

MICHEL FOUCAULT

MICHEL FOUCAULT

PSYCHOLOGIE
A DUŠEVNÍ NEMOC

edice
STUDIE

Jsou před námi dvě otázky: za jakých předpokladů lze v oblasti psychologie mluvit o nemoci? A jaké vztahy lze s určitostí stanovit mezi případy psychopatologie a případy patologie organické? Tyto dva problémy jsou orientačními hledisky všech psychopatologií: existují psychologie heterogenity, které odmítají interpretovat struktury chorobného vědomí v termínech normální psychologie, jako je tomu např. u Blondela; a existují naopak psychologie analytické nebo fenomenologické, které se snaží zachytit smysl chování, i dementního, v pojmech, které předem rozlišují normální a patologické. K obdobnému dělení dochází i ve velkém sporu mezi psychogenezí a organogenezí, jak o tom svědčí výzkum organické etiologie od dob objevu progresivní paralýzy s její syfilitickou etiologií, nebo analýza psychologické kauzality počínající u poruchy bez organického podkladu, definované koncem 19. století jako hysterický syndrom.

Jsou to problémy tolikrát už probírané, že by nemělo smysl se k nim dnes vracet, ani podávat přehled všech diskusí, které se z nich zrodily. Nabízí se však otázka, jestli nesnáz neplyne z toho, že se pojmem choroba, symptom, etiologie příkládá v psychopatolo-

gii i organické patologii tentýž smysl. Je-li tak nesnadné definovat v psychologii poruchu a zdraví, není to nakonec proto, že se marně snažíme aplikovat na ně paušálně pojmy, jež slouží zároveň i somatické medicíně? Neplynou obtíže při hledání jednoty mezi organickými poruchami a změnami osobnosti z toho, že se obojímu podkládá struktura téhož typu? Za psychopatologií i organickou patologií se předpokládá jakási obecná a abstraktní patologie, která je oběma prvním nadřazena, jako cosi předem daného jim vnucuje stejné pojmy a indikuje jim ve formě postulátu stejné metody. Chtěl bych ukázat, že kořeny psychopatologie nesmějí být hledány v nějaké „metapatologii“, nýbrž v určitém historicky situovaném vztahu člověka k člověku šílenému a ke skutečnému člověku vůbec.

Zběžná bilance bude přece jen nutná – jednak proto, abychom si připomněli, jak se utvářely tradiční nebo nové psychopatologie, a jednak abychom ukázali, jakých předpokladů si musí být psychiatrie vědoma, má-li na sebe klást přísné nároky.

PSYCHIATRIE A ORGANICKÁ MEDICÍNA

Obecná patologie, o níž jsme právě hovořili, se vyvíjela ve dvou hlavních etapách.

Podobně jako organická medicína pokoušela se psychiatrie nejprve dešifrovat podstatu nemoci v koherentním souhrnu příznaků, které ji indikují. Tak vznikla na jedné straně *symptomatologie*, která si všimá konstantních nebo i jen častých souvztažností mezi určitým typem choroby a určitým chorobným projevem: sluchová halucinace jako symptom takové a takové bludné struktury; zmatenost jako příznak takové a takové formy demence. A na druhé straně *nosografie*, která analyzuje vlastní formy choroby, popisuje fáze jejího vývoje a stanoví varianty, kterými se může choroba projevovat: definuje choroby akutní a choroby chronické; popisuje epizodické projevy, alternance symptomů a jejich vývoj v průběhu choroby.

Určitý schematický přehled těchto klasických popisů nebude na škodu nejen kvůli příkladu, ale i proto, abychom pevně stanovili původní smysl klasicky užívané terminologie. Vypůjčíme si popisy ze starých

lékařských děl z počátku století, protože přes jejich archaismus nesmíme zapomínat, že představují určitý vysledný a zároveň výchozí bod.

Dupré definoval *hysterii* takto: „Stav, ve kterém síla imaginace a sugestibility, spojená s onou zvláštní synergií těla i ducha, které jsem dal název psychoplastičita, vede k více či méně záměrnému předstírání patologických syndromů a k mytoplastické organizaci funkčních poruch, které téměř nelze odlišit od projevů simulantů.“¹⁾ Tato klasická definice označuje tedy jako hlavní symptomy hysterie sugestibilitu a výskyt poruch, jako jsou paralýza, necitlivost a anorexie, které v tomto případě nemají organický podklad, nýbrž jsou výlučně psychického původu.

Psychastenie je, počínajíc pracemi Janetovými, charakterizována nervovým vyčerpáním, provázeným organickými příznaky (svalová astenie, gastro-intestinální poruchy, bolesti hlavy), mentální astenií (sklon k únavě, neschopnost jakékoli námahy, zmatenost tváří v tvář překážce; obtížné navazování kontaktů s realitou a přítomností: Janet to nazval „ztrátou funkce reality“) a konečně poruchami emočními (smutek, neklid, návaly úzkosti).

Obsese: „nerozhodnost, pochyby a neklid, projevující se v běžném duševním stavu, a v podobě intermitentních paroxysmálních záchvatů i různé nutkové stavy“.²⁾ Tady se rozlišuje mezi *fobií* charakterizovanou krizemi paroxysmálního strachu před určitými předměty (agorafobie před prázdným prostorem) a *ob-*

sedantní neurózou, u níž jsou zdůrazňovány hlavně obranné reakce, jimiž se nemocný brání svým úzkostem (rituál bezpečnostních opatření, gesta úlitby).

Mánie a deprese: Magnan nazval tuto patologickou formu „intermitentním šílenstvím“; střídají se zde v delších či kratších intervalech dva protichůdné syndromy: syndrom manický a syndrom depresivní. První spočívá v pohybovém neklidu, euforické nebo hněvivé náladě, v psychické exaltaci charakterizované upovídáností, překotností asociací a myšlenkovým tryskem. Naproti tomu deprese se projevuje smutnou náladou a motorickou netečností provázenou psychickým zpomalením. Mánie a deprese se objevují někdy izolovaně, nejčastěji jsou však spojeny systémem pravidelného či nepravidelného střídání, jehož profily popsal Gilbert-Ballet.³⁾

Paranoia: na pozadí vzrušených vášní (pýcha, žárlivost) a duševní hyperaktivity se rozvíjí systemizované koherentní bludné přesvědčení bez halucinací, jež krystalizuje v pseudologické jednotě témat velikášství, pronásledování a odškodnění.

Chronická halucinační psychóza je rovněž psychózou spojenou s bludy, které jsou však špatně systematizované a často nesouvislé; téma velikášství nakonec pohltí všechna témata ostatní v jakési dětinské exaltaci vlastní osoby; tato psychóza je udržována především halucinacemi.

Hebefrenie, psychóza dospívání, je klasicky vymezena intelektuálním a motorickým vzrušením (upoví-

1) E. Dupré, *La constitution émotive*, 1911.

2) H. Delmas, *La pratique psychiatrique*, 1929.

3) Gilbert-Ballet, *La psychose périodique*, v *Journal de Psychologie*, 1909–1910.

danost, neologismy, slovní hříčky; manýrovanost a impulzivní chování), halucinacemi a neuspořádanými bludy, jejichž polymorfie pozvolna ubývá.

Katatonie se projevuje u subjektu negativismem (mutismus, odmítání potravy, fenomény označené Kraepelinem jako „blokáda vůle“), sugestibilitou (svařová pasivita, uchovávaní vnucených postojů, echolálie) a konečně stereotypními reakcemi a impulzivními paroxysmy (brutální pohybové výbuchy, jakoby překypující přes celou onu blokádu, kterou choroba vytvořila).

Na základě pozorování, že tyto tři poslední patologické formy, které se objevují poměrně brzy ve vývinu, směřují k demenci, čili k totální dezorganizaci psychického života (bludy pozbývají na výraznosti, halucinace počínají uvolňovat místo nesouvislému obluzení, osobnost se ztrácí v celkové inkoherenci), zařadil je Kraepelin pod společný název *dementia praecox*.⁴⁾ Právě tuto nosografickou jednotku přejal Bleuler a rozšířil ji o určité formy paranoie;⁵⁾ celek pak pojmenoval společným názvem *schizofrenie*, která je obecně charakterizována poruchou v normální souvislosti asociací – jakýmsi rozštěpem (Spaltung) toku myšlení – a na druhé straně přerušením afektivního kontaktu s okolním prostředím a nemožností navázat spontánní komunikaci s afektivním světem druhého člověka (autismus).

Tyto analýzy mají stejnou pojmovou strukturu, jaké užívá organická patologie: v obou případech táz

4) E. Kraepelin, *Lehrbuch der Psychiatrie*, 1889.

5) E. Bleuler, *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, 1911.

metoda dělení symptomů do jednotlivých patologických skupin a definování hlavních nosologických jednotek. Tato jednotná metoda spočívá na dvou postulátech, které se oba týkají povahy choroby.

Zprv se předpokládá, že choroba je určitá podstata, specifická entita, charakterizovaná symptomy, v nichž se projevuje, zároveň však vůči nim prvotní a do určité míry na nich nezávislá; tak se například popisuje schizofrenní pozadí, skryté za nutkavými symptomy; hovoří se o kamuflovaných bludech; za manickou krizí nebo depresivní epizodou se předpokládá entita manicko-depresivního šílenství.

Vedle tohoto nepodloženého předpokladu o podstatě a jakoby na vykompenzování toho, co je v něm abstraktního, existuje pak postulát naturalistický, který považuje nemoc za jakýsi botanický druh; jednota, která se předpokládá u každé nosografické skupiny za mnohotvárností symptomů, je něco jako jednota druhu definovaného určitými, stálými vlastnostmi a dělicího se v podskupiny: *dementia praecox* je jakýsi druh charakterizovaný konečnými formami svého přirozeného vývoje a zahrnující variantu hebefrenní, katatonickou nebo paranoidní.

Jestliže je duševní choroba definována na základě stejných pojmových metod jako choroba organická, jestliže se psychologické symptomy izolují a spojují jako symptomy fyziologické, pak je to především proto, že se duševní i organická choroba považuje za přirozenou podstatu, projevující se specifickými symptomy. Mezi těmito dvěma formami patologie tedy skutečná jednota neexistuje, jde tu pouze o abstraktní paralelismus, prostředkovaný zmíněnými dvěma postuláty.

Problém jednoty člověka a psychosomatické totality zůstává zcela neřešen.

Právě pod tlakem tohoto problému se patologie obrátila k novým metodám a koncepcím. Pojem organické a psychické totality zcela vylučuje postuláty chápaní choroby jako specifickou entitu. Od pojímání choroby jako nezávislé reality se ustupuje, už se jí nepřiznává z hlediska symptomatologie role přírodního druhu a z hlediska organismu role cizího tělesa. Dává se naopak přednost globální reakci jedince; choroba se již nestaví jako autonomní realita mezi chorobný proces a obecnou činnost organismu, už je považována jen za jakýsi abstraktní rastr, jímž nazíráme vývoj nemocného jedince.

Stačí jen připomenout, jakou roli dnes hrají v oblasti organické patologie hormonální regulace a jejich poruchy, jaký význam je přiznáván vegetativním centřům, třeba oblasti třetí mozkové komory, jež tyto regulace řídí. Je známo, že například Leriche zdůrazňoval globální charakter patologických procesů i nutnost dosadit místo buněčné patologie patologii tkáňovou. A Selye, když popisoval tzv. „choroby adaptace“, poukázal na to, že podstata patologického fenoménu by se měla hledat v souhrnu nervových a vegetativních reakcí, které jsou jakousi globální odpovědí organismu na náraz, „stres“, příšlý zvenčí.

Stejně privilegované místo je v psychopatologii přiznáváno pojmu psychické totality; choroba je chápána jako vnitřní porucha osobnosti, jako vnitřní dezorganizace jejích struktur, jako postupné vychýlení

jejího vývoje; má svou realitu a smysl jen uvnitř strukturované osobnosti. V tomto směru se dnes psychopatologie snaží definovat duševní choroby podle širě poruch osobnosti a dělí psychické poruchy na dvě hlavní kategorie: neurózy a psychózy.

1. Do *psychóz*, jako poruch globální osobnosti, spadá porucha myšlení (myšlení manické, které běží, plyne, klouže po povrchu zvukových asociací nebo slovních hříček; myšlení schizofrenní, které skáče a vynechává prostředkující členy a postupuje v nárazech či kontrastech), celková proměna afektivního života a nálady (přerušeni afektivního kontaktu při schizofrenii; silné emocionální zabarvení v mánii nebo depresi), porucha kontroly vědomí i perspektivního uspořádání různých hledisek a narušení forem kritického smyslu (bludná víra u paranoie, kde interpretační systém anticipuje důkazy své správnosti a je nepřístupný jakékoli diskusi; paranoikova indiference vůči zvláštnosti jeho bludné zkušenosti, která má pro něj hodnotu evidentní skutečnosti).

2. Naproti tomu u *neuróz* je zasažena pouze část osobnosti: u lidí trpících obsesí rituálním chováním vůči určitému danému objektu, při fobické neuróze úzkostí vyvolávanou určitou situací. Běh myšlení však zůstává ve své struktuře nedotčený, třebaže je u psychasteniků zpomalený, také afektivní kontakt zůstává zachován, i když u hysteriků může být vystupňován až k přecitlivělosti, a konečně, přestože se i zde může objevit obliterace vědomí, například u hysterie, nebo nesoudržnost impulzů, například u člověka trpícího obsesí, neurotik si uchovává vůči svým chorobným fenoménům kriticky jasné vědomí.

Mezi psychózy je všeobecně počítána paranoia a celá skupina schizofrenií s paranoidním, hebefrenním a katatonickým syndromem, mezi neurózy jsou zařazovány psychastenie, hysterie, nutková neuróza, úzkostná neuróza a neuróza fobická.

Osobnost je tedy chápána jednak jako živel, v němž se choroba vyvíjí, jednak jako kritérium, umožňující její posouzení; je skutečností choroby a zároveň i její mírou.

V tomto privilegování pojmu totality byl spatřován návrat ke konkrétní patologii a možnost stanovit oblast psychopatologie i oblast organické patologie jako jeden celek. Neobraccio se obě dvě, i když různými cestami, k témuž lidskému jedinci v jeho skutečnosti? A neztotožňují se spolu nastolením pojmu totality jak ve svém objektu, tak v metodě?

Dokladem toho by mohlo být dílo Goldsteinovo. Při studiu neurologického syndromu, jako je afázie, ležícího na hranici mezi psychiatrií a organickou medicínou, dospěl k tomu, že odmítá jak výklad organický, totiž lokální lézí, tak i interpretaci psychologickou, totiž globálním deficitem inteligence. Ukazuje, že posttraumatická kortikální léze může modifikovat styl, jakým jedinec reaguje na své okolí; funkční postižení omezuje adaptační možnosti organismu a eliminuje z chování schopnost zaujímat určité postoje. Jestliže v případě afázie nemůže jedinec pojmenovat předmět, který mu ukazují, ale může ho žádat, když jej potřebuje, není to důsledkem nějakého deficitu (organického nebo psychologického úbytku), který by bylo možno popsat jako skutečnost o sobě, ale proto, že už není schopen zaujmout vůči vnějšímu světu určitý postoj, určitou perspektivu, v níž dává-

me věcem jméno, v níž se předmětu nepřibližujeme, abychom ho uchopili (greifen), nýbrž zaujímáme od něho odstup, abychom na něj ukázali a označili ho (zeigen).⁶⁾

Ať už jsou její první příznaky povahy psychické nebo organické, v každém případě je choroba nazírána v souvislosti s celkovým postavením jedince ve světě; není již fyziologickou *nebo* psychologickou podstatou, nýbrž obecnou reakcí jedince požímaného v jeho psychologické i fyziologické totalitě. Ze všech těchto nových forem lékařské analýzy lze proto vyčíst jeden společný smysl: čím více je nazírána jednota lidské bytosti jako celek, tím více se jako specifická jednota rozplývá realita choroby, a tím více se ukazuje potřeba nahradit analýzu přirozených forem choroby popisem jedince, reagujícího patologickým způsobem na své postavení ve světě.

Tento pojem totality, nastolující jednotu a odstraňující problémy, je jako stvořený k tomu, aby do patologie vnesl ovzduší koncepční euforie. Z tohoto ovzduší chtěli těžit ti, kdo se ať zblízka či zdáli Goldsteinem inspirovali. Naneštěstí však euforie nejde dohromady s přísnými nároky.

Naším úkolem je naopak ukázat, že mentální patologie vyžaduje jiné analytické metody než patologie organická a že jen jazykový úskok umožňuje podkládat „chorobám tělesným“ a „chorobám duševním“ týž smysl. I když jednota těla a ducha patří do kategorie reality, jednotná patologie, která používala týchž me-

6) K. Goldstein, *Journal de Psychologie*, 1933.

to a pojmů v oblasti psychologické i v oblasti fyziologické, patří dnes do kategorie mytu.

1. *Abstrakce*. – Téma „přes chorobu zpět k nemocnému“ nevylučuje v organické patologii přísné zachování perspektivy, která dovoluje izolovat v patologických fenoménech podmínky a účinky, celkové procesy a jednotlivé reakce. Anatomie a fyziologie právem nabízejí medicíně analýzu, v níž na základě organické totality mají abstrakce svou platnost. Selyova patologie víc než kterákoli jiná sice zdůrazňuje solidárnost každého segmentárního jevu s celým organismem, tím však nepotlačuje jejich individualitu ani z nich nevyvozuje libovolné abstrakce. Jejím cílem je naopak uspořádat jednotlivé fenomény v celkovou koherenci a ukázat, jaké místo zaujímá například střevní onemocnění, analogické onemocnění tyfóznímu, v souhrnu hormonálních poruch, jejichž podstatným prvkem je porucha funkce kůry nadledvinek. Význam příkládaný v organické patologii pojmu totality nevylučuje ani abstrakci izolovaných prvků, ani kauzální analýzu, dovoluje naopak provést platnější abstrakci a určit reálnější kauzalitu.

Psychologie nikdy nemohla poskytnout psychiatrii to, co dala fyziologie medicíně; totiž nástroj analýzy, která by přesným vymezením poruchy umožnila zkoumat funkční vztah tohoto onemocnění vzhledem k celé osobnosti. Zdá se totiž, že koherence psychického života spočívá na jiném základě než koheze organismu; integrace jednotlivých segmentů zde směřuje k jednotě, která je podmínkou každého z nich, ale zároveň je v jednom každém shrnuta a obsažena celá. Psychologové to ve svém slovníku, vypůjčeném z fenomenologie, nazývají významovou jednotou aktů:

každý prvek – sen, zločin, bezděčné gesto, volná asociace – v sobě obsahuje celkový ráz, styl, veškerou došavadní historii a možné implikace určité existence. Abstrakce tedy nemůže být v psychologii prováděna stejným způsobem jako ve fyziologii, a přesné vymezení poruchy si žádá v organické patologii jiných metod než v psychopatologii.

2. *Normální a patologické*. – V medicíně postupně došlo k setření dělící čáry mezi jevy patologickými a jevy normálními, nebo spíše se jasněji ukázalo, že klinický obraz nepředstavuje sbírku nenormálních faktů, fyziologických „nestvůrností“, nýbrž je zčásti utvářen normálními mechanismy a adaptačními reakcemi organismu, fungujícího podle své normy. Hyperkalciurie, která doprovází frakturu stehenní kosti, je jakousi odpovědí organismu, ležící, jak říká Leriche, „v linii tkáňových možností“⁷⁾ organismus reaguje přiměřeným způsobem na ránu, kterou je zasažen, a to tak, jako by ji chtěl napravit. Nezapomínejme však na jedno: tyto úvahy spočívají na koherentně vytyčeném plánu fyziologických možností organismu, a analýzou normálních mechanismů choroby je opravdu možné proniknout do uzlového bodu choroby a s přihlédnutím k normálním virtualitám organismu odhadnout i jeho způsobilost k uzdravení; tak jako je choroba vepsána v souhrnu normálních fyziologických virtualit, tak i možnost uzdravení stojí vepsána v procesu choroby.

Naproti tomu v psychiatrii je pojmem osobnosti rozlišení mezi normálním a patologickým podivně ztíženo. Například Bleuler vytyčil jako dva póly jednak

7) G. Leriche, *Philosophie de la Chirurgie*.

skupinu schizofrenií, u nichž dochází k přerušení kontaktu s realitou, jednak skupinu maniodepresí či cyklických psychóz, kde běží zase o přehnané emocionální reakce. Jenže tato analýza se zřejmě stejně dobře hodí jak na osobnost normální, tak na osobnost patologickou; proto také mohl Kretschmer v tomto duchu vytvořit bipolární charakterologii, zahrnující schizotypii a cyklotymii, jejichž patologické vystupňování se pak jeví jako schizofrenie a „cyklofrenie“. Tím okamžikem však přechod od normálních reakcí k chorobným formám už nemá co činit s přesnou analýzou procesu; dává jen možnost kvalitativního odhadu, který otvírá dveře všemožným zmatkům.

Zatímco myšlenka organické souvislosti dovoluje nahlížet chorobnou poruchu a přiměřenou odpověď odděleně i ve vzájemné spojitosti, v psychopatologii musí zkoumání osobnosti takový druh analýzy odmítnout jako nepřijatelný.

3. *Nemocný a prostředí.* – Konečně je tu ještě jeden rozdíl, který brání tomu, aby se k psychologicky pojaté osobnosti přistupovalo týmiž metodami a aby byla analyzována pomocí týchž pojmů jako totalita organická. Je samozřejmé, že žádnou chorobu nelze odloučit od diagnostických metod, od izolačních postupů a terapeutických nástrojů, jimiž ji obklopuje lékařská praxe. Pojem organické totality však nezávisle na těchto faktorech zdůrazňuje individualitu nemocného; dovoluje izolovat ho v originalitě jeho choroby a přesně vymezit charakter jeho patologických reakcí.

V psychopatologii skutečnost nemocného podobnou abstrakcí nedovoluje a každá chorobná individualita musí být chápána prostřednictvím praktického chování,

jaké vůči ní zaujímá její prostředí. Internace a kuratela ukládaná duševně chorému od konce 18. století a jeho naprostá závislost na lékařském rozhodnutí nepochybně přispěly k tomu, že koncem 19. století dostala přesnou podobu osobnost hysterika. Duševně chorý člověk, zbavený poručníkem a rodinnou radou všech práv, pokleslý prakticky do stavu právní i morální nedospělosti, všemocí lékaře zbavený svobody, se stal křížovatkou všech sociálních sugescí: a na průsečíku všech těchto faktorů se objevila sugestibilita jako hlavní symptom hysterie. Babinski přivedl pomocí zvnějšku navozené sugesce jednu svou pacientku do takového stupně sebeodcizení, že zcela zhroutená, zbavená řeči a pohybu, byla připravena přijmout účinek zázračné věty: – „Vstaň a chod!“ A když se pacientka na tuto ironicky prorockou výzvu skutečně zvedla a skutečně šla, viděl v tomto úspěchu své biblické parafráze důkaz pacientčiny simulace. Ve skutečnosti narazil v tom, co označil jako iluzi, na realitu své lékařské praxe: našel v této sugestibilitě výsledky všech sugescí, všech závislostí, kterým byl nemocný podřízen. Když už dnes podobné zázraky nepozorujeme, skutečnost Babinského úspěchů tím není vyvrácena – je to pouze důkaz, že hysterické rysy pomalu ustupují, a to v té míře, jak ubývá sugestivních praktik, které dříve vytvářely prostředí nemocného.

Dialektika vztahů mezi jedincem a jeho prostředím tedy neprobíhá v psychopatologii stejným způsobem jako v patofyziologii.

Mezi fenomény psychopatologie a fenomény patologie organické nelze tedy jednorázově přijmout ani abstraktní paralelismus, ani naprostou jednotu; není

možné přenášet z jedné do druhé schémata abstrakce, kritéria normality nebo definici chorého jedince. Psychopatologie se musí zbavit všech postulátů „metapatologie“: jednota mezi různými formami nemoci, kterou taková metapatologie nastoluje, je vždycky jen umělá, tzn. závisí na historické skutečnosti, které jsme už vzdáleni.

Je proto třeba obrátit se od abstrakcí k samotnému člověku, analyzovat duševní chorobu v její specifičnosti a přezkoumat konkrétní formy, jaké jí psychologie přisoudila; a potom určit podmínky, které onen podivný statut šílenství – duševní choroby neredukovatelné na žádnou jinou chorobu – umožnily.

Odpověď na tyto otázky se snaží tato kniha najít ve dvou oddílech:

1. – Psychologické dimenze nemoci;
2. – Psychopatologie jako civilizační fakt.

ČÁST PRVNÍ

PSYCHOLOGICKÉ DIMENZE NEMOCI

I. NEMOC A VÝVOJ

V přítomnosti těžce duševně postiženého je naším prvním dojmem jakýsi ničím nekompensovaný globální a hrubý deficit, Všechny u nemocného se projevující fenomény – neschopnost orientovat se v čase a prostoru, chování svědčící o stále přerušované souvislosti, nemožnost přesáhnout okamžik, v němž je zazděn, a navázat kontakt se světem druhého nebo s minulostí či budoucností – vyzývají k tomu popisovat jeho chování v termínech zrušených funkcí: vědomí nemocného je dezorientované, zkalené, zúžené a fragmentární. Toto funkční vzduchoprázdno je však současně naplněno vírem elementárních reakcí, které jako by zmizením jiných aktů nabyly na síle a prudkosti: jsou zdůrazněna všechna puzení k opakování (nemocný odpovídá na kladené otázky echolalicky, určité vykonané gesto se vryje a opakuje donekonečna), vnitřní řeč zaplavuje celou výrazovou oblast subjektu, který vede polohlasem sám k sobě trhaný, nikomu neadresovaný monolog; a konečně chvílemi dochází k prudkým emocionálním reakcím.

Není proto správné číst psychopatologii jako příliš jednoduchý text zrušených funkcí: choroba není jen ztráta vědomí, výpadek té či oné funkce, útlum té

či oné schopnosti. Psychologie 19. století se svým abstraktním rastrováním k tomuto čistě negativnímu popisu choroby vyzývala; a sémiologie kterékoli choroby, omezená na popis ztracených schopností – u amnézií na výčet zapomenutých vzpomínek, při rozštěpu osobnosti na detailní označení syntéz, které se staly neuskutečnitelnými –, byla pak snadná. Skutečnost je taková, že choroba sice určité věci stírá, ale jiné zdůrazňuje; na jedné straně ruší, ale proto, aby na druhé straně vystupňovala; podstata choroby nespočívá jen v prázdnu, jež choroba vyhloubí, ale také v pozitivní plnosti náhradních aktivit, které toto prázdno naplní.

Jaká dialektika bude tedy práva jak těmto pozitivním faktům, tak i negativním fenoménům ztráty?

Hned na začátku je třeba si uvědomit, že funkce vystupňované a funkce ztracené neleží na téže úrovni; zmizely komplexní koordinace: vědomí se svou rozvrženou intencionalitou a schopností orientace v čase a prostoru, volní napětí, které podchycuje a řadí různé automatismy. Uchované a zdůrazněné chování je naproti tomu segmentární a prosté; běží přitom o rozdrolené prvky, které se uvolňují až do absolutní inkoherence. Komplexní syntéza dialogu je nahrazena fragmentárním monologem; syntaxe, skrze niž se utváří smysl, je rozbita, zůstaly jen verbální prvky, poskytující dvojznačné, polymorfní a labilní významy. Časoprostorová koherence, pořadající se okolo „zde“ a „nyní“, se zhroutila a zůstal jen chaos následných „zde“ a izolovaných „nyní“. Pozitivní fenomény choroby se mají vůči fenoménům negativním jako prosté vůči složitému.

Ale také jako stále vůči nestálému. Časoprostorová syntéza, intersubjektivní akt, volní intence jsou u člověka nepřetržitě narušovány stále se vracejícími, neurčitými nebo docela běžnými fenomény, jako je spánek, sugesce či sen. Chování zvýrazněné chorobou má psychickou pevnost, jakou nemají struktury zrušené. Patologický proces stupňuje jevy stabilnější a potlačuje výhradně jevy labilní.

Patologicky zdůrazněné funkce se konečně vyznačují tím, že nejméně závisí na vůli: nemocný ztrácí veškerou iniciativu, a to do té míry, že není schopen ani odpovědi, která je přímo otázkou navozena. Dokáže jen opakovat poslední slova hovořícího, nebo když se zmůže na nějaké gesto, iniciativa je okamžitě převážena automatickým opakováním, které ji zastaví a uduší. Vcelku lze tedy říci, že choroba potlačuje funkce komplexní, nestabilní a volní a stupňuje funkce prosté, stabilní a automatické.

K této diferenci v úrovni strukturální se druží také diference v úrovni vývoje. Přednostní postavení automatických reakcí, neustále porušovaná a chaotická posloupnost jednotlivých aktů, explozivní forma emocionálních reakcí jsou ve vývoji jedince charakteristické pro archaickou rovinu. Právě tento druh chování udává styl dětských reakcí: nepřítomnost dialogického postoje, rozsáhlé monology bez spoluluvčího, stereotypní opakování, pocházející z nepochopení dialektiky otázky a odpovědi, pluralita časoprostorových souřadnic podmiňující izolované způsoby chování, při nichž je prostor rozdrolen a okamžiky na sobě nezávislé, všechny tyto fenomény, které jsou společně patologickým strukturám i archaickým vý-

vojovým stadiím, svědčí o tom, že v chorobě dochází k procesu regrese.

Jestliže tedy choroba dává vyvstat současně znakům pozitivním i negativním, jestliže potlačuje i stupňuje zároveň, pak je tomu tak proto, že vracejíc se zpět k dřívějším fázím vývoje potlačuje nově získané a znovu odhaluje formy chování normálně již překonané. Choroba je proces, v jehož průběhu se rozpadá osnova vývoje, a to tak, že zprvu – v té nejmírnější formě choroby – jsou potlačeny nejnovější struktury, a teprve potom – na konci, když choroba dosáhne nejtěžšího stupně – jsou zasaženy polohy nejarchaičtější. Choroba tedy není deficit, který by slepě postihl tu či onu schopnost; absurdita chorobného světa má v sobě logiku, kterou musíme umět vyčíst; je to totiž logika normálního vývoje. Choroba není nějaká protipřírodní podstata, je to příroda sama, projevující se však v opačném procesu; k přírodopisu choroby stačí pouze vykonat cestu zpět proti proudu přírodopisného vývoje organismu zdravého. Každá choroba si však v této jednotné logice uchová svůj zvláštní profil; každá nosografická jednotka najde své místo a její obsah bude definován bodem, kde se zastavuje pochod rozpadu. Místo abychom při zkoumání jednotlivých chorob hledali diference v podstatě, je třeba analyzovat spíš stupeň hloubky deteriorace a smysl choroby bude pak definován nejnižším stavem, kde se proces regrese ustaluje.

„V případě šílenství,“ říká Jackson, „postihuje choroba vždy větší nebo menší počet vyšších mozkových center nebo, což je vlastně totéž, nejvyšší vývojovou rovinu mozkové infrastruktury anebo, což je rov-

něž totéž, anatomický substrát tělesného základu vědomí... V případě šílenství je značná část vyšších mozkových center dočasně nebo trvale vyřazena určitým patologickým procesem ze své funkce.“⁸⁾ Celé Jacksonovo dílo se snažilo legalizovat v neuropatologii a psychopatologii evolucionismus. Od časů *Croonian Lectures* (1874) nelze již opomíjet regresivní aspekty choroby; evoluce je od té doby jednou z dimenzí, otvírajících přístup k patologické skutečnosti.

Celá jedna stránka Freudova díla představuje komentář k vývojovým formám neurózy. Dějiny libida, jeho rozvoje a postupných fixací jsou zároveň jakýmsi shrnutím patologických možností jedince: každý typ neurózy je návratem k určitému stadiu libidinózního vývoje. A psychoanalýza se domnívala, že skrze patologii dospělého bude moci popsat psychologii dítěte.

I – Prvním předmětem, k němuž se dítě obrací, je potrava a prvním nástrojem rozkoše ústa: je to fáze orální erotiky, během níž může potravní frustrace vést ke komplexu odstavení; je to i fáze skoro biologického spojení s matkou, jehož jakékoli přetržení může vést k fyziologickým úbytkům, jak je analyzuje Spitz,⁹⁾ nebo neurózám, které Guexová¹⁰⁾ popisuje jako specifické neurózy z opuštěnosti. Séchehayové se dokonce podařilo analyzovat jednu mladou schizofreničku, u níž fixace na tato velmi archaická vývojová stadia vyvolala v době dospívání hebefrenní stupor, v němž zhroucená nemocná žila s difuzním úzkostným vědomím svého hladovějícího těla.

8) Huglings Jackson, *Selected Papers*, II, s. 411.

9) R. A. Spitz, *Hospitalism*, 1945.

10) G. Guex, *Les névroses d'abandon*, 1950.

2. – Spolu s prořezáváním zubů a rozvojem svalstva si dítě vytváří celý systém agresivní obrany, která vyznačuje první okamžiky jeho nezávislosti. V této době však musí dítě přivykat disciplíně – především disciplíně při vyměšování a skrze ni poznává rodičovskou instanci v její represivní formě. Vystává ambivalence jako přirozená dimenze afektivity: ambivalence potravy, která uspokojuje jen tehdy, když je ničena agresivním kousáním; ambivalence rozkoše, která plyne právě tak z vyměšování jako z introjekce; ambivalence uspokojení, které je jednou dovolené a odměňované, jindy zakázané a trestané. V této fázi se ustavuje to, co nazývá Melanie Kleinová „dobrymi“ a „špatnými objekty“; avšak latentní dvojznačnost jedněch i druhých není ještě překonána a z fixace na toto období, popsané Freudem jako fáze „sadisticko-anální“, krystalizuje pak obsedantní syndrom: protikladný syndrom pochyb, nejistoty, tázání, impulzivní přitažlivosti neustále vyvažované přísnými zákazy a preventivními opatřeními vůči sobě samému – stále odvracenými a vždy znovu se objevujícími –, dialektika strohé přísnosti a povolnosti, účasti a odmítnutí, v níž můžeme číst radikální ambivalenci vytvořeného předmětu.

3. – V souvislosti s první erotickou aktivitou, zjemněnými reakcemi k udržení rovnováhy a spatřením sebe sama v zrcadle se utváří zkušenost „vlastního těla“. Jako hlavní téma afektivity se pak vyvíjí přijetí či získání tělesné integrity; narcismus nabývá sexuální struktury a vlastní tělo se stává privilegovaným sexuálním objektem. Každý zásah do tohoto narcistického koloběhu znamená narušení rovnováhy

už tak dost těžko udržované – jak o tom svědčí strach vyvolaný kastracními fantaziemi, s nimiž si dítě spojuje rodičovské hrozby. Právě do tohoto úzkostného zmatku tělesných zkušeností vniká hysterický syndrom: rozdvojení těla a vytvoření alter ego, v němž subjekt čte jako v zrcadle své myšlenky, svá přání a gesta, které mu tento démonický dvojník předem ukrádá; hysterické rozpojení, při němž odpadají z globální zkušenosti těla znecitlivělé nebo ochrnuté prvky; fobický strach před předměty, jejichž přízračná hrozba je v pacientových očích namířena proti integritě jeho těla (Freud takto analyzoval fobii pětiletého chlapce, u něhož se za strachem z koní skrývala kastracní úzkost).¹¹⁾

4. – Na konci raného dětství dochází pak k „volbě objektu“, k volbě, která kromě heterosexuální fixace má obsahovat také identifikaci s rodičem téhož pohlaví. Této diferenciaci a nastoupení normální sexuality brání však postoj rodičů a ambivalence dětské afektivity. Ta se v tomto období v podobě žárlivosti – směsi erotiky a agresivity – ještě fixuje na matku, která je dětské touze nedosažitelná, nebo se jí přinejmenším dává jen zpola, a rozkládá se ve strach před otcem, který jako vítězný soupeř vyvolává nenávisť, ale zároveň i milující touhu po identifikaci. To je slavný oidipovský komplex, v němž se Freud domníval číst záhadu člověka a klíč k jeho osudu a který nepochybně představuje tu nejhápanější analýzu konfliktů prožívaných dítětem ve vztahu k rodičům a zároveň bod, na nějž je fixováno mnoho neuróz.

11) S. Freud, *Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben*, Werke, sv. VII.

Stručně řečeno, každá fáze libida představuje virtuální patologickou strukturu. Neuróza je spontánní archeologie libida.

Janet rovněž přebírá jacksonovské téma, ale v sociologické perspektivě. Pokles psychické energie, který je pro chorobu charakteristický, znemožňuje komplexní chování, jehož bylo dosaženo v průběhu sociálního vývoje a jako při mořském odlivu odhaluje chování primitivní, nebo dokonce i reakce presociální.

Psychastenik není s to uvěřit v realnost toho, co je kolem něj; je to pro něho „příliš těžký“ akt. Co to ale je těžký akt? V podstatě je to akt, ve kterém vertikální analýza odhalí navrstvení několika simultánních aktů. Složit na lovu kus zvěře je akt; vyprávět potom, že jsme složili kus zvěře, je další akt. Ale v okamžiku, kdy jsem na čekané, kdy zabívám, vyprávět sám sobě, že zabívám, že pronásleduji, že jsem na čekané, abych to pak mohl vylíčit jiným, vykonávat současně reálný akt lovu a virtuální akt vyprávění příběhu – to je operace dvojí, mnohem komplikovanější než obě předešlé a jen zdánlivě prostá: je to akt přítomnosti, jádro všech časových aktů, kdy se přítomné gesto překrývá s vědomím, že toto gesto bude mít budoucnost, čili že je později bude možné vyprávět jako minulou událost. Obtížnost určitého jednání lze tedy měřit množstvím elementárních aktů obsažených v jednotě jeho průběhu.

Zaměříme se nyní na onen akt „vyprávění příběhu druhým“, který je jako virtualita součástí aktů přítomnosti. Vyprávět nebo prostě mluvit, či, ještě elementárněji, něco přikázat, rovněž není nic jednoduchého. V prvé řadě to znamená odvolávat se na nějakou

událost nebo na nějaký stav věci, či na nějaký svět, ke kterému já sám nemám přístup, ale může ho na mém místě mít někdo jiný; musím tedy poznat hledisko druhého a integrovat je do svého; svůj vlastní akt vyslovení příkazu musím znásobit o určité virtuální chování, o chování druhého, který má příkaz provést. A víc: příkaz předpokládá vždy ucho, které ho přijme, inteligenci, která ho pochopí a tělo, které ho vykoná; příkaz v sobě jako virtualitu zahrnuje uposlechnutí. To znamená, že všechny tyto zdánlivě tak prosté výkony, jako je pozornost k přítomnosti, vyprávění či slovo, obsahují určitou dualitu, která je v podstatě dualitou každého sociálního chování. Jestliže je tedy pro psychastenika pozornost k přítomnosti tak těžká, je to důsledek sociálních implikací, které tu nejasně spolupůsobí; je mu zatěžko každá činnost, která má líc a rub (vidět – být viděn, pokud jde o přítomnost; hovořit – být předmětem hovoru, pokud jde o řeč; věřit – probouzet víru, pokud jde o vyprávění), protože je to chování rozvíjející se na společenském pozadí. Bylo třeba celého dlouhého společenského vývoje, aby vznikl dialog jako forma mezilidského vztahu; stal se možným teprve přechodem od nehybné společnosti, jejíž právě přítomná hierarchie připouštěla jen příkaz, ke společnosti, kde rovnost vztahů umožňuje a zaručuje virtuální výměnu, věrnost minulosti, angažovanost v budoucnosti, reciprocitu hledisek. Celym tímto společenským vývojem v obráceném směru prochází nemocný, který není schopen dialogu.

Každá choroba – podle své závažnosti – ruší to či ono chování, podmíněné společenským vývojem, a nahrazuje je formami archaickými:

1. – Dialog jako nejvyšší forma, k níž dospěl vývoj řeči, je nahrazen jakýmsi monologem, v němž subjekt sám sobě vypravuje, co dělá, nebo v němž vede s imaginárním společníkem dialog, který nedokáže vést s partnerem reálným (jako onen psychastenický profesor, který dokázal přednášet jen před zrcadlem). Pro nemocného je „příliš těžké“ jednat, je-li viděn někým druhým; proto se u psychasteniků a obsedantních neurotiků, když se cítí pozorováni, objevují tak často fenomény uvolněné emocionality jako tiky, grimasy a myoklonie všeho druhu.

2. – Tím, jak nemocný ztrácí tuto dvojznačnou virtualitu dialogu a chápe řeč jen z té schematizované stránky, kterou je obrácena k hovořícímu subjektu, ztrácí vládu i nad jejím symbolickým světem; a souhrn slov, znaků, rituů, krátce toho všeho, co v lidském světě představuje vztah, odkáz k něčemu, přestává zapadat do systému významových ekvivalencí; slova a gesta už nejsou onou společenskou oblastí, kde se intence jednoho setkávají s intencemi druhých, ale každé samo o sobě nabývá samostatného, naléhavého a zneklidňujícího významu; úsměv již není banální odpovědí na každodenní pozdrav; je to záhadná událost, kterou nelze redukovat na žádný ze symbolických ekvivalentů zdvořilosti; rýsuje se proto v zorném poli nemocného jako symbol podivného tajemství, jako výraz mlčící, hrozivé ironie. Ze všech stran začíná vystupovat pronásledující svět.

3. – Zdá se, jako by tento svět, pohybující se mezi šílenstvím a halucinací, cele spadal do oblasti jakési patologie víry jako mezilidského postoje: společenské kritérium pravdy („věřit tomu, čemu věří jiní“) ztrati-

lo pro nemocného platnost; a tento svět, zbařený nepřítomností bližního předmětné pevnosti, se pak otvírá celému univerzu symbolů, preludů, úzkostných představ; svět, v němž uhasil pohled bližního, se stává prostupným pro halucinace a bludy. Tyto patologické fenomény vrhají nemocného zpět k archaickým formám víry, kdy primitiv nenacházel kritérium pravdy v solidaritě s druhým, ale promítal své touhy a strachy do preludů, které pak spojeny se skutečností vytvářely nerozpletitelné předivo snů, zjevení a mýtů.

Je nepochybné, že v pozadí všech těchto analýz působí explikativní motivy, které samy o sobě stojí na hranici mýtu: především je to mýtus určité psychologické substance („libido“ u Freuda, „psychická síla“ u Janeta), totiž jakési suroviny vývoje, která jako by v průběhu individuálního a společenského vývoje prodělala jakýsi pád a pod vlivem nemoci klesla zpět do svého dřívějšího stavu; rovněž tak mýtus o ztotožnění nemocného s primitivem a dítětem, mýtus, který má uklidnit vědomí pohoršené faktem duševní choroby a poskytnout oporu vědomí obezděnému kulturními predsudky. První z těchto dvou mýtů, protože je to mýtus vědecký, byl rychle opuštěn (z Janeta se přebírá jen analýza chování, ale nikoli interpretace pomocí psychické síly; a psychoanalytici se stále více vzpírají biopsychologickému pojmu libida); kdežto druhý, protože je etický, a protože spíše hledá ospravedlnění, než vysvětluje, zůstává dosud živý.

Přesto však má pramálo smyslu ztotožňovat chorobnou osobnost nemocného s normální osobností dítěte nebo primitiva.

Budťo přijmeme Jacksonovu interpretaci s veškerou přisností: „představme si, že mozková centra leží ve čtyřech vrstvách, A, B, C, D“; první forma duševní poruchy, ta nejmírnější, bude tedy znamenat $- A + B + C + D$; „celek osobnosti je vlastně $B + C + D$; člen $- A$ je tu jen proto, aby ukázal, v čem se nová osobnost odlišuje od osobnosti dřívější“;¹²⁾ patologická regrese je pak jen odečítacím postupem; ale to, co se v této aritmetice odčítá, představuje právě poslední člen, který integruje a uceluje osobnost; to znamená, že „zbytek“ nebude jakousi dřívější osobností, nýbrž zrušenou osobností. Jak je ale pak možné indentifikovat nemocného s „dřívější“ osobností primitiva nebo dítěte?

Anebo rozšíříme jacksonismus přijetím možnosti reorganizace osobnosti; regrese pouze nepotlačuje nebo neuvolňuje, ale řídí a pořádá: jak to říkají Monakow a Mourgue o neurologickém rozpadu: „Dezintegrace není přesným opakem integrace... Bylo by absurdní tvrdit, že hemiplegie je návratem k primitivnímu stadiu prvních pokusů o pohyb... I tady působí autoregulace, takže pojem ryzí dezintegrace neexistuje. Tento ideální proces je maskován ustavičnou tvůrčí tendencí organismu, který se snaží znovu obnovit porušenou rovnováhu.“¹³⁾ Nemůže zde tedy jít o archaic-kou osobnost; je nutno uznat specifičnost chorobné osobnosti; patologická struktura psychiky není něčím prapůvodním (originaire), nýbrž je v pravém slova smyslu původní (originale).

12) Jackson, tamtéž.

13) C. v. Monakow a R. Mourgue, *Introduction biologique à l'étude de la neurologie et de la psychopathologie*, 1928, s. 178.

Nejde nám zdaleka o to zavrhnout analýzu patologické regrese, ale jenom ji zbavit mýtů, což nedokázal ani Janet, ani Freud. Z hlediska výkladu je pochopitelně zbytečné hovořit o tom, že nemocný člověk se znovu stává dítětem; z popisného hlediska je však správné prohlásit, že se u nemocného v jeho choré osobnosti objevuje segmentární chování, které je analogické s chováním, které přísluší mladšímu věku nebo jiné kultuře; choroba uvolňuje a privileguje postoje za normálních okolností integrované. Regrese tedy musí být chápána pouze jako jeden z popisných aspektů choroby.

Strukturální popis choroby by tedy měl analyzovat pozitivní i negativní znaky každého syndromu, to znamená podrobně prozkoumat zrušené i odhalené struktury. Nejde tedy o to patologické formy vysvětlit, nýbrž postavit do souvislé a pochopitelné perspektivy fakty sociální a individuální regrese, na které upozornili Freud a Janet. Hlavní směry takového popisu lze shrnout takto:

1) Ztráta duševní rovnováhy a různé druhy neuróz jsou pouze prvním stupněm rozpadu psychických funkcí; je zasažena pouze obecná rovnováha osobnosti a tato porucha, často jen přechodná, uvolňuje pouze afektivní komplexy, neuvědomělá emocionální schémata, vytvořená během individuálního vývoje;

2) Při paranoie uvolňuje celková porucha psychického ladění afektivní strukturu, která je pouze zvětčením běžného lidského chování; ani jasnost, ani řád a soudržnost intelektu nejsou však ještě zasaženy;

3) V případě stavů obluzení se již dostáváme na rovinu, kde se struktury vědomí rozpadají; kontrola

vnímáním a koherence úsudku zmizely; a do této rozdrolené sféry vědomí infiltrují snové struktury, které se obvykle uvolňují jen ve spánku. Iluze, halucinace a falešné vzpomínky svědčí v bdělém stavu o odtlumení forem snového vědomí;

4. – V manických a melancholických stavech postihuje rozpad i sféru instinktivně afektivní; negativně se to projevuje u maniaka emocionálním infantilismem, u melancholika ztrátou vědomí těla a sebezáchovných činností. Pozitivně se tato choroba projevuje v paroxysmálních stavech motorického neklidu nebo emocionálních výbuších, v nichž melancholik vyjadřuje své zoufalství a maniak svůj euforický neklid;

5. – Konečně u schizofrenie a stavů zmatenosti nabývá porucha podoby úbytku kapacity; ve světě, kde se časoprostorové ukazatele staly tak nepřesnými, že se neumožňují orientaci, postupuje roztržité myšlení jen v izolovaných fragmentech a skanduje prázdný, temný svět „psychických synkop“, nebo se uzavírá do mlčího těla, jehož motorika je sama spoutána katatonii. Jako pozitivní znaky zbývají pouze halucinace, stereotypie, verbální schémata krystalizující do nesouvislých slabik a prudké afektivní výbuchy pronikající jako meteory dementní inerci;

6. – Cyklus tohoto patologického rozpadu uzavírá demence, v níž bují všechny negativní znaky úbytku a u níž rozpad dosáhl takové hloubky, že se může projevovat beze všech překážek; osobnost již neexistuje, zůstává pouze živá bytost.

Analýza tohoto typu však nemůže vyčerpát celek patologické skutečnosti. Je z dvojího důvodu nedostačující:

a) – Opomíjí organizaci chorobných osobností, v níž se objevují regresivní struktury; ať je rozpad jakkoli hluboký, nemůže (s výjimkou demence) osobnost nikdy zcela zmizet; to, k čemu dospívá regrese osobnosti, nejsou rozptýlené prvky – protože takovými nikdy nebyly – ani to není archaická osobnost –, neboť ve vývoji osobnosti neexistuje cesta zpět, ta je možná jen v sledu forem chování. Ať je organizace, kterou schizofrenik strukturuje svůj svět, sebenížšího a prostšího řádu, přece ji nelze opomíjet: rozdrolený svět, který popisuje, odpovídá jeho roztržitému vědomí, čas bez budoucnosti a minulosti, v němž žije, je odrazem jeho neschopnosti rozvrhovat se do budoucnosti a poznávat se v minulosti; tento chaos však má své pouto v osobnostní struktuře nemocného, která je zárukou žité jednoty mezi jeho vědomím a jeho světem. I když je pacient sebevíce nemocen, toto pouto souvislosti musí vždy existovat. Psychopatologie jako věda může být pouze vědou o choré osobnosti.

b) – Regresivní analýza popisuje směr, jímž se choroba ubírá, bez objasnění výchozího bodu. Kdyby byla choroba jen regresí, existovala by v každém jedinci jako možnost, vložená do něj spolu se samotným procesem jeho vývoje; šílenství by bylo pouze jakousi eventualitou, jakousi daní, kterou by byl rozvíjející se člověk kdykoli povinen zaplatit. Abstraktní pojem regrese však nemůže vysvětlit, že je nemocná právě ta a ta osoba přesně tou a tou chorobou, že její obsedantní stavy mají to a to téma, že její bludy vznášejí ty a ty požadavky nebo že se její halucinace prezentují ve světě v právě takových a takových vizuálních formách. Z evolucionistického hlediska nemá duševní choroba

jiný statut než statut obecné možnosti. Kauzalita, která z ní činí nutnost, zůstává stejně neobjasněna jako kauzalita, která dává každému klinickému obrazu jeho jedinečný odstín. Tuto nutnost a její individuální formy je třeba zkoumat ne na základě nějakého vždy specifického vývoje, nýbrž na základě osobní historie nemocného.

Je třeba tedy vést analýzu dál; a doplnit vývojevou, virtuální a strukturální dimenzi choroby o analýzu dimenze, která chorobu obohacuje o parametry nutnosti, významu a dějinnosti.

II. NEMOC A INDIVIDUÁLNÍ HISTORIE

Psychický vývoj spojuje minulost s přítomností v bezkonfliktní jednotu, v onu uspořádanou jednotu definovanou jako hierarchie struktur, tedy v pevnou jednotu, kterou může podlomit jediné patologická regrese. Naproti tomu psychická historie podobné slučování předchozího a současného nezná; staví jedno do vzájemného vztahu k druhému tak, že mezi ně vkládá onen odstup, který docela normálně opravňuje napětí, konflikt a rozpor. U vývoje minulost umožňuje přítomnost a uvádí ji v chod; u historie se naopak přítomnost od minulosti osvobozuje, vtiskuje jí smysl a činí ji srozumitelnou. Psychické dění je současně vývojem i historií; čas psychiky je třeba analyzovat jednak z hlediska toho, co bylo dříve, a toho, co je teď, tedy evolučním výrazivem, ale i z hlediska minulosti a přítomnosti, to znamená výrazivem historickým. Když byla po Darwinovi a Spencerovi koncem 19. století s úžasem odhalena pravda člověka jako uskutečňující se živé bytosti, zrodila se i představa, že lze historii popisovat v terminologii vývoje, nebo dokonce obojí navzájem směřovat ve prospěch vývoje: stejné sofisma by se ostatně nalez-

lo i v tehdejší sociologii. Původní omyl psychoanalýzy a po ní většiny genetických psychologů spočívá bezesporu v tom, že nepostihla v jednotě psychického uskutečňování tyto dvě neredukovatelné dimenze, totiž dimenzi vývoje a dimenzi historie.¹⁴⁾ Freud však díky své genialitě toto evolucionistické hledisko vymezené pojmem libida dost brzy překonal a dospěl k historické dimenzi lidské psychiky.

V analytické psychologii je ve skutečnosti vždy možné rozlišit, co spadá do psychologie vývoje (jako *Tři úvahy o sexuální teorii*), a co se vztahuje k psychologii individuální historie (jako *Pět psychoanalytických chorobopisů* a texty, které s nimi souvisí). Hovořili jsme výše o vývoji emocionálních struktur, jak jej líčila psychoanalytická tradice. Nyní se obrátíme k druhé stránce psychoanalýzy, abychom definovali duševní chorobu ze zorného úhlu individuální historie.

Freud v *Úvodu do psychoanalýzy* uvádí toto pozorování:¹⁵⁾ asi padesátiletá žena podezívá svého manžela, že ji podvádí s mladou dívkou, která je u něho zaměstnána jako sekretářka. Jde o situaci a pocity krajně banální. A přesto má tato žárlivost zvláštní podtóny: byla vyvolána anonymním dopisem; je dokonce znám jeho autor, který jednal čistě z pomstychtivosti a uvedl jen neurčitá fakta; pacientka to všechno ví, ochotně uznává nespravedlnost svých výčitek vůči manželovi a spontánně hovoří o tom, jak jí vždy měl rád. A přes-

14) Ve svém vlastním životopise (*Werke*, sv. XIV, s. 31) hovoří Freud o tom, jak silně ovlivnil Darwin jeho první myšlenkovou orientaci.

15) S. Freud, *Einführung in die Psychoanalyse*, *Werke*, sv. X, s. 254.

to se nedokáže žárlivosti zbavit; čím více hovoří fakta pro manželovu věrnost, tím více sílí její podezření; její žárlivost vykristalizovala paradoxně na jistotě, že podváděna není. Zatímco chorobná žárlivost v klasické paranoidní formě je nezviklatelné přesvědčení, které se snaží samo ospravedlnit těmi nejextrémnějšími formami uvažování, v tomto Freudově pozorování máme příklad žárlivosti impulzivní, která nepřetržitě o své oprávněnosti pochybuje, ustavičně by chtěla samu sebe popřít, a je prožívána ve formě špatného svědomí; jde tu o velmi zajímavý (a poměrně vzácný) případ obsedantní žárlivosti.

Během analýzy se ukáže, že tato žena je zamilována do svého zetě; je však zmítána takovými pocity viny, že nemůže tuto touhu snést a svou vlastní vinu, že miluje mnohem mladší osobu, přenáší na svého muže. Ještě hlubší zkoumání ostatně ukazuje, že sama tato náklonnost k zeti je ambivalentní a že skrývá žárlivé nepřátelství, přičemž předmětem rivality je dcera nemocné: v nehlubším jádře chorobného fenoménu tkví tedy homosexuální fixace na dceru.

Proměny, symbolizace, city proměňující se ve svůj protiklad, travestie osobností, přenos pocitů viny, výčitky svědomí zvracející se v obžalobu: celý komplex pochodů, které připomínají rysy infantilní fabulace. Tato projekce žárlivosti by se snadno mohla přirovnat k projekci, kterou popisuje Wallon v *Počátcích charakteru*,¹⁶⁾ kde cituje podle Elsy Köhlerové příklad tříleté holčičky, která dá políček své malé kamarádce a potom běží s pláčem k chůvě, která jí má utěšit, že ji ka-

16) H. Wallon, *Les origines du caractère chez l'enfant*, s. 217.

marádka bílá. Tak jako u oné obsedantní ženy, najdeme i u tohoto dítěte stejné struktury chování: nediferencované vědomí sebe sama brání rozlišovat mezi jednáním a trpným přijímáním (bít – být bít; klamat – být klamán); citová ambivalence na druhé straně poskytuje možnost jakési záměny agrese a pocitu viny. V obou případech zjišťujeme tytéž rysy psychického archaismu: rozplývavost afektivního chování, labilitu struktury osobnosti co do protikladu já – ten druhý. Nejde nám však o to, potvrzovat znovu regresivní aspekt choroby.

Podstatné zde je, že tato regrese má u Freudovy nemocné svůj přesně stanovený smysl: pacientka chce uniknout pocitu viny; uniká výčtkám svědomí nad přílišnou láskou k dceři tím, že se nutí milovat svého zetě; a uniká pocitu viny vzniklému z této nové náklonnosti tím, že převádí jakousi zrcadlovou projekci na svého manžela podobnou lásku, jakou cítí sama. Infantilní pochody proměňující realitu tedy k čemusi slouží: představují únik, způsob, jak lacině působit na realitu, mytickou transformaci sebe sama i druhých. Regrese není přirozeným pádem do minulosti; je smysluplným útekem z přítomnosti. Je to spíš únik než návrat. Přítomnosti lze však uniknout jen tak, že ji nahradíme něčím jiným; a minulost, která v patologickém chování proniká na povrch, není tou původní půdou, ke které se člověk vrací jako ke ztracené vlasti: je to minulost umělá, imaginární, náhražková.

Někdy je to náhražka forem chování: dospělé, rozvinuté a adaptované chování ustupuje chování infantilnímu, prostému a neadaptovanému. Jako u proslulé pacientky Janetovy: nad představou, že její

otec může onemocnět, projevuje paroxysmální formy infantilního pohnutí (výkřiky, pohybová exploze, pád), a to všechno proto, poněvadž odmítá chování adaptované, které by znamenalo o nemocného se starat, myslet na způsob jeho postupného uzdravení a začít žít životem ošetřovatelky.

Jindy je to náhražka samotných objektů: živé formy skutečnosti nahrazuje pacient imaginárními tématy svých nejranějších fantazií; svět jako by se otvíral archaickým objektům a reálné osobnosti ustupují před rodičovskými přízraky; tak je tomu u fobiků, kteří na prahu každého aktu narážejí na tytéž děsivé hrůzy: postava mrzačícího otce nebo po vlastnění toužící matky vyvstává na pozadí neurčitěho strachu, který zaplavuje vědomí, ve stereotypním obraze děsivého zvířete.

Celá tato hra proměn a opakování dokazuje, že je minulost u pacienta vyvolávána jen proto, aby nahradila současnou situaci; a že je realizována jen tam, kde má ztratit svou realitu přítomnost.

K čemu však takové opakování úzkostné krize může být? Jaký má smysl vracet se k děsivým přeludům dětství a nahrazovat přítomnou aktivitu daleko zmatenější, dosud nezvládnutou afektivitou? Proč prchat před přítomností, znamená-li to vrátit se k typům neadaptovaného chování?

Patologická inertnost chování? Projev puzení k opakování, které Freud extrapoluje i na biologickou realitu paradoxního „pudu smrti“, jenž směřuje k nehybnosti, totožnosti, monotónnosti, k anorganickému – tak jako životní pud k vždy nové proměně organic-

kých hierarchií? Tady jsou bezesporu fakta označována jménem, které je sice sjednocuje, ale zároveň brání jakékoli formě výkladu. Avšak ve Freudově práci a v psychoanalýze je možno vysvětlit toto odrealizování přítomnosti i jinak než pouhým jednoduchým opakováním minulosti.

Freud měl příležitost analyzovat symptom v průběhu jeho vzniku. Šlo o malého, pětiletého chlapce, malého Jeníka,¹⁷⁾ který měl fobický strach z koní. Byl to strach ambivalentní, protože se snažil vidět koně při každé příležitosti a jakmile zaslechl povoz, ihned běžel k oknu; při pohledu na koně, kterého chtěl vidět, se však vyděsil a hrůzou se rozkřičel. Zároveň však to byl i strach paradoxní, protože se jednak bál, že ho kůň pokouše, jednak že zvíře upadne a zabije se. Chtěl tedy vidět koně nebo ne? Bál se o sebe nebo o něho? Nepochybně obojí dohromady. Analýza ukázala, že dítě stálo v uzlovém bodě oidipovských situací všeho druhu: otec se záměrně snažil zabránit tomu, aby se Jeník příliš silně fixoval na matku; chlapcova náklonnost k matce tím však jen zesílila, což se ještě vystupňovalo narozením mladší sestry; otec byl tedy vždy pro malého Jeníka překážkou mezi ním a matkou. A právě v tomto okamžiku se utváří syndrom. Na základě nejelementárnější symboliky snového materiálu lze uhodnout, že obraz koně se stal náhražkou za otcovské „imago“; a v ambivalenci Jeníkových stavů děsu lze snadno rozpoznat touhu po otcově smrti. Chorobný syndrom je jakýmsi bezprostředním uspokojením určitého přání; dítě si neuvědomovalo, že

17) *Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben, Werke*, sv. VII.

touží po smrti otce, ale imaginárně ji prožívalo ve smrti koně.

Tato symbolika – a to je důležité – není však jen mytickým a obrazným vyjádřením reality; ve vztahu k této realitě je i funkční. Hrůza z kousnutí koně je samozřejmě výrazem obavy z kastrace; symbolizuje otcovský zákaz jakékoli sexuální aktivity. Strach před poraněním je však násoben představou, že sám kůň může upadnout, poranit se a zemřít: jako by dítě proti svému vlastnímu strachu bojovalo přáním spatřit otce mrtvého a tím odstranit překážku, která je dělí od matky. Vražedné přání se ale neprojevuje ve fobické představě bezprostředně jako takové, je tu přítomné jen zamaskováno formou strachu; chlapec se bojí stejně tak smrti koně jako vlastního poranění. Brání se svému vražednému přání a odmítá pocit viny za ně tím, že je prožívá jako strach ekvivalentní strachu o sebe sama; v případě otce se bojí téhož, před čím má strach sám; otec je však vlastně ohrožen jen tím, co se mu jeho syn bojí přát. Jak je tedy vidět, výrazová hodnota syndromu není bezprostřední, nýbrž se utváří pomocí řady obranných mechanismů. V tomto případě šlo o dva z nich; nejprve se transformoval strach o sebe sama v přání smrti pro toho, kdo strach vyvolal; a pak se transformovalo toto přání ve strach, že bude splněno.

Na tomto příkladě lze tedy ukázat, že je-li pro pacienta jeho choroba prostředkem, jak odrealizovat vlastní přítomnost, vyrůstá to z potřeby nějak se proti této přítomnosti bránit. Choroba obsahuje celý souhrn únikových a obranných reakcí, kterými nemocný odpovídá na situaci, v níž se nachází; a právě z této pří-

tomnosti, z této současné situace musíme vycházet, mají-li být pochopeny a dostat smysl vývojové regrese, které vyvstávají v patologickém chování; regrese není pouze vývojovou možností, je také historickou konsekvencí.

Pojem psychické obrany má prvořadý význam. Je to dnes stěžejní bod celé psychoanalýzy. Po dlouhou dobu byla psychoanalýza pouze zkoumáním nevědomí, výzkumem infantilních traumat, odhalováním libida předpokládaného za každým fenoménem afektivního života, popř. objasňováním mytických pudů, jakým je například instinkt smrti; dnes však stále více usiluje přenést své pátrání na obranné mechanismy a dospívá tak k závěru, že nemocný opakuje vlastní historii jen proto, poněvadž odpovídá na svou přítomnou situaci. Anna Freudová tyto obranné mechanismy přehledně shrnula: kromě sublimace, pokládané za normální, nachází devět postupů, jimiž se nemocný brání a jejichž kombinací vznikají různé druhy neuróz: vytěsnění, regrese, reaktivní výtvar, izolace, zpětné zrušení, projekce, introjekce, obrácení proti vlastní osobě, zvrát v opak.¹⁸⁾

Hysterik užívá především vytěsnění; odnímá vědomí všechny sexuální představy, aby se ochránil, porušuje psychologickou kontinuitu a v těchto „psychických synkopách“ se objevuje nevědomí, zapomnění či netečnost, které vytvářejí hysterikovu zdánlivou „dobrou náladu“; rozbíjí i jednotu těla, aby na něm vyhledil všechny symboly a substituty sexuality: odtud anestezie a pitiatické obrny.

18) Anna Freud, *Das Ich und die Abwehrmechanismen*, 1946, s. 50.

Naproti tomu obsedantní neurotik se brání především „izolací“; odděluje konfliktní rozrušení od jeho kontextu; propůjčuje mu symboly a výrazové formy bez zjevného vztahu k jeho reálnému obsahu; a konfliktní síly rázem vytvářejí v rámci chování jinak adaptovaného nutkavé, rigidní a absurdní postoje: důkazem toho je jedna Freudova pacientka,¹⁹⁾ která, nevědouc proč a aniž by to mohla sama vysvětlit opatrností či lakotou, se nedokázala ubránit tomu, aby si nezapamatovala čísla všech bankovek, které jí přišly do rukou. Avšak toto chování, které izolováno bylo absurdní, vráceno do svého afektivního kontextu mělo určitý smysl: odrážela se v něm touha pacientky, která se chtěla ujistit o lásce jistého muže tím, že mu dala do zástavy peněz; ale kovové mince jsou si všechny podobné...; kdyby mu byla alespoň mohla dát bankovku, která by se dala poznat podle čísla... A proti této lásce, za kterou se cítila vinna, se bránila tím, že izolovala chování od jeho citového ospravedlnění.

Paranoik pod vlivem bludu, současně pronásledovaný i pronásledující, odhalující v nitru jiných své vlastní touhy a svou vlastní nenávisť, milující to, co chce zničit, ztotožňující se s tím, co nenávidí, je charakteristický především mechanismy projekce, introjekce a obrácení se proti sobě. Freud jako první²⁰⁾ ukázal souhrn těchto procesů na příkladu paranoidní žárlivosti. Když paranoik vyčítá svému partnerovi, že jej klame,

19) S. Freud, *Zwangshandlungen und Religionsübungen*, Werke, sv. VII, s. 134.

20) S. Freud, *Über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia*, Werke, sv. VIII.

když systematicky spřádá kolem této nevěry celý systém interpretací, v podstatě prostě vyčítá druhému to, co vyčítá sám sobě; obviňuje svou milenku, že jej podvádí s přítelem, protože právě toto přání pociťuje sám; a brání se proti této homosexuální touze tím, že ji proměňuje v heterosexuální vztah, že ji projikuje do druhého, a to formou vyčítání nevěry. A analogickou projekcí, která má rovněž tak smysl jakéhosi ospravedlnění a katarze, bude obviňovat z homosexuální touhy právě toho, po kom sám touží, a pomocí zvratu afektu se bude chlubit mytickou nenávistí, ospravedlněnou v jeho očích neodbytným dvořením soka. Já tě nepodvádím, klameš mě ty; já ho nemiluji, on sám po mně touží a pronásleduje mě; necítím vůči němu žádnou lásku, jenom nenávisť: těmito mechanismy si paranoik brání se své homosexualitě vytváří blud žárlivosti.

Patologické opakování minulosti dostává tedy určitý smysl; nepůsobí zde tíže „puđu smrti“; regrese je součástí obranných mechanismů, nebo je to spíš útěk k již vytvořenému souhrnu ochranných opatření. Opakování jako forma patologického je v poměru k jeho významu obrannému až na druhém místě.

Základním problémem zůstává, proti čemu se brání nemocný, který dává jako dospělý vyvstat v neurotickém opakování ochranným formám, vytvářeným v jeho dětství?

Jaké je to neustálé nebezpečí, které vyvstalo kdysi na úsvitu jeho duševního života a trvale se bude rýsovat na pozadí jeho světa jako stále táž hrozba o tisíci tvářích?

I zde nám poslouží analýza symptomu jako vodítko. Malé, desetileté děvčátko se dopustí krádeže:²¹⁾ před zraky prodavačky ukradne čokoládu; prodavačka děvčátku vyhubuje a hrozí, že celou věc poví jeho matce. Krádež svou impulzivní, neadaptovanou formou okamžitě prozrazuje neurózu. Příběh pacientky jasně ukazuje, že tento symptom je průsečíkem dvou postojů: na jedné straně je to touha po znovuzískání mateřské lásky, která je děvčátku odmítána a jejímž symbolem zde – jako tak často – je objekt potravy; a na druhé straně je to soubor pocitů viny, následujících po pokusu agresivně se oné lásky zmocnit. Mezi těmito dvěma postoji se objevuje symptom jako kompromis; dítě dá volný průchod své potřebě lásky tím, že se dopustí krádeže, zároveň však dá i průchod pocitu viny, protože se dopustí krádeže tak, aby bylo přistiženo. Nešikovné chování při krádeži je vlastně projevem značné šikovnosti; jeho neomalenost je lest; je to kompromis mezi dvěma protikladnými tendencemi, způsob, jak konflikt ovládnout. Patologický mechanismus je tedy záštitou proti konfliktu, obranou před rozpor, který z konfliktu plyne.

Každý konflikt však nevyvolává chorobnou reakci a napětí z něho plynoucí nemusí být nutně patologické; dokonce je možná přímo osnovou veškerého psychického života. Konflikt, který neurotický kompromis vynese na světlo, není prostě vnější rozpor objektivní situace; je to rozpor imanentní, v němž se obě jeho strany prolínají takovým způsobem, že kompromis zdaleka není řešením, ale vposledku na-

21) Anna Freud, *Einführung in die Technik der Kinderanalyse*, 1929.

opak prohloubením konfliktu. Krade-li dítě, aby opět dosáhlo ztracené lásky, a uklidňuje své svědomí tím, že se dá překvapit, je jasné, že výsledek jeho činu si ce vyvolá vytoužený trest, ale ještě více mu odejme lásku, po které prahne, ještě zvětší jeho touhu vlastnit, symbolizovanou krádeží, a na okamžik uspokojený pocit viny se ještě zvětší. Zkušenost frustrace a pocit viny jsou tedy spojeny, nikoli však jako dvě různoběžné formy chování, které se podílejí na celkovém chování, nýbrž jako rozporná jednota, vyjevující bipolárnost jednoho a téhož chování. Patologický rozpor není totéž co normální konflikt: normální konflikt narušuje afektivní život subjektu zevnějšku; vyvolává u něho protikladné postoje, nechává ho kolísat; vyvolává činy a potom plodí výčitky svědomí; může rozpor vystupňovat až do inkoherece. Ale normální inkohereci je třeba přísně odlišovat od patologické absurdity. Ta se živí rozporem zevnitř; žárlivec je ve snaze usvědčit ženu z nevěry dokonale koherentní; dokonale koherentní je také ve své pečlivé ostražitosti obsedantní neurotik. Tato koherence je však absurdní, protože čím více se rozvíjí, tím víc prohlubuje rozpor, který by ráda překonala. Když jedna Freudova pacientka odstraňuje ve své obsedantní starostlivosti z pokoje všechny hodiny, protože jejich tikot by ji mohl rušit ve spánku, brání se tím proti sexuálnímu touhám a zároveň je myticky uspokojuje: odstraňuje všechny symboly sexuality, ale zároveň také symboly fyziologické pravidelnosti, která by byla porušena mateřstvím, po němž nemocná touží; pacientka magickým způsobem uspokojuje své touhy a zároveň reálně zvětšuje i své

pocity viny.²²⁾ Tam, kde normální jedinec prožívá zkušenost rozporu, tam nemocný prožívá rozpornou zkušenost; zkušenost prvního se rozporem otevírá, zkušenost druhého se před ním uzavírá. Jinými slovy: normální konflikt znamená dvojznačnost situace, patologický konflikt ambivalenci zkušenosti.²³⁾

Jako je strach reakcí na vnější nebezpečí, tak je úzkost afektivní dimenzí vnitřního rozporu. Jakožto celková dezorganizace afektivního života je úzkost nejvyšším výrazem ambivalence, formou, jíž se ambivalence dovršuje, neboť je to závrtná zkušenost simultánního rozporu, pocit jedné a téže touhy po životě i smrti, po lásce i nenávisti, smyslová apoteóza duševního rozporu; jednou jako úzkost dítěte, které kousnutím odhaluje, že erotika požívání je provázena destrukční agresivitou, jindy jako úzkost melancholika, který se ztotožňuje s milovaným objektem, aby ho vyrval smrti, stává se tím, čím objekt kdysi byl, ale nakonec zakouší sám sebe ve smrti druhého a nedokáže ho ve svém životě zadržet jinak, než že se s ním spojuje ve smrti. V případě úzkosti se ocitáme v samém středu patologických významů. Za všemi obrannými mechanismy, které charakterizují duševní poruchu, je skryta úzkost a každý typ této poruchy je specificky určen tím, jak na ni reaguje: hysterik úzkost vytěšňuje a zastírá tím, že ji inkarnuje do určitého tělesného symptomu; obsedant si vytváří kolem určitého symptomu ritus chování, které mu dává možnost uspokojit

22) S. Freud, *Einführung in die Psychoanalyse, Werke*, sv. XI, s. 274.

23) Je to ona rozporná jednota chování a afektivního života, kterou Bleuler jako první nazval „ambivalencí“.

oba póly jeho ambivalence; paranoik se myticky ospravedlňuje, a to tak, že formou projekce připíše druhým všechny své pocity, které jsou samy v sobě rozporné; prvky své ambivalence přenáší na druhé a úzkost maskuje různými formami agresivity. Úzkost, jakožto psychický důkaz vnitřního rozporu, je také společným jmenovatelem psychického uskutečňování jedince a dává mu jednotný význam: poprvé byla pocítěna v rozporech dětství a v ambivalenci, kterou vyvolávají; a pod jejím latentním tlakem se vyvinuly obranné mechanismy, které pak po celý další život, v každém okamžiku, kdy by se úzkost mohla znovu vynořit, opakují své rity, svá zajišťovací opatření, své rigidní manévry.

V určitém smyslu lze tedy říci, že právě na základě úzkosti se duševní vývoj mění v individuální historii; neboť právě úzkost sjednocuje minulost s přítomností, čímž obě tyto skutečnosti klade do vzájemného vztahu a přiznává jim společný smysl. Zdálo se nám, jako by patologické chování paradoxně mělo archaický obsah a zároveň významově kotvilo v přítomnosti; jakmile by totiž přítomnost chtěla probudit pocit ambivalence a úzkosti, rozvine se hra neurotických obran: tato hrozivá úzkost a mechanismy, které ji mají odvrátit, jsou však již dávno zafixovány v historii subjektu. Nemoc se tedy rozvíjí v jakémsi bludném kruhu: nemocný se brání svými současnými obrannými mechanismy proti minulosti, jejíž skrytá přítomnost probouzí úzkost; na druhé straně se však nemocný brání proti možnosti současné úzkosti tím, že se dovolává obran, které si za analogických situací vytvořil již dříve. Brání se tedy nemocný svou přítomností proti mi-

nulosti, nebo se brání své přítomnosti minulou historií? Právě v tomto kruhu spočívá nepochybně podstata patologického chování; člověk je nemocen tehdy, když pouto mezi přítomností a minulostí nemá formu progresivní integrace. Samozřejmě, že úzkost pocítil někdy každý člověk a vytvořil si obranné postoje; nemocný však prožívá svou úzkost a své obranné mechanismy v bludném kruhu, brání se úzkosti pomocí mechanismů, které s ní jsou historicky svázány, a proto ji tím víc stupňují a neustále ji hrozí znovu vynést na světlo. Na rozdíl od historie normálního jedince je tento monotónní kruh příznačným rysem historie patologické.

Psychologie vývoje, která popisuje symptomy jako archaické chování, musí být tedy doplněna psychologii geneze, která popisuje současný smysl těchto regresí v rámci určité historie. Je třeba odhalit určitý psychologicky koherentní styl, z něhož pak lze chorobné jevy pochopit, aniž bychom se odvolávali na vývojové stupně, pojímané jako biologické fáze. Je třeba najít ohnisko psychických významů, z něhož se chorobné chování pořádá v kontextu individuální historie.

A jak jsme viděli, oním bodem, ve kterém se jednotlivé významy sbíhají, je úzkost. Psychická historie nemocného se utváří jako souhrn smysluplných aktů, z nichž vznikají mechanismy obrany proti ambivalenci afektivních rozporů. Postavení úzkosti v psychické historii je však dvojznačné: najdeme ji za předivem všech patologických epizod nemocného; ustavičně jej pronásleduje; ale právě proto, že zde byla už předtím, vytvořil se sled oněch epizod, jako řada pokusů jak jí uniknout; úzkost je nyní doprovází, protože je nejprve

předcházela. Proč znamená určitá situace pro některého jedince pouze překonatelný konflikt a pro druhého rozpor, ve kterém se jedinec patologicky uzavře? Proč tutéž oidipovskou dvojznačnost jeden člověk překoná, kdežto u druhého se z ní rozvine dlouhý řetěz patologických mechanismů? Tady odhaluje individuální historie, že je v tom určitá nutnost, nedokáže ji však vysvětlit. Aby byl rozpor prožíván jako úzkostná ambivalence, aby se pacient před konfliktem uzavřel do bludného kruhu patologických obranných systémů, musela zde být úzkost už předtím, aby přeměnila dvojznačnost situace v ambivalenci reakcí. Jestliže je historie jedince naplněna úzkostí, pak je tomu tak proto, že úzkost je jejím principem a základem; jakmile úzkost vstoupí do hry, určuje jistý styl zkušenosti, který poznamenává traumata, jimi rozpoutané psychologické mechanismy i jejich formy opakování, které se projevují během patologických epizod: úzkost je pro existenci jakýmsi a priori.

Analýza vývoje považovala chorobu za určitou možnost; individuální historie ji dovoluje chápat jako fakt psychického uskutečňování. Nyní je však třeba ji pochopit v její existenční nutnosti.

III. NEMOC A EXISTENCE

Analýza chorobných mechanismů odhaluje určitou skutečnost, která tyto mechanismy přesahuje a určuje jejich patologickou povahu; i ta nejhlubší analýza dochází nakonec vždy k úzkosti, která je pro ni konečným chorobným prvkem a jakýmsi ohniskem nemoci. K pochopení úzkosti je však třeba nového způsobu analýzy: úzkost jakožto formu zkušenosti, která přesahuje své vlastní projevy, nelze nikdy postihnout analýzou přírodovědeckého typu; úzkost, zakořeněná v samém nitru individuální historie a dávající této historii ve všech jejích peripetiích jediný význam, nemůže být však také vyčerpána analýzou typu historického; historie a přirozenost člověka však mohou být pochopeny pouze ve vztahu k ní.

Musíme se nyní postavit přímo do středu této zkušenosti; jedině když ji pochopíme zevnitř, budeme moci postavit přirozené, vývojem dané struktury i individuální mechanismy, krystalizující během psychické historie, na jejich pravé místo v chorobném světě. Je to metoda, která si nemusí nic vypůjčovat z „Naturwissenschaften“, z jejich diskurzivních analýz ani z jejich mechanistické kauzality; stejně tak se však ne-

smí v žádném případě zvrátit v biografickou historii s jejím popisem následných zřetězení a sériovým determinismem. Tato metoda musí naopak chápat soubor jako totalitu, jejíž prvky nelze oddělovat, i kdyby byly v historii sebevíc rozptýleny. Nestačí již prohlásit, že dětský strach je příčinou fobií u dospělého, nýbrž je třeba za tímto vrozeným strachem a za těmito chorobnými symptomy odhalit jeden a týž styl úzkosti, který je významově sjednocuje. Diskurzivní logika tu nic nepořídí, jen se zamotá do spleťového přediva bludů a vyčerpá se sledováním úvah paranoika. Rychlejší a dosažnější je intuice, která dokáže restituovat základní zkušenost, ovládající souhrn patologických procesů (u paranoika například radikální proměnu živého vztahu k druhému). Zatímco intuice rozvíjí z jediného pohledu základní totality a přitom zcela redukuje odstup, který je vlastní každému objektivnímu poznání – přírodovědecká analýza zkoumá nemocného s odstupem, jaký zaujímáme k nějakému přírodnímu objektu, a historická úvaha se drží jeho odlišnosti, umožňující jej vysvětlit, málokdy však porozumět mu. Intuice, která se do nitra chorobného vědomí přenáší skokem, se snaží pozorovat patologický svět přímo očima nemocného: pravda, kterou hledá, není řádu objektivního, ale intersubjektivního.

Pokud rozumět znamená zároveň shrnout, zachytit a proniknout vcelku, lze tuto novou reflexi choroby označit především jako „rozumění“ a právě této metody používá fenomenologická psychologie.

Je však možné rozumět všemu? Není pro duševní chorobu na rozdíl od normálního chování příznačné právě to, že ji lze vysvětlit, ale veškerému rozumění je

nepřístupná? Není žárlivost normální, dokud jí rozumíme i v těch nejpřehnanějších projevech, a není snad chorobná, když „už nechápeme“ dokonce ani její nejelementárnější reakce? Jaspers²⁴⁾ jako první ukázal, že rozumění může sahat daleko za hranice normálního a že intersubjektivní rozumění může vniknout i do patologického světa a jeho bytostného základu.

Je samozřejmé, že existují formy onemocnění, které doposud jsou a také zůstanou fenomenologickému rozumění neproniknutelné. Jsou to přímé deriváty procesů, které jsou samy ve svém průběhu normálnímu vědomí neznámé, jako například vpád intoxikací vyprovokovaných obrazů do vědomí nebo takzvané „psychické meteory“, které se dají vysvětlit jedině zlomem tempa vědomí, tím, co Jaspers nazývá „psychická ataxie“; a konečně dojmy pocházející jakoby z pocitového materiálu naprosto cizího naší sféry: pocit jakéhosi vlivu, pronikajícího až do nitra myšlení, u někoho zas dojem, že je prostupován polem hmotných a zároveň tajemně neviditelných sil, nebo zkušenost odchýlné proměny těla.

Avšak až po tyto vzdálené hranice rozumění, za nimiž se nám teprve otevírá cizí a mrtvý svět bezsmyslného, lze chorobný svět proniknout. Pomocí takovéhoho rozumění je pak třeba restituovat jednak zkušenost nemocného o jeho nemoci (způsob, jakým prožívá jako nemocný, nenormální, trpící jedinec sebe sama), jednak chorobný svět, jemuž se toto vědomí nemoci otevírá, svět k němuž toto vědomí směřuje a současně jej vytváří. Fenomenologie duševní choroby má

24) K. Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie*.

před sebou dva úkoly: pochopit choré vědomí a rekonstituovat jeho patologický svět.

Vědomí, které má nemocný o své chorobě, je absolutně původní. Určitě není nic klamnějšího než mýtus šílenství jako choroby, jež o sobě neví; vzdálenost, která dělí vědomí lékaře od vědomí nemocného, není vzdáleností mezi znalostí a neznalostí nemoci. Lékař nestojí na straně zdraví, kterému je o nemoci všechno známo; a nemocný zase nestojí na straně choroby, která o sobě neví vůbec nic, dokonce ani to, že existuje. Nemocný si je své anomálie vědom a chápe ji přinejmenším jako neredukovatelnou odlišnost, která jej dělí od vědomí a světa druhých. Avšak ani při nejjasnějším vědomí nemůže pacient hledět na svou chorobu z perspektivy lékaře; nikdy nemá onen spekulativní odstup, který by mu umožnil pochopit nemoc jako objektivní proces, vyvíjející se sice v něm, avšak bez něho; vědomí nemoci vzniká uvnitř nemoci; je v ní zakotveno a ve chvíli, kdy ji vnímá, ji zároveň už i vyjadřuje. Způsob, jakým pacient přijímá nebo odmítá svou chorobu, jak ji interpretuje nebo jaký smysl dává jejím nejabsurdnějším formám, určuje základní dimenze choroby. Tedy ani výpadek vědomí uvnitř chorobného procesu, ani nezainteresované a objektivní vědomí, které má o tomto procesu jasno, ale poznání náznakové, matné vnímání chorobné scenerie, na jejímž pozadí vyvstávají patologická témata, tak vypadá ona dvojnásobná forma vědomí, jejíž variace má analyzovat fenomenologická reflexe.²⁵⁾

25) Z této perspektivy studoval schizofrenii J. Wyrsh, *Die Person des Schizophrenen*, 1949.

1. – Choroba může být vnímána se statutem objektivní, která ji lokalizuje do maximální vzdálenosti od chorého vědomí. Nemocný ve snaze zabrzdit ji a nepoznat se v ní jí vtiskuje význam nahodilého, organického procesu. Udržuje ji v mezích svého těla; jakoukoli proměnu psychické zkušenosti přehlíží nebo popírá, přikládá důležitost jen organickému obsahu své zkušenosti a nakonec vnímá a tematizuje pouze jej. Zdaleka svou nemoc netají, naopak, staví ji na odív, ale jen v jejich fyziologických formách; a v objektivitě, kterou nemocný přiznává svým symptomům, vidí lékař právně projev subjektivních poruch. Právě toto přednostní postavení organických procesů v poli pacientova vědomí a ve způsobu, jímž chápe svou nemoc, vytváří škálu hysterických znaků (psychogenní paralýzy a anestezie), psychosomatických symptomů nebo konečně i hypochondrických obav, s nimiž se tak často setkáváme u psychastenie nebo určitých forem schizofrenie. Tyto organické či pseudoorganické formy jsou nejen prvky choroby, ale pro pacienta také způsobem, jakým může svou chorobu pochopit.

2. – U většiny nutkavých stavů, mnoha paranoidních onemocnění a při určitých typech schizofrenií si nemocný uvědomuje, že chorobný proces srůstá s jeho osobností. Uvědomuje si to však paradoxním způsobem: nachází první známky své choroby ve své historii, ve svých konfliktech s okolím, v rozporech své současné situace; popisuje její genezi, zároveň však chápe vznik své choroby jako explozi nové existence, která hluboce mění smysl jeho života, dokonce jeho život ohrožuje. Svědčí o tom žárliví lidé, kteří ospravedlňují svou nedůvěru, své interpretace, své bludné syste-

matizace puntičkářským popisem vzniku svých podezření a své symptomy jakoby rozprostírají po celé délce svého života; uvědomují si však, že od té či oné události nebo výbuchu vášně se jejich existence od základů změnila, že je jejich život otrávený a že ho již nemohou snést. Jejich chorobná žárlivost je pro ně nejhlubší pravdou jejich existence, ale také tím nejzákladnějším neštěstím. Snaží se ji normalizovat tím, že ji vztahují na celý svůj dřívější život; zároveň ji však chápou izolovaně jako hrubý životní převrat a tím od ní zaujmají odstup. Vidí v chorobě svůj úděl; choroba dovršuje jejich život tím, že ho rozbíjí.

3. – Tuto paradoxní jednotu nelze vždy udržet: chorobné prvky se pak odtrhují od svého normálního kontextu, uzavírají se samy v sobě a vytvářejí jakýsi autonomní svět. Tento svět má pro nemocného mnoho znaků objektivit: je vyvoláván v život vnějšími silami, které do něho přízračně zasahují a tajemně unikají každému zkoumání, vnucuje se proti vši samozřejmosti, vzdoruje každému úsilí. Halucinace, jimiž je naplněn, mu dodávají smyslového bohatství skutečnosti; bludy, spojující jeho jednotlivé prvky, mu zabezpečují zdánlivě racionální souvislost. Při této kvaziobjektivitě však vědomí choroby nemizí; ale spoň okrajově zde trvá dále: svět halucinačních prvků a vykrystalizovaných bludů se pouze připojuje k reálnému světu. Nemocný nikdy nesměšuje hlas svého lékaře s halucinačními hlasy svých pronásledovatelů, třebaže pronásledovatelem je pro něho i sám lékař. V krajním případě se ty nejsoudržnější bludy nemocnému jeví stejně reálné jako realita sama; a v této hře dvou realit, v této teatrální dvojznač-

nosti se vědomí choroby projevuje jako vědomí jiné reality.

Nemocný tento protiklad k reálnému světu, nebo spíš spoluexistenci těchto dvou reálných světů ochotně připouští: halucinující člověk se ptá toho, s kým mluví, zda také slyší hlasy, které ho pronásledují; vyzývá ho, aby se této naprosté zřejmosti poddal; jestliže se však setká s odporem nebo úplnou neznalostí faktů, kterých se dovolává, celkem snadno se s tím smíří a prohlásí, že v tom případě to tedy slyší jenom on sám. Jedinečnost jeho zkušenosti v jeho očích nijak nenarušuje jistotu, kterou je provázena; i když však tento svět přijímá a drží se ho, uvědomuje si, že to je svět podivný a bolestně osamocený; tím, že připouští existenci dvou světů a přizpůsobuje se jednomu jako druhému, projevuje na pozadí svého chování specifické vědomí své choroby.

4. – Konečně v posledním stadiu schizofrenie a při stavech demence je nemocný světem své nemoci pohlcen. Svět, který opustil, nicméně chápe jako vzdálenou a mlhavou skutečnost. Zdá se, že i v této soumráčné krajině, kde i nejreálnější zkušenosti – události, slyšený hovor, okolí – dostávají přízračnou podobu, si nemocný dosud zachovává jakýsi celkový, matný pocit své choroby. I když je pohlcen chorobným světem, uvědomuje si, že tomu tak je. Jak lze předpokládat podle vyprávění vyléčených pacientů, ve vědomí nemocného stále zůstává uchován dojem, že je skutečnost postihována pouze travestovaně, karikovaně, v podobě proměněné doslova jako ve snu. Séchehayová, která ošetřovala a vyléčila jednu mladou schizofreničku, zaznamenala dojmy, které její pacientka pocítovala

v době své choroby. Nemocná vypráví: „Jako bych byla ve svém vnímání světa mnohem ostřeji pocítovala bizarnost věcí. Každý předmět byl v tom tichu a nesmírnosti jako vyřezán nožem, osamocen v prázdnu a nekonečnu, oddělen od všeho ostatního. A jak byl tak docela sám, bez jakéhokoli pouta k okolí, začal existovat... Cítila jsem se jako vyhnaná ze světa, ze života, jako divák hledící na chaotický film, který se mu neustále odvíjí před očima, aniž se na něm on sám může podílet.“ O něco dál pak dodává: „Lidé se mi jeví jako ve snu; nedokázala jsem je jednoho od druhého v jejich zvlátnostech rozlišit.“²⁶⁾ V takovém případě je vědomí choroby už jen nesmírným niterným utrpením ze světa, poznávaného jako takový pouze prostřednictvím implicitního odkazu ke skutečnosti, jež se stala nedostupnou.

Ať již jsou formy duševní choroby a stupně zastřezení vědomí jakékoliv, vědomí choroby tu vždycky je; chorobný svět nikdy není nějakým absolutnem, ve kterém by byly zpřetrhány všechny vztahy k normálnímu světu; naopak, chorobné vědomí se vždycky rozvíjí prostřednictvím určitého i pro ně samotné podvojného odkazu, ať už je to odkaz k normálnímu a patologickému, nebo k důvěrně známému a cizímu, či k jedinečnému a obecnému anebo konečně k bdělému a snovému.

Toto choré vědomí však nezůstává jen na tom, že si určitým způsobem uvědomuje svou chorobu, ale obrací se také k patologickému světu, jehož struktury je třeba nyní prostudovat a doplnit tak noetickou analýzu analýzou noematickou.

26) M. A. Séchehaye, *Journal d'une schizophrène*, 1950, s. 50 a 56.

1. – E. Minkowski studoval poruchy časových forem chorobného světa. Především analyzoval případ paranoidního bludu, při němž se nemocný cítí ohrožen katastrofami, kterým nemůže zabránit žádným bezpečnostním opatřením: jsou neustále nablízku a jestliže k obávanému neštěstí nikdy nedošlo, neznamená to, že k němu nedojde v následujících okamžicích. A tato katastrofa, kterou se pacient cítí ohrožen, je vlastně drtivý pocit ohrožení vším, co představuje odpad světa, co je mrtvé, zašlé, odhozené. Mezi tímto obsahem bludu a tématem úzkosti z blízké katastrofy lze snadno spatřit smysluplný vztah: utkvělý strach před „zbytky“ je u pacienta projevem toho, že není schopen pochopit, jak může něco zmizet, jak to, že to, co přestalo existovat, netrvá dál. Jeho vědomí není schopno zlikvidovat nahromaděnou minulost; a následkem toho nedokáže uvést minulost a přítomnost do takového postavení, aby předjímal budoucnost; nikdy nelze dosáhnout takové bezpečí, aby bylo zárukou před hrozbami v budoucnosti obsaženými: v budoucnosti je absurdním způsobem možno všechno. Bludná spleť těchto dvou témat tedy odhaluje závažnou poruchu v časových formách; čas se již nerozvíjí ani neuplývá; minulost se hromadí a budoucnost se otvírá s jediným příslibem, že bude přítomnost rozdracena pod čím dál těžší masou minulosti.²⁷⁾

Každá porucha tedy obsahuje určitou specifickou odchylku žitého času. Například L. Binswanger v *Ideenflucht* definoval časovou poruchu manické existence takto: čas je zde zlomkovitý, existuje jen

27) E. Minkowski, *Le temps vécu*, 1933.

v okamžiku; není otevřen do minulosti ani do budoucnosti a točí se ať skoky nebo opakováním jen kolem sebe sama. Právě na základě takto porušené časovosti je nutno chápat „myšlenkový trysk“ s jeho charakteristickým střídáním opakovaných témat a náhlých nelogických asociací. Čas schizofrenikův je také trhaný, ale zároveň je rozbit blízkostí Náhlého a Hrozného, jemuž nemocný uniká jen pomocí mýtu prázdne věčnosti; zkušenost času u schizofrenika se tedy dělí na čas rozdrolený úzkostí a beztvarem, bezobsažnou věčnost bludného vědomí.²⁸⁾

2. – Prostor jako strukturu žitého světa lze podrobit stejné analýze.

Někdy se vzdálenosti hroutí, jako například u jedinců stížených bludným vědomím, kteří na jednom místě poznávají osoby, o kterých vědí, že jsou jinde, nebo u jedinců postižených halucinacemi, kteří slyší určité hlasy nikoliv v objektivním prostoru, kam situujeme zvukové zdroje, nýbrž v prostoru mytickém, v jakémsi kvaziprostoru, jehož osy jsou rozplývavé a nestálé; tady vedle sebe, všude kolem sebe i v sobě slyší hlasy pronásledovatelů, které se zároveň situují kdesi za stěnami, kdesi mimo město a hranice země. Průzračný prostor, kde má každý objekt své geografické místo a kde se perspektivy člení, je nahrazen prostorem neprůhledným, kde se objekty proplétají, rázem přibližují a vzdalují, bez jediného pohybu přemisťují a nakonec splývají dohromady v bezperspektivním obzoru: jak praví Minkowski, „jasný prostor“ je zastřen „prostorem temným“, prostorem strachu a noci,

28) L. Binswanger, *Der Fall Jürg Zünd*, ve *Schweizer Archiv für Neurologie*, 1948.

nebo spíš oba dva, místo aby se oddělily, jako je tomu v normálním světě, splývají dohromady v světě chorobný.²⁹⁾

V jiných případech je prostor rozdrolený a strnulý. Předměty ztrácejí charakter začlenění, který současně znamená i možnost jejich použití; nabízejí se v podivné plnosti, která je vytrhuje z jejich kontextu, a potvrzují se takto izolované, bez reálného či možného pouta s jinými objekty; nástrojové vztahy mizí. V tomto smyslu studoval Roland Kuhn blud „hranic“ u určitých schizofreniků: důležitost přikládána mezím, hranicím, zdem, všemu, co ohrazuje, uzavírá a chrání, nahrazuje ztrátu vnitřní jednoty v uspořádání věcí; tam, kde věci „nedrží“ pohromadě, tam je třeba je chránit zvnějšku a udržovat je v jednotě, která jim není vlastní. Předměty ztratily kohezi a prostor koherenci — například u pacienta, který neustále kreslil plán fantastického města, jehož nekonečné hradby chránily jen skupinu bezvýznamných budov. Z prostoru zmizel smysl „služebnosti“, svět „des Zuhandenen“, jak by řekl Heidegger, se stal pro nemocného pouze světem „des Vorhandenen“.

3. – Chorobou je ve svých existenčních strukturách narušeno nejen prostředí časoprostorové, „Umwelt“, ale také „Mitwelt“, svět sociální a kulturní. Bližní přestává být pro nemocného partnerem v dialogu a spolupracovníkem na díle; už se mu neprezentuje na pozadí sociálních implikací, ztrácí svou skutečnost jako „socius“ a stává se v tomto vyliďněném světě Cizincem. Právě této radikální poruše nasvědčuje tak častý symptom „symbolické derealizace bližního“, pocit ci-

29) E. Minkowski, tamtéž.

zoty vůči řeči, vyjadřovacímu systému, tělu druhého člověka, sahající až k nejistotě, zda druhý vůbec existuje; obtížný a vzdálený svět mezilidských vztahů, kde vyjádřené dostává strnulou podobu, kde významy nabývají masivní netečnosti věcí, svět, kde se symboly mění v tíživé záhady, tak vypadá rigidní svět psychastenika a většiny schizofreniků. Nemocná, o které se zmiňuje Séchehayová, popisuje jeden ze svých prvních pocitů neskutečnosti takto: „Byla jsem v patronátní škole; místnost přede mnou náhle nabyla obrovských rozměrů, jako by ji zalilo děsivé světlo. Žáci a učitelky mi připadali jako loutky, které se bezdůvodně a bezcílne otáčejí. Poslouchala jsem, jak mluví, ale slova jsem nechápala. Jako by měli kovové hlasy, hlasy bez přízvuku a tepla. Chvillemi se z toho všeho oddělilo jediné slovo a jako nožem vyřezané, absurdní, se opakovalo v mém mozku.“ Dítě dostalo strach, zasáhla tedy učitelka, aby je uklidnila: „Mile se na mě usmívala. Ale místo aby mě její úsměv uklidnil, ještě zvětšil mou úzkost a zmatek: spatřila jsem totiž její zuby. Byly bílé a pravidelné a jak se tak leskly v záři světla, aniž by se nějak proměnily, zastřely mi rázem celý pohled, jako by celý sál byly jen zuby, zuby v neúprosném světle.“³⁰⁾

Na druhém konci patologie pak leží nesmírně rozplývavý svět halucinačního šilenství: stále se obnovující změt zdánlivých vzpomínek, v nichž každý člověk není prostě druhý, ale ten Druhý s velkým D, potkávaný stále znovu a stále znovu zaháněný a nalézáný; jediná přítomnost o tisíci tvářích, přítomnost odporného muže, který podvádí a zabíjí, dravé ženy, kte-

30) *Journal d'une schizophrène*, s. 6 a 7.

rá osnuje smrtící úklad. Každá tvář, ať cizí nebo důvěrně známá, je jenom maska, maska pronásledovatele, a každé slovo, ať jasné či temné, v sobě tají jediný smysl: pronásledování.

Masky psychastenie, masky halucinačního šilenství: v monotonii prvních se počíná ztrácet rozmanitost lidských tváří; a v nesčíslných podobách masek druhých se znovu vrací stále táž a jediná, neúprosným smyslem obtížená bludná zkušenost člověka trpícího halucinacemi.

4. – Choroba může konečně postihnout člověka ve sféře individuální, kde se rozvíjí zkušenost jeho vlastního těla. Tělo pak přestává být vztahovým centrem, z něhož otevírají své možnosti přístupy ke světu. Současně se v horizontu vědomí mění přítomnost těla. Někdy tělo tak ztuhne, že je těžké a nehybné jako věc; mění se v objektivitu, v níž vědomí nemůže už poznat své tělo; subjekt vnímá sebe sama už jen jako mrtvolu nebo neživý stroj, který dostává impulzy z jakéhosi tajemného vnějšku. Jedna nemocná, pozorovaná Minkowským, prohlásila: „Každý druhý den mám tělo tvrdé jako ze dřeva. Dnes mám tělo pevné jako zeď; včera jsem měla neustále dojem, že je mé tělo černá voda, černější než tenhle krb... Všechno je ve mně černé, nějak omšelé, jakoby špinavě černé... Zuby mám silné jako stěnu zásuvky... A tělo jako bych měla tvrdé, pevně sklížené a kluzké jako tyhle parkety.“³¹⁾

Plné vědomí těla s jeho prostorovostí a pevností, do níž se ukládají propriocepční zkušenosti, někdy tak naprosto zeslábne, že z něho zbude už jen vědomí ja-

31) J. de Ajuriaguerra a H. Hecquen, *Mé connaissances et hallucinations corporelles*, 1952.

kéhosi nehmotného života a bludná víra v nesmrtelnou existenci; svět vlastního těla, „Eigenwelt“, jako by ztratil svůj obsah, a život, který je pak už jen vědomím nesmrtelnosti, se vyčerpá pomalým umíráním, které si sám připravuje odmítáním veškeré potravy, jakékoli tělesné péče a jakékoli materiální starosti. Případ takového narušení „Eigenwelt“, kdy se zároveň uvolňují formy začlenění do světa, pozoroval u jedné své pacientky, Ellen Westové, Binswanger. Způsob existence, orientované a pohybující se uvnitř světa po virtuálních v prostoru vyznačených cestách, nemocné už nic neříkal; nedovedla už „stát pevně na zemi“; kolísala mezi touhou létat, vznášet se v jakémsi éterickém plesání, a tísnivou představou, že je zajatkyňi bahnitě země, která ji svírá a ochromuje. Na jedné straně šťastná bezprostřední pohyblivost, na druhé svírává úzkost. Prostor mezi nimi, solidní a pevný prostor tělesného pohybu zmizel; svět se stal „mlčenlivým, ledovým a mrtvým“; nemocná měla o svém těle blouznivou představu jakési křehké, étericky lehounké látky, která je tak rozplývavá, že ztrácí veškerou hmotnost. To bylo pozadí, na němž se projevila psychóza a na němž vystoupily symptomy (strach z tloustnutí, anorexie, afektivní netečnost), které ji nakonec po třinácti letech chorobného vývoje dovedly k sebevraždě.³²⁾

Mohlo by nás svádět, abychom takové zkoumání redukovali pouze na historickou analýzu a ptali se, zdali to, co nazýváme světem nemocného, není jen náhodný výsek z jeho historie nebo přinejmenším koneč-

32) L. Binswanger, *Der Fall Ellen West*, ve *Schweizer Archiv für Neurologie*, 1943.

ný stav, do něhož vyústilo jeho uskutečňování. Je ale fakt, že například příčina choroby jistého Rudolfa, pacienta Rolanda Kuhna, nespočívala v tom, že jako malé dítě, neznající dosud význam smrti, setrval po dlouhé hodiny u mrtvolvy své matky; dlouhý styk s mrtvolou se mohl významově spojit s pozdější nekrofilii a nakonec i s pokusem o vraždu, teprve až se vytvořil svět, ve kterém smrt, mrtvola, ztuhlé a chladné tělo, sinalý pohled dostaly určitý statut a smysl. Bylo třeba, aby tento svět smrti a noci zaujal privilegované postavení oproti světu světla a života a aby přechod z jednoho do druhého, který v dotyčném kdysi vyvolal takový úžas a úzkost, ho dosud natolik fascinoval, aby jej chtěl znovu násilně vyvolat stykem s mrtvolami a vraždou ženy.³³⁾ K vysvětlení chorobného světa nestačí historická kauzalita (totiž kauzalita psychické historie), ale historická kauzalita je naopak možná jedině proto, že takový svět existuje: to on spojuje důsledek s příčinou, předchází s následujícím.

Je tu však ještě otázka, co vlastně znamená pojem „chorobného světa“ a čím se takový svět liší od světa, jaký si vytváří normální člověk. Fenomenologická analýza samozřejmě odmítá apriorní rozlišení na normální a patologické: „Platnost fenomenologických popisů není omezena soudem o tom, co je normální a co anomální.“³⁴⁾ Chorobnost se však během zkoumání projevuje jako základní rys tohoto světa. Je to svět, který se svými imaginárními či snovými formami i svou neprostupností vůči každé intersubjektivní perspekti-

33) R. Kuhn, *Mordversuch eines depressiven Fetischisten*, v *Monatschrift für Psychiatrie*, 1948.

34) R. Kuhn, tamtéž.

vě jeví skutečně jako „svět soukromý“, jako *idios kosmos*; a Binswanger připomíná v případě šílenství, co řekl Herakleitos o spánku: „Bdící mají jeden společný svět (*hena kai koinon kosmon*), ale spící se obracejí každý do svého vlastního (*eis idion apostrefesthai*).“³⁵⁾ Tato chorobná existence se však zároveň vyznačuje určitou zcela zvláštní propadlostí světu: subjektu unikají významy univerza, ztrácí se mu jejich základní časovost a tím svou existenci odcizuje do světa, kde propuká jeho volnost. Protože však nedokáže najít v tomto světě smysl, poddává se událostem; v tomto roztrfštěném čase bez budoucnosti, v tomto prostoru bez souvislosti lze vidět příznak onoho zhroucení, v němž je subjekt vydán světu jako svému vnějšímu osudu. Patologický proces je „*Verweltlichung*“, jak říká Binswanger. V tomto rozporném spojení soukromého světa s propadnutím světu neautentickému je uzlový bod choroby. Jinými slovy, duševní choroba je současně únikem do té nehorší subjektivity i pádem do té nehorší objektivity.

Tady se však asi již dotýkáme jednoho z oněch paradoxů duševní choroby, které si žádají nový způsob analýzy: je-li tato subjektivita smyslů zbaveného jedince současně dovoláváním se světa i propadnutím světu, není třeba hledat tajemství jejího záhadného postavení právě v samotném světě? Není snad v nemoci obsažen celý uzel významů vztahujících se k oblasti, kde se objevila – a především už ten prostý fakt, že je v této oblasti vymezována jako choroba?

35) L. Binswanger, *Traum und Existenz*, v *Neue Schweizer Rundschau*, 1930.

ČÁST DRUHÁ

ŠÍLENSTVÍ A KULTURA

vě jeví skutečně jako „svět soukromý“, jako *idios kosmos*; a Binswanger připomíná v případě šílenství, co řekl Herakleitos o spánku: „Bdící mají jeden společný svět (*hena kai koinon kosmon*), ale spící se obracejí každý do svého vlastního (*eis idion apostrefesthai*).“³⁵⁾ Tato chorobná existence se však zároveň vyznačuje určitou zcela zvláštní propadlostí světu: subjektu unikají významy univerza, ztrácí se mu jejich základní časovost a tím svou existenci odcizuje do světa, kde propuká jeho volnost. Protože však nedokáže najít v tomto světě smysl, poddává se událostem; v tomto roztrfštěném čase bez budoucnosti, v tomto prostoru bez souvislosti lze vidět příznak onoho zhroucení, v němž je subjekt vydán světu jako svému vnějšímu osudu. Patologický proces je „Verweltlichung“, jak říká Binswanger. V tomto rozporném spojení soukromého světa s propadnutím světu neautentickému je uzlový bod choroby. Jinými slovy, duševní choroba je současně únikem do té nehorší subjektivity i pádem do té nehorší objektivity.

Tady se však asi již dotýkáme jednoho z oněch paradoxů duševní choroby, které si žádají nový způsob analýzy: je-li tato subjektivita smyslů zbaveného jedince současně dovoláváním se světa i propadnutím světu, není třeba hledat tajemství jejího záhadného postavení právě v samotném světě? Není snad v nemoci obsažen celý uzel významů vztahujících se k oblasti, kde se objevila – a především už ten prostý fakt, že je v této oblasti vymezována jako choroba?

35) L. Binswanger, *Traum und Existenz*, v *Neue Schweizer Rundschau*, 1930.

ČÁST DRUHÁ

ŠÍLENSTVÍ A KULTURA

Předchozí analýzy stanovily souřadnice, podle kterých mohou jednotlivé psychologie situovat patologické skutečnosti. Ukázaly sice, v jakých formách se choroba projevuje, ale podmínky, za nichž se projevuje, objasnit nemohly. Bylo by omylem se domnívat, že může tyto podmínky odhalit organický vývoj, psychická historie nebo situace člověka ve světě. Choroba se v nich sice projevuje, odkrývá zde své modalitty, své výrazové formy, svůj styl. Avšak patologická odchylka jako taková má své vlastní kořeny jinde.

Boutroux – ve své terminologii – řekl, že psychologické zákony, i ty nejobecnější, se vždy vztahují k určité „fázi lidstva“. Už dávno se stal společným bodem sociologie a psychopatologie fakt, že choroba má svou realitu a platnost jakožto choroba jen v rámci kultury, která ji za takovou uznává. Janetova pacientka, která měla vidění a stigmata, by někde jinde platila za mystickou věštkyni a divotvorkyni. Nutkavými stavy postižený jedinec, pohybující se ve světě nakažlivého spoluúčastenství, jako by se ve svých gestech úlitby vracel k praktikám primitivních kouzelníků: rity, kterými obelstívá předmět své obsese, jeví se nám jako

chorobné právě pro onu víru v tabu, kterou si chce primitiv docela normálně naklonit tajuplnou moc a získat si její nebezpečnou přízeň.

Nicméně tato relativnost chorobné skutečnosti není bezprostředně zřejmá. Durkheim se domníval, že ji objasní evoluční a současně statistickou koncepcí: podle něj v určité společnosti platí za patologické takové jevy, které se odchyľují od běžného průměru a buď svědčí o překonané etapě předchozího vývoje, nebo ohlašují budoucí fázi rozvoje teprve začínajícího. – „Jeli správně pokládat za normální typ schematickou bytost, která by vznikla shrnutím nejčastějších znaků druhu do jediného, jaksí abstraktně univerzálního celku... pak lze říci, že každá odchylka od této normy zdraví je chorobný fenomén.“ A toto statistické hledisko doplňuje poznámkou: „Společenskou skutečnost můžeme v rámci určité společnosti nazvat normální jediná tehdy, vztáhneme-li ji ke stejné určité fázi rozvoje této společnosti“ (*Règles de la méthode sociologique*). Durkheimovskému pojetí je i přes zcela odlišné antropologické implikace blízká koncepce amerických psychologů. Podle Ruth Benedictové³⁶⁾ si každá kultura volí některé z možností, které tvoří antropologickou konstelaci člověka: některá kultura, jako například kmene Kwakiutl, si za své téma volí stupňování individuálního Já, zatímco kmen Zuñi to radikálně vylučuje. Agrese je privilegována u kmene Dobu, u Pueblů je potlačena. Následkem toho si každá kultura vytváří o chorobě obraz, jehož obrysy jsou dány souhrnem antropologických možností, které dotýčná kultura pomíjí nebo potlačuje. Lowie se ve své studii o Indiánech

36) *Patterns of Culture*, 1934.

kmene Crow zmiňuje o jednom Indiánu, který neobvyčejně vynikal znalostí kulturních forem svého kmene, nebyl však schopen čelit fyzickému nebezpečí, a v této formě kultury, v níž se mohlo uplatnit a bylo ceněno pouze chování agresivní, byl pro své intelektuální schopnosti chápán jako člověk neodpovědný, nespolehlivý a vlastně nemocný. „Jako jsou favorizováni ti,“ říká Benedictová, „jejichž přirozené reakce se nejvíce blíží chování charakteristickému pro jejich společnost, tak se na druhé straně cítí dezorientováni ti, jejichž přirozené reakce spadají do oblouku chování, který v jejich civilizaci neexistuje.“ Durkheimova koncepce a koncepce amerických psychologů mají to společné, že choroba je zde pozorována z negativního a současně virtuálního aspektu. Z negativního aspektu, protože choroba je definována vztahem k průměru, normě, „vzorcí“ a podstata patologického pak spočívá v odchylce: choroba je svou povahou okrajový jev a k určité kultuře se vztahuje jen jako chování, jež do ní nezapadá. Z aspektu virtuálního, protože obsah choroby je dán možnostmi o sobě nijak chorobnými, které se prostřednictvím choroby projevují: u Durkheima je to statistická možnost odchylky od průměru, u Benedictové antropologická možnost obsažená v lidské podstatě; v obou analýzách je choroba chápána jako jedna z okrajových virtualit kulturní reality té či oné sociální skupiny.

Přitom se ovšem opomíjí, že choroba se může projevovat ve společnosti také pozitivně a reálně. Existují totiž choroby, které jsou uznávány jako takové a mají uvnitř určité skupiny svůj statut a funkci; patologické není v takovém případě vzhledem ke kulturnímu typu

prostou odchylkou, nýbrž je jedním z prvků a jedním z projevů tohoto typu. Ponechme stranou proslulý případ Berdachů u severoamerických Dakotů. Tito homosexuálové mají náboženský statut kněží a kouzelníků a ekonomicky hrají úlohu řemeslníků a chovatelů dobytka, což obojí je vázáno na zvláštnost jejich sexuálního chování. Nic však nenaznačuje, že by s nimi jejich skupina spojovala nějaké jasné vědomí choroby. Naopak, toto vědomí je vázáno ke zcela přesným společenským institucím. U Zulů se podle Callawaye stane jedinec šamanem takto: ten, kdo se má stát šamanem, „je zpočátku statné postavy, avšak časem se stává čím dál přepadlejší... bez ustání si nařiká, že ho něco bolí... Sní o všem možném a jeho tělo je špinavé... Má křeče, které na čas přestanou, když ho někdo pokropí vodou. Při prvním nedostatku ohledů roní slzy a nakonec se hlasitě rozpláče. Člověk, který se stává kouzelníkem, je velkým zdrojem neklidu.“ Bylo by tedy nesprávné tvrdit, že postoje charakteristické pro šamana jsou možnosti u Zulů uznávané a právoplatné, kdežto u Evropanů kvalifikované jako hypochondrie nebo hysterie. Vědomí choroby zde nejenom nevylučuje sociální roli, ale dokonce ji vyžaduje. Choroba jako taková dostává od skupiny, která ji jako takovou nazírá, určitý statut. Našli bychom i jiné příklady, třeba role, kterou v našem typu společnosti hráli – a není tomu tak dávno – vesnický idiot a epileptici.

Jestliže Durkheim a američtí psychologové vidí v úchylce a vzdálenosti od normy vlastní povahu choroby, je to nepochybně v důsledku celé jejich společné kulturní iluze: naše společnost totiž nemocného vypuzuje nebo izoluje proto, aby se v něm nemusela poznat:

v okamžiku, kdy stanoví diagnózu nemoci, vyloučí nemocného ze svého středu. Analýzy našich psychologů a sociologů, kteří vidí v nemocném jedince odchýleného od normy a kteří původ choroby hledají v anomálii, jsou tedy především projekcí kulturních témat. Ve skutečnosti se společnost v duševních chorobách, které projevují její příslušníci, pozitivně odráží, a to vždy, ať již uděluje těmto chorobným formám jakýkoli statut: ať již je staví do středu svého náboženského života, jako je tomu často u primitivních národů, nebo ať se je snaží vyobcovat ze svého středu a umístit mimo sociální život, jako to dělá kultura naše.

Vyvstávají tu tedy dvě otázky: jak naše kultura dospěla k tomu, že vidí v chorobě odchylku a nemocnému uděluje statut, kterým je vyloučen ze společnosti? A v jakém smyslu jsou ony chorobné formy, ve kterých se naše společnost odmítá poznat, nicméně jejím vyjádřením?

I. VZNIK DUŠEVNÍ NEMOCI V DĚJINÁCH

Západ přiznal šílenství statut duševní choroby poměrně nedávno.

Už mnohokrát bylo řečeno, že šílenec byl až do příchodu pozitivního lékařství pokládán za „posedlého“. Všechny dějiny psychiatrie, až do dnešních dnů, se snažily ukázat středověkého a renesančního blázna jako neuznaného nemocného, zajatého v těsné síti náboženských a magických významů. Čili podle nich teprve objektivita jasného a konečně vědeckého lékařského pohledu dokázala odhalit jako kaz v přirozené povaze, co bylo až dosud chápáno jako nadpřirozená zvrhlost. Tato interpretace spočívá na jednom faktickém omylu, totiž tom, že blázni byli pokládáni za posedlé; dále na nepřesném předpokladu, že lidé označovaní za posedlé byli duševně nemocní, a konečně na chybném závěru, že byli-li posedlí ve skutečnosti šílení, byli pak šílenci považováni za posedlé. Složitý problém posedlosti ve skutečnosti nesouvisí přímo s dějinami šílenství, nýbrž s dějinami náboženského myšlení. Do 19. století se medicína střetla s problémem posed-

losti dvakrát: poprvé to byla řada lékařů, od J. Weyera po Duncana (od 1560 až do 1640), a to z příkazu parlamentů, vlád nebo samotné katolické hierarchie. V rámci tažení proti některým řeholím, praktikujícím dosud metody inkvizice, měli tehdy lékaři dokázat, že všechny dábělské smlouvy a rity lze vysvětlit silami rozrušené fantazie. Podruhé to bylo v letech 1680 až 1740, a to na příkaz katolické církve a francouzské vlády, které chtěly čelit explozi protestantského a jansenistického mysticismu, vyvolaného perzekucí koncem vlády Ludvíka XIV. Církevní autority se tehdy obrátily na lékaře, aby dokázali, že všechny jevy extáze, inspirace, věšteství, nadšení Duchem svatým pocházejí (samozřejmě u kacířů) jen z prudkých hnutí mysli a ducha. Anexe všech těchto náboženských nebo kva-zináboženských jevů medicínou je tedy jen vedlejší epizoda v poměru k hlavní práci, která vedla k definici duševní choroby, a především nemělo toto připojení své kořeny v úsilí bytostně významném pro rozvoj medicíny, ale byla to naopak zkušenost náboženská, která se při svém rozhodování obrátila k medicíně, aby se dovolala jejího potvrzení a kritiky, a to ještě až na druhém místě. Patřilo k osudu této historie, že potom medicína aplikovala tuto kritiku šmahem na všechny náboženské jevy a ke škodě katolické církve – která si o ni sama původně řekla – ji obrátila proti celé křesťanské zkušenosti: že současně – a paradoxně – poukázala jednak na to, že náboženství souvisí s působením sil neurotické fantazie, a jednak na fakt, že lidé odsouzení náboženstvím se stali oběťmi jak svého náboženství, tak své neurózy. Tento obrat se však datuje až 19. stoletím, to znamená epochou, kdy již byla vy-

tvořena definice duševní choroby v pozitivistickém duchu.

Do 19. století byla totiž v západním světě zkušenost s šílenstvím velice polymorfní: a je-li dnes konfiskována pojmem „choroba“, nesmí nás to o jejím původním bohatství mýlit. Je sice pravda, že již v řecké medicíně byla oblast šílenství alespoň do jisté míry zachycena v pojmech patologie a v odpovídajících léčebných metodách. Na západě se medicína snažila léčit šílenství v každé době a většina středověkých nemocnic, jako například Hôtel-Dieu v Paříži, měla rezervovaná lůžka pro choromyslné (často lůžka uzavřená, jakési veliké klece, kde byli drženi zuřiví šílenčí). To byl však jenom úzký sektor, omezený na formy šílenství, které byly považovány za vyléčitelné („frenzie“, epizodicky se projevující násilnost nebo zachvaty „melancholie“). Kolem tohoto sektoru existovalo ještě pásmo jiných forem šílenství, které však byly bez lékařské pomoci.

Nicméně neexistují pro toto pásmo pevná měřítka, ale mění se s dobou, alespoň ve svých viditelných rozměrech, jednou zůstává implicitní a jakoby pod povrchem, jindy naopak vystupuje na povrch, široce se rozlévá a bez obtíží se začleňuje do celé kulturní oblasti. Konec 15. století je bezesporu jednou z těch epoch, ve kterých šílenství navazuje vztah s bytostnými silami řeči. Poslední projevy gotického období byly střídavě ovládány hrůzou ze smrti a hrůzou ze šílenství. Po *Tanci smrti* zpodobeném na hřbitově Neviňátek, po *Triumfu smrti* na zdech Campo Santo v Pise následují nesčíslné reje a slavnosti Bláznů, které bude Evropa s takovou oblibou slavit po celou renesanci. Existují li-

dové veselice u příležitosti divadelních představení pořádaných „společnostmi bláznů“, jako například *Modrá loď* (Navire bleu) ve Flandrech, existuje celá ikonografie, táhnoucí se od Boschova obrazu *Loď bláznů* po Breughela a *Bláznivou Margot*, existují také vědecké texty, díla filozofická nebo morálně kritická, jako například Brantova *Stultifera Navis* (Loď bláznů) nebo Erasova *Chvála bláznovství*. Vznikne konečně celá literatura šílenství: v divadle alžbětinském a v předklasickém francouzském divadle jsou scény bláznovství součástí dramatické stavby stejně jako sny a později scény pravdivého vyznání; vedou drama od iluze k pravdě, od klamného řešení k pravdivému rozuzlení. Jsou jedním z hlavních prostředků jak barokního divadla, tak i soudobých románů: velká dobrodružství rytířských románů se často mění v obrazy výstřední fantazie, která již nedokáže své chimérické představy ovládat. Shakespeare a Cervantes koncem renesance svědčí o tom, jakého předního postavení dosáhlo šílenství, jehož budoucí vládu ohlašovali sto let předtím Brant a Hieronymus Bosch.

To neznamena, že renesance o bláznů nepečovala. Právě naopak, v 15. století jsou otvírány nejdříve ve Španělsku (v Zaragoze), potom v Itálii první velké domy určené pro bláznů. Byli zde léčeni způsobem, který byl nepochybně z valné části inspirován arabskou medicínou. Tyto praktiky byly však omezeny na několik míst. V podstatě se šílenství pohybovalo zcela volně, cirkulovalo, bylo součástí společné scenerie i řeči, každodenní zkušeností pro každého člověka, kterou se společnost snažila spíš podněcovat než ovládnout. Na počátku 17. století existovali ve Francii

slavní blázni, s nimiž se veřejnost, a to veřejnost kultivovaná, ráda bavila. Někteří, jako například Bluet d'Arbères, psali knihy, které byly uveřejňovány a čteny jako díla bláznovství. Západní kultura byla přibližně do roku 1650 vůči těmto formám zkušenosti podivně pohostinná.

Uprostřed 17. století přichází prudká změna. Svět šílenství se rychle mění ve svět vyhnanství.

Byly vytvořeny (a to v celé Evropě) velké internační ústavy určené nejenom pro bláznů, ale také pro celou řadu jedinců značně se navzájem lišících, alespoň podle kritérií našeho chápání: byli zde zavíráni vedle zbídačelých invalidů a nuzných starců i žebráci, notoričtí povaleči, pohlavně nemocní, prostopášníci všeho druhu, lidé, které chtěla jejich rodina nebo královská moc uchránit před veřejným potrestáním, rozmařili otcové rodin, duchovní v klatbě, prostě všichni, kteří vzhledem k právnímu, mravnímu či společenskému řádu jevíli známky určitého „narušení“. V tomto duchu otevřela vláda v Paříži všeobecnou nemocnici spolu s Bicêtre a Salpêtrière, o něco dříve přebudoval sv. Vincenc z Paula ve vězení tohoto druhu starou stanicí pro malomocné v Saint-Lazare a brzy byla podle modelu těchto nových institucí přebudována i původní nemocnice charentonská. Svou „všeobecnou nemocnici“ mělo vkrátku každé větší město ve Francii.

Tyto domy neměly žádné lékařské poslání. Lidé sem nebyli přijímáni kvůli léčbě, přicházeli sem tehdy, jestliže už nemohli nebo nesměli být příslušníky společnosti. V izolaci, v níž se ocitl blázen a s ním

i mnoho jiných počátkem epochy klasiky, nešlo o vztah šílenství k nemoci, nýbrž o vztahy vnitrosociálněléčenské, o to, co společnost uznávala nebo neuznávala v chování jedinců. Izolace byla bezesporu nápravné opatření, četné nadace, jimž se těšila, jsou toho důkazem. Byl to však systém, jehož ideálem byla dokonalá uzavřenost: ve všeobecné nemocnici, podobně jako v anglických „workhouses“, které vznikly přibližně v téže době, vládl systém nucené práce, chovanci zde předli, tkali, vyráběli různé předměty, které byly prodávány za nízké ceny a příjem měl napomáhat provozu nemocnice. Pracovní povinnost však hrála také roli trestu a morální kontroly. Neboť v utvářejícím se měšťanském světě byla právě definována největší neřest, která je ve světě obchodu hříchem par excellence; už to nebyla pýcha nebo chtivost jako ve středověku, ale zahálka. Všichni, kdo byli internováni v těchto ústavech, spadali do jedné společné kategorie; byli to lidé neschopní podílet se na výrobě, na oběhu nebo akumulaci bohatství (ať už vlastní vinou nebo nešťastnou náhodou). Vyhnanství, které na ně bylo uvaleno, odpovídalo míře této neschopnosti a bylo také znamením toho, že se v moderním světě začíná vytvářet přehrada, která dříve neexistovala. Izolace byla tedy zpočátku a ve svém původním smyslu vázána na změny ve struktuře společenského prostoru.

Tento jev měl pro stanovení tehdejší zkušenosti šílenství hned dvojí význam. Předně proto, že šílenství, které bylo tak dlouho zřejmé a hovořící, které bylo tak dlouho viditelné na obzoru, náhle zmizelo. Propadlo se do času mlčení, z něhož po dlouhou dobu nevyjde, bylo zbaveno své řeči, a jestliže se o něm mohlo i dále

mluvit, ono samo o sobě mluvit nemohlo. Nemohlo alespoň do doby Sigmunda Freuda, který jako první znovu umožnil, aby rozum a ne-rozum znovu navázaly riskantní kontakt společnou řečí, hrozící kdykoli se zlomit a sklouznout do nedostupna. Na druhé straně navázalo šílenství ve své izolaci nové a podivné svazky. Tento výlučný prostor, který zahrnoval vedle bláznů i pohlavně nemocné, prostopášníky a řadu větších či menších zločinců, vedl k jakési temné asimilaci a šílenství navázalo s proviněním mravním i sociálním příbuzenství, z něhož se možná hned tak nedostane. Nedivme se pak, že od 18. století byly hledány souvislosti mezi šílenstvím a všemi druhy „zločinů z lásky“, že se od počátku 19. století stalo šílenství dědicem zločinu, který v něm nalézají jak své zdůvodnění, tak zdůvodnění toho, že vlastně není zločinem, a že ve 20. století odhalilo šílenství v samém svém nitru jakési prapůvodní ohnisko agrese a viny. Tím vším se však šílenství postupně neodhaluje ve své pravé podobě, je to pouze jakási usazenina toho, co z něj západní historie za tři staletí vytvořila. Šílenství je mnohem *historičtější*, než se všeobecně věří, zároveň však také mnohem *mladší*.

Svou původní funkci, totiž donutit šílenství k mlčení, nevykonávala izolace déle než jedno století. Od poloviny 18. století se neklid opět probouzí. Chomyslný se znovu objevuje v těch nejběžnějších oblastech, znovu se s ním setkáváme jako s běžnou součástí každodenního života. *Synovec Rameauův* je toho svědectvím. V té době se totiž svět oněch nápravných zařízení, který držel šílenství spoutané uprostřed celé

řady přestupků, prohrěšků a zločinů, začíná pozvolna rozkládat. Svévolné věznění je politicky pranýřováno, dochází k ekonomické kritice nadací a tradičních forem veřejné péče, lid se děsí domů, jako jsou Bicêtre nebo Saint-Lazare, které jsou považovány za kolébkou zla. Všichni požadují zrušení internace. Jaká však bude budoucnost šílenství, až mu bude vrácena jeho dřívější svoboda?

Revoluce sama a reformátoři z doby před rokem 1789 chtěli odstranit internaci jako symbol dřívějšího útisku a současně v maximálně možné míře omezit veřejnou nemocniční péči jakožto znamení existence zblácnělých vrstev lidu. Hledaly se nové formy finanční podpory a lékařské péče, aby mohli být chudí léčeni doma a vyhnuli se tak hrůzně představené nemocnici. Postavení šílenice je však zvláštní v tom smyslu, že je-li propuštěn na svobodu, může se stát nebezpečným jak své rodině, tak společenské skupině, ve které žije. Proto musí být hlídán a proto musí být zákonem postiženi lidé, kteří nechávají volně pobíhat „šílenice a nebezpečná zvířata“.

Tento problém byl vyřešen tak, že dřívější internční ústavy byly za revoluce a císařství pozvolna přenechávány šilencům, tentokrát však *výhradně šilencům*. Filantropie doby tedy osvobodila všechny ostatní *kromě* šilenců, kteří se stali přirozenými dědici internace a jaksi titulárními držiteli práva na stará izolační opatření.

Je samozřejmé, že tu internace dostává nový význam: stává se opatřením, které má lékařský charakter. S touto reformou spojili svá jména Pinel ve Francii, Tuke v Anglii, Wagnitz a Reil v Německu. A neexistují

dějiny psychiatrie nebo medicíny, které by neviděly v těchto osobnostech dvojí symbol: symbol počínajícího humanismu a nástupu konečně pozitivní vědy.

Ve skutečnosti tomu však bylo zcela jinak. Pinel, Tuke ani jejich současníci a nástupci neuvolnili staré metody internace, naopak, spoutali jimi šílené ještě těsněji. Ideální útulek, který Tuke realizoval nedaleko Yorku, měl vytvořit kolem šíleného jakousi rodinu, kde by se cítil jako doma, ve skutečnosti však byl právě touto cestou podroben nepřetržité sociální a mravní kontrole, vyléčit ho znamenalo znovu mu vštípit pocity závislosti, pokory, viny a vděčnosti, které patří k mravní výzbroji rodinného života. K tomuto cíli se používalo prostředků, jako jsou hrozby, tresty, odnětí potravy, ponižování, prostě všeho, co mohlo u šíleného vést k *infantilitě* a zároveň k *pocitu viny*. Pinel používal v Bicêtre podobných metod, a to poté, co „osvobodil spoutané“, kteří tu byli ještě v roce 1793. Odstranil sice hmotná pouta (i když ne všechna), která svírala nemocné fyzicky. Vybuodoval však kolem nich pouta morální, která přeměnila ústav v jakousi nikdy nepolevující soudní instanci: šílený měl být sledován v každém gestu, omezován ve svých požadavcích, v jeho bludech se mu mělo odporovat, za omyly měl být zesměšňován, po každé odchylce od normálního chování měl bezprostředně následovat trest. A to pod vedením lékaře, který měl vykonávat spíše etickou kontrolu než vlastní terapii. Lékař v útulku je prostředkovatelem morálních syntéz.

To však není vše. Lékařské praktiky vůči šílenství zůstaly ve věku klasiky i přes velké rozšíření internačních opatření zachovány a do určité míry se i rozvinu-

ly. V obyčejných nemocnicích existovala zvláštní oddělení, kde byli šílení léčeni. Lékařské spisy 17. a 18. století se snažily především v důsledku velkého rozšíření hysterie a nervových chorob vymezit nejvhodnější metody léčby nepřičetných. Nebyly to metody ani psychologické, ani tělesné, bylo to obojí současně – karteziánské rozlišení na rozprostraněnost a myšlení do jednoty lékařských praktik neproniklo; nemocný byl sprchován a koupán, aby se osvěžila jeho mysl nebo nervy, vstříkovala se mu nová krev, aby se obnovil její porušený oběh, v nemocném byly vyvolávány živé dojmy, aby byl změněn tok jeho imaginace.

Tyto techniky, které fyziologie doby ospravedlňovala, byly však Pinelem a jeho nástupci převzaty v ryzě represivním a morálním kontextu. Sprcha již neosvěžovala, nýbrž trestala, už se jí nepoužívalo, když byl nemocný „rozpálený“, nýbrž když se dopustil chyby; Leuret ještě v 19. století pouštěl svým pacientům ledovou sprchu na hlavu a právě v této chvíli s nimi navazoval rozhovor, při kterém je nutil přiznat, že jejich přesvědčení je jenom blud. 18. století také vynalezlo jakýsi rotační stroj, na který nemocného položili, aby se tok jeho myšlení, příliš vázaný na blud, dal znovu do pohybu a našel svůj přirozený běh. 19. století tento systém zdokonalilo v tom smyslu, že mu přiřklo výhradně charakter trestu: při každém bludném projevu se nemocným rotovalo tak dlouho, dokud neuznal svou chybu nebo dokud neomdlel. Používalo se také jakési pohyblivé klece, která se otáčela podle horizontální osy, a to tím prudčeji, čím neklidnější byl nemocný, kterého do ní zavřeli. Všechny tyto lékařské hry jsou ústavními obměnami starých metod,

založených na fyziologii v té době již opuštěné. Podstatné je, že internační ústavy, založené v Pinelově době, neznamenají nějakou „medikalizaci“ sociálního prostoru izolace, je to jen změň různých technik uvnitř jediného mravního režimu; technik, z nichž jedny měly rysy sociálního opatření a jiné charakter lékařské strategie.

A právě v té chvíli přestalo být šílenství chápáno jako globální jev, postihující prostřednictvím imaginace a bludného myšlení současně tělo i ducha. V novém světě ústavů pro choromyslné, ve světě mravnosti, která trestá, se stalo šílenství faktem, týkajícím se bytostně jen lidské duše, jejího pocitu viny a její svobody, napříště je chápáno v dimenzi niternosti, a tím také poprvé dostává šílenství v západním světě psychologický statut, psychologickou strukturu a význam. Tato psychologizace je však jen vnějším důsledkem procesu probíhajícího mnohem hloub pod povrchem – procesu, kterým je šílenství začleněno do systému mravních hodnot a mravních represí. Je obehnáno trestajícím systémem, v němž se šílený, zbaven svéprávnosti, ocitá zcela v postavení dítěte a v němž se šílenství, obtížené pocitem viny objevuje v bytostném přibuzenství s přestupkem. Nedivme se pak, jestliže celé psychopatologii – té, která začíná u Esquirola, ale i naší – udávají směr tato tři témata, určující její problematiku: vztah svobody k automatickým úkonům – regrese a infantilní struktura chování – agrese a pocit viny. To, co je odhalováno ve jménu „psychologie“ šílenství, je pouze výsledkem operací, kterými bylo ono samo nastoleno. Celá tato psychologie by neexistovala bez *moralizátorského sadismu*, do

kteřého bylo šílenství uzavřeno „filantropií“ 19. století, a to pod pokryteckou záminkou „osvobození“.

Někdo namítne, že veškeré poznání je bytostně spojeno s projevy krutosti. Poznání šílenství nemůže být výjimkou. V případě šílenství je však tento vztah bezesporu obzvlášť důležitý. Jednak proto, že právě díky němu se otevřela možnost psychologické analýzy šílenství, především ale proto, že byl vskrytu základním východiskem veškeré psychologie vůbec. Nesmíme zapomínat, že „objektivní“, „pozitivní“ nebo také „vědecká“ psychologie měla svůj historický původ a své základy ve zkušenosti patologického. Z analýzy rozpolcení vyšla psychologie osobnosti, na analýze automatických úkonů a nevědomí je založena psychologie vědomí, z analýzy úbytků se rozvinula psychologie inteligence. Jinými slovy, člověk se stal „psychologizovatelným druhem“ teprve ve chvíli, kdy byla psychologie umožněna jeho vztahem k šílenství čili kdy jeho vztah k šílenství byl vymezen vnějším vyobcováním a trestem a vnitřním zařazením do oblasti morálky a viny. Tím, že člověk na začátku 19. století situoval šílenství vztahem k těmto dvěma základním osám, umožnil také *postižení* šílenství a skrze ně i obecnou psychologii.

Zkušenost Ne-rozumu, ve které se až do 18. století střetával západní člověk s nocí své pravdy a se svým absolutním popřením, se potom stala a dosud i pro nás zůstává přístupovou cestou k přirozené pravdě člověka. Je proto pochopitelné, že je tato přístupová cesta tak dvojznačná, že na jedné straně (po lince vyobcování) svádí k objektivní redukci a přitom (po lin-

ce zařazení do morálky) se nepřetržitě odvolává na sebe samu. V této události, k níž došlo téměř současně s revolucí a která se týká vztahu člověka k sobě samému, má své kořeny celá epistemologická struktura současné psychologie. „Psychologie“ je jenom tenkou blankou na povrchu etického světa, v němž moderní člověk hledá – a ztrácí – svou pravdu. Nietzsche, o kterém se tvrdil pravý opak, si toho byl dobře vědom.

Psychologie šílenství může být proto jedině k smíchu – a přesto se dotýká podstatného. K smíchu, protože praktikovat psychologii šílenství znamená vyžadovat od psychologie, aby rušivě zasáhla do svých vlastních podmínek, aby se obrátila k tomu, co podmiňuje její vznik, a aby překročila to, co je pro ni, a to bytostně, nepřekročitelné. Psychologie nikdy nebude s to říci o šílenství pravdu, protože naopak v šílenství spočívá pravda psychologie. A přesto směřuje psychologie šílenství neomylně k podstatnému, protože neujasněně postupuje směrem k uzlovému bodu svých možností, vrací se totiž po své vlastní cestě zpět až do oblasti, kde člověk zaujímá vztah k sobě samému a kde pro něho počíná ona forma odcizení, skrze niž se z něho stane *homo psychologicus*. Psychologie šílenství, dovedena až k vlastním kořenům, by neznamenal zvládnutí duševní choroby a tím i možnost její likvidace, znamenala by však destrukci samotné psychologie a objasnění onoho základního – ne-psychologického, protože morálce nepodléhajícího – vztahu, jímž je vztah rozumu k ne-rozumu.

Právě tento vztah je přes všechnu bídu psychologie přítomen a patrný v dílech Hölderlina, Nervalova, Roussele a Artauda a je příslibem, že se snad jednoho

dne člověk opět vymaní z pout psychologie a ve velkém tragickém střetnutí stane konečně šílenství tváří v tvář.

II. ŠÍLENSTVÍ – JEHO CELKOVÁ STRUKTURA

To, co bylo právě řečeno, nechce být apriorní kritikou jakéhokoli pokusu o postižení jevu šílenství nebo o stanovení léčebné taktiky. Šlo jen o to ukázat, že mezi psychologií a šílenstvím existuje vztah takového rázu a tak hluboký nepoměr, že každé úsilí zachytit šílenství jako celek v jeho bytostném určení a povaze pomocí termínů psychologie je předem odsouzeno k nezdaru. Výrazem onoho předem marného úsilí je už sám pojem „duševní nemoc“. Takzvaná „duševní nemoc“ je pouze *odcizené šílenství*, odcizené tou psychologií, které samo dalo vznik.

Jednou bude nutné se pokusit prostudovat šílenství – šílenství osvobozené a, abychom tak řekli, navracené své původní řeči – jako celkovou strukturu.

Především by se nepochybně ukázalo, že neexistuje kultura, která by nebyla citlivá na určité fenomény v lidském chování a řeči, vůči kterým společnost zaujímá zvláštní postoj; takoví lidé pro ni nejsou ani tak docela nemocní, ani tak docela zločinci, ani tak docela kouzelníci, ale ani tak docela normální lidé. Je v nich

cosi odlišného, co chce být odlišeno. Netvrdíme však hned, že to je první, nejasné a mlhavé vědomí toho, co náš vědecký duch nazve duševní nemocí, je to jen prázdný prostor, v němž se usídí zkušenost šílenství. Avšak i v této čistě negativní formě se už rýsuje pozitivní vztah, do kterého společnost vkládá i ve kterém riskuje své hodnoty. Například renesance se po období posedlém myšlenkou smrti, apokalyptickou hrůzou a strachem z onoho světa ocitla na tomto světě před novým nebezpečím: před nebezpečím temného vpádu, přicházejícího z nitra a takřkajíc z tajemných trhlin země. Vpádu Bezesmyslna, které lokalizuje onen svět do jedné roviny se světem naším a jaksi na zem, takže už nikdo neví, zda se to náš svět rozdvouje do fantastického zrcadlového obrazu, nebo zda se ho naopak nezmocnil onen svět, či zda konečně tajemství *našeho světa* nespočívá v tom, že je už vlastně *oním* světem, aniž co tušíme. Tato neurčitá, dvojznačná zkušenost cizoty, sídlící v samém srdci světa důvěrně známého, nabývá u Hieronyma Bosche vizuální podoby: každá lastura, každé stéblo trávy je v tomto světě zalidněno drobnými, zneklidňujícími a směšnými netvoři, kteří představují zároveň pravdu i lež, iluzi i tajemství, sebe samé i něco jiného. *Zahrada rozkoší* není uměle sestaveným symbolickým obrazem šílenství, ani spontánní projekcí delirantní imaginace, je to vjem světa sobě samému dostatečně blízkého i vzdáleného, aby byl otevřen absolutní odlišnosti Bezesmyslného. Tváří v tvář této hrozbě ověřuje renesanční kultura své hodnoty a nasazuje je do boje způsobem spíš ironickým než tragickým. I rozum jako by se rozdvoujil a sám sobě odcizil; měl se za moudrého, a zatím je pošetily,

domníval se, že ví, a zatím neví, domníval se, že je zdravý, a je pomatený; poznání končí v temnotách a zakázaném světě, zatímco si člověk myslel, že ho vede k věčnému světlu. Rýsuje se tu celá ta hra, která ovládne renesanci: nikoliv skeptická hra rozumu, který poznává své meze, nýbrž tvrdší, riskantnější, krutěji ironická hra rozumu, který hraje svou partii s Bezesmyslnem.

Na podkladě těchto značně všeobecných a jednoduchých zkušeností se pak utvářejí zkušenosti jiné, již zřetelněji členěné. Totiž kladné i záporné hodnocení, formy přijetí či odmítnutí oněch zkušeností základních. Je jasné, že 16. století pozitivně hodnotilo a uznávalo to, co potom 17. století popřelo, znehodnotilo a umlčelo. Šílenství v tom nejširším smyslu má své místo zde, v této sedimentační rovině kulturních fenoménů, kde začíná být negativně hodnoceno to, co bylo původně chápáno jako Odlišnost, Bezesmyslné, Ne-rozum. Začínají působit mravní významy, do hry zasahují obranná opatření, zvedají se přehradu a organizuje se celý rituál exkomunikace. Podle druhu kultury může být tato exkomunikace různého typu: separace zeměpisná (jako je tomu v případě indonéských společenství, kde „odlišný“ člověk žije osaměle, někdy i několik kilometrů od vesnice), separace tělesná (jako je tomu v naší společnosti, která používá internace) nebo separace virtuální, zvenčí sotva postizitelná (jako tomu bylo v Evropě na počátku 17. století).

Tyto izolační taktiky vytvářejí rámec, v němž je šílenství vnímáno. 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 skutečnosti mu dovolila usoudit na šílenství právě existence této hranice. V každé kultuře je tato hranice jiná a vyvíjí se podle toho, jak se utváří kultura. Od poloviny 19. století se v naší společnosti hranice citlivosti vůči šílenství značně snížila. Důkazem je existence psychoanalýzy, která je toho jak výsledkem, tak i příčinou. Je třeba dodat, že tato hranice nemusí být nutně vázána na pronikavý pohled lékaře: šílenec může být jako takový dokonale poznán a izolován, aniž by mu byl přiřčen přesný patologický statut, jako tomu bylo v Evropě do 19. století.

Konečně je tu také tolerance k samotné existenci šílence, tolerance spojená sice se zmíněnou hranicí, avšak přesto na ní poměrně nezávislá. V současném Japonsku je procento bláznů, uznávaných za takové svým okolím, poměrně stejné jako ve Spojených státech, kde však panuje vysoká intolerance. Sociální skupina (v podstatě rodina) není schopna odchýlnou osobu integrovat ani vůbec přijmout, okamžitě je vyžadována hospitalizace, pobyt na klinice nebo alespoň separace od rodiny. Naproti tomu v Japonsku je prostředí mnohem tolerantnější a hospitalizace tu zdaleka není pravidlem. A jestliže v době válek a těžkých krizí klesá v evropských ústavech počet přijatých pacientů, jedním z mnoha důvodů je silný pokles úrovně integračních norem prostředí, které se přirozeně stává tolerantnějším než v normální době, kdy je koherentnější a méně vystaveno tlaku událostí.

Teprve na základě těchto čtyř rovin se může rozvíjet lékařský pohled na šílenství. Vjem šílenství se pak stává poznáním choroby. Nic je však ještě nevyhnutelně nevede k tomu, aby bylo diagnózou „duševní“ choroby. Ani lékařství arabské, ani středověké, ba ani karteziánské nepřipouštělo dělení chorob na tělesné a duševní, každá patologická forma zahrnovala člověka jako celek. A aby vznikla psychopatologie, znamenalo to ještě celou řadu operací, které na jedné straně umožnily rozlišit mezi organickou patologií a poznáním duševních chorob a na druhé dovolily definovat zákony „metapatologie“, která je oběma těmito oblastem společná a abstraktně řídí jejich fenomény. Tato teoretická výstavba duševní choroby je vázána na celý systém praktických opatření: na zbudování lékařské sítě, na systém vyhledávání a profylaxe, na formu péče a poskytování lékařské pomoci, na kritéria vyléčení, na definici občanské neschopnosti nemocného a jeho právní neodpovědnosti, prostě na celý souhrn toho všeho, čím je v určité dané kultuře vymezen konkrétní život šílence.

To však pořád ještě hovoříme jen z hlediska odstupu, zaujímaného tou kterou společností vůči oné primárně významné zkušenosti Bezesmyslna, z něhož se pak postupným rozlišováním stalo *šílenství, nemoc a duševní nemoc*. Bylo by třeba ukázat také na pohyb opačný, na pohyb, kterým se jevy určitou kulturou odmitané zároveň stávají jejím pozitivním vyjádřením. I šílenství umlčené a vyobcované má hodnotu řeči a jeho obsahy dostávají svůj smysl na základě toho, co je odhaluje a odmítá jako šílenství. Vezměme jako pří-

klad duševní nemoc s oněmi strukturami a profily, jaké se v ní domnívá vidět naše psychologie.

Z hlediska vývoje se duševní nemoc jeví jako porucha v jeho průběhu, její regresivní stránka dává vystat infantilnímu chování nebo archaickým formám osobnosti. Evolucionismus se však dopouští omylu, vidí-li v těchto návratech vlastní podstatu patologického a jeho reálný původ. Návrat k dětství, který se projevuje v neurózách, je pouze následkem. Aby se infantilní chování stalo pro nemocného útočištěm a aby takový návrat platil za nesporný patologický fakt, je třeba, aby společnost mezi přítomností a minulostí jedince nastolila přehradu, kterou člověk nemůže a nesmí překročit – aby kultura integrovala minulost jedině tak, že ji donutí zaniknout. A naše kultura o němčem takovém opravdu svědčí. Když se 18. století s Rousseauem a Pestalozzím snažilo vytvořit pro dítě na základě pedagogických pravidel, odpovídajících jeho vývoji, svět podle dětských měřítek, vybudovalo vlastně kolem dítěte nereálné, abstraktní a archaické prostředí bez jakéhokoli vztahu ke světu dospělých. Celý vývoj současné pedagogiky, i s jejím chvályhodným cílem ochránit dítě před konflikty dospělých, jen posiluje onu přehradu, kterou je v jedinci oddělen život dítěte od života hotového člověka. Čili aby ušetřila dítě konfliktů, vystavuje je tato pedagogika konfliktu nejtěžšímu, totiž protikladu mezi jeho dětstvím a jeho reálným životem.³⁷⁾ Přidáme-li k tomu, že kultu-

37) Právě v této heterogenosti a v přehradě mezi těmito dvěma životními formami spočívá možná kořen fenoménu, který Freud popsal jako fázi latence a který vztahoval k jakémusi mytickému ústupu libida.

ra nepromítá do svých pedagogických zařízení svou realitu i s jejími konflikty a rozpory, nýbrž že ji zrcadlí nepřímou, a to v mýtech, které tuto realitu omlouvají a v jakési chimérické koherenci ospravedlňují a idealizují, a přidáme-li k tomu, že pedagogika je pro společnost snem o zlatém věku (vzpomeňme na pedagogiku Platonovu a Rousseauovu, na republikánská zařízení Durkheimova, na pedagogický naturalismus Výmarské republiky), pak pochopíme, že patologické fixace či regrese jsou možné jen v určitém typu kultury a že se násobí v té míře, nakolik společenské formy brání likvidovat minulost a asimilovat ji v současném obsahu zkušenosti. Regresivní neurózy nesvědčí o neurotické povaze dětství, nýbrž odhalují archaický charakter institucí dětství se týkajících. Pozadím těchto patologických forem je vnitrosociální konflikt mezi formami dětské výchovy, do nichž společnost vkládá své sny, a životními podmínkami, které vytváří pro dospělého a které jsou naopak zrcadlem jeho nynější skutečnosti a bídy. Totéž lze říci, pokud jde o kulturní vývoj: náboženské šílení s celým svým systémem tvrzení a magickým obzorem, který vždy implikuje, se jeví jako individuální regrese vázaná na společenský vývoj. To neznamena, že je náboženství ve své podstatě systémem bludů, ani že by byl jedinec vrhán zpět za současné náboženství až k jeho nejpochybnějším psychickým prvopočátkům. Náboženské šílení je vyvoláno zesvětštěním kultury: náboženství se může stát objektem bludné víry jen tam, kde kultura dané skupiny již neumožňuje asimilaci náboženské víry nebo mystiky v současném obsahu zkušenosti. Tomuto konfliktu a potřebě překonat ho je třeba přičíst mesiášské bludy,

halucinační zjevení i slyšení hrozivých výzev: to všechno má ve světě šílenství obnovit jednotu porušenou ve světě skutečném. Historickým horizontem psychických regresí je tedy konflikt kulturních témat, z nichž každé určitou chronologickou známkou ukazuje na svůj historický původ.

Individuální historie se svými traumaty, svými obrannými mechanismy, a především s neustálou úzkostí se zdála vytvářet další psychologickou dimenzi choroby. Psychoanalýza položila na počátek oněch konfliktů „metapsychologický“ spor na hranicích mytologie („Pudy jsou našimi mýty,“ prohlásil sám Freud), spor mezi pudem života a pudem smrti, mezi slastí a opakováním, mezi Erotem a Thanatem. To však znamená klást jako řešení něco, co stojí v problému proti sobě. Nachází-li choroba s oblibou svůj výraz v tomto střetání rozporných postojů, neznamená to, že rozporné prvky leží v lidském nevědomí vedle sebe jakožto segmenty konfliktů, znamená to jen, že člověk má o člověku rozpornou zkušenost. Společenské vztahy vymezené kulturou ve formách konkurence, vykořisťování, soupeření skupin nebo třídního boje poskytují člověku poznání lidského prostředí neustále zmítaného rozparem. Systém ekonomických vztahů poutá člověka k ostatním lidem, ale poutá ho negativním svazkem závislostí, zákony koexistence spojují člověka s bližním v témže údělu, ale zároveň ho proti němu staví, a to v boji, který, což je paradoxní, je právě zas jen výrazem dialektiky těchto zákonů. Univerzalita ekonomických a společenských pout mu dovoluje považovat svět za svou vlast a z pohledu každého člověka číst jeden a týž význam, ten význam

však může zrovna tak dobře znamenat nepřátelství a ona vlast ho může prohlásit za cizince. Člověk se stal pro člověka právě tak obrazem jeho pravdy, jako možnosti smrti. Jen ve světě imaginace může člověk najít statut bratrství, ve kterém jeho společenské vztahy znovu získají stabilitu a souvislost: „ten druhý“ znamená pro člověka vždycky zkušenost nejistou a nebezpečnou, protože podléhající dialektice života a smrti. Jakousi zmenšenou verzí tohoto rozporu je oidipovský komplex; uzlový bod rodinných ambivalencí: dítě si tuto milostnou nenávisť, kterou je poutáno k rodičům, nepřináší na svět jako nějakou dvojnáznost svých pudů, setkává se s ní teprve ve světě dospělých, a to se specifikovanou v postoji rodičů, kteří vlastním chováním implicitně odhalují ono staré téma, že život dětí je smrtí rodičů. Ba co víc: není to náhoda, jestliže Freud při svých úvahách o válečných neurózách objevil jako druhý pól instinktu života, v němž se ještě projevoval starý evropský optimismus 18. století, instinkt smrti, kterým poprvé vstoupila do psychologie síla záporného. Freud chtěl vysvětlit válku, je to však válka, která v těchto zákrutech freudovského myšlení sní sama o sobě. Nebo lépe – v této době si naše kultura i sama pro sebe jasně uvědomila své rozpory: nezbyvalo než se vzdát starého snu o lidské solidaritě a připustit, že si člověk může, ba dokonce musí vytvářet o člověku i zkušenost negativní, prožívanou ve formě nenávisti a agrese. Psychologové dali této zkušenosti jméno ambivalence a chápali ji jako konflikt instinktů. Mytologie z tolika mrtvých mýtů.

A konečně se konvergence chorobných fenoménů zdála nasvědčovat zcela zvláštní struktuře patolo-

gického světa: fenomenologickému pohledu se takový svět jevil paradoxně jako „svět soukromý“, nepřístupný, do něhož se nemocný uchyluje, aby tu žil životem ničím nespoutané fantazie a bludů – ale zároveň jako svět násilného tlaku, jemuž nemocný bezbranně propadá; tato rozporná projekce byla považována za jednu z podstatných tendencí choroby. Ve vztahu ke skutečnému rozporu, který ji vyvolává, je však tato patologická forma pouze sekundární. Determinismus, který je jejím základem, není projevem magické kauzality vědomí fascinovaného vlastním světem, nýbrž výrazem skutečné kauzality toho světa, který dává vznik rozporům, ale sám od sebe není schopen nabídnout jejich řešení. Jestliže se vědomí, promítající si svět do bludné fantazie, stává zároveň jeho vězněm, neznamená to, že se v něm uvěznilo samo, že se v něm samo vzdává svých možností bytí, znamená to, že svět, odcizený své svobodě, není schopný uvědomit si své šílenství. Když se chorobné vědomí otvírá bludnému světu, nenasazuje si pouta následkem nějakého imaginárního tlaku, je vystaveno tlaku reálnému, a proto uniká do chorobného světa, kde onen reálný tlak nachází znovu, jenže ho nepoznává: realitu totiž nepřekročíme tak, že se jí budeme snažit uniknout. Dnes se mnoho mluví o současném šílenství v souvislosti se světem strojů a zánikem přímých citových vztahů mezi lidmi. Taková vazba nepochybně existuje a není náhoda, jestliže dnes chorobný svět tak často dostává podobu světa, jehož mechanistická racionalita vylučuje souvislou sponatánnost afektivního života. Bylo by však absurdní říci, že nemocný člověk svůj život mechanizuje, protože si rozvrhuje schizofrenní svět, v němž se ztrácí, nespráv-

né by bylo také tvrdit, že je schizofrenní, protože je to pro něj jediný prostředek, jak uniknout tlaku reálného světa. Skutečnost je taková, že zůstávají-li člověku cizí obsahy vcházející do jeho řeči, není-li schopen dát tomu, co vyplývá z jeho konání, lidský a živoucí smysl, je-li tlak, kterým ho svírají ekonomická a společenská určení, tak velký, že nemůže nalézt v tomto světě svou vlast, pak žije v kultuře, která takové patologické formě, jakou je schizofrenie, dává možnost; je-li člověk cizincem ve světě reality, je odkázán na svět „soukromý“, pro který neexistuje žádná objektivní záruka; protože však dál zůstává pod tlakem reálného světa, chápe svět, do kterého uprchl, jako osud. Jestliže náš dnešní svět umožňuje schizofrenii, pak ne proto, že její události činí nelidským a abstraktním, ale proto, že naše kultura čte svět takovým způsobem, že se v tom už člověk sám nedokáže poznat. Jedině reálný konflikt existenčních podmínek může sloužit za strukturální model paradoxů schizofrenního světa.

Souhrnem lze říci, že psychologické dimenze choroby nemohou být při poctivém přístupu k věci zkoumány jako autonomní. Duševní chorobu lze samozřejmě postavit do vztahu ke genezi člověka, do vztahu k individuální psychické historii, do vztahu k formám existence. Z těchto různých aspektů choroby však nesmíme dělat ontologické formy, nemáme-li skončit u mytických výkladů, jako je vývoj psychologických struktur nebo teorie pudů či existenciální antropologie. Pouze v dějinách lze ve skutečnosti odhalit konkrétní a priori, z něhož se duševní nemoci spolu s otevřením její zprvu prázdné možnosti dostává i její nevyhnutelné podoby.

Záměrně jsme ve svých úvahách o duševní nemoci nehovořili o problémech fyziologických a patologic-ko-anatomických, ani o problémech techniky léčení. Ne proto, že by psychopatologická analýza, ať už v teorii, či praxi, byla na nich nezávislá. Nedávné objevy týkající se fyziologie diencefalických center a jejich regulační úlohy v emocionálním životě, prohlubování psychoanalytické strategie, která se od prvních pokusů Breuerových a Freudových neustále rozvíjí, stačily dokázat opak. Avšak ani fyziologie, ani terapie nemohou platit za absolutní hlediska, z nichž by mohla být otázka psychologie duševní choroby buďto rozřešena, nebo škrtnuta. Před skoro sto čtyřiceti lety objevil Bayle poruchy specifické pro progresivní paralýzu a poměrně konstantně našel, jako jeden z jejích prvních symptomů, megalomanií, dodnes však nikdo neví, proč je takové onemocnění provázeno právě hypomanickou exaltací. A je-li úspěšný psychoanalytický zásah totéž co odhalení „pravdy“ neurózy, pak odhaluje tuto pravdu zase jen uvnitř nového psychologického dramatu, které rozehrává.

Psychologické dimenze šílenství nemohou být tedy potlačovány pomocí nějakého, vůči nim vnějšího, principu výkladu nebo redukce. Jejich místo je naopak třeba hledat uvnitř onoho celkového vztahu, který téměř před dvěma sty lety nastolil západní člověk vůči sobě samému. Z nejužšího úhlu viděno, představuje tento vztah právě psychologie, do níž člověk vložil trochu svého údivu, mnoho své pýchy, a především svou schopnost zapomínat. V širším pohledu je jeho výrazem *homo psychologicus*, který se vynořil mezi formami vědění s pověřením stát se nositelem vnitřní, suché, ironické a pozitivní pravdy veškerého sebevědomí a veškerého možného poznání, a konečně v nejširší perspektivě je to vztah, kterým člověk nahradil svůj vztah k pravdě, když se jí odcizil v základním postulátu, že on sám je pravdou vší pravdy.

Tento vztah, na kterém filozoficky spočívá veškerá možná psychologie, mohl být definován teprve od určitého přesného okamžiku v dějinách naší civilizace, a to tehdy, když se velká konfrontace Rozumu s Ne-rozummem přestala odehrávat v dimenzi svobody a když rozum přestal být pro člověka etikou a stal se přirozeností. Šílenství se pak stalo přirozeností všeho přirozeného čili procesem, který přirozené odcizuje a spoutává ve svém determinismu, zatímco svoboda se rovněž stala přirozeností všeho přirozeného, ale ve smyslu jakési skryté duše, nezcizitelné podstaty přirozeného. A člověk, místo aby se postavil před velký úděl Bezesmyslného a do dimenze jím nastolené, se stal v rovině svého přirozeného bytí *tím* i *oním*, šílenstvím i svobodou, a z privilegia své podstaty si pak přivlastnil právo být přirozeností všeho přirozeného i pravdou vší pravdy.

Psychologie nikdy nemůže získat vládu nad šílenstvím z jednoho důvodu: psychologie mohla totiž v našem světě vzniknout až tehdy, když bylo šílenství už zvládnuto a z dramatu vyloučeno. A když se jako záblesk, jako výkřik objeví znovu – u Nervalova nebo Artauda, u Nietzscheho nebo Roussele – pak zmlkne psychologie a stojí *beze slova* před touto řečí čerpající smysl z onoho tragického rozlomu a svobody, jejichž tíživé zapomenutí zaručuje současnému člověku už sama existence „psychologů“.

POZNÁMKA O AUTOROVI

Michel Foucault (1926–1984) se narodil v Poitiers, absolvoval prestižní École Normale Supérieure, pracoval dlouhou dobu v různých francouzských kulturních institutech v zahraničí (Uppsala, Varšava, Hamburg, Tunis), poté působil jako profesor na fakultě filozofie v Clermont-Ferrandu a ve Vincennes a roku 1971 začíná přednášet v centru pařížského intelektuálního života, na Collège de France. V osmdesátých letech se jeho iniciativa přesouvá na univerzitu v Berkeley v Kalifornii a jen smrt mu zabránila definitivně se ve Spojených státech usadit.

V sedmdesátých letech byl považován za předního představitele francouzského strukturalismu, spolu s Claudem Lévi-Strausem, Rolandem Barthesem a Jacquesem Lacanem. Největší proslulost získal svou knihou *Les mots et les choses* (Slova a věci, 1966), okolo níž se ve Francii rozpoutala vzrušená diskuse. Jsou v ní soustředěna témata, která se objevují v celém jeho díle – téma „subjektu“ jako konstrukce vnucené člověku zvnějšku a s tím související otázka „konce člověka“, téma „epistémé“ jako historicky omezené konfi-

gurace vědění, projevující s v daném „diskurzu“, jenž nutí vypovídat podle určitého řádu, a především téma „archeologie vědění“ jako nového, nepředpojatého způsobu historického zkoumání vývoje věd o člověku, inspirovaného právě strukturalismem, ale také například Nietzsche a jeho pojetím genealogie.

Právě metodologie archeologického zkoumání je důkladně vypracována v knize *L'archéologie du savoir* (Archeologie vědění, 1969), jež systematizuje pojmový aparát předchozích studií. Mezi ty patří kromě již zmíněných Slova a věci práce týkající se především dějin medicíny – *Naissance de la clinique* (Zrození kliniky, 1963) – a zejména psychologie. Ve dvou knihách věnovaných této problematice, z nichž první je zde přeložená kniha z roku 1962 *Maladie mentale et psychologie*, původně otištěná pod názvem *Maladie mentale et personnalité* (Duševní nemoc a osobnost, 1954), a druhá je Foucaultova dizertační práce *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique* (Dějiny šílenství v klasické době, 1961), se Foucault zabývá především vývojem pojetí šílenství jako duševní choroby, či obecněji vydělením Ne-rozumu, jehož zřejmým projevem je právě šílenství, z vládnoucího a normálního Rozumu.

V poslední fázi Foucaultovy tvorby se jeho zájem přesouvá na konkrétní mechanismy, jimiž naše společnost řídí a ovládá člověka, jimiž si vůbec tohoto člověka jako ovladatelný a říditelný „subjekt“ vytváří. V knize *Surveiller et punir* (Dohlížet a trestat, 1975) analyzuje vývoj, jímž prošlo trestání od 17. století do dnešní doby, a ukazuje, jak se trest proměnil z exemplárního aktu znovunastolení suverenity vládnoucí moci v permanentní mechanismus normalizace

subjektu. Nedokončený cyklus Dějin sexuality (*Histoire de la sexualité*: I. *La Volonté de savoir*, 1976; II. *L'Usage des plaisirs*, 1984; III. *Le Soucise soi*, 1984; IV. *Les Aveux de la chair*, nebulikováno) měl podat historickou analýzu podmínek, které vedly ke konstituci člověka jako „subjektu“ moci a normy, počínaje řeckou polis přes techniky zpovědi a vyznání křesťanského středověku až po dnešní psychoanalýzu či žánry sebereflexe v literatuře.

Č. P.

OBSAH

Úvod.....	7
Psychiatrie a organická medicína.....	9
Část první	
Psychologická dimenze nemoci.....	23
I. Nemoc a vývoj.....	25
II. Nemoc a individuální historie.....	41
III. Nemoc a existence.....	57
Část druhá	
Šílenství a kultura.....	73
Úvod.....	75
I. Vznik duševní nemoci v dějinách.....	81
II. Šílenství – jeho celková struktura.....	95
Závěr.....	107
Poznámka o autorovi.....	111

MICHEL FOUCAULT

PSYCHOLOGIE
A DUŠEVNÍ NEMOC

Z francouzského originálu
Maladie mentale et psychologie, vydaného
nakladatelstvím Presses universitaires
de France, Paříž 1966, přeložili
Věra Dvořáková a Richard Vyhlídal
Odborně revidoval Jiří Němec
Poznámku o autorovi napsal
a edici Studie řídí Čestmír Pelikán
Odpovědná redaktorka Dagmar Magincová
Obálku navrhl a edici Studie
graficky upravil Petr Cempírek
Vytiskla tiskárna S-Tisk Vimperk, s. r. o.
Vydání druhé, v Dauphinu první
Vydalo nakladatelství Dauphin
jako 1. svazek edice Studie
Praha 1999



Nakladatelství DAUPHIN
Bieblova 17, 150 00 Praha 5
tel.: 02/5156 6271, fax: 02/439 281
<http://www.dauphin.cz>

VYŠLO:

- 1. Michel Foucault**
Psychologie a duševní nemoc
- 2. Emmanuel Lévinas**
Čas a jiné / Le temps et l'autre
- 3. Gaston Bachelard**
Plamen svíce
- 4. Roland Barthes**
Kritika a pravda
- 5. Robert Musil**
Eseje
- 6. Felix Vodička**
Struktura vývoje
- 7. Ivan Vojtěch**
Rozpravy
- 8. René Girard**
Lež romantismu
a pravda románu
- 9. Georges Balandier**
Politická antropologie
- 10. Michel Foucault**
Dohlížet a trestat
- 11. Jean Baudrillard**
Amerika

VYJDE:

- Záviš Kalandra**
České pohanství
- Maurice Merleau-Ponty**
Okno a duch
- Michel Butor**
Repertoár
- Pierre Francastel**
Figura a místo
- Gilles Deleuze**
Vyjednávání