejich subjektivní pocit se nutně neshodoval s posouzením podle rentgenu. Pacientská interpretace vlastní situace se tak dostala přímo do středu biomedicíny. A s ní i - podle marxistky Smithové - třídní konflikt. Ten nerespektuje hranice vědy a prostě je překročí, stává se tedy součástí vědy.

4.
Něco podobného bychom mohli říci i o psychiatrické péči. O té klinické i o té komunitní. Třenice, nesourodost popisů jsou přímo v jejich nitru. Například ve formě nesouladu mezi pacientskou interpretací a interpretací psychiatra nebo jiného pomáhajícího pracovníka. Nebo ve formě střetu nároků či norem určitého prostředí a jednáním/myšlením uživatele péče.

5.
V diagnostické příručce nebo v učebnici je to jakž takž jasné: pacientova výpověď, zjev a další informace z pacientova okolí se propasírují skrze algoritmus diagnostického rozhodovacího procesu a objeví se nemoc. V této zkratce duševní nemoc splývá s diagnózou. A pravda a objektivita splývá s psychiatrickou definicí, zatímco subjektivita zůstala na straně pacienta. Ale učebnicový výsledek není v praxi přítomný napořád a ani neplatí všude stejně. Co je vlastně duševní nemoc, které projevy uživatele jsou zdravé, které lze přičíst osobním vlastnostem a které patří nemoci…? Nic z toho není samo sebou. A jestliže je něco z toho jednoznačné, znamená to jen to, že někde muselo být k dosažení této jednoznačnosti vynaloženo nějaké úsilí. Například ve vzdělávání psychiatrů, kteří jsou teprve až po několika letech tréninku schopni *spatřovat* ve svých pacientech diagnostické typy. Ale ani pro "vidoucího" psychiatra není takto otázka, co je vlastně duševní nemoc, definitivně *prakticky* vyřešena. Psychiatr Jan Lorenc mluvil na Konferenci sociální psychiatrie v roce 2003 o svojí práci v krizovém týmu. Jeho

intervence, jak říkal, mají povahu jakéhosi "přeskakování", přepínání mezi tím, co prožívá pacient, a tím, co vidí on jako psychiatr. Dovolím si to interpretovat jako pohyb v různých realitách. A také jako budování různých realit. Právě toto je základní pohyb psychiatrické péče. A v něm se také "děje" skutečnost nemoci. Zdá se, že skutečnost (nemoci) je spíš něco, co se *děje*, než co prostě je.

6.
Foucault (1993, 1999) předvedl nesamozřejmost duševní nemoci v historickém pohledu. V tomto textu docházím ke stejné pointě. Duševní nemoc ukazuji jako nesamozřejmou kategorii a nesamozřejmé jsoucno. Činím tak ale s pomocí rozboru každodennosti péče, analýzou několika momentů současné psychiatrické praxe, v níž je nemoc denodenně re-produkována.

7.
Jakou teoreticko-výzkumnou optikou se však dívat na skutečnost nemoci, když si ani z událostí odehrávajících se v psychiatrické péči neproblematicky nemohu vypůjčit žádnou "platnou a jistou" skutečnost, poněvadž každá je tam z různých stran neustále překládaná? Stačí chvíli pozorně naslouchat různým aktérům. Kdybych si jednu z výpovědí vybral za pevné východisko, bylo by to nefér vůči jedné, druhé či nějaké další straně. Spíš to vypadá tak, že skutečnost nemoci je potřeba tematizovat velmi opatrně, jako nehotovou.

8.
Pokud bych to chtěl vyhrotit, řekl bych, že mne nezajímá, zda je ta či ona výpověď bláznivá, objektivní, odborná, subjektivní, nenormální, pravdivá, lékařská, nepravdivá, nemocná, skutečná… Zajímá mne, jak se takovou stává. Nezajímá mě hotový status různých fenoménů. Zajímá mě nehotovost statusů různých ne/skutečností, vyjednávání a ustavování jejich ne/reálnosti, ne/normálnosti. Latour (1999) navrhuje koncept relativní existence, který popisuje reálnost něčeho jako množství a pevnost vztahů, s jejichž pomocí je této reálnosti dosahováno. Což znamená - reálnosti faktu je dosahováno asociacemi prvků. Něco je reálné tehdy, když je to dobře konstruováno. V jakých propojeních, souvislostech, asociacích vzniká něco tak místy pevného a jinde zas křehkého a nejistého, jako je duševní nemoc? Tahle otázka provází celý následující text.

9.
Jak může být ale zrovna toto téma zajímavé pro profesionály (sociální pracovníky, psychiatry, terapeuty, psychology, zdravotní sestry…)? Ti, nemajíce pohodlí výzkumného odstupu, se totiž musí rozhodovat a jednat. Nemohou donekonečna přemítat o tom, jak se nemoc, problémy a prožitky uživatelů péče dají nazývat různými jmény, jak se na ně dá různě reagovat a jak se tím všechno a všichni (tu více, tu méně) proměňuje.

10.
Pohled prezentovaný v této studii by jim snad mohl nabídnout jistou úlevu. Poněvadž profesionálové stojí každodenně před komplikovanou otázkou: Co si s různými a s různě silnými definicemi skutečnosti a problémů prakticky počít? Nejistota a nehotovost, střety různých pravd nejsou nějakým pouze průvodním jevem, který v ideálním případě zmizí. Jsou spíš ustavující součástí psychiatrické praxe. Jsou legitimní! Praktickým problémem proto není, jak se různorodosti *zbavit*, nýbrž jak ji *sdílet*. Právě toto psychiatrie den co den řeší. Když profesionálové "reagují" na nemoc, stojí vždy před problémem *překladu*. Překládají například zkušenost uživatele/pacienta do jazyka klinické psychiatrie. Nebo do jazyka sociální práce. Každý takový překlad může mít odlišné důsledky pro to, co nakonec nemoc vlastně je, co všechno do ní patří a co už ne.

11.
Budu mluvit o podílu péče na tom, co je to duševní nemoc. To však není obvinění a byl bych nerad, aby to tak vyznělo. Profesionálové vstupují do již rozehrané hry. Duševní nemoc už dávno existuje - ustavená v souvislostech, které sahají daleko do historie, také široko do současnosti, a které se netýkají zdaleka jenom lidí. Ale každý vstup, každá intervence, akce profesionálů nebo třeba vznik a působení nové psychiatrické služby tyto souvislosti ovlivňují. Někdy stvrzují zaběhaný chod věcí, jindy ho naopak podvracejí. Když mluvím o podílu, spoluvytváření, produkci nemoci, nemluvím o vině, ale o příležitosti. Mít moc ovlivňovat, co je to duševní nemoc a co je to být duševně nemocný, není nic samo o sobě špatného. Není to žádný strašák. Vlivy profesionálů, psychiatrického diskurzu, učebnic, oběhu peněz ve zdravotnictví, moc legislativy… jsou pragmaticky vzato nástroji, jež lze používat s dobrými (ale i se špatnými) výsledky. Nejde mi o nic jiného, než podpořit senzitivitu ve vnímání důsledků toho, jak je uspořádána a jak působí péče.

12.
Určit místa, kde se ustavuje podstata duševní nemoci, by stálo za samostatnou studii. Je jasné, že nemoc se neustavuje pouze v péči. Psychiatrie je nicméně významným hráčem nebo, lépe řečeno, polem s významnými hráči. Já se omezím právě na oblast psychiatrie, kde jsem měl možnost se několik let pohybovat. Nejdříve jako socioterapeut v domě na půli cesty a poté jako výzkumník.

13.
Pro tuto studii jsem využíval vlastních polních poznámek z návštěv komunitního denního stacionáře pro duševně nemocné a také polních poznámek Davida Kocmana z jeho návštěv psychiatrické léčebny.[2] V analýze jsem použil i zápis z jedné ohniskové skupiny[3] a jednu kazuistiku vypracovanou sociální pracovnicí z komunitní organizace pro vzdělávací kurz. Kromě takto získaného materiálu jsem pracoval i s psychiatrickou

literaturou a s články uživatelů péče, publikovanými v časopise *Esprit*, který vydává Česká asociace pro psychické zdraví.

Nejisté hranice duševní nemoci

14.
Pokusím se nejprve na třech příkladech předvést, co to znamená vidět duševní nemoc. Přiblížím tři různé optiky. Každá z nich je spojena s určitým materiálně-sociálním uspořádáním[4] péče a intervencí, které ustavuje duševní nemoc specifickým způsobem. Vidět duševní nemoc znamená zároveň ji nějak zviditelnit, učinit ji viditelnou a viděnou. Každý objektivní fakt nemoci je nesamozřejmým výsledkem uspořádání péče a profesionálních intervencí. Konstitutivní optiky se však mohou lišit. Hranicemi nemoci je manipulováno, její propojení nebo naopak rozpojení s normalitou se v péči může vykonávat rozličnými způsoby.

Nemoc na první (intenzivní) pohled

15.
Ošetřovatel Erik z neklidového oddělení v psychiatrické léčebně říká:

> U nás jsou symptomy nemoci vidět *na první pohled*. Jsou tady *učebnicoví* blázni. Jinde na jiných pavilonech symptomy časem ustupují. Nebo je pacienti umí disimulovat. To se tu nestane. Jakmile symptomy ustupují, pacienti jsou překládáni na klidové pavilony.(polní poznámky, neklidové oddělení psychiatrické léčebny v C.)[5]

16.
Na první pohled... V jakém smyslu lze na neklidovém pavilonu vidět symptom nemoci "na první pohled", tedy tak, že stačí jedno pozvednutí zraku a všechno je jasné? Rychle a bez nějaké zásadní mýlky. Podle toho, co ošetřovatel Erik říká, to vypadá jednoduše: na pavilonu jsou prostě hospitalizováni "učebnicoví blázni". Jejich "učebnicovost" je něco neproblematicky zjevného a samo-zřejmého.

17.
Ale podívejme se na to pomaleji - skrze praktiky fungující na pavilonu, přes to, jak probíhá přijetí pacienta i jeho hospitalizace.

18.
Na "neklid" se dostává pacient buď z příjmového oddělení psychiatrické léčebny nebo z jejího jiného oddělení, pokud se "zdekompenzoval". Dostává se tam právě proto, že už se někde, v rámci jiného prostředí, ať už doma nebo na jiném místě v léčebně, odehrá(va)lo

něco dramatického. Už dopředu proto pacienta někdo indikoval jako toho, kdo potřebuje intenzivní péči, zklidnění a dohled. A jako toho, kdo je duševně nemocný a měl by být v tomhle stavu v léčebně - přirozeně. (Jak vysvětluje staniční ošetřovatel, mají tu hlavně afektivní poruchy v manické fázi, depresivní pacienty, u kterých hrozí suicidum a schizofreniky v paranoidní psychotické fázi.) Personál na "neklidu" už dostává člověka definovaného svým způsobem jako "učebnicového blázna". Tím samosebou nechci tvrdit, že bez téhle předpřipravené učebnicovosti a zřejmosti nemoci by personál žádné příznaky neviděl. To bych byl blázen. Ale možná by je viděl jinak nebo by viděl jiné.

19.
Ostatně když staniční ošetřovatel popisuje, jak probíhají příjmy na neklid, dostává se k tomu, že vlastně ani tak moc pacifikovat lidi nemusí. Když je přiveze policie, jsou už většinou v poutech a zklidnění. Jenom je třeba překurtují. A ani když někoho překládají z jiného pavilonu, protože byl nějak divoký, to nemusí dělat. Pacienti často přijedou už klidní. Kdyby personál vycházel jen z toho, co vidí, některé pacienty by nebyl důvod na neklid přijímat. Ale pacienta doprovází nějaká zpráva o tom, co se odehrálo, a proč je tedy dobré ho hospitalizovat právě tady. Toto navázání na popis situace (od policie, od jiného lékaře), která se odehrála v jiném čase a místě, umožní personálu jednat s pacientem jako s potenciálně neklidným, i když aktuálně třeba neklidný není.

20.
A není to jenom tohle propojení se zprávami od jiných profesionálů. Je to také zkušenost. Zkušenost odborná - profesionálové z náznaků v chování dokáží předvídat, co bude následovat. A zkušenost s konkrétním pacientem z jeho minulých hospitalizací na "neklidu". Toto vše jim umožní *vidět* u každého pacienta za určitými náznaky možné zhoršení jeho stavu a reagovat na ně.

> Snaží se předcházet fyzické pacifikaci, fixaci, kterou považují až za opravdu poslední způsob, jak s pacientem nakládat. Jak o tom staniční ošetřovatel mluvil, vyvstávalo tohle krédo jako hlavní/klíčový limit jejich práce - udělat všechno pro to, aby k tomu nemuselo dojít. Proto medikují … a medikují. Proto také kladou velký důraz na intenzivní dohled nad pacienty. Má se tím předejít zhoršení stavu. Je to o prevenci, jak říkal. Sledují, zda se neobjevují symptomy nemoci, které by značily možné zhoršení stavu. Blížící se ataky. Stačí gesto, mimický výraz, kterého si všímají, a přistoupí k preventivnímu zákroku. (polní poznámky, neklidové oddělení psychiatrické léčebny v C.)

21.
Avšak propojení pohledu profesionála s událostmi, kterými pacient prošel na jiném místě, nebo i zde, ale v jiném čase, s vlastními zobecněnými zkušenostmi a odbornými znalostmi

není vůbec jediným formujícím prvkem při ustavování perspektivy, v níž jsou "na první pohled" vidět symptomy nemoci.[6]

22.
Celá péče na neklidovém pavilonu je organizována kolem jednoznačně vymezeného zájmu: dohlížet na pacienty (ve srovnání s jinými pavilony intenzivněji), aby si nic neudělali, když jsou suicidální, a aby neudělali něco někomu jinému. Podle "Interních předpisů pro omezení a dohled" musí personál za všech situací u všech pacientů dohlížet na chování, dát pozor na případné pokusy o útěk, na polykání medikace, na příjem potravin/tekutin, na nebezpečné předměty, na spánek. Dohled nad chováním a symptomy pacientů se vykonává s pomocí sady různorodých prostředků.

23.
Za prvé s pomocí prostorového uspořádání a vizuální přístupnosti: nejsou tu všelijaká zákoutí, jako na jiných pavilonech, prostor je poměrně přehledný. Celý prostor je pro personál relativně snadno prostupný. Je celkem prostupný i pro pacienty, pokud nejsou umístěni v izolaci nebo v pokoji intezivní péče; ven však samozřejmě pacienti nemohou. Personál používá univerzální klíče (jeden od vchodu do pavilonu a druhý od většiny dveří uvnitř). Narozdíl od jiných oddělení v léčebně se sesterna, umístěná uprostřed oddělení, před pacienty nezavírá. Je hlavním komunikačním prostorem. Pacienti sem chodí velmi často - pro léky, zapálit si cigarety. Ze sesterny vedou na obě strany, do mužské i ženské části, dveře na hlavní chodbu, z níž jsou přístupné pokoje. Místnosti jsou sledovány kamerami, obraz je přenášen do sesterny. Na obrazovce umístěné spolu s ovládacím zařízením na stole uprostřed sesterny jsou nastavena čtyři okna, na kterých je vidět, co se děje ve dvou zdejších místnostech izolace a v dalších dvou místnostech. Pohybem knoflíku lze přepnout z multi-vize všech sledovaných prostor na režim jediné kamery - jediného pohledu. Stiskem jiného knoflíku se udělá zoom do místnosti. Při potřebě zvýšeného sledování pacienta, redukce jeho volného pohybu, redukce přístupu ostatních pacientů k jeho lůžku se využívají dva pokoje intenzivní péče, každý sousedící z jedné strany se sesternou. Do pokojů intenzivní péče (mužského a ženského) vedou ze sesterny velká okna s roletami, která umožňují vizuální kontrolu toho, co se v pokojích odehrává. Noční služba pacienty kontroluje každou hodinu, což funguje jako prevence mimořádných situací.

24.
Za druhé, pacienti tu nechodí v civilu, ale v nemocničním obleku, v němž nemají kapsy a prostory pro uschovávání svých věcí, které jim mohou být nebezpečné. Nemají u sebe osobní věci - ani ve svých stolcích na pokojích. Když si například chtějí zakouřit, musejí jít na sesternu a nechat si připálit od sester. Nemohou u sebe mít zapalovače.

25.
Za třetí tu není tolik pacientů jako jinde. Zatímco na jednom z pavilonů následné péče je jich padesát, tady je to asi polovina. A personálu je tu zhruba stejně jako na jiných pavilonech.

26.
Za čtvrté součástí intenzivního dohledu je povinnost dělat o každém pacientovi zápis do dekurzu dvakrát denně. To je také odlišné. Na jiných pavilonech se zapisují jenom nějaké zajímavosti, důležité věci, události, něco neobvyklého.

27.
Všechny tyto dozorovací a dozor umožňující praktiky tím, že něco dělají, umožňují něco vidět. To znamená, že dělají viděný výsledek, pozorovaného pacienta. Spoluvytvářejí specifického pacienta, který by jinde (navzdory všem existujícím podobnostem a spojitostem) jednoduše nebyl tak úplně tentýž.[7] Prostředky, které usnadňují dohled a minimalizují riziko agrese a sebeagrese, jsou materializovanou optikou, v jejímž zorném poli se objevuje *aranžovaný* výjev[8] - pacient v pyžamu bez kapes, bez možnosti disponovat osobními věcmi, pacient pohybující se pouze mezi stěnami oddělení, v případě potřeby držený v jedné místnosti přístupné pohledu personálu, pacient "rozjetý": agresivní, halucinující, depresivní, sebevražedný (… popřípadě posléze pacient zklidněný). Blázen ve své čisté podobě. Učebnicový blázen!

28.
Považme: pacient a jeho nemoc se tu ocitají v jakémsi stavu "o sobě". Bez lidí, s nimiž se jindy pacient stýká, bez věcí, které mu patří nebo které jindy více či méně úspěšně využívá, bez dokladů...

Nespojitosti a spojitosti

29.
Péče na neklidu utváří nemoc jako *samostatnou entitu*, jako *nespojitost*. V zorném (a výkonném) poli péče se nemoc ukazuje (a produkuje) jako jsoucno projevující se naprosto odlišně, vyžadující zcela jiné způsoby zacházení, než je tomu jinde. (Na jiných pavilonech symptomy časem ustupují nebo je pacienti umí disimulovat. To se tu nestane, říká přece ošetřovatel Erik.)

30.
Dá se nicméně namítnout, že péče na neklidovém oddělení také na něco navazuje. Vždyť jsme to viděli. Už to, že se sem pacient dostaví nejen osobně, ale třeba sanitkou a v doprovodu dalších lidí, něco vypovídá o minulém dění. Kromě toho jej ale navíc

doprovází i dokumentace popisující pacienta především jako subjekt, jako (nemocného) aktéra. Dokumentace vypovídá o tom, co právě tenhleten pacient někde jinde dělal. Co dělal právě on, a ne někdo jiný nebo něco jiného. A o čem by se od něj samotného vůbec personál nemusel dozvědět. Je to důležité. Personál to potřebuje vědět, aby byl připraven na možná rizika. Aby věděl, co mohou jednotlivé pacientovy projevy zvěstovat. Nemoc je zde tudíž souvislým celkem. A nejen směrem do minulosti, ale i do (blízké) budoucnosti. Aktuální stav pacienta, vyvozovaný ze zpráv o jeho minulém jednání, předznamenává nějaký budoucí (potenciálně rizikový) stav. Toto propojení do budoucnosti samozřejmě nelze nějak přímo předvést, budoucnost nelze prostě a jednoduše ukázat.[9] Ale, jak už bylo řečeno, nynější stav lze s tím budoucím propojit nepřímo - skrze zkušenosti lékařů a s pomocí historie pacientovy nemoci. Personál to tak dělá: intenzivně dohlíží na příznaky, aby preventivně zasáhnul proti případné atace - ještě než se stihne plně rozvinout.

31.
Jenže celá tato spojitost je rovněž nespojitá vzhledem k "normálnímu životu". Proto tu přece pacient je hospitalizovaný, poněvadž byl, je a může být nebezpečný sobě nebo okolí. Nemůže zůstávat "venku". Proto je zavřený tady. Je to bezpečnější. Nespojitost s péčí na jiných odděleních tak není jedinou diskontinuitou, je tu ještě diskontinuita s okolním světem, materializovaná zdmi, zamčenými dveřmi, striktním režimem, dokumentací zachycující souvislosti s projevy nemoci, které jsou neslučitelné s životem ve "vnějším světě".

32.
Avšak přece jenom je ve hře i *spojitost* s "normálním životem", s různými životními okolnostmi pacientů nebo s různými logikami, které se jich také chtě nechtě týkají. Nelze jednoduše říct, že péče na neklidovém oddělení redukuje pacienty na jejich příznaky, byť příznaky jsou tím, co je tam "na první pohled" vidět. Mnohé z těch věcí, diskurzů a lidí patřících do pacientova života, se na "neklidu" tak či onak objevuje. Oddělení odděluje, ale nerozpojuje všechny vazby definitivně, spíš je mění. Doklady a osobní věci, které si pacient přinesl, nezmizí ze světa - jsou uloženy na oddělení na bezpečném místě. Příbuzní či blízké osoby pacienta nezůstanou kdesi venku, za zdmi léčebny, absolutně odtrženi od toho, co se na "neklidu" děje.[10] Naopak se běžně zpřítomňují v hovorech personálu na poradách. Anebo přímo pacienty navštěvují… Ale to vše (a ti všichni) se tam objevuje jinak, než jak by se to objevovalo někde jinde. Praktiky na neklidovém oddělení mnohé pacientovy vazby s lidmi a věcmi fyzicky i sociálně předělávají, nově je uspořádávají. Rekontextualizují. A tím ovšem také re-produkují: osobnosti pacientů, jejich duševní nemoc, jejich zdraví… lokálně plodí identitu různých jsoucen. Rekontextualizace a reprodukce nejsou ale znakem špatné péče. Spíš jsou znakem - a podstatou - každé péče. Problematičnost zdejší rekontextualizace plyne ne z toho, že probíhá, ale jak probíhá. Dostaneme se k tomu ještě v závěru.

33.
Do hovorů a jednání zaměstnanců tak běžně vpadávají další logiky - logika životního příběhu pacienta a jeho zkušeností, logika legislativy, která dělá například z agresivního pacienta navíc pacienta kompetentního ve věci jeho osobních údajů atd...

> Pacient, kterému říkají "Rainman". Zase mladý kluk, který se při vizitě ptal, kdy už ho pustí. Když zjistil, že doktorka L. ho ještě nechce pustit, že má na jeho stav jiný názor než on, naštval se a ukončil rozhovor tím, ať vypadneme a necháme ho být. Když mu pak doktorka ještě něco říkala, odseknul, ať okamžitě vypadneme, nebo ji kopne. Oba ošetřovatelé se v tu chvíli napružili do pohotovostní pozice a doktorka rychle rozhovor ukončila. Na poradě o tom informovala jako o první věci. Říkala, že s ní vůbec nechtěl mluvit, zato ji chtěl zkopat. Říkala to ale v nadsázce. Když se jí hlavní doktorka R. zeptala, jestli si myslí, že by to udělal, odpověděla, že si to nemyslí. Obě psychiatryně se pak radily, jak mu upravit léky. […] Ošetřovatel vstoupil s poznámkou, že když jsme odešli, Rainman mu ještě vyhrožoval.
>
> Doktorky začaly řešit pacientovu diagnózu - doktorka R. držela proslov o tom, že podle ní je to "hraničář". Vezměme si to jeho školní učení, říkala, chvílema se chytne, chvílema ne. To na schizofrenii nevypadá. Mladý ošetřovatel začal přemítat nad Rainmanovým věkem. Sakra, dyť je mu 24. To by ještě mohl mít schizku? dumal pochybovačně. A vztáhnul si to na sebe - tak to já teda taky, nejsme od sebe tak daleko. No to si piš, smála se doktorka R. To bys teda mohl mít. To tě může ještě potkat - kdykoliv. Viděla jsem i 34 letý prvopobyt, říkala. Mladá doktorka L. přemýšlela - spíš to bude depresivní základ s psychotickou epizodou. Doktorka R. potom mluvila o jeho případu. Vypil nejdřív lepidlo. Pak se podřezával. Má navíc špatnou zkušenost s pasťákem - z dětství. Nechce být zavřený, nechce být lajnovanej, to ho hrozně vytáčí. Proto je pak agresivní. To znamená, pointovala doktorka R., to jeho chování není jenom o nemoci, ale i o těchto zkušenostech! Ale i tak, pokračovala, jeho chování není normální. I když započteme tuhle zkušenost. Doktorka L. navázala - sanitku na něj zavolala jeho přítelkyně. On jí to teď nemůže odpustit. Přitom předtím nacházela po bytě papírky s jeho voláním o pomoc. Rozházené po zemi.
>
> Taky budeme ještě muset vyřešit otázku podávání informací - nemůžeme o něm podávat informace bez jeho souhlasu, říkala hlavní doktorka R. Zítra se ho na to musíme zeptat, komu smíme říct, že tu je, a jak to s ním vidíme. Jestli to povolí - rodičům, přítelkyni. Uvidíme. (polní poznámky, neklidové oddělení psychiatrické léčebny v C.)

34.
Přestože je podle personálu neschopný dobře rozhodnout ve věci svého pobytu v léčebně, bude se s tímhle pacientem najednou zacházet jako s kompetentním ve věci rozhodování o poskytování informací… Vliv zákona o ochraně osobních údajů (nerozlišujícího mezi

agresivním či neagresivním člověkem, mezi člověkem hospitalizovaným na "neklidu", hospitalizovaným kdekoli jinde v nemocnici či nehospitalizovaným vůbec) vstupuje do dění tak trochu navzdory hlavnímu cíli zdejší péče, jímž je co nejrychlejší zklidnění a normalizace momentálně nekompetentního pacienta.

35.
Ještě zajímavější je ale setkání logiky "životních zkušeností" a logiky "nenormálního chování". Doktorka R. naráží na možnou spojitost: Rainmanovo současné chování není jenom o nemoci, ale i o jeho dřívějších zkušenostech. Odpor pacienta vůči hospitalizaci je pochopitelný v kontextu jeho zkušeností s jiným ústavem, s "pasťákem". I tady, podobně jako v "pasťáku", je značně omezena jeho vlastní volba v tom, co bude dělat a kam půjde. Jenže lékařka uzavírá jednoznačně: jeho chování je nenormální (tj. nemocné). Nemoc není jenom o nemoci… a přesto je to nemoc. To je optika "neklidu" v akci. Lékařka bere v úvahu pacientův životní příběh a uvádí docela pochopitelné důvody k jeho současnému chování. Mohlo by se tudíž ukázat propojení nemoci s jinými, nemoci nenáležejícími životními zkušenostmi. Duševní nemoc by se jakožto jednotné a samostatné jsoucno mohla relativizovat; přesto je tu nakonec ponechána absolutizující nespojitost: "jeho chování není normální". Možnost přistupovat k tomu tak, že jeho chování je *současně* v jednom ohledu normální a v druhém zas třeba ne, není vidět. Není logická. A navíc s takovým pohledem na věc by se na "neklidu" těžko něco dělalo. Znamenalo by to alespoň částečně legitimizovat Rainmanovu agresi a vzdor. Jenže co pak s tím? Na oddělení pro "rozjeté", akutně nemocné pacienty, ohrožující sebe nebo okolí? Na oddělení, kde agrese vyžaduje především jedno: zklidnění.

Nemoc na první (vyšetřující) pohled

36.
Aparát psychiatrického vyšetření (a jeho součásti - anamnézy), popsaný v psychiatrických učebnicích s nárokem na univerzální použití, se používá v mnoha zařízeních psychiatrické péče - v ambulancích, v nemocnicích, v komunitních zařízeních… Je to institucionalizovaná logika prostupující praxi víc podle typu profese než podle typu instituce. Následující citáty z polních poznámek přibližují přijímací vyšetření v komunitním denním stacionáři.

> Když přijde slečna Radka, hned se jí doktor Matěj ptá, jestli by bylo možné, abych byl u vyšetření. Vysvětluju krátce, že dělám výzkum. Matěj doplňuje, že jsem tam hlavně spíš proto, abych sledoval, jak on dělá svojí práci, než že bych se zajímal konkrétně o ni. A že pokud si během vyšetření bude přát, abych odešel, odejdu. Radka souhlasí, abych tam byl. Dodávám ještě, že bych si rád psal poznámky. Radka znovu souhlasí, vypadá ale trochu zaskočeně. Já jsem se sem přišla učit angličtinu, jakoby namítá na celý ten náš výzkumně-psychiatrický úvod.

> Matěj: Ale jste pani K-ová?
>
> Radka: Jsem.
>
> Matěj vysvětluje, že každý zájemce a jakýkoli program v denním stacionáři musí projít vstupním vyšetřením. (polní poznámky, komunitní denní stacionář, vstupní vyšetření)

37.
První úryvek ukazuje, že vstupní pohovor není jen tak nějaké popovídání: je to *vyšetření*. A je to cílené vyšetření. Zaměřené na nemoc. Dělá se kvůli zjištění určitých skutečností. [11] Nejde v něm o to, seznámit se s pacientem, ale s jeho nemocí. Nebo, abych to zjemnil a upřesnil, jde o to, seznámit se s pacientem, ale jakožto s reprezentací jeho vlastní nemoci. Slečna Radka přišla, aby se přihlásila na angličtinu. To by ale k seznámení s nemocí stačilo jen těžko. Je potřeba udělat celé vstupní vyšetření. Jako s každým novým klientem, který chce využívat některý z programů stacionáře. Po skončení vyšetření jsme o tom s Matějem chvilku debatovali:

> Tenhle systém byl ve stacionáři, už když tam Matěj přišel - že všichni noví klienti musí projít vstupním vyšetřením. A jemu se to zdá správné. Je důležité dozvědět se souvislosti. Ptám se, proč si nevyžádá zprávu od pacientčina psychiatra. Není moc zvykem psát zprávy, odpovídá. Psychiatr by třeba napsal jen doporučení. A často ani ti ambulanti nevědí, že jejich klient sem přichází. Jinak by to bylo, kdyby přebíral pacienta do (psychiatrické ambulantní) péče, to by pak zprávu dostal. Takže vstupní vyšetření v denním stacionáři je takový filtr, který může třeba zachytit něco, co je třeba vědět. Teď se neukázalo nic mimořádného. Je to chronická schizofrenička. (polní poznámky, komunitní denní stacionář, vstupní vyšetření)

38.
Závěr z vyšetření byl jednoznačný: *chronická schizofrenička*. Na tom není nic zvláštního, doktor Matěj je zkušený psychiatr. Zajímavé ale je, jak k němu došel. Během rozhovoru totiž slečna Radka nezmínila žádný symptom typický pro schizofrenii, přestože se na ně doktor vyptával. I tak byl ale schopen vidět bez nějakých pochybností nemoc. Nechci vůbec vést diskusi v rovině toho, zda byla diagnóza správná či nikoli. Nebo zda byla oprávněná anebo ne. Jak je vidět, byla *možná* (byť pouze jako předběžná a ještě ne dost diagnosticky specifikovaná).

39.
Podívejme se, jak se tato předběžná, ale velmi jednoznačně postavená diagnóza v optice vyšetření zrodila. Na to, jaké poukazy vyprodukované situací setkání v ordinaci k nemoci vedly.

40.
V ordinaci není jen Matěj a Radka (a já) a jejich dialogický vztah. Je tam mimo jiné také zapnutý počítač. Než Radka přišla, Matěj mi v rychlosti ukazoval, že v něm má předpřipravený koncept zápisu vyšetření (má dva - jeden v ženském rodě, jeden v mužském, aby nemusel přepisovat koncovky). Dělá to tak, že si otevře zápis z jiného vyšetření a ten pak přepisuje a uloží si ho pod novým jménem. Dříve zapisoval vyšetření do laptopu, ale ten musel vrátit. Takže to psal ručně, teď nově začíná psát do PC. (Jak mi říká po sezení, je to lepší, poznámky mají lepší úroveň, než když to člověk píše bezprostředně při pohovoru, to jsou tam často nesmysly a komické obraty.) Matěj chvilku uvažoval, jestli bude dnes psát do PC nebo v ruce. Ale pak se rozhodl: do počítače bude psát až potom, jinak by seděl k pacientce pořád zády. Napřed s ní bude mluvit, pak si to ještě projde podle konceptu, aby se zeptal i na to, co zapomněl. "Vždycky něco zapomenu," říká a usmívá se: "takže s tim počítačem jsem takovej kompletnější." To znamená, že Matěj tam není jako "holý subjekt", je tam jako "doktor Matěj a jeho PC s osnovou psychiatrického vyšetření v psychiatrické ordinaci"… Je tam jako člověk s aparátem, a ne ledajakým. Vyšetření není libovolným blouděním od tématu k tématu a povídáním o životě. A pokud ano, musí mít psychiatr jednotlivé okruhy chorobopisu dobře uložené v hlavě, aby "zabloudil" právě k nim. A nakonec si stejně sedne k počítači, aby slyšené převyprávěl do přihrádek pojmenovaných jako Celkové zhodnocení chování a zjevu pacienta, Rodinná anamnéza, Osobní anamnéza, Hospitalizace, Farmakologická aa, Školní vzdělání, Pracovní aa, Vita sex., GA, Crimina, Toxikologická aa, Nynější onemocnění, NO, SPP, SPS, Celkový stav, Diferenciálně diagnostická rozvaha… Když má během pohovoru doktor tyto kategorie na paměti nebo když vstává a jde se podívat do počítače, na co se zapomněl zeptat, a když po vyšetření zasedá k počítači, aby s pomocí ručně psaných poznámek vyplnil předem určené oddíly, používá aparát, který vymezuje pole viděného. A který viděné spoluutváří. "Teleobjektiv" aparátu otázek při vyšetření není jednoduchým průhledem odsud do dáli, do minulosti. (Podobně jako obraz z kamer na obrazovkách v sesterně na neklidovém oddělení není nevinným průhledem do reality učebnicových bláznů, nýbrž do reality "učebnicových bláznů" přemístěných odkudsi na neklidový pavilon psychiatrické léčebny, převlečených do pyžama bez kapes, nevycházejících ven, viditelných na obrazovce v sesterně, medikovaných psychofarmaky atd.) Hledáčkem psychiatrických otázek se nelze jednoduše podívat do toho, jak to "ve skutečnosti" a "o sobě" někdy dříve nebo někde jinde bylo, jaké patologické skutečnosti se v pacientčině minulosti "plíživě rozvíjely". Každý takový pohled je současně produkcí fakt. Psychiatr nevidí situace, fakta "tak jak byla", vidí je situovaně, ze své pozice a skrze optiku, jejíž je součástí. Nebo radikálněji: fakta se "tak, jak byla", mohou ukázat jedině díky této (a v jiných případech zase díky nějaké jiné) situované optice.

41.
Co bylo ještě součástí optiky během pohovoru se slečnou Radkou?

42.
Za prvé je to místo: psychiatrická ordinace. Místo, kam lidé chodí na vyšetření. Nejdou sem například na kávu. A byli sem už někým, často jiným odborníkem, z jiného zařízení pro duševně nemocné, posláni. Ordinace je díky tomu místo, kde se s příchodem pacientky sbíhá již mnoho usazených skutečností. Slečnu Radku poslali z chráněného bydlení pro duševně nemocné. A tak není vůbec divné ani obtížné spojit vizáž slečny Radky s její duševní nemocí. (Ačkoli je o nemoci zatím jasné jenom to, že ji slečna Radka má - když je teď tady a když ji poslali z chráněného bydlení.) Slečna Radka totiž působí zvláštně: třesou se jí ruce. Mluví tiše a v rozhovoru je nesmělá. Během zodpovídání otázek se zdá být občas zmatená. Tady - v ordinaci - je to ihned a snadno zřejmý projev patřící nějak k nemoci. Určitě bychom si toho všimli i mimo ordinaci - že je slečna Radka jiná. Ale možná by byla jiná jinak. Ne tak okamžitě nemocná-jiná.

43.
Takto automaticky ustavovaná propojení (projevu slečny Radky s její nemocí) je ale v rámci vyšetření potřeba ještě nějak specifikovat. Čeho přesně jsou projevem? Do které kategorie duševní nemoci patří?

> M: Věděla byste, s jakou diagnózou se léčíte u pani doktorky?
> R: Nevim.
> M: Já se teď zeptám na věci okolo vašeho stonání.
> R : Ježiš, to nevim.
> [...]
>
> M: Jak dlouho jste nemocná?
> R: Nevim.
> M: Dobře, zkusíme na to přijít… Když jste studovala, už jste stonala?
> [...]
>
> [M zjišťuje, kdy začaly problémy. Radka vypadá, že to není schopná určit. Matěj se ptá, jestli asi v roce XX. Radka to připustí.]
> M: A co se to vlastně začalo dít?
> R: Nevim.
> M: A byla jste hospitalizovaná?
> R: Byla.
> M: Takže když začaly ty potíže, byla jste hospitalizovaná. Kde?
> R: V xxx.
> M: Jak dlouho?
> P: Asi 4 roky.

M se diví: Není to obvyklý, ale není to vyloučený.
R: Tak asi 2 roky.
M: To jste byla takhle dlouho poprvý hospitalizovaná?
R: Poprvý tak dlouho ne.
M: Tak to nebylo poprvý. Kolikrát jste byla hospitalizovaná?
R: Asi 5x.
M [konstatuje]: Je to všechno jako v mlze. A dál se ptá: Radko, co se všecko začne dít, než se dostanete do léčebny?
R: Nevim.
M: Nevíte, nechcete na to ani myslet.
R: Nechci na to ani myslet.
M: Dobře, tak to nechme... Děly se někdy nějaký ošklivý věci s váma?
R: To jo.
M [navrhuje možnosti]: Sebeubližování?
R. Ne.
M: Děly se nějaký divný věci, měla jste třeba ošklivý představy, o kterých jste si myslela, že je to pravda? Honil vás třeba někdo?
[R. neodpovídá]
M: Vidim, že o tom nechcete mluvit… Měla jste někdy pocit, že vás někdo pronásleduje?
(polní poznámky, komunitní denní stacionář, vstupní vyšetření)

44.
Vidíme, že "teleobjektiv" přejíždí po různých místech. Ale viditelnost je špatná, ta místa jsou "jako v mlze". Není dobře vidět na diagnózu. Zrekonstruovat počátky psychických obtíží je samo obtížné - jak časově, tak fakticky. Příznaky nemoci Radka vůbec není schopná popsat… Ale nakonec hledáček jedno lépe viditelné místo najde: "A byla jste hospitalizovaná?" ptá se doktor Matěj, když se snaží dopátrat, co se to vlastně začalo dít při Radčině prvním onemocnění. Je to logické: jestliže je Radčina nemoc těžká, byla pravděpodobně Radka hospitalizována. Pak samozřejmě platí opak: jestliže byla na začátku hospitalizovaná, znamená to, že onemocnění propuklo intenzivně… Je to opravdu takhle nevinné? Co se děje *prakticky*, když se z faktu dřívějších hospitalizací usuzuje na nemoc? Optika vyšetření tu prakticky dělá to, co by explicitně nikdy nepřipustila. To, co jinak pokládá za "okolnost" nemoci, totiž psychiatrickou péči, zde pokládá za svého druhu symptom nemoci. Hospitalizace je v téhle situaci definičním znakem nemoci, podobně jako jím je symptom. Ale nejen hospitalizace, také způsob léčby definuje v téhle optice nemoc:

M: Užíváte od toho roku XX léky pravidelně?
R: Ano.
M: Dostávala jste mimo léky nějakou jinou léčbu? Elektrošoky třeba?
R: Jo.

M: Kolikrát?
[R vypadá, že neví.]
[...]

M: Vzpomněla byste si, jaký užíváte léky?
R: Zyprexa [udává miligramy], Akineton.
M: Kolik?
R: Dva ráno.
M: Dva ráno [dva říká důrazně, trochu udiveně]. Co dál?
R: Rivotril.
M: V kapkách nebo tabletách?
R: V tabletách.
M: Kolik? Půlku? Celej?
R: Celej.
M: A co ještě?
R: Dogmatil.
M: A teď jestli byste si vzpomněla, jaký léky jste užívala dřív.
R: To si nepamatuju.
M: Když bych řikal názvy, vzpomněla byste si?… Risperdal. Haloperidol, Thioridazin?
R: Thioridazin.
M: Možná taky nějaký injekce? Meklopin? Fluanxol? Moditen? Ten ne? Užívala jste někdy nějaký antidepresiva? [Jmenuje.] Nic vám to neřiká? Mmm. Neužívala jste někdy lithium?
[R kroutí hlavou.]
(polní poznámky, komunitní denní stacionář, vstupní vyšetření)

45.
Fakt nemoci je odvozen z faktů psychiatrických intervencí. To je přece implicitní přiznání toho, že péče vždy nějak dělá nemoc. Řekl jsem, že explicitně by tohle psychiatrická optika nikdy nepřipustila. Musím to poopravit. V učebnici psychiatrie je doznání úžasně výslovné: při popisu struktury chorobopisu se v položce osobní anamnézy (nazvané "Psychiatrické *onemocnění*") místo o *nemoci* píše o *léčbě*:

> Pokud byl pacient opakovaně a dlouhodobě léčen na psychiatrii, je možno anamnézu psychiatrického onemocnění začlenit na toto místo, pokud jde o první kontakt s psychiatrií nebo kratší historii psychické poruchy, lze je popsat v části "Nynější onemocnění". (Janotová 2001: 67)

46.
Nikoli tedy: "pokud byl pacient *nemocen*", nýbrž: "pokud byl pacient *léčen*"... A rovněž ani: "pokud jde o první kontakt s *nemocí*", nýbrž: "pokud jde o první kontakt s *psychiatrií*"... A nepíše se dokonce ani o *psychickém* onemocnění, ale o onemocnění

*psychiatrickém*. Onemocnění zde není definováno tím, co onemocnělo (psýché), nýbrž oborem, který o chorobu duše pečuje (psychiatrií). Tyhle bezpochyby bezděčné (a prostořeké) výroky docela dobře vykreslují, co se v praxi děje: duševní nemoc je vždy definována také tím, jak se s ní a s jejím "nositelem" nakládá.[12]

47.
Problém je, že praxe se distancuje od stop, které zanechává na tom, co vidí a co současně produkuje. Závěr našeho vyšetření byl právě takto distancující: je to chronická schizofrenička. Bylo to odvoditelné z opakovaných hospitalizací, elektrošoků, psychofarmak. No, jenže tímto "odvozením" se už hospitalizace, šoky i farmaka do nemoci vkládají ne jako pouhé okolnosti (ačkoli se o nich potom jako o okolnostech mluví), stávají se její konstitutivní součástí. Vyšetření (které je samo rovněž intervencí) Radčinu nemoc právě s pomocí hospitalizací, elektrošoků, farmak *dělá*. S pomocí a skrze ně. Být "chronická schizofrenička" v této konkrétní situaci pak znamená být často v léčebně. Brát hodně léků. Podstupovat elektrošoky. Být nemocná jakožto - specializovaně - léčená. A tahle specializovanost léčení (a tudíž speciálnost nemoci) je *diskontinuitní*. Nemoc je propojená především s psychiatrickou péčí. Není ve spojení s ne-psychiatrickými skutečnostmi. A je díky tomu dobře viditelná jako diagnostická jednot(k)a.

48.
Odkazy, které odsud, z ordinace, vedou k duševní nemoci a definují ji, nejsou samozřejmé. Jsou ustavované v souvislostech toho, odkud Radka přichází, že přichází právě sem, že mluví s lékařem a také s konceptem z jeho počítače, který je zas konceptem publikovaným v psychiatrických učebnicích atd. Ordinace je ale jen jednou z možností, jak takové souvislosti dělat. Je to lokální situace, která nemá a těžko může mít univerzální charakter. Její výstupy se v jiných situacích budou vždy už re-produkovat, a to znamená překládat. Někdy ovšem s nárokem na objektivně/univerzálně platný popis (např. v zápisu do chorobopisu), který by měl platit všude stejně bez ohledu na lokální podmínky. A jindy zas výslovně půjde o překlad do jiných lokálních kon/textů, které obraz nemoci uvádějí do nových souvislostí nebo jej třeba i negují. Stačí, když Matěj o Radce bude vyprávět na poradě týmu a zmíní se o tom, jak na něj "lidsky" působila.[13] Anebo stačí, když Radka opustí ordinaci a pak si večer s přítelem popovídá o tom, jak se šla přihlásit na angličtinu...

Jedna (opravdu jedna jediná?) nemoc ve více pohledech

49.
To, že se duševní nemoc ukazuje skrze určitou optiku, v níž je formována a zviditelňována, není nějakou chybou psychiatrické péče (péče, která by snad, pokud by

chtěla být správnou péčí, měla usilovat o pohled bez zprostředkující - potenciálně zkreslující - optiky, o čistý, nezkreslený obraz nemoci).[14] Aranžmá skutečnosti, budování spojitostí a nespojitostí duševní nemoci s jinými, mimo nemoc stojícími skutečnostmi, manipulace s hranicemi mezi tím, co do nemoci ještě patří a co už ne, je nevyhnutelnou součástí péče. "Aranžování" skutečnosti nepřísluší jenom některému z různých typů péče - třeba péči ústavní. Skutečnost je specificky aranžována v jakémkoli typu péče. Otázka zní, jak.

50.
V následující analýze si ukážeme jinou optiku, která však není o nic méně produktivní, než praktiky v léčebně či ordinaci. Skrze kazuistický text sociální pracovnice Anny uvidíme jinak strukturovanou nemoc. V každé z těchto optik ("neklidové", v optice vyšetření i v téhle kazuistické/"terénní") totiž drží nemoc pohromadě více či méně jiným způsobem a má jiné vztahy k normalitě.

51.
Anna píše v kazuistice o svém klientovi:[15]

> Luboš má hlasy skoro pořád, to není žádná změna. Tyto hlasy jsou buď zcela neutrální a uvnitř v jeho hlavě počítají malou násobilku nebo schody, po kterých právě jde apod. Někdy tyto hlasy komentují to, co dělá, ale nic nehodnotí. Jde spíš o takové komentáře typu: "Jen aby se ti to povedlo.", "To se ještě uvidí.", apod. Luboš má také někdy zrakové halucinace - ty nejsou tak časté, a když byly, tak jednotlivě, netvořily žádný "příběh", žádné "divadlo". Většinou je v nich agrese - vidí, jak se mu ruka změnila v nůžky a propíchl jimi psa, vidí okolo sebe znetvořené lidi - obludy, vidí na sobě krev. S těmito halucinacemi si nikdy moc nevěděl rady: "Jak mám poznat, co je halucinace a co je skutečnost?" Dokázal však být v realitě, chodit do práce, vést celkem normální život.

53.
Jaká duševní nemoc je v optice Annina textu vidět? (Jak její text aranžuje skutečnost Lubošovy nemoci?)

54.
Především je to zcela evidentně nemoc v různých situacích a v různých obdobích. Někdy je to nemoc, se kterou se dá vést docela *normální* život.

> S těmito halucinacemi si nikdy moc nevěděl rady: "Jak mám poznat, co je halucinace a co je skutečnost?" Dokázal však být v realitě, chodit do práce, vést celkem normální život.

55.
Nyní se ovšem jedná o takovou nemoc, která působí Lubošovi značné potíže:

> Luboš se mi zdál podrážděný a zároveň bezradný (což jsem v kontextu toho, co povídal, chápala).
> [...]
>
> Luboš si už v minulosti stěžoval, že nepozná, co je zraková halucinace a co ne. Hlasy rozlišit dokázal. Moc nevěřil svým očím, ale spoléhal se na hmat a sluch. Nyní mu už i to selhává. Vždy byl orientován v čase a prostoru. Nyní mu čas dělal problémy - nedokázal říct, co je za den. Věděl ale, kdo je on sám, kde nyní je a proč tam je. Na naše rozhovory se dříve vždy dobře koncentroval, pamatoval si, o čem jsme mluvili minule apod. Při tomto sezení jsem se ho ke konci ptala, zda si pamatuje, co mi říká, a zda slyší, co mu odpovídám. Nevěděl, co mi vlastně říkal, jak jsem reagovala já. I paměť nefungovala - nepamatoval si, kdy mu zemřel otec, nedokázal si to časově zařadit, nevěděl, kdy se odstěhoval do garsonky, z jakého důvodu vlastně to udělal.

56.
A rovněž je to nemoc v podobě možnosti, která by se teprve mohla uskutečnit. Anna ví o případech v minulosti, kdy byl Luboš doma agresivní a uvažuje o možném riziku, že se to bude opakovat nebo že se i stane něco horšího.

> Luboš má v anamnéze agresivní chování. Tato agrese byla vždy namířena proti rodičům nebo věcem, které byly jejich či on je od nich dostal. Nikdy však své rodiče neohrozil na životě. Spíš je takovým zvláštním poťouchlým způsobem trápil. Pouštěl si velmi nahlas muziku, poléval je kávou, křičel na ně, jednou si rozstříhal před svojí matkou všechno oblečení, které od ní dostal, rozbíjel jim zařízení bytu. Nevím o tom, že by někdy zaútočil na někoho jiného.
>
> Nyní je opět naladěn agresivně. Obludy ho štvou, lezou mu na nervy. Když jsem se ho ptala, zda má v úmyslu se proti nim nějak bránit nebo jim něco udělat, tak mi odpověděl, že ho to ani nenapadlo. Zatím se snaží si jich nevšímat.
>
> Dle mého názoru ale riziko agrese hrozí, především vůči matce a hlavně jejímu majetku. S největší pravděpodobností jí rozbije nějaké věci, může na ni i zaútočit. Nemyslím si však, že by ji zabil nebo nějak těžce zranil. Spíš by to bylo něco typu polít ji kávou, střílet na ni z kuličkové pistole apod. Myslím, i když je to pro něho nyní obluda, tak ji potřebuje, je pro něho nejbližší osoba, bez které by zůstal úplně sám. A navíc, mám fantazii - koho by pak trápil? Od koho by se pak snažil odpoutat? Pokud by někoho zabil, byl by to matčin pes.

57.
Takže tři různé, byť vzájemně provázané nemoci? Tohle je v kontextu psychiatrického

vědění hodně nesmyslné tvrzení. Ale v kontextu péče, vzhledem k tomu, jak se s nemocí zachází, jak se nemoc dělá, je to tvrzení poměrně realistické.[16] Anna samozřejmě nepíše o třech různých nemocech, předvádí však, že každý popis nemoci je možné pečlivě lokalizovat. A odlišit od jiných popisů, aniž je třeba spojovat je do jednoty vládnoucí nemoci. Naopak Anna řeší praktickou otázku, jak každý Lubošův stav propojit s normalitou. Tedy, jak v každé situaci *pohybovat s hranicemi nemoci*.

Spojitosti a nespojitosti

58.
Jak Annin text dospívá k tomu, že se v něm nemoc ukazuje takto proměnlivě? Kazuistika je strukturována zčásti typicky medicínsky, Anna k jejímu psaní použila osnovu od lektorů - psychiatrů, takže se v textu objevily kategorie podobné těm obvykle používaným v anamnéze a v psychopatologickém rozboru: rodina, hodnocení zdravotního stavu (zjev a chování, řeč, nálada a emoce, forma myšlení, vnímání, myšlenkový obsah, čidla a poznávací schopnost, vhled), rizikové chování (sebevražda, sebepoškozování, zneužívání, agrese), kognitivní vnímání nemoci. Kromě toho ještě Anna popsala, které psychiatrické služby Luboš nyní čerpá a zmiňuje se o spolupráci s lékařem. Protože ale, jak říká, neumí mluvit tím jazykem psychiatrů, jejichž osnovu si vypůjčila, použila ji po svém. Kazuistika je epická, deskripce jednání jsou poměrně bohatě kontextualizovány. A pro nás je zajímavé to, jakým způsobem je to provedeno. Annin text posuzuje pečlivě současnou Lubošovu situaci. Dělá to na základě podrobného srovnávání se zkušeností z minulých setkání. Díky tomu jsou v textu vidět takové detaily, že Luboš přišel na schůzku "jako vždy" čistě oblečený a až pedantsky upravený, jako jindy měl strnulý výraz v obličeji. K Anně se rovněž choval jako jindy - byl přátelský a spolupracující. Text je právě takto strukturovaný - co bylo jako jindy a co se oproti minulému setkání změnilo. V jeho jednotlivých oddílech je často uváděna "změna oproti minulému sezení". Díky tomu se ukazuje, co je jinak. Ale stejně tak se ukazuje, co se nezměnilo. "Jeho stav se v *některých* ‚složkách' oproti předchozím dvěma schůzkám dost rapidně změnil," píše Anna.

59.
Nespojitost nynější nemoci, současného Lubošova stavu s tím, co se odehrávalo dříve, je sice zřejmá, ale je jemněji vykreslená. Ale tím také vyvstává, že je (současná) nemoc zároveň provázena mnoha spojitostmi.

60.
Za prvé spojitostmi s dřívější (relativně stabilizovanou) nemocí. Luboš měl hlasy a vidiny i dříve, není to pro něj vůbec cizí zkušenost. Je to zkušenost, která mu sice dělala potíže - těžko odlišoval, co je halucinace a co ne, mátlo ho to, ale nebyl dezorintovaný natolik, aby si třeba nemohl vyřídit svoje záležitosti ohledně bytu.

61.
Za druhé, dokonce i současné vystupňované projevy nemoci dávají smysl ve spojení s okolnostmi Lubošova života. Obsahy Lubošových halucinací a agresivní útoky vůči matce jsou v textu připsány Lubošově snaze se (neúspěšně) odpoutat od matky a bránit se jejímu protektivnímu chování:[17]

> Převažující emoční klima v rodině je odstup ze strany bratra a protektivnost ze strany matky. Luboš je v roli nemocného dítěte, kterému je tak 10 až 16 let. Dle toho se k němu matka chová. Má ho velmi ráda, snaží se mu pomáhat, seč jí síly stačí, nicméně ho stále vychovává, dohlíží na něho. Není pro ni dospělým člověkem. (Kdykoli se s ní potkám, řekne o Lubošovi: "Teď seká latinu." "Teď to s ním docela jde." - Takto se o dospělém člověku, o rovnocenném partnerovi, nemluví.) Luboš se proti tomu na jednu stranu brání a snaží se jakoby odpoutat (viz obsahy halucinací a agresivní útoky vůči matce), na druhou stranu bez matky zřejmě nedokáže být a stále jí vyhledává.

62.
Nemoc je tedy na jednu stranu aranžována jako s normalitou *nespojitá*, ale na druhou stranu také jako s mnoha normálními (ve smyslu stojícími mimo nemoc) skutečnostmi *spojitá*! Takže stejný závěr jako závěr analýzy dění na neklidovém oddělení psychiatrické léčebny? Na této úrovni stejný, avšak při podrobnějším pohledu si lze všimnout řady rozdílností.

63.
Spojitost, usazenost Lubošovy nemoci v normalitě není něčím, co se do Annina kazuistického textu dostává spíš navzdory jeho optice a navzdory Annině profesionálnímu působení, jako je tomu na neklidovém oddělení. Naopak, je tahle usazenost a kontinuita v textu různými způsoby podporovaná a vytvářená. (A za chvíli ukážu, že nejen v tomto textu, ale i v Annině praxi.) Je utvářená tím, že do popisované situace (setkání Luboše s jeho klíčovou pracovnicí v denním centru) a do popisovaného aktuálního Lubošova stavu je vtaženo mnoho detailů a událostí z jiných časů. Tedy opět něco velmi podobného tomu, co se odehrává na neklidovém oddělení v léčebně. Tam se také v hovorech profesionálů zpřítomňují situace z historie pacientů - jenže v anamnestické optice soustředěné na patologické jednání, jímž lze dobře vysvětlit patologické jednání současné, v optice, která do minulosti promítá stejnou hranici mezi patologickým a nepatologickým jednáním, jakou stanovuje v současnosti. Tady se to dělá trochu jinak, jsou zohledněny naopak i situace, kdy Luboš jednal "jako každý člověk" - tedy normálně:

> Všechno zařizování okolo bytu zvládl perfektně, prakticky samostatně. Jedinou podporu, kterou potřeboval bylo, abych s ním chodila po úřadech a ukázala mu, do kterých dveří má vlézt. Vše si pak už vyřizoval sám. [...] [Otcovu] smrt a pohřeb

> zvládl jako každý člověk, kterému zemřel otec - plakal, truchlil, nicméně z toho nebyla hospitalizace. Po smrti otce mu z rodiny zbyla matka a bratr. Bratr mu půjčil nějaké peníze na vybavení bytu, pomohl mu vybrat a koupit koberec a linoleum, převzal na sebe dluhy po otci. Jinak se spolu moc nestýkají. Největší oporou byla a je pro Luboše matka.

64.
V životě dlouhodobě nemocného člověka jsou ukázány "zdravé" prvky. Je zviditelněno, že tam byly už v době, kdy byl dávno duševně nemocný. To není popis toho, jak se osobnost postupně rozpadá, jak se plíživě rozvíjejí příznaky a pohlcují ji, jak to bývá v kazuistikách zachycujících postupný patologický vývoj pacienta (viz např. Libiger 2001; ale také v některých pasážích např. Syřišťová 1974).[18] Tady je nemoc dělaná *v sousedství* normality. Luboš je popisován jako nemocný a současně - ač to zní divně - i jako normální. Nebo bychom si dokonce mohli dovolit říci zdravý?

65.
Je to jiný způsob zacházení s nemocí. Nemoc je dělaná v souvislostech s normalitou a také jako nestálé a proměnlivé jsoucno. Člověk může být na jednom místě zdravý a na jiném nemocný. Anebo dokonce může být v jedné situaci i nemocný i zdravý zároveň. (Tak, jak je to obvyklé u tělesně nemocných. Byť i tam medicína leckdy přehlíží různé vztahy nemoci k tomu, co sama považuje jen za "kontext" nemoci, čímž přehlíží i mnohé důsledky svých intervencí - viz Law, Mol 2003.)

Propojování

66.
První otázka zněla: Jaká duševní nemoc je v optice Annina textu vidět?

67.
A druhá otázka pak stojí takto: Co Anně dovoluje (co ji nutí?) psát o Lubošově nemoci právě takhle? (Tedy jak je její způsob "psaní" nemoci vetkán do praktik, které provozuje a jejichž je součástí?)

68.
Již bylo řečeno, že kazuistika využívala žánru anamnézy a psychopatologického rozboru. Ale velmi zvláštně proměněného. Patologizující anamnestická optika je tu převedena do optiky zviditelňující nemoc jako sadu parciálních jevů, jejichž vzájemné souvislosti jsou někdy méně důležité než jejich souvislosti s normalitou a každodenností. Tato transformace je proveditelná především díky Annině praxi. Anna je "klíčovou pracovnicí" Luboše v organizaci, která poskytuje několik druhů komunitních služeb pro duševně nemocné: programy tzv. terénního týmu, podporované bydlení, socioterapii, pracovní

terapii, programy pro volný čas. Anna se s Lubošem schází pravidelně po dobu několika měsíců. Původně, když Luboš dostal vlastní byt, s ním pracovala v programu podporovaného bydlení. Tento program postupně přešel v individuální socioterapii, protože praktickou podporu v Lubošově bytě převzala jeho matka - ta se stará především o nákupy. Anna je jakousi průvodkyní Luboše a vyjednavačkou mezi jednotlivými službami specializovanými na duševně nemocné, ale také třeba průvodkyní na obecním úřadě, kde si Luboš potřeboval vyřídit záležitosti ohledně bytu.

69.
Anna (a stejně tak její kazuistika) svým způsobem provádí mnohem rozsáhlejší dohled, než je tomu na "neklidu" v psychiatrické léčebně. Popisuje Luboše v mnoha situacích a souvislostech. Zná ho dlouho a z různých míst. Pomyslné kamery jejího "sledovacího systému" vedou do mnoha prostorů, v nichž se Luboš pohybuje. To, že Anna působí jako klíčová pracovnice, jako "průvodkyně a vyjednavačka", také znamená, že do mnoha různých situací vidí a je nucena v nich spolu se svým klientem jednat. A rovněž to s sebou nese, že je v nich sama vidět, že je i jejich neoddiskutovatelnou součástí, že je spoluvytváří. Ty situace jsou velmi různorodé. Mají své vlastní nároky. V každé z nich se trochu jinak zachází s tím, že je Luboš nemocný. A právě toto propojování nemoci s každodenními situacemi vede k efektu parcializace nemoci, k rozdrobování předpokládané jednoty na různé způsoby zacházení s aktuálními problémy, na různé způsoby jejich řešení. Anna se zkrátka nevyhne tomu, aby vyrovnávala a propojovala různé logiky, třeba Lubošovy hlasy s jeho pracovním prostředím. Její optika zviditelňuje a řeší jiné problémy, než jak k sobě vztáhnout "jednotlivé projevy" Lubošovy nemoci.

70.
Mnohdy, přestože z lékařského hlediska Luboš třeba "bludně produkuje", není otázkou, jak se bludů zbavit, ale jak je obejít, nebo lépe , jak být s nimi tak, aby Luboš mohl dělat ještě něco jiného. "Problém jak unést samotu, jak si najít partu kamarádů, jak se zapojit do pracovního procesu, jak zvládat projevy nemoci atd.," píše Anna a komentuje/problematizuje tím deklarovaný cíl individuální socioterapie, jímž je "co možná největší zapojení Luboše do společnosti a jeho přirozeného prostředí".

71.
Anebo je dokonce otázkou, jak to udělat, aby navzdory tomu, že je momentálně zcela v zajetí bludů, nebyl jen a pouze nekompetentní, nemocnou osobou, kterou se jeví být v danou chvíli. V kazuistice čteme následující scénu:

> Na konci sezení jsem Lubošovi reflektovala své pocity z něho, své dojmy z toho, co povídal. Asi před třemi měsíci jsme se spolu dohodli, že pokud budu mít pocit, že se hodně zhoršil, že může ohrozit sebe nebo své okolí, poskytnu jeho psychiatričce

nebo její zdravotní sestře (která vede psychoterapeutické skupiny) informace o takového změně. Řekla jsem Lubošovi, že to právě nyní nastalo, a že budu denní sanatorium informovat. Pokud on chce, může u toho být. Luboš souhlasil s poskytnutím informací o svém zdravotním stavu a přišlo mi, že je i rád.

72.
Co se tady událo? Viděli jsme Luboše v "akutní fázi nemoci". Dezorientovaného, s poruchami paměti, bludně interpretujícího skutečnost. Ale vidíme současně v Annině aktu, jímž se odvolává na dohodu uzavřenou již dříve právě pro takovéhle situace, Luboše schopného dohody, Luboše kompetentně se připravujícího na možnou situaci nekompetence. A vidíme "oba Luboše" naráz - v propojení, které Anna s Lubošem vytvářejí tím, že ona se na dohodu odvolá a on s ní souhlasí. Ale dokonce ani kdyby nesouhlasil, Anna by přesto zavzetím dohody vytvářela nesamozřejmou jednotu současného a minulého Luboše. Vytvořit dohodu, která předjímá Lubošovu nekompetenci, znamená vzít vážně jeho kompetenci. Vzít ji vážně hned nadvakrát. Jednak v momentě, kdy spolu dohodu ustavují - ustavují ji jako dva partneři, hlas každého má nějakou váhu. A potom tím, že tato kompetence je rozšířena i do budoucna, že je dělána právě pro případ případné nekompetence. Annino jednání při onom sezení, stejně jako fakt, že dohodu společně uzavřeli, bylo přitom strašně normální. Lubošova schopnost byla *přenesena* na Annu a na vzájemný kontrakt.[19] Ale co jiného běžně děláme? Zcela přirozeně přece delegujeme svoji kompetenci na někoho jiného. Nebo na "věci které nejsou my", a přesto nám takovou delegací pomohou být sebou samými (protože nezávislými).[20] Třeba když se necháme vzbudit budíkem, protože nejsme schopni se vzbudit s pomocí svých "vnitřních hodin". Anebo když požádáme partnera či partnerku, aby nás pro jistotu ještě přišel/la zkontrolovat i poté, co budík zazvoní. Protože předpokládáme, že budeme "úplně mimo". A rozumí se přitom samosebou, že nejsme mimo jednou provždy. Ani že nejsme nějak absolutně mimo v té konkrétní chvíli, protože i během ní jsme pořád také někým, kdo dříve byl a (nejspíš) zase bude způsobilý.

73.
Není to ale nic jednoduchého, tohle propojování dvou různých stavů do (provizorní) jednoty. Nestačí jen tak vzít nějaký moment z Lubošovy minulosti a vložit ho do toho, co se děje teď. To by se snadno mohl podařit opak, například kdyby Luboš nesouhlasil a Anna by trvala na dodržení dohody úplně bez ohledu na to, co momentálně Luboš říká, stával by se jen více a více nekompetentním. Mezi "dříve" a "nyní" by se posilovala nespojitost, nikoli kontinuita. To, že došlo ke shodě (*compliance*) *jedna báseň*, poukazuje k tomu, že propojení bylo ukotveno *prozaicky na mnoha* místech. Například v tom, že dohoda se týkala informování psychiatryně, která nebyla pro Luboše obludou, a tudíž ho neohrožovala. Nebo v tom, že Luboš je schopen a ochoten s Annou mluvit o tom, co

prožívá. Což zase souvisí s tím, že spolu mluvili již mnohokrát, a s tím, že mu Anna naslouchá.

Vidět nemoc znamená ji dělat

74.
Aby byla duševní nemoc vidět, je nutné použít nějakou optiku, aparát produkující skutečnost - viditelnou nemoc. V každodenní realitě péče je však samotný způsob vnímání od viděného výsledku oddělován. Duševní nemoc má status viděné či popisované vnější skutečnosti, s níž se péče teprve setkává, zatímco uspořádání péče, intervence profesionálů, jejich způsoby popisu nemoci pak zůstávají (pouhými) okolnostmi péče nebo (pouhými) metodami skutečnost více či méně přibližujícími - nikoli však ovlivňujícími. Optika uspořádání a událostí péče není pokládána za optiku, která má vliv na to, jak duševní nemoc vypadá a jaká je její podstata. Péče je interpretována jako pouhý prostředek nebo sada prostředků.

75.
A tak bývá duševní nemoc vidět na první pohled, snadno a jakoby nezávisle na tom, z jakého místa se profesionál dívá a jaké souvislosti povolává do hry. Na neklidovém oddělení je k zahlédnutí pacient s učebnicovými příznaky, v ordinaci při vyšetření je snadno zjevné, že přišla chronická schizofrenička… Tyto nemoci "na první pohled" jsou však aranžované, konstruované. Jejich obsah souvisí právě s optikou jejich náhledu, se způsobem, jak se profesionál dívá. Moje pointa však nespočívá v tom, že pohled profesionálů je nutně situovaný, a tudíž nějak zkreslený či subjektivní. Naopak: je kontextuální určitým *objektivizujícím* způsobem. Jde o objektivitu zakotvenou v uspořádání a v událostech péče. To znamená, že nemoc a její hranice se mění s tím, jak se mění uspořádání péče. Ukázali jsme si dva příklady produkce nemoci jako (především) nespojitosti s normalitou. Na "neklidu" a v ordinaci byla nemoc aranžována sice lokálně, ale *bez ohledu na tuto lokálnost*. Závěr takto vystavěný pak zní: nemoc, jak je právě teď vidět, nemá souvislost s tím, co teď jako profesionál dělám, jak se dívám a čeho jsem součástí. Nemoc je aranžována jako nenormalita v silném slova smyslu, jako objektivně nesouvisející s normalitou.

76.
Ve třetím příkladu je nemoc aranžována jako různými způsoby propojená s normalitou. S ne/spojitostmi se prakticky a záměrně manipuluje. Přitom v logice terénní práce se vůbec nezpochybňuje to, že klient trpí duševní nemocí nebo to, že tuhle nemoc lze kategorizovat diagnosticky. Jenomže zároveň v uvedené kazuistice čteme o nemoci jako o heterogenním jsoucnu, objevujícím se v různých oblastech Lubošova života různě a s různými (nikdy ne dopředu danými) následky. Vidíme nesourodou entitu s různými vazbami na okolí,

nespojitou v čase. A vidíme Annu (jakožto aktéra určitého uspořádání péče) manipulovat s hranicemi nemoci tím, jak nějaký Lubošův konkrétní stav propojuje s konkrétními událostmi, lidmi, věcmi, situacemi. Vidíme Luboše, který je tady nemocný a tamhle zase nikoli...

77.
Z diskutovaných příkladů plyne, že hranice nemoci nejsou pevné a dopředu dané. Lze je posouvat tím, co s pacientem/klientem péče dělá. Lze jimi pohybovat tím, jak péče nastavuje a buduje napojení různých situací, v nichž nějak zachází s nemocí, na normalitu. Záleží na tom, jak se budují kontinuity a diskontinuity.

78.
Tento závěr zásadně polemizuje s předpokladem psychiatrického diskurzu, že pacient je nemocný - až do případného vyléčení - pořád stejnou nemocí. Ačkoli součástí psychiatrického diskurzu je mluvení o atakách nemoci, o epizodách, zhoršeních atd., všechny tyto různé situace a události jsou u konkrétního pacienta promítnuty do jednoho bodu, do duševní nemoci, která předchází všechny své symptomy. V tomto ohledu je nemoc pořád stejná, pořád tatáž (definovaná diagnostickou kategorií), jen se různí její projevy. Pacient je nemocný a hotovo. Od té doby, co se nemocným stal, jím je. Ne že je nemocný tu a tam a jinde zas ne. Nemoc je tu napořád. Nemoc je v takovém pohledu "silné", na péči a na optice nezávislé jsoucno. Je objektivní. A identita pacienta je tudíž daná. Je to především identita nemocného.

79.
Pokusil jsem se však ukázat transformující, translační a tedy re/produkční roli optiky vtělené do uspořádání péče. V pomalejším, podrobnějším - etnografickém - pohledu si lze uvědomit, že nemoc, coby předmět péče, je současně jejím výsledkem. Lze říci, že péče reaguje na to, co sama pomáhá ustavit. V péči a v jejím uspořádání jsou konstruovány jak výsledné spojitosti, tak nespojitosti nemoci s normalitou. Ze způsobu tohoto vymezování se pak odvozuje "síla" nemoci jako nenormality.

Závěr: překládání namísto opakování

Co by si počala duševní nemoc bez psychiatrie...

80.
Výsledky předcházejících analýz lze shrnout následovně. Každé uspořádání/optika péče buduje specifická propojení nemoci s normalitou, každé jinak nemoc z normality vyděluje. Hranicemi nemoci se v praxi běžně pohybuje. Každé uspořádání péče lokálně

aranžuje a produkuje nemoc. Některá uspořádání a intervence péče to však dělají s ohledem na tuto lokálnost, jiná bez ohledu na ni.

81.
Co z toho pro psychiatrickou péči plyne?

82.
Péče by měla ve svém uspořádání a sebeinterpretaci otevřeněji přiznat,[21] že nemoc je heterogenní a lokálně produkované jsoucno. Jsoucno, které má nejisté hranice. Jsoucno, které klienti/pacienti, jejich okolí a hlavně sama péče stále nějak překládá a tím transformuje. Jinými slovy, péče by měla ve svém působení lépe zohlednit to, že významně spoluprodukuje identitu nemoci. A tím také identitu nemocného. Měla by ve svém uspořádání a interpretaci svých výsledků více přiznat to, co už dávno, od počátku, ve své praxi dělá.

83.
Psychiatrie vždy už dělá nemoc a nemocného. Transformuje fyzicky i sociálně mnohé klientovy/pacientovy vazby s lidmi, věcmi, příběhy. Bylo to zřetelné ve všech uvedených příkladech. Péče na "neklidu" dělá nemoc jako viditelnou na první pohled. Psychiatrické vyšetření vymezuje nemoc jako sérii patologických projevů (definovaných i skrze fakt hospitalizace či farmakoterapie). Nemoc je performována i v terénní práci v komunitní organizaci, když je v určitých momentech odpojována od normality, ale i s normalitou propojována. Stejně tak je péče i aktérem ustavování objektivity nemoci, když transformuje pacientovy subjektivní výpovědi do objektivních popisů.

84.
Působení péče vždy obnáší manipulaci s tím, co to je nemoc, jaké má hranice a jak se vztahuje k normalitě. Rozdíly jsou v tom, jak to která péče dělá a jak to prakticky reflektuje.

- Některé způsoby dělání nemoci vedou totiž k "objektivně existujícímu" výsledku, k nemoci "tak, jak je". Tak, jak je o sobě, na první pohled. Bez působení péče.
- A jiné způsoby péče oproti tomu dělají nemoc tak, že svými intervencemi cíleně nemoc propojují s normalitou. Nesnaží se nemoc pouze ovlivnit (třeba snížit symptomy), snaží se ji v dané chvíli aktivně dělat. Zacházejí s ní jako s nehotovým jsoucnem. Jako se jsoucnem, které je otevřené, je ve vztazích. Snaží se jí dát smysl. Snaží se ji propojit s jinou situací, kdy nemoc zrovna vypadala jinak, nebo se situací, kde se s faktem nemoci vůbec nehraje.

85.
Rýsují se tu dva modely, jimiž můžeme popsat duševní nemoc.

Nemoc jako prolínající, pronikající jsoucno (prolínací model duševní nemoci)[22]

86.
Psychiatrická péče, zvláště ta lékařská, se často zaobírá nemocí, již předpokládá a vidí v subjektu a v jeho vědomí. Péče pak působí na nemoc, kterou člověk prostě už má. Nemoc je viděna takto: proniká z člověka do jeho vztahů, ovlivňuje jeho okolí, nadána jakousi vnitřní silou. Na nemoc se dá - jako na hotové jsoucno - jedině nějak reagovat. Co ale znamená, že je takto nemoc viděna? Aby byla takhle viděna, musí tak být i dělána: jako viditelná "sama o sobě". Učebnicově. Viditelná nezávisle na optice péče.

87.
Přibližme si ještě jednou první z diskutovaných příkladů. Na "neklid" přicházejí akutně psychotičtí pacienti, kteří "venku" sebe nebo někoho ohrožují. Jsou tam přiváženi oni sami, ne jejich vztahy. Jejich okolí se přece neléčí. Péče je věnována pacientovi a jeho nemocnému vědomí, ne jeho vztahové síti. Jeho vztahy se přece neovlivňují, jsou mimo dosah péče… Takto si ústavní péče rozumí: její léčba je směřována do subjektu a jeho vědomí. Tedy intervence ústavní léčby *mají* být směřovány do vědomí subjektu, nikoli do jeho okolí. Na neklidovém oddělení psychiatrické léčebny je tento subjekt a jeho nemocné vědomí vidět "na první pohled". Jenže skutečnost prvního pohledu tu teprve vzniká. Za cenu masivní manipulace a zásahů do klientových vazeb: péče ho vzdaluje místu, kde byl dosud, odebírá mu a přemisťuje jeho osobní věci, šaty, omezuje jeho pohyb, propojuje jeho současný stav s dřívějšími patologickými stavy, přidává jeho identitě nové prvky, jako je pobyt na izolaci, pyžamo bez kapes, velké dávky léků… Konstruuje ho i jeho nemoc jako objektivně neslučitelné s normalitou. Tím vším dělání prvního pohledu zasahuje vztahy a propojení, které ale přece měly zůstat mimo dosah péče.

88.
Ústavní psychiatrie zkrátka s velkým úsilím produkuje (vy)léčený subjekt. Ale málo při tom reflektuje, že při léčbě jakoby jen a pouze *samotného* pacienta radikálně manipuluje i s jeho materiálně-sociálními vazbami. A že, aniž si to klade za cíl a často aniž si toho vůbec všímá, zasahuje i do jeho "prostředí", které se zdá být od léčebny tak daleko. Problémem přitom není ta manipulace a zasahování. To se děje v každé péči. Problémem ústavní péče je způsob téhle manipulace a to, že ho sama péče reflektuje jako pouze metodicky problematický. Reflektuje se, že se to dělá, avšak ne už tak zcela, co se tím vytváří. Na "neklidu" vám samozřejmě zdůvodní, proč pacienty převléknou do pyžama bez kapes a vezmou jim osobní věci, na chronickém oddělení vysvětlí, proč pacienti u sebe nemohou mít peníze a proč dostávají kapesné. Není reflektováno, že právě takhle a

díky tomu je pacient vystaven pohledu, v němž je strašně silně propojen s nemocí. Z hlediska psychiatrické medicíny (dědičky té somatické) také nedává smysl "léčit" okolí klienta, třeba jeho rodinu. Ale přitom je hospitalizace často hlavně intervencí do rodiny.[23] Intervence v léčebně jsou zkrátka považovány za intervence *do subjektu* s případnými vedlejšími (a omluvitelnými) vlivy na jeho vazby se sociálním a materiálním světem. Jenže to, co ústavní péče dělá, jsou především intervence *do propojení subjektu se světem*. A *do světa samotného*. A teprve výsledkem těchto intervencí je změna subjektu.

89.
Léčení či vyléčení znamená v každodennosti pacienta změny, o nichž si péče myslí, že je nezpůsobila.[24] Léčení nebo vyléčení je změna nákladná. Nereflektovanými náklady této změny subjektu/pacienta jsou zásahy do propojení s jeho dalšími identitami, do jeho biografie, do propojení s věcmi okolo něj… Do všeho toho, co je také mimo něj a co ho přitom tvoří.[25]

90.
Jsou to však i zásahy do světa všech lidí. Zásahy už dávno sedimentované, standardizované, takže nevnímané jako zásahy. Ale náš svět je díky nim světem, ve kterém existují blázince, ordinace a duševní nemoc. Bez nich, bez oněch usazených změn, by byl náš svět jiný.[26]

91.
Shrňme. Prolínací model nemoci předpokládá o nemoci a jejím vztahu k péči toto:

- Nemoc je ve vztahu k péči objektivním faktem: tak, jak se v péči ukazuje, existuje i kdekoli jinde.
- Nemoc sídlí v subjektu, odtud proniká do jeho vztahů.
- Nemoc není propojená s normalitou, není její součástí.
- Uspořádání péče je průhledným "prostředkem": v péči se nemoc jednoduše ukazuje a péče na ni pak reaguje.

92.
Prolínací model je explicitní. Právě takto se o nemoci často mluví a píše.

93.
V péči uspořádané na základě tohoto modelu nemoci je duševní nemoc dělána jako stále a spojitě existující, v různých situacích bývá *opakována* její "podstata".[27]

Nemoc jako překládané jsoucno (překladový model duševní nemoci)

94.
Psychiatrická péče se však mnohdy pacientovými/klientovými vztahy zabývá záměrně. To dělá třeba psychoterapeuticky orientovaná psychiatrie - na úrovni vztahů osobních. Dnes je to ale především komunitní psychiatrie, která se zabývá explicitně prostředím klienta. [28] I ona se vztahuje k nemoci. Ale vždy ji zapracovává do lokálních souvislostí. Jakkoli takoví profesionálové mohou pokládat nemoc za objektivní fakt (zcela nezávislý na tom, co dělají), nahlížejí a dělají současně nemoc skrze tyto souvislosti. Dělají ji viditelnou právě v těchto propojeních.

95.
Vraťme se ještě k situaci, v níž se ocitla sociální pracovnice Anna spolu s dezorientovaným a blouznícím klientem Lubošem. Co v tu chvíli Anna dělala? Zabývala se tím, že má Luboš halucinace a bludy Ale jenom ne tím, jestli je má. Také tím, co je jejich obsahem. A co znamenají. Zjišťovala, co dělají s Lubošovým prožíváním, zda z nich Luboš vidí "ven". Neviděl. Téměř všichni se stali obludami. Ale Anna skrze jeho obludy přece jen něco zahlédla. V Lubošově vyprávění zahlédla ("evidentně") jeho matku a jejího psa. A nacházela v takovém pohledu smysl: Luboš se snaží vymanit z ochranářského vztahu. A naopak tam, kde obludy nefigurují, Anna čte vztah důvěry.

96.
Potom se zabývala také souvislostmi současného stavu s tím, jak zná Luboše z dřívějška. To, že slyší hlasy a má vidiny, totiž neznamená vždycky totéž. Ne vždycky jsou obludami všichni, přestože občas obludy vidí. Někdy proto může i s halucinacemi vést docela normální život. Vyřizovat si potřebné záležitosti ohledně bytu. Pracovat v dílně. I když ho halucinace obtěžují a má potíže s tím, jak je odlišit od reality.

97.
Anna vymezovala Lubošovu nemoc i v jejich osobně-profesionálním vztahu. Hraje tu roli její dlouhodobá spolupráce s Lubošem, místo setkání (civilně zařízené denní centrum), otázky, které klade. Luboš se svěřuje s tím, co prožívá - vykládá o obludách. Ale zároveň sedí v křesle naproti Anně a pije s ní čaj. Jako jindy.

98.
Nakonec Anna propojila současnou Lubošovu dezorientaci a uzavřenost v bludech a halucinacích s jinou situací, kdy byl Luboš kompetentní. Dohodu uzavřenou v minulosti přenesla sem, do současnosti jako dohodu společnou a platnou.

99.
A všimněme si. Od chvíle, co Luboš usedl do křesla v denním centru, nepracovala Anna jen tak s jeho (holou) nemocí nebo s Lubošem jako s (holým) subjektem. Soustředila se na

to, co se děje s Lubošem v jeho vztazích k matce, k psovi, k psychiatryni, k vedoucímu svépomocné skupiny, k ní samotné, k jeho vlastnímu bytu i k bytu jeho matky, k jeho dřívějším stavům... A něco s těmito vztahy dělala.[29] Schůzka byla naaranžována tak, aby probíhala jako jindy v "přátelské a spolupracující" atmosféře - Luboš s Annou seděli a popíjeli čaj. Anna se zabývala otázkami: jak předejít případné agresi vůči matce, jak se dohodnout na informování psychiatryně, když je Luboš tak dezorientovaný a nezdá se, že by se dokázal k něčemu takovému rozhodnout sám? Tohle praktické, situované působení má přitom dopad na to, co je to Lubošova nemoc a jak je Luboš nemocný.

100.
Anna tedy hned naněkolikrát Lubošovu nemoc dělala.- jako nemoc pochopitelnou v kontextu Lubošových osobních vztahů, jako pokus o řešení těchto vztahů, jako nemoc, která ani ve chvíli takovéhle intenzity není v Lubošově životě "všude". Protože Luboš není jen "Luboš v této chvíli". Luboš, to je i jeho minulost a propojení s ní. A Luboš je také budoucí Luboš, je i tím, co by mohl, ale také nemusel udělat. Anna umisťovala nemoc do jako obvykle vstřícné atmosféry setkání, dělala ji součástí už nějakou dobu dobře fungujícího osobně-profesionálního vztahu. Anna nemoc překládala.

101.
Projdeme-li si všechny v průběhu analýzy debatované příklady, je zřejmé, že překládání nemoci do místních souvislostí se nevyhne žádná péče. Ani ta, která umisťuje nemoc explicitně do subjektu a snaží se ji "pouze" ovlivnit.[30]

102.
Shrňme. Překladový model nemoci popisuje nemoc a její vztah k péči takto:

- Nemoc je jako objektivní fakt konstruována.
- Nemoc sídlí ve vztazích, v každé situaci je ve vztazích překládaná - transformovaná.
- Nemoc je částečně propojená s normalitou, tu a tam je normální.
- Uspořádání péče je "prostředníkem, překladatelem": v péči se nemoc vždy proměňuje, péče nemoc dělá.

103.
Zdá se, že překladovým modelem lze docela dobře popsat praxi všech typů psychiatrické péče. Někdy si ovšem praxe takto vůbec nerozumí, chápe se jako pouhý "prostředek"- tam, kde je nemoc popisována a dělána jako "pronikající" jsoucno. Jindy naopak péče svoji zprostředkovatelskou a transformační roli reflektuje, byť jenom zčásti. Především tam, kde se soustředí na sžívání nemocného s prostředím: tam vždy nemoc *překládá*, transformuje a někdy ji dělá jako součást normality.[31]

Jak se ptát?

104.
Uspořádání péče, ať už je organizováno na základě kteréhokoli z obou modelů svými intervencemi produkuje a) samu nemoc; b) nemocný/zdravý subjekt; c) svět nás všech.

105.
Péče, která se orientuje na potlačení nemoci a vyléčení subjektu, se snaží zacházet s nemocí jako s hotovým, "pronikajícím" jsoucnem. Jako s objektivním a s normalitou nesouvisejícím faktem. Hledá a nachází nemoc v subjektu. Nereflektuje však přitom svůj skutečný vliv na ustavování subjektu pacienta a na produkci světa, v němž žije pacient, a s ním všichni ostatní.

106.
Jindy péče záměrně zasahuje do propojení subjektu s jeho okolím. Důsledkem je, že překládá nemoc do místních souvislostí, zachází s nemocí jako s otevřeným jsoucnem, umístěným a dělaným ve vztazích. Taková péče artikuluje nemoc pokaždé s ohledem na lokální souvislosti. Cíleně propojuje klienta se situacemi, které nejsou definovány primárně psychiatricky.[32] Souvislosti, které bývají běžně považovány jen za "okolnosti" nebo "kontext" nemoci, se stávají přímo součástí nemoci (resp. nemoc se stává součástí normality) podle toho, jak se je podaří s nemocí propojit.

107.
Psychiatrické péči by pomohlo, kdyby se explicitněji organizovala podle překladového modelu nemoci. Stálo by za to duševní nemoc víc záměrně překládat, než se ji snažit v různých situacích dokola opakovat, jako by šlo stále a jednoznačně o tutéž věc. Otázka, na niž by mělo odpovídat uspořádání péče, už nezní: "Jak reagovat na duševní nemoc? Jak ji ovlivnit?". Stojí takto: "Jak se dá nemoc udělat jinak?"

Poznámky

[1] Tento text vznikl přepracováním jednoho z výstupů výzkumu podpořeného grantem Interní grantové agentury MZČR (reg. č. projektu NO6656-3/2001) s názvem "Model sledování, hodnocení a zkvalitňování komunitní péče o duševně nemocné". Výzkum probíhal v letech 2001-2003. Realizátorem bylo Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Současně se jedná o přepracovanou a podstatně zkrácenou verzi diplomové práce, obhájené v únoru 2004 na Fakultě sociálních věd UK, obor sociologie. Jména osob, které figurují v polních poznámkách a uvedené kazuistice, byla změněna.

[2] V komunitním denním stacionáři proběhlo 35 celodenních nebo půldenních pozorování, v psychiatrické léčebně 60.

[3] Skupina byla vedena v rámci projektu podpořeného *Open Society Fund* - "Veřejné zdraví: Lidská práva a péče o duševní zdraví v České republice." Realizátor: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

[4] Mám zde na mysli nikoli materialitu a socialitu jako dvě odlišné sféry skutečnosti, nýbrž materialitu a socialitu v jejich propojení. Socialita je vepsána do materiálních nosičů a naopak, materialita re/produkuje sociální vztahy. K tomu viz Law, Mol (1995).

[5] Autorem uváděných polních poznámek z psychiatrické léčebny je David Kocman, který se také podílel na projektu "Model sledování, hodnocení a zkvalitňování komunitní péče o duševně nemocné". Popis praxe na neklidovém oddělení rovněž vychází z těchto polních poznámek.

[6] Jak píše Welsch, vnímání jakožto způsob přístupu k realitě zůstává samo skryté - "vidíme viditelné předměty, ne vidění nebo viditelnost" (1993: 24). Welsch ukazuje, že aisthésis (vnímání, vidění, citlivost, uvědomování) je vždy zároveň nějak provázáno s neviděním. Popisuje tři formy provázání estetického a anestetického. Jednak každé vnímání znamená nevnímání: abychom něco viděli, musíme být pro většinu ostatního slepí. Za druhé: preference jednoho smyslu (typické je západní upřednostnění zraku) vede ke znecitlivění smyslu jiného. A za třetí, jak už bylo řečeno, samo vnímání, tedy způsob přístupu k realitě, je mimo zorný úhel. Tyto skryté cesty vnímání mají na úrovni kulturní či sociální podobu schémat a obrazů, v jejichž zajetí konáme, aniž si to uvědomujeme.

[7] Tuto (až téměř osobnostní) nesourodost jednoho a téhož pacienta (ve srovnání dvou odlišných prostředí péče) potvrzují různí profesionálové, když popisují a-ha efekt při setkání s pacienty vně svojí služby. Potvrzují to následující zápisky z ohniskové skupiny, při níž se sešli uživatelé, rodinný příslušník, psychologové, psychiatři, sociální pracovníci: "Psycholožka L. přibližuje vlastní zkušenost: jak bylo užitečné, když svoje pacienty z ambulance zažila i v jiných životních situacích, najednou viděla úplně jiné stránky jejich osobnosti. Mělo to vliv na to, jak s nimi pak komunikovala. Psychiatryně Š., která pracovala nejdříve jenom v léčebně, si vybavuje zážitek z psychoterapeutické skupiny v komunitní organizaci - bylo to úplně nové sedět v kruhu s pacienty, které už předtím znala z ústavu. Mimo jiné v tom, že všichni - i ona - měli civilní oblečení. Psychiatr P. přidává svoji historku, jak vyprávěl bývalému kolegovi z léčebny o jeho bývalé pacientce, která teď pracuje, a kolega-lékař mu nevěřil." Tvrdím, že to není jenom tím, že v léčebně jsou pacienti "akutně psychotičtí" a mimo ni v takovém stavu být nemusejí. Ne. I "akutní stav" je pokaždé něčím trochu jiným, podle toho, co se s ním dělá a jak se dělá. Viz o kousek dále uvedený příklad kazuistiky klienta Luboše.

[8] Spojení slov "aranžovaný výjev" nemá ovšem navozovat představu, že jde o *pouhý* výjev, o cosi jen málo nebo dokonce vůbec skutečného. Naopak. Právě proto, že je to naaranžováno skrze různé praktiky (které samy nejsou vnímány jako skutečnost nemoci ovlivňující), je to skutečné.

Dnešní skutečnost je ustavená esteticky, skrze procesy vnímání, píše Welsch (1993). Uvažuje v této souvislosti hlavně o vlivu médií. Můžeme to ale chápat tak, že médiem ustavujícím skutečnost může být místně významný prostředník (prostředníci), který (kteří) má (mají) na proces vnímání vliv. Právě toto se pokouším na jednotlivých příkladech popsat.

[9] Mol to ve své studii performance aterosklerózy (1998) nazývá "skrytým propojením". Ateroskleróza je také vytvářena jako nemoc proměnlivá v čase, jako proces, kde lze v *budoucnu* očekávat změny: praktický lékař doporučuje jednomu svému pacientovi, aby nekouřil a začal brát léky, jinak se jeho stav výrazně zhorší. Ale budoucnost je něco, co nelze teď nijak ukázat. Propojení mezi omezením kouření a budoucím vývojem aterosklerózy je skryté. Není nemožné, ale v běžné lékařské praxi velmi často prostě nemůže být provedeno. Podobně chirurgové, kteří intervenují tady a teď, promítají svoje intervence na proces v čase jako na objekt skrytý za symptomy: oni léčí symptom - zvětšují průměr cévy, ale to není nemoc sama, ta je charakterizována postupným zhoršováním cévních stěn.

[10] Nelze ovšem ani tvrdit opak: že oddělováni nejsou. Jsou. Různými způsoby. Třeba tím, že na ně lékaři někdy nemají čas, když s nimi chtějí mluvit. Nebo tím, že nemohou přijít kdykoli, nebo že musejí do léčebny cestovat zdálky. Ale to není nějaké totální oddělení, to je spíš redistribuce a přeuspořádání vztahů. Lze si i představit, že pobyt v léčebně může být naopak důvodem k intenzivnějšímu setkávání pacienta s někým z jeho známých či příbuzných.

[11] Může být "cílené" nebo "komplexní", jak mi po konci sezení vysvětlil doktor Matěj. Tohle bylo cílené. Komplexní by mu v tomhle případě pojišťovna neuznala. Komplexní by také trvalo déle. Ale, dodávám, i komplexní vyšetření je cílené, jenom je cílené komplexněji. Není zaměřené na všechno. Chce se sice dozvědět víc, ale víc - o nemoci.

[12] Zároveň se ale v úryvku píše i o psychické poruše. Což je jen dokladem toho, jak termíny týkající se nemoci a péče splývají, jak lze "psychické" zaměnit beze změny významu za "psychiatrické".

[13] Na jedné poradě týmu mluvil o jiném svém pacientovi ze vstupního vyšetření psychiatr Matěj takto: "Pan Bína, co přišel dneska, je v péči doktorky Hrachové. Diagnóza smíšená porucha osobnosti, ale jsou tam nějaký deprese a psychotický epizody. Takovej moc sympatickej chlap smutnej, pro kterýho je těžký vstoupit do kontaktu. Přišel už o druhou rodinu" (polní poznámky, komunitní denní stacionář).

[14] O což samozřejmě leckdy psychiatrie usiluje. A myslí si, že to i dělá, když popisuje nemoc tak, jakoby výsledek byl na optice nezávislý. "Poznání, které dovolí říci, toto je šílenec, není prostý ani bezprostřední fakt. Ve skutečnosti spočívá na určitém počtu předchozích operací, a především na rozdělení sociálního prostoru podle směrnic hodnocení a exkomunikace. Když se lékař domnívá, že stanovil diagnózu šílenství jako přirozeného fenoménu, ve skutečností mu dovolila usoudit na šílenství právě existence této hranice. V každé kultuře je tato hranice jiná [...]" píše Foucault (1999: 97-98).

[15] Kazuistika byla vypracována v rámci vzdělávacího kursu "Komplexní terapie psychóz", jehož byla Anna účastnicí. Je proto situována jednak v tom, jak byl kurz organizován a co bylo jeho obsahem, a jednak v praxi Anny jakožto sociální pracovnice tzv. terénního týmu jedné komunitní organizace pro duševně nemocné. Tato situovanost kazuistiky produkuje svérázně popisovanou nemoc.

[16] Mol (1998) předvádí na příkladě atherosklerózy, že aby něco bylo reprezentací nemoci, jejím příznakem, musí se to s oním (virtuálním) objektem nemoci stojícím za všemi jeho projevy propojit. A k dosažení tohoto propojení se musí odvést nějaká práce. Mol píše o čtyřech druzích takových spojení: chybějící, uvolněná, skrytá a přemístitelná. "Objekt" atherosklerózy je virtuální, je vytvářen svými reprezentacemi, které vznikají na různých místech: v hematologické laboratoři, na patologii, v ordinaci při rozhovoru lékaře a nemocného, u pacienta doma a v jeho subjektivním prožitku. Je mnoho atheroskleróz, říká Mol. Aby z nich vznikla jedna - ta, jejímiž se všechny ostatní stanou projevy, musí být vynaložena určitá práce na propojení jednotlivých atheroskleróz do té pravé, původní, objektivní. Teprve tato spojení vytvářejí objekt. Ale tato spojení je třeba *dělat*.

[17] V tomto propojení se podařilo Anně vidět "projev nemoci" jako specifické řešení vztahových problémů. Halucinace nejen že jsou takto pochopitelné, ale jsou svého druhu normální reakcí: "Rozdíly mezi náhražkovým únikem normálního člověka a rituály nutkavých neuróz, bludným systémem psychotika, nejsou nepřeklenutelné. I neurotické nebo psychotické příznaky se musí nakonec považovat za určitý projev náhradního řešení, za pojistku proti úzkosti, s tou výjimkou, že sociální souhlas a ocenění tu většinou chybí" (Syřišťová 1974: 70). To je i freudovský pohled: mezi zdravím a nemocí, mezi normálnimi a patologickými projevy je kontinuita (Vacek 2001).

[18] Například tato "Kazuistika simplexní schizofrenie": "Pacient, kterému je 19 let, bydlí v sídlištním bytě s rodiči a třemi sourozenci. [...] Během školní docházky stál pacient stranou svých vrstevníků a byl terčem posměchu ze strany spolužáků. [...] Pro problémy s vrstevníky odešel po necelých dvou letech studia z 8-letého gymnázia. Na základní škole měl nadále výborný nebo velmi dobrý prospěch, učil se poměrně snadno, a tak se po složení přijímacích zkoušek vrátil na 4-leté gymnázium. Tam se už v 1. ročníku objevily potíže se soustředěním, prudký a výrazný pokles školního výkonu a prospěchu. Pacient se nakonec úplně přestal do školy připravovat, přestal číst a dívat se na televizi. Budí dojem, že zlenivěl. Nedbá o sebe, planě mudruje a podle rodičů si "čárá nesmysly" - pokrývá papír krátkými texty beze smyslu. Nedokáže se ničím zaujmout, je zcela pasivní" (Libiger 2001: 232-233). Je to kazuistika nemoci, popis toho, jak se duševní nemoc projevuje v individuálním životě. Ne jak je v individuálním životě v různých situacích ustavovaná, nýbrž jak do něj vchází, ovlivňuje ho, pohlcuje, jak z něj ustupuje. Všimněme si: již nadpis ukazuje, že se mluví především o nemoci, ne o "simplexním schizofrenikovi", o příběhu konkrétního pacienta. V tomto nevinně znějícím nadpise - a samozřejmě v celé kazuistice - - se pořád ještě ozývá inspirace, kterou si na začátku 20. století psychiatrie ve svém počátečním hledání podstaty duševní choroby brala z organické medicíny: hledala příznaky každého typu choroby (symptomatologie) a analyzovala formy nemoci (nosografie), čímž však zároveň postulovala

nemoc jako určitou podstatu, entitu skrytou za svými projevy a nezávislou na nich (např. za manickou krizí nebo depresivní fází se má skrývat entita maniodepresivního šílenství) - viz Foucault (1999).

[19] Velmi podobnou věc navrhuje Patricia Deegan - psycholožka a uživatelka psychiatrické péče, když ve svém článku "The independent living movement and people with psychiatric disabilities: Taking back kontrol over our own lives" (1992) píše o plné moci ve zdravotní péči. Lidé - uživatelé péče - by sepisovali svoji "osobní psychiatrickou vůli". Tento dokument, sepsaný mimo dobu psychiatrické hospitalizace, by určoval zvláštního zástupce (přítele, důvěrníka). Určená osoba má pak dohlížet, zda je dodržován a prováděn upřednostňovaný způsob dané léčby v případě, že by došlo k rehospitalizaci a uživatel by byl shledán nezpůsobilým. Byla by to pak pacientova(!) vůle, která by i ve chvíli, kdy je zrovna pacient shledán nezpůsobilým, byla stále v platnosti a ovlivňovala léčbu a to, jak s ním zacházejí. Promlouvala by sice z jiného času, zprostředkována slovy na papíře a přítomností pověřeného pacientova přítele či důvěrníka, ale patřila by stále pacientovi.

[20] O delegování závislostí na standardizované prvky, jehož výsledkem je nezávislost subjektu viz Moser, Law (1999) nebo Struhkamp (2001).

[21] Záměrně nepíši, že by to měli přiznávat profesionálové. Píši o "péči". Ne proto, že bych ji pokládal za samostatného a homogenního aktéra, ale proto, že různí aktéři, například právě profesionálové, jsou vždy zapleteni do širokých souvislostí. (A síť těchto souvislostí tu pracovně nazývám péčí.) Profesionály, jejich činy a záměry nelze prakticky oddělit od toho, jak vypadá prostředí, kde pracují, od legislativy, nepsaných norem, financování zdravotní a sociální péče atd. Morální apel v duchu "všechno je to o lidech, ti se musí změnit" sice může být provokativní a iniciující, ale nemusí být spravedlivý, a hlavně není příliš praktický. Protože, řekněme, lidi nejsou jenom o lidech. Chceme-li změnit "přístup", vyplatí se měnit i "systém".

[22] Používám tu rozlišení prolínacího (difuzního) a překladového (translačního) modelu, jež Latour (1986) uvádí jako dva možné popisy moci.

[23] "Je nutno si otevřeně přiznat, že psychiatrův zásah bývá často pomocí spíše někomu jinému než pacientovi - rodičům a učitelům hyperaktivního dítěte, manželce manického manžela, hysterikovým spolupracovníkům nebo širšímu okruhu lidí kolem asociála nebo exhibicionisty" (Chromý 1990: 71).

[24] Bylo by jenom užitečné, aby lékařská psychiatrická péče vyslyšela výzvu, kterou Law a Mol (2003) adresovali medicíně somatické. Při její četbě zaměňme slovo "tělo" za slovo "subjekt", dostane se nám tak naléhavé souvislosti s psychiatrií: "[...] nejde o to nabízet znalost izolovaných těl (*subjektů*), ale spíš nejrůznější diagnostické a terapeutické zásahy do živoucích těl (*subjektů*), a tedy do každodenního života pacientů. Dokonce ani onen patologicky založený pohled není jenom *pohled*, a zahrnuje určitou manipulaci. Lékařské postupy se vždycky týkají jak toho, co je uvnitř těla (*subjektu*), tak toho, co je vně. Když se tedy medicína vyslovuje o způsobech svojí práce a

když zvažuje důsledky svojí činnosti, jenom by jí prospělo, kdyby se přitom stavěla ke své tragické povaze čelem: lékařské zásahy budou stěží kdy znamenat holé zlepšení, a případně pár nešťastných "vedlejších důsledků", to spíš vždycky půjde o zavádění proměnlivého souboru rozporů" (str. 21-22).

[25] Jak by řekla Moser (2000): do kyborga, to jest do kompozitního subjektu, dělaného ve vztazích. Takový subjekt není uniformní či identický sám se sebou. Sestává z částečně propojených součástí, na které ho ale nelze redukovat. Viz také Law (2000); Moser, Law (1999).

[26] Svět bez blázinců, ordinací či psychiatrické diagnostiky by možná byl světem bez duševní nemoci, ale vůbec to neznamená, že zrušením blázinců a ordinací zmizí duševní nemoc. Takhle jednoduché a kauzální to není. Antipsychiatrizující pointy jako "Duševní nemoc vlastně neexistuje" anebo "Všichni jsme tak trochu blázni" jsou mi stejně vzdálené jako substancializující klinická perspektiva. Nicméně existují přesvědčivě doložená tvrzení, že skutečnost duševní nemoci je historicky ustavená a retrospektivně budovaná promítáním této kategorie do dob, kdy se jednalo o jiné zkušenosti/skutečnosti. Foucault (1993, 1999) to předvedl svým archeologickým pohledem na vědění: renesanční svět se šílenstvím, které v podstatě volně cirkulovalo jako součást každodenní lidské zkušenosti, byl jiný, než byl třeba svět osvícenských útulků a než je svět moderní psychiatrie. A jiná byla proto i zkušenost šílenství. Podobně je to i u Leudara a Thomase (2000) s jejich příkladem Sokrata a Achillea, slyšících hlasy.

[27] Materializací tohoto opakování jsou lékařské zprávy a doporučení, kde v záhlaví stojí diagnóza. Pokud ta je stejná, má pacient pořád stejnou nemoc.

[28] Z literatury o komunitní psychiatrii viz například Mosher, Burti (1989) nebo Carling (1995). Tyto knihy pojednávají výslovně o tom, jak se vztahovat k duševně nemocným lidem, jak zasahovat či nezasahovat do jejich vazeb, spíše než jak léčit "samotnou nemoc". "Proces opakované dekontextualizace a s tím spojené institucionalizace-medikalizace jedince má rozhodující vliv na to, že se v síti a systému (péče - pozn. autor) objevuje člověk jako osoba s "chronickou" nemocí. Představa "nemoci tkvící v člověku" je ohniskem, kolem něhož se utváří proces stigmatizace; tento proces je hlavním viníkem vývoje a udržování "chronicity", poznamenávají Mosher a Burti (1989: 110).

[29] S tím vším pracuje jakákoli péče, i ústavní. Rozdíl je právě v tom, že medicína to dělá z druhého konce. Ona chce ovlivňovat nemoc, což se pak má pozitivně odrazit ve vztazích. Zapomíná, že "ovlivňováním" nemoc sama také *dělá* a že stejně tak dělá klientovy vazby. Tady, v sociální práci, jde naopak o to, uchopit nějak danou situaci s jejími zvláštnostmi: Jak zvládnout *v konkrétních podmínkách* to, co se děje? Jak se k tomu mají ostatní? Jak souvisí dění tady a teď s jinými životními situacemi a vztahy klienta? Jak tomu rozumět? Co lze použít? O které zdravé prvky se dá opřít? Toto "ovlivňování" situace a prostředí ale současně je děláním nemoci i zdravého/nemocného klienta.

[30] Tam je ale problém, že překlad, ta transformace nemoci, je mimo zorné pole péče. (Mimochodem, "překlad" znamená v nemocniční hantýrce přesunutí pacienta z oddělení na oddělení. Nebo z nemocnice do nemocnice. Jak doslovné. Péče tu "reaguje na pacientův stav" a současně a nevyhnutelně... překládá.)

[31] Profesionálové si ale proto ještě nemusí myslet, že tím transformují samu nemoc. Duševní nemoc nadále kladou kamsi za viditelné projevy, do virtuálního bodu.

[32] K tématu propojování viz náš článek "Asistovaná aktivita, asistovaná samostatnost, asistované propojování: O povaze působení psychiatrických profesionálů" (Paleček, Kocman 2004).

Literatura

CARLING, P.J. (1995): *Return to community: Building support system for people with psychiatric disabilities*. New York, London: The Guilford Press

DEEGAN, P.E. (1992): The independent living movement and people with psychiatric disabilities: Taking back kontrol over our own lives. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15 (3): 3-19

FOUCAULT, M. (1993): *Dějiny šílenství v době osvícenství: Hledání historických kořenů pojmu duševní nemoci*. Praha: Lidové noviny

FOUCAULT, M. (1999): *Psychologie duševní nemoci*. Praha: Dauphin

HARAWAY, D. (1991): *Simians, cyborg and woman: The reinvention of nature*. New York: Routledge

CHROMÝ, K. (1990): *Duševní nemoc: Sociologický a sociálně psychologický pohled*. Praha: Avicenum

JANOTOVÁ, D. (2001): Zásady přístupu k psychiatrickým pacientům, psychiatrické vyšetření, psychopatologický rozbor. In: J. Raboch, P. Zvolský et al.: *Psychiatrie*. Praha: Galén, Karolinum. Str. 63-71

LAW, J. (2000): Political philosophy and disabled specificities. Published by Science Studies, Lancaster, and the Department of Sociology, Lancaster University at http://www.comp.lancaster.ac.uk/sociology/soc026jl.html [navštíveno 30.9.2001]

LAW, J. / MOL, A. (1995): Notes on materiality and sociality. *The Sociological Review*, 43 (2): 274-294

LAW, J. / MOL, A. (2003): Vtělené jednání, zjednávaná těla: Příklad hypoglykémie. *Biograf*, (31): 5-25

LATOUR, B. (1986): The powers of association. In: J. Law, ed.: *Power, action and belief: A new sociology of knowledge?* London: Routledge and Kegan Paul. Str. 264-280

LATOUR, B. (1999): Pandora's hope: Essays on the reality of science studies. Cambridge, MA.: Harvard University Press

LEUDAR, I. / THOMAS, P. (2000): *Voices of reason, voices of insanity: Studies of verbal hallucinations*. London, Philadelphia: Routledge

LIBIGER, J. (2001): Schizofrenie. In: J. Raboch, P. Zvolský et al.: *Psychiatrie*. Praha: Galén, Karolinum. Str. 227-252

MOL, A. (1998): Missing links, making links: The performance of some atheroscleroses. In: M. Berg, A. Mol, eds.: *Differences in medicine: Unraveling practices, techniques and bodies*. Durham, London: Duke University Press. Str. 145-165

MOL, A. / BERG. M. (1998): Differences in medicine: An introduction. In: M. Berg, A. Mol, eds.: *Differences in medicine: Unraveling practices, techniques and bodies*. Durham, London: Duke University Press. Str. 1-12

MOSER, I. (2000): Against normalisation: Subverting norms of ability and disability. *Science as Culture*, (9): 201-240

MOSER, I. / LAW, J. (1999): Bad passages, good passages. In: J. Law, J. Hassard, eds.: *Actor-network theory and after*. Oxford: Blackwell Publishers. Str. 196-219 (česky: Přechody snadné, přechody nesnadné: O heterogenní ekonomii subjektivity. *Biograf*, 1998, (15-16): 5-28)

MOSHER, L.R. / BURTI, L. (1989): *Community mental health: Principles and practise*. New York, London: W.W. Norton & Company

PALEČEK, J. / KOCMAN, D. (2004): Asistovaná aktivita, asistovaná samostatnost, asistované propojování: O povaze působení psychiatrických profesionálů. *Sociální práce/Sociálna práca*, 4

RABOCH J. / ZVOLSKÝ P. et al. (2001): *Psychiatrie*. Praha: Galén, Karolinum

SMITH, B. (1981): Black lung: The social production of a disease. *International Journal of Health Services*, (11): 343-359

STRUHKAMP, R.(2001): Living independence: An ideal and its multiple realisation in a rehabilitation centre. Paper for the doctoral workshop 'Science, Medicine and Society', session 'Autonomy, dependence'. (Paris, May 18-19, 2001)

SYŘIŠŤOVÁ, E. (1974): *Imaginární svět*. Praha: Mladá fronta

THORNICROFT, G. / SZMUKLER, G. (2003): *Textbook of community psychiatry*. Oxford: University Press

VACEK, J. (2001): *Velké psychiatrické případy*. Praha: Paseka

VAVRUŠKOVÁ, M. (2001): Jak jsem se "potkala" s duševní nemocí. *Esprit*, 5 (5): 2-3

WELSCH, W. (1993): *Estetické myslenie*. Bratislava: Archa

[nahoru]

## Jenda Paleček

Jan Paleček (1970) vystudoval Fakultu sociálních věd Univerzity Karlovy v Praze, obor sociologie. Pracuje v Centru pro teoretická studia a rád studuje praxi (sociálních služeb pro lidi s mentálním postižením, praxi náboženskou i psychiatrickou). Je doktorandem Fakulty sociálních studií oboru sociologie na Masarykově univerzitě v Brně. Tématem jeho doktorské práce je deinstitucionalizace péče o osoby s mentálním postižením.

**Působiště:** Centrum pro teoretická studia

**E-mail:** janpalecek@centrum.cz

© Biograf 2004 - http://www.biograf.org; casopis@biograf.org
Publikování tohoto textu kdekoli jinde je možné pouze se souhlasem editora Biografu.
Správci webu: Jakub Konopásek a Zdeněk Konopásek
Design a koncepce: Zdeněk Konopásek; grafika Rudolf Šmíd