

CHVÁLA BLÁZNOVSTVÍ V 21. STOLETÍ

Autor: Jan Bodnár

Cílem tohoto příspěvku je konfrontace normy a normality tak, jak ji chápe psychologie a psychiatrie s pojetím normality vycházejícím z některých filosofických směrů. Autor se pokouší o relativizaci některých obecně platných hodnotících systémů.

NORMA A DUŠEVNÍ PORUCHA

Snad nejjednodušší a nejvíce zavádějící je představa duševní poruchy jako patologické odchylky od normy ztěžující jedinci bezproblémové fungování ve společnosti. Porucha se projevuje nejen v abnormních psychických pochodech a v narušeném vnímání sebe sama, ale především v odlišném - „nenormálním“ chování. Abychom mohli analyzovat tento přístup, musíme si ujasnit co vlastně norma je a jaká kritéria ji ovlivňují. Především bychom neměli zapomínat na to, že se jedná o značně subjektivní determinantu, která se v průběhu historie významně posouvá. Příkladem nám může být poměrně nedávná změna postoje k homosexualitě, která byla ještě na začátku dvacátého století chápána jako choroba.

Norma je obecné hodnotící kritérium, vymezující to, co je v té které oblasti běžné a žádoucí. Pokud něco normu nespĺňuje, tak mluvíme o nesprávné, chybné či patologické funkci v dané oblasti. Vágnerová (2002) uvádí několik základních pojetí normality:

a) Statistické pojetí. - Je založené na kvantifikaci psychického projevu. Norma se dle tohoto pojetí ztotožňuje s hodnotou nebo pásmem hodnot s největší četností. Míru variability daného znaku určuje směrodatná odchylka. Čím větší je variabilita určitého projevu, tím je širší i pásmo normy (nejčastěji je v tomto případě aplikována tzv. teorie Gaussovy křivky).

b) Funkční pojetí. - Zaměřené na optimální fungování jedince. Normální a žádoucí je takový projev, který vede k určitému efektu.

c) *Sociokulturní pojetí.* - Souvisí s obvyklostí daných projevů v určité společnosti a kultuře. Společenská kritéria vymezují normu. Z toho plyne, že jakkoli odlišní lidé jsou považováni za nenormální především proto, že se vymykají běžnému očekávání.

d) *Norma jako ideál.* - Objevuje se obzvláště v některých vývojových fázích a bývá často nedosažitelnou a snovou představou. Nedosažitelnost určitého ideálu může být zdrojem psychických obtíží.

e) *Skupinová norma.* - Je založena na odlišných hodnotách různých sociálních skupin a podskupin. Skupinová norma se může velmi výrazně měnit v souvislosti s tzv. sociální mobilitou.

d) *Subjektivní norma pozorovatele.* - Odráží osobnostní vlastnosti člověka. Jelikož je závislá na mnoha faktorech (výchova, inteligence, zkušenost, emotivita atd.), bývá velmi variabilní.

Tato obecná pojetí normality naznačují, že hodnocení „normálního myšlení“ je nesnadnou multidisciplinární problematikou. Psychické pochody a mechanismy jsou však natolik složité, že jejich podstatu nelze redukovat na pouhý odklon od nějaké obecné normy. Takovým způsobem pracuje organická medicína, mentální patologie vyžaduje i jiné analytické metody. Je tedy zřejmé, že v těchto souvislostech nelze hovořit o jednotné patologii, která používá jednotných diagnostických metod a postupů. Dalším problémem normativního vymezení duševní choroby je její častá netransparentnost respektive osobní platnost.

S netransparentností souvisí i častý epizodický průběh duševních chorob, ke kterému nemohou normy zaujmout příslušný postoj. Pokud se porucha projeví pouze krátkodobě či v malé intenzitě a nevymezí se vůči žádné z výše uvedených norem, tak z hlediska normality nedošlo k žádnému patologickému stavu.

V psychiatrii je rozlišení mezi normálním a patologickým značně ztížené i tím, že přechod od normality k abnormalitě není často plně postřehnutelný. Z hlediska společnosti je duševní porucha diagnostikovatelná např. tehdy, když znemožňuje jedinci běžné fungování ve společnosti v závislosti na jeho roli. Pro jedince může

být abnormalita výsledkem stejného mechanismu, pokud ale sám nepřikládá hodnotám a rolím dané společnosti velký význam, může se zcela snadno normám vymykát, tato skutečnost však ještě nemusí nutně znamenat, že dotyčný jedinec trpí nějakou patologickou odchylkou od normy. V tomto smyslu je nutno chápat i Husserlova (1993, s. 24) slova: „Do žádného jiného světa se nemohu vžívat, pronikat zkušeností, vmýšlet se, pronikat hodnocením a jednáním než do takového, který má smysl a platnost ve mně a ze mne sama.“ Pokud si zachováme tento úhel pohledu a přiznáme, že vnější vnímání není apodiktické, nemůžeme se objektivně zamýšlet nad tím, zda je něco natolik specifického jako myšlení a jednání takzvaně duševně chorých¹ skutečně odchylné.

Každý z nás má svůj soukromý svět, který prožívá. Takto chápe odlišnost i Merleau-Ponty (1998), zároveň dodává, že i přes značnou rozdílnost těchto světů se každý svět ukazuje svému držiteli jako varianta společného světa. Je tedy pouze obtížně dokazatelné, že svět vnímaný majoritní společností je skutečně světem objektivním² a naopak svět žitý člověkem duševně chorým postrádá zákony reality, a tím pádem je pouze subjektivním odleskem světa objektivního.

Leckdy bývá myšlení duševně postižených označováno jako odlišné a nerespektující obecné zákonitosti světa. Zamyslíme-li se však nad těmito definicemi poněkud hlouběji, zjistíme, že potenciálnímu hodnotiteli chybí nutně evidence, která determinuje odlišnost. Odlišnost přirozeně nemusí znamenat něco chorobného, zdá se, že tomu je právě naopak. V této souvislosti poznamenává Lévinas (1997, s. 73) : „Druhý se nás nedotýká jako ten, jehož je třeba překonat, zahrnout, ovládnout, nýbrž jakožto jiný, nezávislý na nás...“ Takto chápaná odlišnost, která neznamená nutně odsouzení onoho odlišného, nýbrž naopak jeho respektování a přijetí, je, dle mého názoru, správným výchozím bodem.

Kvantitativní hodnocení normality je značně zavádějící, pokud bychom se např. snažili vymezit disociativní poruchy jako přehnané emociální reakce, zjistili bychom, že bouřlivé emotivní jednání není typické pouze pro duševně postižené, ale i pro mnoho „normálních“ lidí, kteří nezapadají do škatulky duševně

¹ Nakonec nejen myšlení a jednání duševně chorých, ale i jakékoli jiné myšlení a jednání než naše vlastní.

² To lze akceptovat pouze z hlediska výše zmíněného statistického pojetí normality založeného na kvantifikaci psychických (ale i ostatních) projevů.

postižených. V této souvislosti se opět dostáváme k otázce epizodického průběhu některých poruch a jejich vztahu k normám.

Hranice mezi nenormálním a nezvyklým je, jak jsem již uvedl, v mnoha případech velmi nejasná. Přesto se v odborné i laické literatuře setkáváme s případy, kdy se autor zarytě snaží vše nezvyklé označit jako nenormální či patologické. Waldenfels (1998) označuje tyto snahy pojmem bezbřehý normalismus³. Tento směr, který se snaží všechny duševní pochody nějakým způsobem klasifikovat a normalizovat, je bohužel pevně zakořeněn v některých medicínských kruzích. Pokud bychom se nechali strhnout k tomu, abychom tento přístup akceptovali a řídili se jím ve výkladu duševních chorob, vystavovali bychom se velkému nebezpečí. Specifika, kreativita a originalita lidského myšlení by totiž mohla být v krajním případě chápána jako „patologická odchylka“. Současná psychologie se však naštěstí, na rozdíl od některých historických údobí, snaží tento přístup hodnotit realisticky.

JEDINEC A ABNORMALITA

Pozastavme se nad tím, jak interpersonálně chápat problematiku normality. Mokrejš (2002, s. 57) uvádí jako normální to, co je pro daného jedince obvyklé, samozřejmé, všední, obyčejné, přirozené, zdravé, důvěrně známé, nevzbuzující odpor či pochybnosti, přijímané s osobním souhlasem. Naopak jako anomální a nenormální vystupuje všechno neobvyklé, divné, nesamozřejmé, neobyčejné, nevšední, mimořádné, výjimečné, nepřirozené, překvapující, odpudivé a zvláštní.

Normalita není něco vrozeného a neměnného, lidský život je dlouhou cestou a je mnoho různých okolností, které působí na psychiku, hodnoty a morální vývoj každého jedince. Je tedy logické, že hranice normality budou značně rozdílné, kolik je životních cest, tolik je norem.

Fenomenologie Husserlova naznačuje, že normální je vše, co je srozumitelné každému⁴ a platí pro každého. Vacek (1996, s. 124) uvádí v souvislosti

³ Německý autor užívá „grenzloser Normalismus“ .

⁴ Dle Mokrejše (2002) je třeba rozumět „každým“ za sebe zodpovědného, zralého a dospělého jedince.

s Husserlovým učením zajímavou tezi: „Logická pravda je vytvářena vědomím a existuje, pokud ji lidé berou na vědomí. A stačí to dál domyslet. Je-li logická pravda podstatou reality světa, a existuje-li, pokud ji lidé berou na vědomí, je tedy tento svět závislý na lidském vědomí. Potom vlastně objektivní realita neexistuje a všechno, co se nachází mimo vědomí člověka, vyvěrá z jeho vědomí. Lidské vědomí je tedy absolutní svět. Domyšleno do konce, je potom vyústěním Husserlovy fenomenologie analýza vědomí...“

K podobným závěrům dochází v této oblasti i jeden z předchůdců existencialismu Søren Kierkegaard. Ač sám zřejmě trpěl hlubokou depresí, představil zajímavou koncepci, která zdůrazňovala, že smysl má jen konkrétní život lidského jedince a jeho existence. Pochopení smyslu je možné pouze ponořením se do nitra lidského utrpení. Je-li totiž člověku na světě dobře a nic ho neruší, neklade si otázky po bytí. Napadnou ho, až když se ocitne v úzkých. Duševní porucha pochopená z tohoto úhlu se již nemusí jevit jako negativní patologie, ale naopak může představovat pozitivní hodnotu a otevřít cestu osobnímu růstu.

Pokud bychom si zachovali tento úhel pohledu a zamysleli se nad tezemi Heideggerovými, vyšel by nám obdobný výsledek. Dle Heideggera je možné dosáhnout plné a odpovědné existence pouze existenciálními otřesy. Takovým otřesem může být například pocit úzkosti. Úzkost může jedince (stejně jako jiný duševní nesoulad) odpoutat od věcí, od jednotlivých jsoucen a napojit ho na neuchopitelný vše přesahující celek, který všechno přesahuje.

Nejdůležitějším v diagnostice a léčení duševních poruch je vlastní vědomí nemoci a pocity, které vyplývají z daného patologického stavu. V určitém smyslu jsou nápaditosti chování skutečně až druhotným diagnostickým kritériem. Vědomí, které má postižený o své poruše, je zcela primární. Foucault (1997, s. 60) rozbíjí mýtus, který chápe duševní chorobu jako „šílenství, které o sobě neví“. Nemocný si uvědomuje svou anomálii a chápe ji přinejmenším jako neredukovatelnou odlišnost, která jej dělí od světa druhých. Způsob, jakým pacient přijímá a chápe svou chorobu, jak ji interpretuje určuje základní dimenze

choroby. Foucault (1997, s. 61-64) uvádí čtyři základní pohledy na vlastní duševní poruchu:

1) Choroba může být vnímána se statusem objektivitu. „Objektivita“ však odsouvá možnost chorého vědomí do pozadí. Nemocný udržuje chorobu v „mezích svého těla“, jakoukoli proměnu psychické zkušenosti přehlíží nebo popírá, přikládá důležitost jen organickému obsahu své zkušenosti. Nemoc a její symptomy staví na odiv, ale jen v jejích fyziologických formách. Právě přednostní postavení organických procesů v pacientově vědomí a ve způsobu, jakým chápe svou nemoc vytváří širokou škálu psychosomatických symptomů a hypochondrických obav. Tyto organické příznaky mohou nemocnému pomoci pochopit jeho vlastní chorobu.

2) Při paranoidních a schizofrenních onemocněních si postižený uvědomuje, že chorobný proces srůstá s jeho osobností. Uvědomuje si známky choroby ve své osobní historii, zároveň však chápe vznik své choroby jako „*explozi nové existence, která hluboce mění smysl jeho života*“, dokonce jeho život ohrožuje.

3) Vytvoří se jakýsi vlastní autonomní svět, který má pro nemocného mnoho znaků objektivitu.⁵ Chorobné prvky se odtrhují od svého normálního kontextu a uzavírají se samy v sobě. Halucinace a bludy zajišťují zdánlivě racionální souvislosti. Vědomí choroby však ani zde nemizí docela. V krajním případě, kdy se šalebná realita jeví stejně intenzivně jako realita, se vědomí choroby projevuje jako vědomí jiné reality.

4) Při stavech pokročilé schizofrenie a demence je pacient světem své choroby pohlcen. I zde však zůstává vzdálené a mlhavé vědomí „světa normálních“. V takovém případě je dle Foucaulta (1997, s. 64) vědomí choroby již jen „nesmírným niterným utrpením ze světa, poznávaného jako takový pouze prostřednictvím implicitního odkazu ke skutečnosti, jež se stala nedostupnou“.

Velmi nejasnými se ovšem jeví odpovědi na otázky typu: Jaké meze má chorobný svět? Jak se liší chorobný svět od světa, jenž si tvoří normální člověk?

⁵ V tomto se Foucault shoduje s chápáním objektivitu představované Merleau-Pontym (1998).

Například fenomenologie do značné míry rozlišení na patologické a normální odmítá. Pro naše účely však musíme chorobnost určitým způsobem vymežit. Chorobným označme tedy jednoduše a ne zcela přesně vidění světa, které nerespektuje základní rysy tohoto světa a realitu⁶. Foucault (1997, s. 72) vidí chorobný svět jako „svět soukromý“, který se nápadně podobá snu. Hérakleitos praví o spánku: „Bdící mají jeden společný svět, avšak spící se obracejí každý do svého vlastního...“ (SVOBODA, 1962, s. 52). Sen je na jedné straně odcizen světu, zaniká v něm význam jevů a souvislostí, ztrácí se smysl i kontinuita času. Na straně druhé vytváří sen svět nový, s novými zákonitostmi a proměnnými. Zkrátka je duševní choroba zároveň pádem do nejhorší subjektivity i pádem do nejhorší objektivit, záleží pouze na hledisku.

⁶ Z důvodů značné spekulativnosti a obecnosti těchto pojmů používám pouze obecnou formulaci, která není zcela přesná ani vyčerpávající.

Literatura:

CICERO, M., T. *Tuskulské hovory*. Praha : Svoboda, 1976. s. 433.

FOUCAULT, M. *Psychologie a duševní nemoc*. Praha; Liberec : Dauphin, 1997. s. 114. ISBN 80-86019-30-6.

HUSSERL, E. *Karteziánské meditace*. 2. vyd. Praha : Svoboda-Libertas, 1993. s. 210. ISBN 80-205-0311-0.

LÉVINAS, E. *Totalita a nekonečno*. Praha: Oikoymenh, 1997. s. 274. ISBN 80-86005-20-8.

MOKREJŠ, A. *Husserl a otázka „Co je normální?“*. Praha : Triton, 2002. s. 88. ISBN 80-7254-308-3.

MERLEAU-PONTY, M. *Viditelné a neviditelné*. Praha : Oikoymenh, 1998. s. 268. ISBN 80-86005-04-1.

SVOBODA, K. *Zlomky předsokratovských myslitelů*. Praha : Nakladatelství Československé akademie věd, 1962. s. 200.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2002. s. 444. ISBN 80-7178-678-0.

WALDENFELS, B. *Grenzen der Normalismus*. Frankfurt am Main : Suhrkamp, 1998. s. 276. ISBN 3-518-28951-9.