

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

# FENOMENOLOGICKÝ VÝKLAD PSYCHOPATOLOGIE SE ZAMĚŘENÍM NA SCHIZOFRENIÍ

Phenomenological Approach in Psychopathology with a Focus  
on Schizophrenia



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Eva Jendruková**

Vedoucí práce: **prof. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc.**

Olomouc

2020

*„Studium psychóz, na prvním místě schizofrenie, nám všem otevírá jedinečnou královskou cestu k pochopení těch oblastí normální psychiky, jež jsou nám jinak zcela nepřístupné.“*

*„Z rozestoupeného hrobu na vás zazáří omamná vůně lidské radosti: ‚Je to zázrak, že po tolika letech zas mohu mluvit, že mohu přerušit své mlčení. Byl jsem snad slepý, hluchý a němý. Jak to, že si mne najednou někdo všiml, že mne našel takřka na rumovišti života...?‘ “*

Eva Syřišťová

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Fenomenologický výklad psychopatologie se zaměřením na schizofrenii“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 7.4.2020

Podpis .....

Zde bych ráda poděkovala všem, kteří se podíleli na vypracování této práce nebo mě inspirovali. Moje poděkování patří zejména prof. PhDr. Panajotisovi Cakirpaloglu, DrSc. za odborné vedení, ochotu, cenné komentáře a věnovaný čas. Rovněž děkuji všem svým přátelům, kteří přispěli zajímavými poznámkami k tématu či korekturou textu. Díky chci též vyjádřit své rodině, která mi během psaní byla laskavou a trpělivou oporou.

# OBSAH

<b>OBSAH .....</b>	<b>5</b>
<b>ÚVOD.....</b>	<b>7</b>
<b>SPECIFIKA, CÍLE A ZPŮSOB EXPLIKACE ZVOLENÉHO TÉMATU.....</b>	<b>9</b>
<b>ČÁST I. ....</b>	<b>10</b>
<b>1    Vývoj tradičního pojetí duševní nemoci a schizofrenie .....</b>	<b>11</b>
1.1 Prvopočátky pojmu duševní nemoci .....	11
1.2 Středověk.....	13
1.3 Renesance .....	15
1.4 Osvícenství .....	17
1.5 Vznik biologicky orientované psychiatrie v 19. století .....	20
1.6 Konec 19. století a pojem schizofrenie.....	21
1.7 Současné dominující paradigma duševní nemoci a jeho kritika .....	25
1.8 Shrnutí kapitoly .....	30
<b>2    Úvod do fenomenologie.....</b>	<b>33</b>
2.1 Fenomenologie .....	33
2.2 Kontext vzniku fenomenologie .....	34
2.3 Epoché .....	35
2.4 Fenomén .....	36
2.5 Intencionalita .....	37
2.6 Noeticko-noematická struktura zkušenosti.....	38
2.7 Aktivní fenomenologická konstituce.....	39
2.8 Smysl .....	39
2.9 Dasein .....	40
2.10 Implikace pro psychopatologii .....	42
<b>3    Specifika fenomenologického výkladu psychopatologie.....</b>	<b>44</b>
3.1 Historický vývoj .....	44
3.2 Aktuálnost dialogu fenomenologie a psychiatrie .....	45
3.3 Vymezení fenomenologického výkladu psychopatologie.....	49
3.4 Metody.....	53
<b>ČÁST II.....</b>	<b>57</b>
<b>4    Fenomenologický výklad schizofrenie.....</b>	<b>58</b>
<b>4.1    Základní kategorie fenomenologického výkladu schizofrenie .....</b>	<b>58</b>
4.1.1 Čas .....	58
4.1.2 Prostor .....	64
4.1.3 Self.....	69

4.1.4	Intersubjektivita.....	72
<b>4.2</b>	<b>Představitelé fenomenologického výkladu schizofrenie.....</b>	<b>76</b>
4.2.1	Ludwig Binswanger .....	76
4.2.2	Eugène Minkowski.....	81
4.2.3	Ronald David Laing .....	88
4.2.4	Josef Parnas a Louis Sass .....	95
<b>5</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>100</b>
<b>6</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>106</b>
<b>7</b>	<b>SOUHRN.....</b>	<b>108</b>
	<b>LITERATURA.....</b>	<b>111</b>
	<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>119</b>

# ÚVOD

S otázkou schizofrenie jsem se setkávala během celého svého studia psychologie. Bizarnost projevů, bohaté snové obrazy, temný paranoidní neklid, nemožnost proniknutí do tohoto podivného „světa“, postupné odumírání „vnějšimu světu“, určitá otevřenost těchto osob vůči nezvyklému či nadpřirozenému – tomu všemu jsem z nějakého důvodu chtěla porozumět. Ovšemže jsem si ve svém přemýšlení o schizofrenii prošla rovněž obdobím romantizace šílenství, kdy jsem si schizofrenii spojovala hlavně s probuzením nevědomí a uměleckým či duchovním potenciálem v člověku. Avšak tato idealizace se zmírnila díky mnoha cenným osobním rozhovorům s lidmi s touto diagnózou, kdy jsem pocítila palčivost bolesti, odloučenost od druhých a všeprostupující úzkost, kterou tito lidé mohou prožívat.

Velkou inspirací pro mě byla kniha *Imaginární svět* české klinické psychologičky a filosofky Evy Syřišťové, jež s nesmírnou důsledností a citlivostí usiluje o porozumění složité architektuře subjektivního světa osob se schizofrenií. Syřišťová v rámci bezpečného vztahu odhaluje implicitní logiku struktury zkušenosti svých pacientů. Zdánlivě nesrozumitelný žargon člověka je srozumitelný a smysluplný, pokud jsme s to vydat se do těchto nám neznámých končin. Dle mého názoru je psychopatologie v pojetí Syřišťové náročným řemeslem zahrnujícím velkou dávku empatie, opravdovou touhu porozumět lidské subjektivitě v souladu s promyšleným bohatým teoretickým zázemím a letitými klinickými zkušenostmi. Domnívám se však, že dnešní přetechnizovaná psychiatrie zahrnující zjednodušené diagnostické klasifikační systémy sloužící jako manuály, redukce duševních onemocnění na jejich neurobiologickou explanaci a odlidštění klinického prostředí, znemožňují komplexní pohled na psychopatologii člověka a její porozumění.

Ve snaze přiblížit se subjektivní zkušenosti osoby se schizofrenií jsem posléze natrefila na fenomenologicky laděné autory (např. na Ronalda D. Lainga), čímž se zrodil můj zájem o *fenomenologický výklad psychopatologie*. Tento v té době zcela nereflektovaný zájem byl podpořen profesorem Cakirpaloglu, který v rámci své oponentury na mou bakalářskou práci reagoval návrhem prohloubit danou tematiku právě o fenomenologický výklad.

Vzhledem k „roztříštěnosti“ poznatků v této oblasti, je dle mého názoru poměrně obtížné vytvořit si ucelenou představu o fenomenologickém výkladu psychopatologie jako takovém. Nutno poznamenat, že v českém prostředí je nedostatek literatury pojednávající o

tomto tématu, která by se zaměřovala výhradně na psychologicky orientovaného čtenáře. Taktéž jsem v české odborné literatuře nenašla žádnou práci, která by usilovala o sumarizaci poznatků této oblasti s ohledem na její aktuální vývoj. Mou hlavní ambicí v rámci této práce je proto sepsat text, který svou povahou bude dostupný a srozumitelný především pro psychologicky orientovaného čtenáře a díky kterému bude možné získat určitý ucelenější přehled o této problematice.

Tímto se konečně dostávám k ohnisku této práce, jímž je *Fenomenologický výklad psychopatologie se zaměřením na schizofrenii*. Fenomenologický přístup navrácí psychopatologii zpět k deskripci fenoménů v subjektivní zkušenosti jedince, přičemž tato bohatá tradice v psychiatrii poskytuje mnoho podnětů a vodítek, jak s těmito fenomény zacházet. V současné době probíhá taktéž určitá „renesance“ fenomenologie v psychopatologii, přičemž v zahraničí je tomuto tématu věnována pozornost. Současní zastánci fenomenologického výkladu psychopatologie hovoří o přínosech tohoto přístupu ve vztahu k současnému paradigmatu duševní nemoci a jejich snahou je dialog se současným paradigmatem v psychiatrii.

Tato práce je koncipovaná jako teoretická a sestává ze dvou hlavních částí. První část se soustředí na obecnou rovinu tohoto tématu, přičemž je podán přehled důležitých oblastí souvisejících s fenomenologickým výkladem psychopatologie. V této části nastiňuji nejprve celkový kontext skrze vývoj tradičního pojetí duševní nemoci se zřetelem na schizofrenii ústícího do současného paradigmatu duševní nemoci, načež je uvedena kritika současného paradigmatu a reakce ze strany představitelů fenomenologického přístupu v psychopatologii. Dále jsou nastíněny základní pojmy fenomenologie. V poslední kapitole první části jsou uvedena specifika fenomenologického výkladu psychopatologie. Druhá část práce je již konkrétnější, přičemž jejím ústředním zájmem je aplikace fenomenologického výkladu na schizofrenii. Budu se zabývat fenomenologickým výkladem schizofrenie jak z pohledu vybraných kategorií tohoto přístupu, tak z pohledu vybraných fenomenologicky laděných představitelů.



# SPECIFIKA, CÍLE A ZPŮSOB EXPLIKACE ZVOLENÉHO TÉMATU

Fenomenologický výklad psychopatologie se orientuje na subjektivní zkušenost osob, zkoumá především strukturu subjektivní zkušenosti a jejím těžištěm zájmu je zejména hlubší porozumění subjektivitě člověka akcentující smysl duševní nemoci. Současné paradigma v psychiatrii je představiteli tohoto přístupu kritizováno, neboť se soustředí zejména na explanaci duševních onemocnění a jejich klasifikaci podle současných klasifikačních systémů, čímž dochází ke značné redukci lidské subjektivity a potažmo i psychopatologických fenoménů. Aktuálně se tomuto přístupu v zahraničí věnuje řada osob, přičemž významným tématem z hlediska fenomenologického výkladu psychopatologie je pojetí schizofrenie. Současné paradigma v psychiatrii se přirozeně promítá i do pojetí schizofrenie, na niž se pohlíží především skrze optiku neurověd a jako na nemoc v medicínském slova smyslu, čímž je však opomíjena subjektivní rovina osob s tímto onemocněním. Mnoho autorů zabývajících se fenomenologickým výkladem schizofrenie nabízí odlišnou perspektivu s důrazem na subjektivní zkušenost, a poskytují myriádu podnětů pro porozumění vnitřnímu světu osob se schizofrenií, což by v konečném důsledku mohlo podpořit vývoj hypotéz pro další zkoumání a potažmo i rozvoj konceptu schizofrenie. Momentálně v české odborné literatuře není možno nalézt ucelený přehled o této problematice, jež by se soustředil na psychologicky orientovaného čtenáře. Ústředním tématem této práce je fenomenologický výklad psychopatologie se zaměřením na schizofrenii a v souvislosti se zvoleným tématem byly stanoveny následující cíle:

- 1) Podání komplexního přehledu fenomenologického výkladu psychopatologie.
- 2) Analýza vývoje tradičního pojetí duševní nemoci ústícího do současného paradigmatu v psychiatrii s důrazem na schizofrenii.
- 3) Analýza fenoménů v subjektivní zkušenosti u osob se schizofrenií z hlediska vybraných kategorií fenomenologického výkladu psychopatologie; jimiž jsou čas, prostor, self a intersubjektivita.
- 4) Analýza výkladu schizofrenie vybraných představitelů fenomenologického přístupu – L. Binswagera, E. Minkowského, R. D. Lainga a L. Sasse & J. Parnase.

Vzhledem k teoretickému zaměření práce, budu užívat relevantní metody vědeckého myšlení – zejména analýzu, generalizaci, syntézu, abstrakci a intuitivní postup.

# ČÁST I.

# 1 VÝVOJ TRADIČNÍHO POJETÍ DUŠEVNÍ NEMOCI A SCHIZOFRENIE

V této kapitole se stručně zaměřím na historický vývoj tradičního pojetí duševní nemoci se zřetelem na koncept schizofrenie, který vyústil do současného paradigmatu duševní nemoci v psychiatrii. Nejprve se budu zabývat samotnými *počátky historických kořenů duševní nemoci*, přičemž budou následovat podkapitoly o *středověku* a *renesanci*. Posléze nastíním příchod *osvícenství*, což bylo stěžejní období pro vznik současného pojetí duševního onemocnění a krátce zde naznačím rozličné filosofické směry, jež ovlivnily pohlížení na duševní nemoc jako takovou. S příchodem 19. století se pojí *vznik psychiatrie* jako samostatné disciplíny. Od konce 19. století začíná postupně vznikat koncept *schizofrenie*, jejíž prekurzor je tzv. *dementia praecox* **Emila Kraepelina**. Následuje **Eugen Bleuler** a jeho rozpracování konceptu schizofrenie. Ve 20. století dochází k *vědecké revoluci* v psychiatrii, což je akcentováno objevem psychofarmak a pokrokem v neurovědách. Psychiatrie se tímto orientuje převážně biologickým směrem. Krátce je také nastíněn *vznik klasifikačních systémů*, konkrétně **Diagnostického a statistického manuálu**. Na konci kapitoly se zabývám *současným paradigmatem duševní nemoci se zřetelem na schizofrenii* a následně také jeho *kritikou ze strany představitelů fenomenologického výkladu psychopatologie*.

Vzhledem ke skutečnosti, že se o konceptu, který se v dnešní době nazývá schizofrenie, začalo diskutovat teprve na konci 19. století, byl tento pojem hojně nahrazován pojmem *šílenství*, který zde také budu užívat. Zároveň je pojem šílenství též užíván jako souhrnné označení pro duševní nemoc chorobu či poruchu v době, kdy ještě neexistovala klasifikace duševních poruch, jako je tomu dnes.

## 1.1 Prvopočátky pojmu duševní nemoci

Důležitý zlom pro evropské myšlení nastal od 6. století př.n.l. s příchodem antických filosofů v Řecku počínaje Sokratem. Platón polarizoval racionálně a iracionálně. Podle Aristotela je rozum nejvyšší ctností člověka a odlišuje jej od ostatních živočichů. Právě vyzdvihováním rozumu, vznikem filosofie a systematickým filosofováním o přírodě, společnosti a vědomí vznikl prototyp „racionálního jedince“ (Porter, 2003). Porter (2003) zdůrazňuje, že řecká filosofie sice iracionálně neopomíjela, avšak z důrazu kladeného na racionálně lze snadno

usoudit, že nepředvídatelnost lidských vášní a krutého osudu řeckému způsobu myšlení naháněla hrůzu. Člověk tak doufal ve spásu klidného a stabilního rozumu. Platonismus, pythagoreismus, stoicismus a další školy filosofie mají za následek pohlížení na iracionálno jako na nebezpečí, které musí být zkroceno rozumem. Problematika iracionálna je vyřešena oslavou a kultivací logiky a řádu (Porter, 2003).

**Hippokrates** nasměroval medicínu k současnému vnímání choroby. Lékařství se tak stává disciplínou, která hledá jasně definovatelné příčiny, principy a zmapované postupy, přičemž vágnost či nahodilost postupů není žádoucí (Bartoš & Fisherová, 2012). Porter (2003) zmiňuje, že Hippokrates do medicíny vnesl *naturalismus*<sup>1</sup>, základy lékařství jsou tedy postaveny na rozumu a vliv bohů a transcendentních jevů je, co se etiologie nemocí týče, vyloučen. Již Hippokrates přisuzuje vznik emočních stavů mozku, což je ostatně myšlenka, která se prolíná psychiatrií až dodnes a koresponduje se současným paradigmatickým duševní nemocí<sup>2</sup>. Známa je především *Hippokratova humorální teorie* vysvětlující nemoc a zdraví člověka v souvislosti s tělesnými šťávami. Vnitřní rovnováha tělesných šťáv pozitivně koreluje se zdravím člověka, nemoc je důsledkem např. nadbytku jedné ze šťáv. V humorální teorii jsou rozlišeny čtyři typy šťáv, jimiž jsou: krev, žluč, černá žluč a flegma. Hippokrates každý typ šťáv podle jejich charakteristik klade do souvislosti s určitým živlem. V psychologii je humorální teorie zmiňována převážně v rámci psychologie osobnosti a temperamentu člověka, neboť převaha jedné ze šťáv určuje výsledný temperament jedince.

Vzniklá typologie pak diferencuje melancholický (černá žluč), cholericý (žluč), sangvinický (krev) a flegmatický (flegma) temperament. Z dnešní perspektivy je třeba ocenit značně holistický pohled humorální teorie na člověka, díky kterému se podařilo propojení sfér psychologie a fyziologie. Nutno však podotknout, že za doby Hippokrata se ještě nepřemýšlelo o těle a mysli jako o dvou oddělených kategoriích, jak je tomu dodnes v důsledku *karteziánského dualismu*<sup>3</sup>. Propojení humorální teorie s praxí mohlo např. vypadat následovně: muži trpícímu záchvatu vzteku byla předepsána „studená dieta“, která

---

<sup>1</sup> Naturalismus lze interpretovat z mnoha hledisek, obecně jej však lze definovat jako „označení způsobu vysvětlování filosofických otázek: příroda je považována za jediné jsoucno nebo za jsoucno natolik základní, že všechna ostatní jsoucna na ni mohou být redukována“ (Blecha et al., 1998, s. 284). Tato redukce se projevuje např. vyloučením všeho, co lze nazvat „transcendentním“. Z perspektivy metodologie a epistemologie naturalismus zdůrazňuje, že metody přírodovědy je možné aplikovat na všechny oblasti, což se ve svém důsledku promítá i do pole psychologie, která se ve výsledku zaměřuje na odhalování kauzálních vztahů (Blecha et al., 1998).

<sup>2</sup> O tomto paradigmatu se budu blíže zmiňovat v podkapitole „Dominující paradigma duševní nemoci a jeho kritika“.

<sup>3</sup> V rámci karteziánského dualismu je rozlišována *res cogitans* a *res extensa*, tj. duše a tělo (Blecha et al., 1998). Karteziánským dualismem se budu podrobněji zabývat v podkapitole o osvícenství.

sestávala ze salátů, vody s ječmenem či mléka; na druhou stranu mu bylo zakázáno červené maso a víno. V praxi docházelo zejména k úpravám životního stylu (jídelníčku) či drobným chirurgickým a lékařským zákrokům (např. pouštění žilou za účelem pročištění krve). Vytvořením výkladového schématu s použitím archetypálních prvků živlů s sebou humoralismus přináší „racionalizaci šílenství“. Dochází k propojení lidského/přírodního a fyziologického/psychologického, přičemž se rozlišují protipóly zdraví/patologie. Jako kritérium pro patologii je stanovena nerovnováha šťáv v těle. Humorální teorie taktéž staví do protikladu patologické stavy mánie a melancholie a tímto i kategorie horký/chladný, suchý/vlhký a červený/černý; které jsou hluboce zakořeněny v evropském myšlení (Porter, 2003).

Antika vytváří nezbytný rámec pro vývoj západní psychiatrie; přičemž vliv její terminologie, kategorií a způsobu přemýšlení o lidské mysli můžeme spatřovat až dodnes. Podle Simonové (2008) antice vděčíme za dichotomii racionální/iracionální, koncept vnitřního psychického světa, pojem vnitřní konflikt a jeho klasifikaci/kategorizaci a potažmo studium a ovlivňování psychických konfliktů. Poprvé v historii je koncept těla spojován s pojmy jako systém, mechanismus, rovnováha, hierarchie orgánů či uskupení orgánů – a to vše slouží jako základ biomedicínského modelu, který ovlivňuje i současné pohlížení na duševní nemoc. Za přínosnou lze označit Hippokratovu myšlenku o nerovnováze v těle ovlivňující emoční stavy. Z antiky taktéž pochází myšlenka, že existuje jeden centrální orgán (nejprve jím bylo srdce, posléze se jím stal mozek), v němž se odehrávají veškeré mentální operace, přičemž tento orgán je zároveň jakýmsi mediátorem vlivů pocházejících z okolního světa a vnitřních vlivů vznikajících v těle jedince.

## 1.2 Středověk

Ve středověku se pojetí duševních nemocí značně proměňuje, neboť celá éra je prodchnuta křesťanstvím. Dle Foucaulta (1994) se na šílenství pohlíží křesťanskou optikou hříchu; náleží do hierarchie neštěstí a je kladena do protikladu s moudrostí. Porter (2003) ve své knize píše, že křesťanství oproti antickým filosofům popírá rozum jakožto podstatu lidské bytosti a těžiště zájmu se od rozumu posouvá k lásce, víře, hříchu a Boží vůli. I Vencovský (1996) upozorňuje, že v raném středověku se vytrácí přírodovědecký výklad světa a duševních chorob, což zamezilo rozmachu psychiatrie. Co se etiologie psychóz týče, podle Vencovského (1996) zde převládá výklad náboženský, respektive démonologický, přičemž za příčinu nemoci je považována posedlost ďáblem a démony. Nutno zmínit inkviziční

procesy a kladivo na čarodějnice, které byly ve středověku na denním pořádku. Ve středověku byla církev centrem intelektuálního života a lékařství spadalo pod církevní hierarchii. Projevy osob s duševním onemocněním mohly ohrozit mocenské postavení církve, proto tyto osoby nebyly považovány za nemocné a dochází k jejich vyloučení z rámce lékařství. Problém šílenství se tak stává záležitostí církevní, je řazen do oblasti duchovní a osoby s duševním onemocněním jsou odkázáni ke kněžím.

Přestože Vencovský označuje období středověku za „nejčernější“ období psychiatrie, Mora (2008) se o středověku zmiňuje v pozitivnějším světle a připisuje mu *desakralizaci přírody* ve 12. století či vznikající *racionalismus* ve 13. století, čemuž figurují Pierre Abelard, William Occam či křesťanský systematický teolog Tomáš Akvinský, podle něhož je nutné jednat v souladu s rozumem.

Obraz šílenství lze zachytit ve středověkém umění a literatuře (Mora, 2008). U spousty literárních protagonistů – v rámci artušovských legend můžeme zmínit např. Percivala, Yvaina, Lancelota, Tristana, Ywaina a Merlina – je možno si povšimnout spojitosti tragické neopětované lásky s postupným rozvojem duševní nemoci, jež se projevuje akutními epizodami choromyslnosti, během nichž se tito hrdinové „toulají nazí po lese“ a jejich chování je značně destruktivní a agresivní, čímž se téměř klade rovnítko mezi šílenstvím a „zdivočelostí“. Anglický básník William Lanland ve svém díle *Vidění o Petru Oráči* oslavujícím prosté a chudé nachází vztah mezi abnormálními stavy mysli a měsíčními fázemi (z čehož se odvozuje anglický výraz pro osobu postihnutou šílenstvím – „lunatic“). Podle ikonografického rozboru středověkého umění byl „šílenec“ zobrazován s tonzurou v podivných šatech hrajících všemi barvami s nedostatkem symetrie, která měla symbolizovat jeho nedostatek rozumu. „Blázen“ byl rovněž vyobrazován jako osoba v černém (pravděpodobně kvůli nadbytku černé žluči) a s holí v ruce (aby mohl uprchnout před vysmívajícími se dětmi) (Mora, 2008). Šílenec taktéž sloužil jako projekční plátno pro „stín“ tehdejší doby; tj. kacíře, který popírá křesťanské hodnoty středověku.

Zmínky o duševní nemoci v současném slova smyslu se objevují zejména v pozdním středověku, přičemž duševní jevy už byly popisovány jako součást jevů fyziologických, a proto jsou tyto zdroje informací čerpány převážně z lékařské literatury (Mora, 2008). Středověká muslimská a křesťanská medicína pokračovala v antickém odkazu Hippokrata, Galéna, Aretaeuse a dalších; a v oblasti duševních nemocí ve středověku nedocházelo k přílišným inovacím. Dominovaly diagnózy melancholie a mánie. Vencovský (1996) poznamenává, že významný lékař salernské školy **Gariopontus** zmiňoval střídání duševních

stavů mánie a melancholie, přičemž tento lékař nazýval mánii „božskou“ nemocí objevující se u řečníků, filosofů a učenců. **Bartholomaeus Anglicus**, který vyučoval ve 13. století v Paříži, se inspiroval Aretaeusem a do symptomů melancholie řadil stavy úzkosti, deprese, hypochondrie a bludy (Porter, 2003).

*Klinický obraz funkční psychózy* byl častokrát zaměňován za melancholii a široké množství psychotických symptomů bylo označováno jako mánie. Symptomy s náboženskými symboly byly součástí jak melancholie, tak i mánie (Mora, 2008). Mora (2008) dále popisuje studii analyzující 134 případů vizionářů v rozmezí od 8. do 12. století pocházejících z anglických a francouzských zdrojů označila pouze čtyři z nich jako psychotické dle současného pojetí psychóz<sup>4</sup>. Nicméně ani jeden z těchto vizionářů nebyl ve středověku považován za duševně nemocného – komunikace s nebeskými a démonickými bytostmi byla přirozenou součástí teocentrického pohledu na svět (Mora, 2008). Nejpodrobnější a nejspolehlivější deskripce klinického obrazu duševních chorob se týkají zpravidla důležitých postav středověku. Velmi detailně je popsán případ francouzského krále Karla VI. (1368-1422), který údajně trpěl záchvaty choromyslnosti a z dnešního hlediska bychom jej označili za psychotického. Údajně reagoval dobře na léčbu zahrnující lékařské procedury, izolaci a náboženské rituály vykonávané pro jeho uzdravení. Anglický básník Thomas Hoccleve vylíčil svou melancholii v básni *The Complaint* a případ melancholie v *Knize o vévodkyni* Geoffreyho Chaucera je podle některých vynikající autobiografický popis vlastních depresivních epizod. Slova označující šílenství, tj. insanire, insipientes, stulti, vesania, začaly být od středověku v intelektuálních kruzích hojně užívány. Francesco Petrarca o sobě prohlašoval, že trpí acedií (acedia – apatie), přičemž tento pojem pro něj neměl význam náboženský, nýbrž psychologický.

### 1.3 Renesance

Podle Foucaulta (1997) se renesance vyznačuje svou nadměrnou otevřeností a tolerancí vůči šílenství, které bylo vnímáno jako součást každodenního života, přičemž dokonce i „slavní blázni“ (např. Bluet d' Arbères), jejichž knihy – tzv. „knihy bláznovství“ – byly velmi atraktivní pro kultivovanou veřejnost. Vencovský (1996) udává, že v renesanci se otevírají nové obzory, které již nejdou cestou dogmatismu církve, nýbrž jsou charakteristické svou touhou po svobodě vyjádření člověka. Renesance je typická svým rozmachem humanismu

---

<sup>4</sup> K současnému pojetí psychóz, respektive schizofrenie se budu vyjadřovat v pozdější části této kapitoly.

a touhou po všestranném rozvoji člověka, což nahrazuje kulturu středověkého asketického sebezapření. To vše se přirozeně odráží v postoji společnosti k fenoménu šílenství.

Téma šílenství se prolíná do umění a můžeme jej zpozorovat u obrazů *Lodi bláznů* a *Léčby bláznovství* Hieronymuse Bosche. Taktéž Pieter Brueghel, jehož tvorba se v mnohém podobá té Boschově, vytvořil obraz *Šílená Markéta* zobrazující ženu s duševním onemocněním (Foucault, 1994). Díla těchto malířů poukazují na hrozivost a temnotu spojované s šílenstvím. Na druhou stranu, za zmínku stojí Erasmus Rotterdamský a jeho dílo *Chvála bláznovství*. Autor opěvuje slabost člověka, který nechává volně průchod svým vášním a neřídí se vždy rozumem. Vysmívá se vědcům, teologům, kněžím a intelektuálům; tj. všem „rozumným“ tehdejší doby. Hájí relativitu pravdy a žádá všeobecnou toleranci a přijetí lidské iracionality a vášní (i jejich extrémních forem projevujících se šílenstvím) jakožto přirozené součásti lidského života. Zdůrazňuje také novozákonní perspektivu, podle níž je bláznovství spojováno s moudrostí: „*Ať nikdo sám sebe neklame. Domnívá-li se někdo z vás, že je v tomto světě moudrý, ať se stane bláznem, aby se stal opravdu moudrým.*“ (Bible, 1995, s.159). Foucault (1994, s. 28) dílo komentuje těmito slovy: „*Erasmus se dívá z bezpečné dálky; pozoruje šílenství z výše svého Olympu a chválí je právě proto, že se mu odtud může smát nepřemožitelným smíchem bohů.*“.

Renesance je charakteristická svou protichůdností projevující se na mnoha úrovních. Vencovský (1996) na renesanci pohlíží jako na dialektiku církve odmítající rozvoj vědy a pokrokové městské buržoazie. Taktéž Mora (2008) píše, že renesance je pravděpodobně nejsložitější a nejprotikladnější érou v historii západní civilizace. Na jedné straně jsou zde počátky vědeckého postoje k realitě, na druhé je zde zájem o duchovní tajemno a magii. Rozum a šílenství stále ještě setrvávají v intenzivním dialogu.

Pozitivní přijetí duševně nemocných bylo důsledkem kritiky démonologické koncepce etiologie šílenství, která byla v renesanci explicitně vyslovena. Tímto se problematika duševně chorých postupně přesouvá do sféry lékařství. Mezi první odpůrce démonologie řadíme např. **Theofrasta Paracelsa**, který se zároveň stavěl i proti humorální teorii Hippokrata. Paracelsus se ve své léčbě zaměřoval na vrácení chemické skladby lidského organismu, která je nemocí pozměněna, do normálního stavu (Vencovský, 1996).

Problematika šílenství se opět dostává do rukou lékařství zásluhou **Felixe Plattera**, který přispěl ke vzniku dnešní psychiatrie. Dle jeho názoru vznikají duševní choroby v důsledku poruch mozku a změn na jeho blanách. Platter duševní choroby zasazuje do



oblasti neurologie. Diferencuje různé typy poruch mozku, které nazývá *poruchami „rozumové“ činnosti*: 1) snížení rozumové činnosti, 2) poruchy vědomí, 3) stavy zmatenosti a 4) stavy únavy mozkové činnosti. Nutno dodat, že tímto byla Platterem vytvořena první systematická klasifikace duševních onemocnění (Vencovský, 1996).

Vencovský (1996) dále uvádí, že se v období renesance vytváří určitá forma veřejné zdravotní péče pro osoby s duševním onemocněním. Problematická byla ta část osob s psychotickým onemocněním, která byla nařčena z čarodějnictví a vyšetřována v rámci inkvizičních procesů, přičemž těmto osobám zdravotnická péče nebyla poskytována. Financování zdravotní péče zajišťovali bohatí měšťané a péče spočívala v poskytnutí základních potřeb – jídla a oděvu. Funkcí azylových domů byla rovněž ochrana osob s duševním onemocněním před výsměchem společnosti.

Nakonec je potřeba uvést, že základy moderní medicíny vznikají právě v renesanci a tato éra celkově vytvořila půdu pro vznik moderní psychiatrie v osvícenství, kterým se budu zabývat v následující kapitole (Mora, 2008).

## 1.4 Osvícenství

Formování psychiatrie jako takové lze sledovat od nástupu osvícenství v 17. století, kdy dochází k významným změnám. Dle Foucaulta (1994) došlo během této éry k umlčení dosavadního strhujícího dialogu mezi šílenstvím a rozumem (ne-rozumem a rozumem), přičemž nyní je rozum postaven na piedestal a dialog se pozvolna proměňuje v monolog rozumu o šílenství. Začínají se zakládat špitály, které mají za úkol „odklidit“ šílenství z pohledu veřejnosti. Např. v roce 1656 byl vydán dekret o založení prvního špitálu Hôpital Generale v Paříži. Foucault (1994) píše, že primární myšlenkou tohoto zařízení však nebyla léčba, nýbrž kontrola obyvatelstva. Lze říci, že fungovalo jako instance monarchistického a měšťanského řádu. V internačních ústavech se kromě osob považovaných za „šilence“ nacházeli také žebráci, povaleči, starci, trestanci a další jedinci, kteří byli jakkoli „nepohodlní“. Jako vhodné řešení se jevila jejich izolace od zbytku produktivní a bezproblémové společnosti. Foucault (1994) se zamýšlí nad hlubšími motivy pro zřízení špitálů a dochází k závěru, že jimi zřejmě byla snaha vymýtit žebrotu a především zahálku ve společnosti. Kdokoliv, kdo nebyl schopen se podílet na hromadění bohatství společnosti si zasloužil vyhnanství. Porter (2003) uvádí, že perspektiva Foucaulta je poněkud zjednodušující. Systém internace v 17. století sice vznikl ve Francii, avšak toto řešení již nebylo tak časté pro ostatní země Evropy.

Müller (2016) udává, že vlivní myslitelé osvícenství jako **Francis Bacon, René Descartes, Baruch Spinoza, Thomas Hobbes, John Locke** a **Isaac Newton** zásadním způsobem změnili myšlení tehdejší doby, čímž se upevnilo *materialistické, racionální* a *mechanistické* základy pojetí lidské mysli a potažmo i duševní nemoci. Dopady filosofických myšlenek osvícenství můžeme sledovat až do současnosti.

Pro pojem duševní nemoci je bezesporu významný *karteziánský dualismus*, který od sebe odděluje tělo (*res extensa*) a mysl/duši (*res cogitans*) jako dvě oddělené entity (Müller 2016). Descartes, představitel racionalismu, se domníval, že psychický a fyzický svět existují nezávisle na sobě, přičemž epifýza je orgánem, kde se tělo a duše potkávají (Plháková, 2006). Thibaut (2018) píše, že problém dualismu není ani v dnešní době vyřešen, přičemž se stále objevují otázky, jakým způsobem vůbec dochází k interakci mezi těmito dvěma entitami, či kde se nachází dané území, na kterém dochází ke střetu a potažmo i komunikaci mezi tělem a myslí/duší. Thibaut (2018) udává, že řešení tohoto problému nabízí např. psychosomatický přístup či bio-psycho-sociální model. Müller (2016) zmiňuje teoretický důsledek karteziánského dualismu – neboť je mysl dle Descarta entita racionální, musí se příčiny šílenství jakožto ne-rozumu hledat ve sféře fyzické.

Spinoza s Descartem nesouhlasil a rozpracoval myšlenku *monismu*. Duch a hmota vycházejí ze stejné esence (podstaty), jejíž projevy jsou dvojí – duchovní či hmotné. Monismus pak může vést k závěru, že existence buďto těla nebo mysli/duše je pouze zdánlivá, přičemž v kontextu současného paradigmatu je popření existence hmoty/těla nemyslitelná, a tudíž se spíše popírá existence duše/mysli (Peregrin, 2008).

Na Descarta reagoval Hobbes, hlásající důsledný *materialismus*, jehož myšlenky slouží jako základ pro *empirismus*. Odmítal jakoukoliv existenci duchovního, přičemž dle něj existuje pouze hmota. Ve svém díle *Leviathan* popisuje epistemologii; veškerá příčina psychických fenoménů spočívá ve hmotě, která působí na lidské smysly, což následně způsobuje pohyby nervů (Plháková, 2006). Kupříkladu Hobbes popisuje fenomén snů, které ve své podstatě nevznikají v mysli jako něco nového, nýbrž se pouze skládají z představ sestávajících z vjemů z vnějšího světa, které v naší mysli vznikly na základě vnímání. Mozek a nervovou soustavu označuje jako zprostředkovatele pro vnímání (Hobbes, 1996). Fenomény v mysli jsou důsledkem vnějšího fyzického světa (Plháková, 2006). Neexistuje něco jako poznání, které vychází z člověka samotného (jak hlásal Descartes – z Rozumu), nýbrž veškeré poznání je možné pouze skrze smysly zprostředkovávající realitu vnějšího fyzického světa (Missner, 2003).

Locke, představitel *empirismu*, se ve svém díle *Esej o lidském rozumu* staví vůči Descartovi. Podle něj se člověk rodí jako nepopsaný list papíru, tj. jako *tabula rasa*<sup>5</sup>, přičemž psychické obsahy vznikají na základě zkušenosti, která je dle Locka dvojího druhu: 1) smyslové vnímání a 2) reflexe. Smyslové vnímání umožňuje vstup vjemů do mysli, načež vznikají ideje jako např. teplo, chlad, měkkost, tvrdost, sladkost či hořkost a všechno ostatní, co souvisí se smyslovými kvalitami. Vnější předmět, který působí na naše smysly, následně vytváří ideu v naší mysli. Smyslovým vnímáním vzniká dle Locka většina idejí. Druhým zdrojem lidského poznání je reflexe, jež je aktivitou mysli, která zpracovává získané ideje. Tímto způsobem si mysl všímá sebe sama a taktéž sama sebe poznává, což má za následek vznik nových idejí (Locke, 1984). Schopnost reflexe se nachází v každém člověku a sestává z rozmanitých činností jako např. myšlení, usuzování, pochybování, chtění, poznávání a vnímání. Ve svém díle vedle sebe klade „idioty“ a „šilence“ a zaměřuje se na rozdíly mezi nimi. U idiotů rozum nefunguje a vyznačují se svou neschopností produkovat správné teze; avšak hlavním problémem šilenců spočívá ve spojování nesprávných idejí a vytváření nesprávných tezí, přičemž rozum u nich funguje správně (Locke, 1999, in Müller, 2016).

Empirismus tedy vedl k optimističtějšímu pohlížení na duševní nemoc, která začala být častěji považována za vyléčitelnou. Průkopníkem byl např. anglický lékař **William Battie**, který se domníval, že existuje pouze menší část jedinců trpící nevyléčitelnou duševní nemocí, přičemž většina případů duševních nemocí označil za *získané šílenství* (consequential insanity) vznikající v důsledku životních událostí. Získané šílenství je možno vyléčit a pro dobrou prognózu je nutné včasné rozpoznání nemoci, pobyt v azylu a režim šitý konkrétnímu jedinci na míru (Porter, 2003).

Vlivnou figurou, co se vzniku psychiatrie týče, je **Philippe Pinel**, který na pacienty aplikoval *psychosomatický přístup*. Předpokládal, že v každém duševně „rozbitém“ člověku se nacházejí „zbytky“ rozumu a záleží především na tom, aby zkušený lékař byl schopen je v daném jedinci objevit a tímto jej i potenciálně vyléčit. Pinel se zaměřoval na psychologické aspekty duševní nemoci. Pinel se údajně zasloužil o skutečnost, že na osoby považované za šilence se začalo pohlížet jako na pacienty s duševním onemocněním, jež ke svému vyléčení potřebují pomoc lékaře (Weiner, 2008).

Optimismus reformních azylů postupně opadal. Porter (2003) popisuje, že tehdejší psychiatrii se stali obětí své vlastní propagandy, neboť obvykle trvali na tom, že jakékoliv

---

<sup>5</sup> Přestože je tento pojem spojován s Lockem, ten ho podle Plhákové (2008) údajně ve svém díle použil jen jednou.

dysfunkční nebo asociální chování tradičně označovány za hřích či trestný čin jsou ve skutečnosti projevem duševní poruchy. V azylech se nakonec vyskytovaly případy, jejichž místo bylo původně ve věznicích. Taktéž se do azylů posílaly osoby s vážnými degenerativními neurologickými onemocněními, jejichž vyhlídka nebyly příliš nadějně. Psychiatrie se na tuto situaci adaptovala novým předpokladem – duševní choroby jsou pravděpodobně chronické a dědičné.

## 1.5 Vznik biologicky orientované psychiatrie v 19. století

V západní civilizaci došlo ke zrodu psychiatrie jakožto samostatné disciplíny v 19. století, kdy psychiatři (především v Německu) začali být zaměstnáváni na univerzitách či v azylech. Nutno dodat, že psychiatrii se nedostávalo přílišné prestiže a veřejnost vůči ní chovala spíše nedůvěru (Porter, 2003).

Počátek 19. století je pro německou psychiatrii charakteristický jako disputace mezi dvěma skupinami s odlišnými názory na duševní chorobu. První skupina razila názor, že příčina duševní nemoci je psychologická, přičemž tato skupina je označována jako tzv. *psychicisté* (psychicists). Druhá skupina, tzv. *somatisté* (somaticists), se orientovala na výklad duševní choroby v čistě biologickém rámci a postupně se vyvíjela do biologicky orientované psychiatrie v dnešním slova smyslu. Psychicisté naopak tvoří základ pro vznik psychoanalýzy a potažmo i moderní psychoterapie (Marx, 2008).

**Johann C. Reil**, který je řazen mezi psychicisty, vyvinul celostní přístup k člověku. Byl inspirován romantismem a jeho zaujetím pro iracionální hlubiny psyché. Jako první použil termín *psychiatrie* (Porter, 2003) a bývá považován za zakladatele psychiatrie (Marx, 2008).

Somaticky orientovaná skupina psychiatrů pohlížela na snahy psychicistů jako na nevědecké spekulace. Autoritou tohoto proudu – berlínský profesor **Wilhelm Griesinger** – ve svém díle explicitně zdůrazňuje, že duševní onemocnění jsou poruchami mozku. Jeho hypotéza bezpochyby podpořila výzkum mozku usilující o přesnou lokalizaci duševních onemocnění. Griesinger se navíc zasazoval o to, aby se obor psychiatrie nedistancoval od klasické medicíny a byl její rovnocennou součástí. Duševní onemocnění mělo dle Griesingera progresivní povahu, přičemž se nejprve objevuje nadměrné podráždění mozku, které následně přechází do chronického a ireverzibilního mozkového poškození, což se

v konečném důsledku projeví jako rozpad ega typického pro demenci. Tezi o progresivitě duševních chorob přijal mimo jiné rovněž Emil Kraepelin, který na tomto základě rozpracovává své vlastní pojetí duševních chorob (Porter, 2003).

Griesinger významně zformoval německou psychiatrii, když usiloval o spolupráci neurologie a psychiatrie v akademických neuropsychiatrických klinikách. Psychiatrie se dále vyvíjela v tomto somatickém duchu. Na Griesingera posléze navazoval Theodor Meynert nebo Carl Wernicke (Porter, 2003).

## 1.6 Konec 19. století a pojem schizofrenie

**Emil Kraepelin**, který je tvůrcem konceptu *dementia praecox* (tj. prekursor konceptu schizofrenie), bývá právem označován za stěžejní postavu v historii moderní psychiatrie. S Kraepelinem se definitivně vytrácí pojetí šílenství jako jedné duševní choroby, přičemž se začínají diferencovat různé formy duševních onemocnění, každá mající svou specifickou etiologii a diatézu (Gach, 2008). Zasloužil se taktéž o rozlišení schizofrenie jakožto samostatné choroby, jejíž symptomy se do té doby považovaly za součást pozdní fáze jiného onemocnění. *Dementia praecox* byla zároveň odlišena od manio-depresivní poruchy<sup>6</sup>. Co se prognózy týče, k té se Kraepelin vyjadřuje spíše pesimisticky, neboť podle něj je *dementia praecox* psychický degenerativní proces ústící do demence. Avšak v pozdějších letech ve svém díle s poněkud větší dávkou optimismu zmiňuje, že cca 26 % pacientů zažije nějakou formu remise (Shorter, 2005).

Porter (2003) zdůrazňuje, že se na konci 19. století psychiatrie v první řadě soustředila na posílení své pověsti jakožto vědeckého oboru, přičemž usilovala o co nejvýraznější přiblížení se biomedicínským vědám. *Pozitivismus*<sup>7</sup> a *Darwinova teorie* v této době slouží jako báze pro vědeckou základnu psychiatrie<sup>8</sup>. Kraepelin, „bojovník“ za vědeckost psychiatrie, během svého života rozvíjel *deskriptivní klinickou psychologii* a

---

<sup>6</sup> V současnosti označována jako bipolární porucha.

<sup>7</sup> Pozitivismus je filosofický směr, jejímž zakladatelem byl August Comte v 19. století. Věda je považována za stěžejní nástroj poznání. V rámci tohoto směru jsou východiskem a zároveň kritériem poznání smyslové vjemy (Blecha et al., 1998). Co se týče teorie poznání, zde pozitivismus zastává roli důsledného empirismu, neboť „za základní vědeckou metodu považuje popis a organizaci smyslově získávaného materiálu.“ (Blecha et al., 1998, s. 323).

<sup>8</sup> Porter (2003) se domnívá, že psychiatrie má zpravidla dva cíle, tj. léčit duševně nemocné a vědecky zkoumat duševní choroby. Tyto cíle jdou přirozeně ruku v ruce, avšak mnohdy nastávají období, kdy je jeden z těchto cílů zdůrazňován silněji. Dle Portera bylo od konce 19. století prioritou v psychiatrii zejména vědecké zkoumání duševních chorob, což se projevilo ve skutečnosti, že se na člověka jako takového a jeho léčbu nekladal velký důraz.

*psychiatrickou nosologií*. Kraepelin zkoumal své pacienty jakožto nositele symptomů, přičemž z jeho kazuistik lze pozorovat, že se zaměřoval především na jádrové znaky duševní nemoci. Kraepelin se stal průkopníkem v psychodiagnostickém testování psychiatrických pacientů. Lze tedy poznamenat, že zásadním přínosem Kraepelina pro psychiatrii je rozvoj nosologie, tedy *klasifikace duševních onemocnění*, se zřetelem na *etiologii, patogenezi a symptomy*.

Člověka postiženého onemocněním *dementia praecox* podle Kraepelina opustila touha účastnit se ve světě druhých lidí, a zároveň se stahuje do svého vnitřního solipsistického světa, který může být různého druhu, např. němý, agresivní či paranoidní. Kraepelin zdůrazňuje symptomy jako „atrofie emocí“ a „neschopnost volního úsilí“, aby vysvětlil amorálnost, psychopatii a odlišnost osob s *dementia praecox* (Porter, 2003).

V Berlíně roku 1908 na setkání Německé psychiatrické asociace **Eugen Bleuler** použil pojem *schizofrenie* místo konceptu *dementia praecox*. Ten se domníval, že u schizofrenie dochází k rozštěpu psychických funkcí. Stěžejní bylo jeho rozlišení primárních a sekundárních symptomů schizofrenie. *Primární symptomy* označují jádrovou část duševní choroby a řadil sem neurologické symptomy jako zpomalení a otupění intelektu či rozdíly ve velikosti zorniček. Za nejdůležitější primární symptom považoval poruchu asociace, která se vyznačuje neschopností logického myšlení. *Sekundární symptomy* oproti tomu představují reakci pacienta na jeho duševní onemocnění nebo na vnější prostředí, což jsou podle Bleulera tytéž symptomy, které již zvažoval i samotný Kraepelin a jsou jimi halucinace, bludy, sociální izolace nebo deteriorace. Negativismus<sup>9</sup> a mutismus<sup>10</sup> jsou rovněž považovány za sekundární symptomy, neboť vznikají důsledkem psychických vlivů. Následně Bleuler označoval primární symptomy jako základní a sekundární jako vedlejší. V pozdějších letech jsou základní symptomy považovány za „negativní“ a vedlejší za „pozitivní“, přičemž do kategorie pozitivních symptomů jsou řazeny halucinace a bludy a do kategorie negativních symptomů jsou zahrnuty emoční oploštělost a stažení se ze sociálního světa (Shorter, 2005).

Bleuler jako první popsal *čtyři subtypy schizofrenie*: 1) paranoidní, 2) katatonickou, 3) hebefrenní a 4) simplexní. Mezi symptomy schizofrenie dále zařadil autismus, který

---

<sup>9</sup> Negativismus je podle Svobody (2012, s.124) „*odpor vůči výzvěm a rozkazům. Nemocný buď nevyhoví výzvě (pasivní negativismus), nebo provede opak (aktivní negativismus)*.“

<sup>10</sup> Svoboda (2012, s. 104) udává, že „*mutismus je úplný útlum řeči. Vědomí, porozumění i fatické funkce jsou zachovány, pacient je schopen komunikovat pomocí gest, mimiky a písma...S mutismem se setkáváme u schizofrenií nebo u hysterických osobností*.“

pojednává o vztahu jedince k realitě. Jedinec, u něhož se vyskytuje tento symptom, je „uvězněn“ ve svém vnitřním světě, který sestává z jeho přání nebo persekucních představ. Osoby s tímto symptomem jsou sami v sobě „zakuklení“, přičemž jejich kontakt s vnější realitou je „zpřetrhán“. Dominance vnitřního psychického světa spolu se ztrátou kontaktu s realitou jsou základními znaky autismu (Shorter, 2005).

Bleulerovo pojetí schizofrenie a rozšíření jejích symptomů vedlo k častější diagnostice tohoto onemocnění. Shorter (2005) udává, že důsledkem Bleulerova pojetí se mnoho vágních symptomů začíná považovat za symptomy schizofrenie. Ráda bych zmínila poněkud odvážný a zajímavý výrok psychofarmakologa Paula Janssena, který si dovilil tvrdit, že etiologií schizofrenie byl v té době především Bleuler (Shorter, 2005).

Zásadní zvrát v psychiatrii nastává, když jsou objevena *psychofarmaka*. Shorter (2005) zdůrazňuje, že je chybou se domnívat, že rozmach psychofarmakologie nastal až ve 20. století, poněvadž již v roce 1869 se v psychiatrii začalo používat léčivo chloralhydrát. Tak jako tak, rozvoj psychofarmakologie dočasně ustupuje s příchodem psychoanalýzy – self-koncept psychiatrie se tak zásadně mění, neboť biologické teorie zabývající se funkcemi a dysfunkcemi mozku a genetikou jsou upozaděny Freudovým myšlením kladoucím důraz na psychogenezi.

Psychoanalýza, jejíž popularita se rapidně zvyšuje po roce 1900, vzniká jako reakce na pesimismus psychiatrů v azylech a dogmatismus již dříve zmíněných somatistů. Karteziánské „cogito“ bylo roztrženo, neboť pro psychoanalytiku je v souvislosti s konceptem nevědomí jasné, že člověk není „pánem ve svém domě“ (Porter, 2003). Rozšíření psychoanalýzy z Evropy do Ameriky bylo akcelerováno v poválečném období, neboť spousta významných německých psychoanalytiků imigrovalo do Spojených Států (Shorter, 2005).

Müller (2016) zmiňuje, že poválečná éra je specifická svým rozvojem biologické psychiatrie na jedné straně a rozvojem psychologického a psychoterapeutického uvažování na straně druhé, které se započalo psychoanalýzou. Historie psychiatrie zaznamenala stěžejní obrat v roce 1952 s objevem antipsychotika chlorpromazinu. Bylo zjištěno, že chlorpromazin je schopen utlumit, a tímto i uvést pod kontrolu floridní symptomy schizofrenie a psychóz – bludy, halucinace či agitovanost. Zároveň jsou však osoby užívající toto antipsychotikum schopny víceméně fungovat, čímž se stávají přístupnými pro psychoterapii. Chlorpromazin tedy započal „vlnu“ fenothiazinových antipsychotik, která

pokračovala objevem haloperidolu v roce 1960. V rámci psychoanalytického smýšlení se uvažovalo spíše o psychogenních příčinách duševní nemoci, avšak rozvoj psychofarmak naklonil pojetí duševní nemoci spíše k jejím neurologickým příčinám a chemické dysbalanci v mozku. V poválečném období se těžiště psychiatrie, které se původně nacházelo v Německu, přesouvá do Spojených států, kde byli vědci již v polovině 50. let 20. století schopni detekovat přítomnost neurotransmiterů v mozkové tkáni (Shorter, 2005).

*Vědecká revoluce v psychiatrii 20. století* se projevila i v klinické diagnostice a nosologii. V 19. století se objevovalo mnoho druhů diagnostických systémů, avšak vzorem pro moderní diagnostiku a logiku řazení duševních poruch se stal *Kraepelinův systém*, který se posléze stal mezinárodním. Na Kraepelinovu tradici navazovala publikace **Diagnostického a statistického manuálu (DSM) Americké psychologické asociace (APA)** v roce 1952 (Porter, 2003). V DSM-I se rozlišovaly psychogenní a organické poruchy, vzniklé v důsledku dysfunkcí mozku. Za psychogenní duševní onemocnění se považovaly *involuční psychotické reakce*<sup>11</sup> (involuční ve své podstatě souvisely s dědičností v Kraepelinově slova smyslu), *schizofrenní reakce*<sup>12</sup> (pojem vycházející z pojetí Adolfa Meyera) a *paranoidní reakce*<sup>13</sup>. V návaznosti na psychoanalytické uvažování do psychogenních onemocnění také patřila *manicko-depresivní reakce*<sup>14</sup> a *psychoticko-depresivní reakce*<sup>15</sup>. V DSM-II se již psychogenní schizofrenie nebrala v potaz, místo toho došlo k rozdělení na *organické syndromy v mozku*<sup>16</sup> (zahrnující i psychózy) nebo *psychózy nesouvisející se zmíněnými organickými faktory*<sup>17</sup>. Jak v DSM-I, tak v DSM-II se termín „psychóza“ užíval zejména jako synonymum pro „vážný“, než v současném slova smyslu (Shorter, 2005).

DSM-III „opustil“ psychoanalytickou tradici, „oddálil se“ od Bleulerova optimističtějšího pohledu na duševní onemocnění a „přiblížil se“ ke Kraepelinově perspektivě a pesimistické prognóze týkající se psychóz, respektive schizofrenie (Shorter, 2005). S vydáním DSM-IV v roce 1994 se definitivně potvrdil trend týkající se duševních

---

<sup>11</sup> „Involuntional psychotic reactions“ (Shorter, 2005).

<sup>12</sup> „Schizophrenic reactions“ (Shorter, 2005)

<sup>13</sup> „Paranoid reactions“ (Shorter, 2005).

<sup>14</sup> „Manic depressive reaction“ (Shorter, 2005).

<sup>15</sup> „Psychotic depressive reaction“ (Shorter, 2005).

<sup>16</sup> „Organic brain syndromes“ (Shorter, 2005)

<sup>17</sup> „Psychoses not attributed to physical conditions listed previously“ (Shorter, 2005).



onemocnění, který již nebere v potaz psychogenní příčiny schizofrenie, nýbrž se orientuje na organické příčiny této nemoci (Porter, 2003).

## 1.7 Současné dominující paradigma duševní nemoci a jeho kritika

Deacon (2013) analyzuje *biomedicínský model* ve vztahu k duševním chorobám, jenž dle jeho názoru převládá více než poslední tři dekády v Americkém zdravotnickém systému. Biomedicínský model postuluje, že duševní onemocnění (v kontextu této diplomové práce schizofrenie) mají biologický základ a jsou ve své podstatě poruchy mozku způsobené nerovnováhou neurotransmiterů, genetickými anomáliemi a defekty ve struktuře mozku. V konečném důsledku se nerozlišuje mezi duševním onemocněním a somatickým onemocněním. V rámci biomedicínského modelu je primárním cílem výzkum biologických příčin duševních poruch. Lilienfeld (2007, in Deacon, 2013) zmiňuje, že biomedicínský model minimalizuje relevantnost psychosociálních faktorů v souvislosti s duševními chorobami a psychologické fenomény jsou redukovány na jejich biologické příčiny. Rovněž bývalý prezident Americké psychologické asociace Paul Applebaum vyslovil, že mozek je biologickým orgánem, přičemž každá duševní choroba není ve své podstatě nic víc než biologický proces (Davis, 2013, in Deacon, 2013). Z této perspektivy se biologická rovina analýzy stává fundamentální a psychologie v tomto kontextu získává status tzv. „zástupné vědy“, kterou postupem času nahradí neurověda a molekulární biologie (Gold, 2009, in Deacon, 2013).

Současné pojetí duševní nemoci se rovněž označuje pojmy jako *neurobiologické paradigma* (Fuchs, 2009a; Tamelini & Messas, 2017), *technické paradigma* (Bracken et al., 2012), *biologická psychiatrie* (Gach, 2008), *neopozitivistický model* (Tamelini & Messas, 2017) nebo *operacionalizační psychopatologie* (Parnas, Sass & Zahavi, 2013).

Momentální pojetí schizofrenie se přirozeně odvíjí od současného paradigmatu. Konkrétně, **Světová zdravotnická organizace** (WHO, 21. února 2020) se ke schizofrenii velmi obecně vyjadřuje jako k duševnímu onemocnění, jež je charakteristické poruchami myšlení, vnímání, emotivity, řeči, chování a identity. V rámci schizofrenie se běžně vyskytují halucinace a bludy. Co se týče příčin, stále není identifikován jeden faktor zodpovědný za toto onemocnění, nicméně v tomto případě se diskutuje o interakci mezi genetickými a environmentálními faktory. Taktéž je okrajově zmíněno, že se do určité míry na vývoji onemocnění mohou podílet i psychosociální faktory.

Dále je nutné přiblížit pojetí schizofrenie dle současných klasifikačních systémů. V tradičním pojetí **Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch** (Raboch, Mohr, Hrdlička, Pavlovský, Ptáček, & American Psychiatric Association, 2015) je schizofrenie v současnosti považována za duševní onemocnění, které v sobě zahrnuje kognitivní, behaviorální a emoční dysfunkce, přičemž neexistuje jeden symptom, který by byl pro schizofrenii patognomický, tj. charakteristický. Do diagnostického kritéria A řadíme bludy, halucinace, dezorganizovanou řeč, hrubě dezorganizované nebo katatonní chování a negativní příznaky, které se vyznačují sníženou motivací a vůlí či sníženou expresí emocí. Pro potvrzení diagnózy se u jedince musí objevovat minimálně dva symptomy z kritéria A, přičemž alespoň jeden z nich musí být blud nebo halucinace. Jako kritérium B se uvádí přítomnost minimálně jednoho z těchto příznaků – snížení pracovního výkonu, nižší úroveň péče o sebe a taktéž nižší úroveň co se týče udržování interpersonálních vztahů. Zásadním faktem je, že momentálně pro diagnostiku schizofrenie nejsou žádné psychometrické, laboratorní nebo radiologické testy. Neurofyziologické či neuropatologické studie a neurozobrazování poukazují na rozdíly v mnoha oblastech mozku mezi zdravými jedinci a jedinci s diagnózou schizofrenie. Osoby s diagnózou schizofrenie se rovněž liší v konektivitě bílé hmoty mozkové, architektuře buněk a výzkumy u těchto osob dále potvrzují rozdíl v objemu šedé mozkové kůry a objemu celého mozku. V rámci přidružených příznaků jsou zmíněny měkké neurologické příznaky, tj. poruchy smyslové integrace, motorické koordinace, sekvence motorických komplexních pohybů, desinhibice příslušných pohybů a poruchu levo-pravé orientace.

Nejnovější verze **Mezinárodní klasifikace nemocí** (WHO, 2019) udává, že pro schizofrenii je zásadní narušení testování reality a poruchy chování, jež se manifestují skrze pozitivní symptomy ve formě přetrvávajících bludů, přetrvávajících halucinací, inkoherentního myšlení (projevujícího se v řeči), vysoce dezorganizovaného chování, prožitky pasivity a kontroly. Jako negativní symptomy, coby další typ manifestace, jsou uvedeny oploštělost a plochost emocí, abulie a poruchy psychomotoriky. Z hlediska psychických modalit se v rámci schizofrenie vyskytují poruchy myšlení (např. bludy), vnímání (např. halucinace), identity (např. jedinec má pocit, že jeho pocity, impulzy, myšlenky a chování jsou kontrolovány vnější silou), kognice (např. poruchy pozornosti, verbální paměti, sociální kognice), vůle (např. abulie), emotivity (např. oploštělost) a chování (např. chování se jeví jako bizarní či postrádající smysl, nepředvídatelné nebo nevhodné emoční reakce ovlivňující chování). Mohou být přítomny poruchy

psychomotoriky včetně katatonie. Základními symptomy jsou bludy, halucinace, poruchy myšlení, prožitky vnějšího ovlivňování, pasivity a vnější kontroly.

Současný pohled na schizofrenii dále prezentují např. **Michael J. Owen, Akira Sawa** a **Preben B. Mortensen** (2016), kteří ve svém článku v časopise *Lancet* shrnují schizofrenii jako komplexní heterogenní behaviorální a kognitivní syndrom, který pravděpodobně pramení z narušení mozkového vývoje, jež bylo způsobeno genetickými či environmentálními faktory, nebo oběma těmito faktory. Podle autorů k vývoji psychotických symptomů přispívá dysfunkce dopaminergních neurotransmisí. Dále se uvažuje, že poruchy synaptické funkce u schizofrenie mohou být příčinou abnormalit v neuronální konektivitě týkající se interneuronů.

K současnému paradigmatu v pojetí duševních nemocí mají někteří autoři výhrady. Například **Thomas Fuchs** (2009a) ve svém článku kriticky analyzuje *neurobiologické paradigma*, a zdůrazňuje jeho tři základní nedostatky, kterými jsou: 1) *redukcionismus*, 2) *reifikace* a 3) *izolace*. V rámci redukcionismu je subjektivita považována za pouhý vedlejší produkt mozkové aktivity a vědomí je jen epifenomémem činnosti neuronů, což ve svém důsledku vytváří jakousi iluzi autonomní vůle a kontinuity self (Churchland 1995, Roth 1996, in Fuchs, 2009a). Pojmem reifikace je myšleno „zvěčnění“ psychických fenoménů. Subjektivní stavy jsou lokalizovány v mozku; myšlenky a pocity můžeme sledovat pomocí neurozobrazování jako změny kortikálních a subkortikálních struktur. To vše je spojeno s předpokladem, že pomocí zobrazovacích metod je možno zachytit příčinu duševních chorob (např. snížený metabolismus určitých částí kortexu) nebo dokonce duševní onemocnění samo o sobě. Co se týče izolace, ta vzniká také jako následek reifikace. K duševnímu onemocnění se přistupuje jako oddělené jednotce a ignoruje se propojenost jedince s jeho prostředím, přičemž to může být právě např. interpersonální situace, která je spouštěčem duševní choroby. Fuchs (2009a) posléze uvádí, že neurologické paradigma klade rovnítko mezi mozkiem a duší/myslí, avšak dle jeho názoru je mozek pouze orgánem duše/mysli, ale ne duší/myslí sám o sobě. **Tamelini** a **Messas** (2017) ve svém článku též kritizují současné neurobiologické paradigma, přičemž jsou zmíněny jeho konkrétní nedostatky. Kritika je namířená např. k diagnostickému a statistickému manuálu (DSM) a jeho epistemologické rovině, ke které se vyjádřili např. Cosgrove a Krimsky (2012, in Tamelini & Messas, 2017) či Stanghellini a Aragona (2016, in Tamelini & Messas, 2017).

Jeho nedostatky souvisí s novopozitivismem<sup>18</sup>, který s sebou přináší mnoho problémů týkající se např. specificity, reliability nebo vysokého výskytu komorbidit (de Leon, 2015, Aragona, 2009, in Tamelini & Messas, 2017). Avšak tento kritický pohled dle Tameliniho a Messase (2017) není nic nového, neboť již Jaspers (1989, 2000, in Tamelini & Messas, 2017) vytýkal mnoho nedokonalostí organicky a technologicky zaměřené psychiatrii a taktéž Straus (1969, in Tamelini & Messas, 2017) upozorňoval, že primárním objektem v psychiatrii by neměl být mozek nebo organismus, nýbrž člověk a jeho jedinečná existence.

Bracken et al. (2012) zmiňují *technické paradigma*, které klade přílišný důraz na klasifikační systémy, kauzální modely v porozumění duševním nemocem a psychiatrickou péči jakožto sérii od sebe oddělených intervenčních kroků, které je možno analyzovat a měřit nezávisle na kontextu. V rámci technologického paradigmatu lze problémy v duševní oblasti zmapovat a kategorizovat stejnou logikou, která je užívána v dalších oblastech medicíny. Vztahy, významy, hodnoty a kulturní přesvědčení a praktiky nejsou sice ignorovány, ale jejich důležitost je vedlejší. Podle nich však psychiatrie není jen neurologií a neměla by se zabývat pouze mozkiem. Přestože je biologická dimenze duševního onemocnění nezpochybnitelná, jeho podstata přesahuje tuto biologickou dimenzi a zahrnuje v sobě taktéž dimenze sociální, kulturní a psychologickou, které nelze uchopit skrze epistemologii biomedicíny.

Přestože v posledních třech dekadách probíhal intenzivní výzkum a došlo k akumulaci obrovského množství empirických dat, podle Francese a Wididgera (2012, in Parnas, Sass & Zahavi, 2013) nebo McHugha (2012, in Parnas et al., 2013) nedošlo k úměrnému vývoji znalostí, co se týče vymezení, etiologie a terapie vážnějších duševních poruch. Pakliže chceme stačit rychlému pokroku neurověd, je nutné vyvinout epistemologicky adekvátní přístup pro oblast psychických jevů (Parnas et al., 2013). S příchodem diagnostických klasifikačních systémů zažila psychiatrie tzv. *operacionální*<sup>19</sup> *revoluci*, která navazovala na pokrok biologických věd a možnosti biologické léčby, čímž vystoupila problematika nosologie do popředí. Nízká reliability psychiatrického vyšetření byla pro psychiatrii jakožto vědu naprosto nevyhovující. Operacionální revoluce jako koncepční revize psychopatologie v sobě zahrnovala vývoj diagnóz na základě konkrétních kritérií, přičemž definice těchto

---

<sup>18</sup> Novopozitivismus stejně jako starší pozitivismus zastává stanovisko, že přírodní vědy jsou stěžejní pro poznání světa. Oproti pozitivismu však klade větší důraz na moderní logiku (Blecha et al., 1998).

<sup>19</sup> Operacionalismus je koncepce vědy, jež hlásá, že „význam vědeckých pojmů je určen odpovídajícími operacemi měření; pojmy, pro které neexistují definující operace, nemají význam, a jsou proto vědecky irelevantní.“ (Blecha et al., 1998, s. 300).

kritérií bylo nutné operacionalizovat. Hlavní potřebou bylo zajištění reliability klasifikačních diagnostických systémů. **Josef Parnas a kolektiv** (2013) se však zamýšlejí nad skutečností, že neprobíhá dostatečná diskuze týkající se teoretických základů této „revoluce“. Zdůrazňují, že hlavním tématem diskuze je především reliabilita, přičemž se opomenula validita konceptů v psychiatrii.

Dle Parnase a kolektivu (2013) současná psychiatrie funguje na epistemologických základech *pozitivismu* a *behaviorismu* pramenících z *novopozitivismu*. V rámci novopozitivismu jsou empirická pozorování společně s principy logiky jediným uznávaným zdrojem poznatků o realitě. Se vznikem DSM-III se výše zmíněný postoj posunul k pozicím tzv. *objektivismu* a *fyzikalizmu*, které hlásají, že k poznání reality lze dojít nezávisle na lidské perspektivě, přičemž platný je hlavně fyzický svět – tj. hmotná realita. To vše přirozeně ovlivňuje charakter současného výzkumu týkajícího se lidského vědomí a subjektivní zkušenosti, a potažmo rovněž pohlížení na „objekt“ v psychiatrii, kterým je lidská bytost. Dle Parnase a kolektivu (2013) je problematické, že se s konceptem lidského vědomí a zkušenosti zachází stejným způsobem jako se všemi ostatními objekty fyzického světa, přičemž k rozličným psychickým stavům (např. k halucinacím) se přistupuje jako k entitám, jež lze snadno zachytit a kvantifikovat. Tento přístup je však velmi omezující a zdaleka nepostihuje složitost psychických fenoménů.

Parnas a kolektiv (2013) se domnívají, že *fenomenologický přístup v psychopatologii*<sup>20</sup>, jenž se zaměřuje na podrobné zkoumání subjektivních fenoménů, je relevantní jak pro terapii, tak pro etiologii v psychiatrii. Rovněž zmiňují důležitost fenomenologického přístupu v psychopatologii pro rozvoj neurověd. Fenomenologické pozorování, následné odlišení rozličných subjektivních fenoménů a vymezení psychopatologických konceptů je předpokladem pro úspěšnou neurologickou explanaci. Příkladem může být sociální fobie – její mechanismus se přirozeně odlišuje v závislosti na kontextu. Bude tedy přirozeně rozdíl, pokud za sociální fobii stojí paranoidní podezřívavost, melancholické ladění nebo strach z okolí, které má přístup k myšlenkám jedince. Je potřeba rozlišovat širší a subtilnější subjektivní kontext, ve kterém se objevuje psychopatologie člověka; jinak bude docházet k redukci jevů, což přispívá ke stagnaci psychiatrie.

Co se fenomenologického výkladu schizofrenie týče, **Louis Sass, Josef Parnas a Dan Zahavi** (2011) považují za zásadní vznik empirických studií v posledních letech, které

---

<sup>20</sup> Specifika tohoto přístupu budou popsána v jedné z následujících kapitol.

zdůrazňují *poruchu self jako jádrový faktor schizofrenie*, přičemž tento faktor podle nich umožňuje odlišit schizofrenní spektrum od ostatních forem psychóz a psychopatií obecně, čímž se opět dostává do popředí tematika fenomenologie v psychopatii (Parnas et al., 1998; Møller & Husby 2000; Parnas et al., 2003; Handest et al., 2005; Parnas & Møller, et al. 2005; in Sass et al., 2011). Jak jsem již zmínila výše, diskutuje se o stagnaci psychiatrie a o tom, jak přispět k jejímu pokroku, přičemž to se podle Sasse a kolektivu (2011) týká konkrétně i schizofrenie. Dále se Sass a kolektiv (2011) domnívají, že fenomenologie v psychiatrii je fundamentální pro *vznik nových hypotéz v rámci studia lidského vědomí*. Tito autoři poznamenávají, že vztah mezi fenomenologickým přístupem a neurovědami nemusí být výlučný, nýbrž reciproční. Tyto myšlenky jsou těmito autory stále rozvíjeny, přičemž v dalších částech této práce budou tyto myšlenky prohloubeny a zároveň zmíněny i jejich novější články týkající se schizofrenie.

## 1.8 Shrnutí kapitoly

Na závěr je potřeba potrhout pár důležitých myšlenek z této hutné kapitoly. Kořeny tradičního pojetí duševní nemoci sahají až do antiky počínaje **Hippokratem** (Porter, 2003). Lze zjednodušeně shrnout, že tradiční pojetí duševní nemoci je orientováno především somaticky. Jsou taktéž nastíněny vlivy na tradiční pojetí duševní nemoci ve *středověku* a v *renesanci*. Za stěžejní lze označit éru *osvícenství*, v jejímž rámci se objevují filosofické proudy pokládající základy současnému pojetí duševní nemoci. V podkapitole o osvícenství jsem zmínila, že dochází k upevnění *materialistického, racionálního a mechanistického* pojetí duševní nemoci (Müller, 2016). Dále jsem také uvedla filosofické vlivy jako *karteziánský dualismus, monismus a empirismus*. Se vznikem psychiatrie v 19. století se stává explicitní somatická orientace psychiatrie (Marx, 2008). **Griesinger** jako první vyslovil stěžejní myšlenku, že duševní onemocnění jsou poruchami mozku, což zásadně posunulo směřování psychiatrie do oblasti neurologie (Porter, 2003).

**Kreapelin** vytvořil koncept *dementia praecox* (prekurzor pojmu *schizofrenie*), přičemž zásadně přispěl k rozvoji *nosologie* na poli psychiatrie, tj. klasifikaci duševních onemocnění ve smyslu etiologie, patogeneze a symptomů (Porter, 2003). **Bleuler** jako první použil pojem *schizofrenie*, přičemž rozlišil *čtyři subtypy schizofrenie* a *primární* a *sekundární* symptomy schizofrenie (Shorter, 2005), čímž vytvořil podklad pro současné rozdělení symptomů na pozitivní a negativní v **Mezinárodní klasifikaci nemocí** (WHO, 2019).

Od konce 19. století dochází v rámci psychiatrie k rozmachu *psychofarmak* podporujících biologickou orientaci psychiatrie (Shorter, 2005; Müller, 2016). Ohnisko psychiatrie se v poválečném období přesouvá do USA, kde vědci začali odhalovat přítomnost neurotransmiterů v mozkové tkáni v souvislosti s duševním onemocněním (Shorter, 2005). V rámci *vědecké revoluce v psychiatrii ve 20. století* se vytváří diagnostický **klasifikační systém DSM**, jehož vzorem se stal *Kreapelinův systém*. V DSM-IV se definitivně přestaly brát v potaz psychogenní příčiny schizofrenie a klade se důraz pouze na organickou explanaci tohoto onemocnění (Porter, 2003).

Současné pojetí duševních onemocnění se označuje např. jako *biomedicínský model* (Deacon, 2013), *neurobiologické paradigma* (Fuchs, 2009a; Tamelini & Messas, 2017), *technické paradigma* (Bracken et al., 2012), *biologická psychiatrie* (Gach, 2008), *neopozitivistický model* (Tamelini & Messas, 2017) nebo *operacionalizační psychopatologie* (Parnas & Zahavi, 2012; Parnas, Sass & Zahavi, 2013). Toto pojetí se odráží v současném pojetí schizofrenie, na niž se podle **DSM-5** nazírá skrz optiku behaviorálních, kognitivních a emočních poruch (Raboch, Mohr, Hrdlička, Pavlovský, Ptáček, & American Psychiatric Association, 2015) nebo z hlediska pozitivních a negativních symptomů podle **MKN-11** (World Health Organization, 2019). Celkově je současný přístup ke schizofrenii zaměřený na explanaci z pohledu neurověd (Owen, Sawa & Mortensen, 2016).

Kritika současného pojetí duševní nemoci naznačuje, že dochází k *redukci subjektivity* člověka, která v rámci tohoto pojetí není nic víc než vedlejším produktem mozkové aktivity neuronů (Fuchs, 2009a). Rovněž duše se v tomto modelu stává pouhým synonymem mozku (Fuchs, 2009a). Taková psychiatrie je koneckonců spíše neurologií (Bracken et al., 2012). Fuchs (2009a) nabízí myšlenku, že mozek je pouze jakýmsi orgánem duše, ne duší samou o sobě. Tyto zmíněné problémy jsou pravděpodobně výsledkem hlubšího problému, a to že se v psychiatrii zapomíná na člověka jako takového a jeho individuální existenci, na což už upozorňoval sám **Jaspers** (1989, 2000; in Tamelini & Messas, 2017). Psychiatrie se rovněž snaží přistupovat k duševním onemocněním po vzoru medicíny; klade se poměrně silný důraz na klasifikační systémy a kauzalitu duševního onemocnění (Bracken et al., 2012). **Parnas a kolektiv** (2012) taktéž zmiňují, že je kladen důraz na klasifikaci duševních nemocí (nosologii), která sestává např. z etiologie, patogeneze či symptomů nemoci (Parnas et al., 2012). Duševní onemocnění se však vymyká sféře somatických onemocnění, a proto je potřeba zrevidovat snahu psychiatrie zacházet s

duševními onemocněními stejnou logikou jako s onemocněními ryze somatického rázu (Bracken et al., 2012).

Dle Parnase a kolektivu (2012) je nutné v rámci současné situace v psychiatrii aplikovat *fenomenologický přístup k psychopatologii*, jehož středem pozornosti je zkoumání lidské subjektivity a psychických fenoménů ve vědomí. Rovněž zdůrazňují dialog fenomenologického výkladu psychopatologie a neurověd, díky němuž může dojít k pokroku v psychiatrii. Fenomenologický přístup k psychopatologii je podle těchto autorů užitečný pro tvorbu konceptů v psychiatrii, neboť pouze důkladným zkoumáním subjektivity jedinců lze lépe vymezit koncepty v psychiatrii, přispět k vytváření hypotéz v psychiatrii a posléze k lepší explanaci psychopatologických fenoménů (Parnas et al., 2012).



## 2 ÚVOD DO FENOMENOLOGIE

Pakliže se v této práci budu zabývat fenomenologickému výkladu psychopatologie, je dle mého názoru nutné si nejprve nastínit základy *fenomenologie* jako takové, sloužící jako základ a zároveň inspirace pro výše zmíněnou problematiku. Přestože fenomenologický výklad psychopatologie z fenomenologie vychází, je možné si všimnout, že se aplikace fenomenologie v psychopatologii od samotné filosofické fenomenologie v mnohých aspektech liší. V rukou psychiatrů a psychologů došlo k odlišné interpretaci fenomenologie a pro potřeby psychopatologie byla vybrána stěžejní a relevantní témata vzhledem ke subjektivní zkušenosti člověka. Nicméně, pro hlubší porozumění problematice se vydám na krátký exkurz do základů fenomenologie, ve kterém uvedu některé její základní pojmy. Tyto *základní pojmy* budu vykládat zejména v souladu s pojetím **Edmunda Husserla**. Velmi nápomocná mi v tomto byla kniha *Proměny fenomenologie* od **Ivana Blechy** (2007) a rovněž kniha *Phenomenology: The Basics* od **Dana Zahaviho** (2018). Konec této kapitoly bude věnován *implikacím v psychopatologii*, což slouží k propojení tohoto filosofického nástinu s fenomenologickým výkladem psychopatologie.

### 2.1 Fenomenologie

Fenomenologie je považována za jeden z dominujících proudů filosofie 20. století, jehož základy položil **Edmund Husserl**. Ten usiloval o vytvoření poměrně ambiciózního projektu, který měl za úkol vytvořit základ pro všechny vědy opírající se o neměnné a všem společné kategorie lidské zkušenosti. Na Husserlův odkaz posléze navazovali významní filosofové jako **Martin Heidegger**, **Jean-Paul Sartre**, **Maurice Merleau-Ponty** a **Emmanuel Lévinas** (Zahavi, 2018). Každý z těchto dalších představitelů fenomenologického proudu interpretoval Husserlův odkaz jiným způsobem. Díky svým analýzám fenomenologie přispěla cennými poznatky k tématům intencionality, vnímání, tělesnosti, prožívání, vědomí, intersubjektivity, časovosti, historičnosti a pravdy (Zahavi, 2018). K aplikaci fenomenologie došlo v mnohých empirických disciplínách, jejího vlivu si lze povšimnout v psychiatrii, psychologii, sociologii, literárních vědách, antropologii a také v architektuře. Přestože většina základních fenomenologických děl byla napsána v první polovině dvacátého století, fenomenologie stále nepřestává být zdrojem inspirace (Zahavi, 2018)

Fenomenologii se obecně míní *deskriptivní disciplína* snažící se proniknout k fenoménům, které představují *neměnné podstaty jevů*<sup>21</sup>. Podstatu jevů je možno nahlédnout jen tehdy, pokud je pozorovatel schopen se oddělit od informací, které jsou „obecně vypozerovatelné“ (Blecha, 2007). Oddělení se od obecně vypozerovatelných informací je možné skrze *metodický tah epoché*, díky kterému uzavorkujeme to, co už o pozorovaném jevu víme. Moran (2000) píše, že fenomenologie se nespolehá na logiku nebo zprostředkované znalosti ale opírá se spíše o intuitivní poznání. Ve svém díle Husserl kritizuje teorie, které často zamezují přístup k poznání a pravdě.

## 2.2 Kontext vzniku fenomenologie

Co se týče kontextu vzniku současné fenomenologie jakožto metody, ta vznikla jako reakce na *pozitivismus*, *empiriokriticismus* a *pragmatismus* (Blecha, 2007). Husserl pozitivismu vytýká, že operuje pouze s počítky a vjemy, tj. s čistými fakty a je založen na pozorování vnější reality – tento přístup ovšem nelze uplatňovat v rámci společenských a duchovních věd. Příkladem můžou být psychologické procesy, jež nejsou fyzikálními veličinami a nemůžou být vykazatelné ve stejném smyslu, přičemž hlavní snahou pozitivismu je psychologické procesy měřit a vytvořit z nich něco stejně kvantifikovatelného. Povaha psychických fenoménů se však diametrálně liší od povahy fyzikálních veličin, a pokud chceme porozumět jejich podstatě, nevystačíme si se stejnými prostředky. Není tím myšleno, že by byl tento přístup sám o sobě nevalidní, spíše bychom jej mohli nazvat jako nedostačující pro sféry společenských a duchovních věd. Empiriokriticismus je radikálnější formou pozitivismu. Husserl se také staví vůči pragmatismu, jehož funkcionalistickou podobu v psychologii zahájil např. **William James**. Ten razil heslo, že pravdivé je to, co je pro náš život užitečné. Pragmatický základ vznikl počínaje **Immanuelem Kantem**, který zrelativizoval pojem pravdy. V tomto pojetí člověk nikdy přesně nezjistí, jak je to doopravdy s realitou, za pravdivé však můžeme považovat to, co je obecně sdílené. Garantem pravdy tedy není to, jak se věc sama o sobě doopravdy má, nýbrž my a naše sdílená schopnost zacházet s empirickým materiálem. Obrazně řečeno, každý jedinec disponuje určitou „mřížkou“, kterou používá jako měřidlo okolního světa (mřížkou může být např. jazyk, konvence, kultura, ...) (Blecha, 2007). Vše pak násilně vměstává do této „mřížky“, čímž si

---

<sup>21</sup> Je potřeba rozlišit od sebe to, co se jeví; jev a fenomén. Lze si tedy představit např. stůl. Za to, co se jeví, je považováno reálně existující jsoucno – stůl. Jev je však mentální představa o tomto stolů, která je vnímána skrze pozorování. Fenomén je cosi esenciálního pro to, co se jeví, v tomto případě to může být jakási „stolovitost“ stolu.

realitu přizpůsobuje podle sebe. Vytrácí se pojem pravdivosti a objektivní realita je pouze konstrukcí člověka. Husserl se však domníval, že pokud se chceme dostat k realitě jako takové, která není překryta nánosem našich „mřížek“, je nutné se vrátit zpět k samotné zkušenosti – to je možné díky *metodickému tahu epoché*, který bude popsán v následující podkapitole.

## 2.3 Epoché

Když jedinec vnímá věci a situace, má podle Husserla tendenci k principu idealizace. To znamená, že máme určité představy o okolním světě a tyto představy pak ovlivňují naše vnímání. Kořeny tohoto principu lze zaznamenat již v antice, kdy v rámci Řecké tradice bylo typické pohlížet na okolní svět „v jasných konturách“. Beztvárnost a nezřetelnost nespádala v antice do kultu, který obdivoval vše, co se jeví jako uchopitelné či zřejmé. Proto se následně manipuluje s realitou, aby vyhovovala nárokům jedince na jedince na její uchopitelnost a zřejmost nebo se předmětům a jevům nevyhovujícím těmto kritériím nepřikládá váha. Tímto pak realita pak ztrácí prostor, ve kterém by se mohla „projevit“ (Blecha, 2007).

Blecha (2007) píše, že se Husserl chce dostat k *čisté zkušenosti* – v této oblasti jdeme za hranice měřitelného a tradičně uchopitelného. Může se jednat o prožitek krásy, molového tónu ve skladbě či pocit chladu ve studené vodě, což jsou zkušenosti svou podstatou tak lidské. Husserl popisuje *pozici epoché*, neboli *fenomenologickou redukci*, která je pro něj metodickým tahem, kdy se distancujeme od svých představ (např. o objektivitě), předsudků, předpokladů, soudů o věcech a světě, zároveň nic nepředjímáme a vyhýbáme se jakýmkoliv tezí. Ne že by teze jako takové byly neužitečné, avšak během epoché je nutné odložit stranou. Přestáváme si rovněž klást otázky týkající se dobra, krásy, hodnot či bytí; zkrátka naše zájmy jsou překážkou, pokud chceme zachytit čistou zkušeností to, co se nám dává. Fenomenolog by si tedy měl umět vytvořit určitý odstup od svých předsudků a předpokladů. Může to znít překvapivě, ale metodický tah epoché ve svém životě aplikujeme poměrně často. Jako příklad Blecha (2007) uvádí situaci, kdy jedinec kráčí po cestě a z mlhy pomalu něco vystupuje. Tento jedinec se domnívá, že to pravděpodobně není jeho přítel, avšak je si vědom, že to rovněž může být halucinace nebo optický klam. Nechává tedy na sebe skutečnost působit a čeká, co z mlhy nakonec vystoupí, přičemž se v tuto chvíli zdráhá vyslovovat jakoukoliv tezi o tom, co před sebou vidí.

*Čisté nazírání* je dle Husserla důsledkem epoché. Blecha (2007) zmiňuje, že čisté nazírání neprobíhá jen jako smyslové vnímání, nýbrž může mít také formu např. *vzpomínání, vnitřní reflexe, intuitivního náhledu, kontemplanace* nebo *meditace*.

## 2.4 Fenomén

Fenomenologie je především věda zabývající se studiem fenoménů (Zahavi, 2018). Zjednodušeně lze tvrdit, že uzávorkování epoché nám v konečném důsledku umožní zakoušet věci tak, jak jsou, tj. jejich *podstatu*. V rámci epoché spatřujeme danost, okleštěnou od předsudků a předpokladů, kterou nazýváme fenoménem (Blecha, 2007). Fenomén nám nabízí sféru různých způsobů, jak danost zakoušet.

Když se fenomenolog zajímá o objekt, zajímá se spíše o jeho „jak“ než „co“, zkoumá tedy spíše způsob, jakým se nám objekt nabízí a ukazuje ve vědomí. Váha objektu či jeho chemické složení nejsou charakteristiky, které by se nacházely v centru pozornosti fenomenologie. Taktéž rozlišujeme různé způsoby, jakými se objekty jeví, přičemž existují bezesporu rozdíly v tom, jak se nám ukazuje fyzický objekt (např. nádoba), umělecké dílo (např. melodie), situace, číslice nebo lidská bytost (Zahavi, 2018).

Abychom nezůstali pouze v abstraktní rovině, Zahavi (2018) srozumitelným způsobem uvádí příklad, jak může fenomenolog zacházet s fenoménem. Představme si obyčejnou situaci, že náš přítel bude mít narozeniny, přičemž my se rozhodneme jej překvapit dárkem. V jednom vetešnictví nás zaujme budík. Položíme si následující otázky: „*Co je to za fenomén?*“ a „*Jakým způsobem se mi tento fenomén jeví?*“. Na tyto otázky přirozeně neexistuje jednoznačná odpověď. Tento předmět se nám nabízí hned v několika rovinách: můžeme ho např. vidět, slyšet, dotknout se ho, přemýšlet o něm a vyvolat si jeho obraz v našem vědomí, nebo ho můžeme užívat.

Pro jednoduchost se nyní zaměřím na budík pouze z hlediska smyslového vnímání. Je rozdíl, pokud tento budík budeme pozorovat v přirozeném denním světle nebo na něj bude dopadat světlo žárovky – to, jak se jeví proto závisí např. na osvětlení. Tak jako tak, budík nikdy nebudeme schopni spatřit celý, neboť na něj vždy pohlížíme z určité perspektivy. Proto jsme si vědomi, že po každé bude existovat nějaká část budíku, kterou nejsme s to z naší konkrétní perspektivy zachytit. Mohlo by se zdát, že toto vědomí je naprostou samozřejmostí, neboť s ním fungujeme každodenně, pro fenomenologa je však toto vědomí stěžejní. Nikdy nepochybujeme, že budík zahrnuje mnohem více částí, než momentálně

vidíme. Tyto části, které momentálně chybí v našem zorném poli, přesto hrají významnou roli v našem vnímání – díky nim vnímáme přední část budíku jako přední část. Dochází k vzájemnému působení přítomného a nepřítomného. Když vnímáme předmět, zakoušíme mnohem více než co se nám zrovna ukazuje. Rovněž nelze opomenout celkový kontext předmětu – např. budík se může nacházet ve vetešnictví, ve studovně nebo v pokoji naší tchýně. V každém tomto kontextu se bude budík jevit jinak a jeho smysl také (Zahavi, 2018).

Vnímání a porozumění předmětu probíhá v časové kontinuitě. Jak jde čas, naše obeznámenost s budíkem narůstá, neboť jsme schopni si uchovat v paměti předešlé vjemy. Tyto vjemy pro nás nejsou jen sérií oddělených sekvencí, nýbrž mezi sebou plynule přechází. Jakmile budík v naší ruce otáčíme, mění se jeho vjem postupně. Časový rozměr hraje ve fenomenologii významnou roli – během vnímání předmětu se na podkladu přítomnosti střetávají stopy minulosti a zároveň očekávání do budoucnosti (Zahavi, 2018).

## 2.5 Intencionalita

Blecha (2007) rozlišuje jevový aspekt od samotného fenoménu. *Jevový aspekt* je to, čím je věc přístupná našemu vnímání. Fenomén je následně našim vnímáním uchopený jevový aspekt. Přestože jsou fenomény zachyceny našim vnímáním a jsou v těchto aktech zahrnuty; zachovávají si vůči těmto aktům svou nezávislost. Stěžejním pojmem ve fenomenologii je *intencionalita*, která je charakteristickou vlastností vjemových aktů. Husserl empirismu vyčítal právě chybění tohoto pojmu. Intencionalita ve výsledku znamená, že naše vjemové akty se vždy zaměřují na cíl. Tento cíl je něco vnějšího a povaha tohoto cíle může být jak konkrétní, tak i vágní. Akt lásky se zaměřuje na někoho, akt pozorování se rovněž zaměřuje na objekt. Můžeme si představit jedince, který po něčem touží, ale není si jistý, co by to „něco“ mohlo být. Vjemovým aktem je v této situaci „toužení“ a je zde také vágní cíl „něco“. Podle Morana (2000) se Husserl domníval, že není nutné, aby objekt vjemových aktů existoval ve vnějším světě. Přesto je však legitimním korelátem vjemových aktů vědomí, kterému náleží určitý smysl. Ku příkladu, v rámci meditace se někomu může v mysli objevit fantazie draka.

Zahavi (2018) uvádí, že tématu intencionality nelze upřít důležitost, neboť vysvětluje souvislost mezi lidskou subjektivní zkušeností a vnějšími objekty. Naše vědomí je otevřeno vůči objektům a skutečnostem, které se svou podstatou od našeho vědomí liší a nacházejí se vně. Pakliže fenomenologie trvá na intencionálním charakteru lidské mysli, chce tímto zdůraznit i její *schopnost sebe-transcendence* (self-transcending character). Mysl není

považována na uzavřenou sféru, která pasivně očekává vliv z vnějšku, jenž následně spustí kauzální řetězec. Zároveň se fenomenologové také domnívají, že je zavádějící smýšlet o světě jako o entitě, která se nachází zcela mimo nás – v této souvislosti by lidské vědomí zacházelo pouze s mentálními reprezentacemi tohoto světa. Sám Husserl se ostře stavěl proti karteziánskému striktnímu rozlišování na subjekt a objekt (Moran, 2000). V tomto smyslu nelze tvrdit, že se vnější svět nachází zcela mimo subjekt a ani to, že je výhradně součástí subjektu. Husserl považoval objekt-subjekt (či vnější svět/mysl) za vzájemně propojené entity, kterým můžeme porozumět pouze tehdy, když na ně budeme pohlížet skrz optiku jejich vzájemného vztahu. Mysl samu o sobě ani svět sám o sobě zkoumat nemůžeme. Mezi objektem/subjektem nebo vnějším světem/myslí existuje určitý průsečík, a právě na tento průsečík se fenomenologie zaměřuje. Nelze studovat lidskou mysl bez jejího zaměření na vnější svět a její angažovanosti v něm, přičemž skze optiku intencionality je pro nás vnější svět nezbytným kontextem a zároveň zdrojem smyslu (Zahavi, 2018).

## 2.6 Noeticko-noematická struktura zkušenosti

V rámci analýzy zkušenosti Husserl později rozlišuje dvě základní složky zkušenosti, jimiž jsou *noese* a *noema*. Blecha (2007, s. 98) ve své knize píše, že: „*Aktovou, průběhovou a vnitřně (imanentně) prožívanou stránku každé zkušenosti, tedy samotný, nějak určitý intencionální akt, nazývá Husserl noese.*“. Za noese lze považovat akt vzpomínání, akt doufání nebo akt toužení. Každá noese, neboli intencionální akt, se zaměřuje na svůj intencionální korelát, který nazýváme noema (Blecha, 2007). Například noema aktu vzpomínání je to, co je noesí drženo, tedy určitá vzpomínka. Stěžejní je nezaměňovat samotný předmět za noema; neboť existuje mnoho noemat určitého předmětu, tak jako existuje mnoho druhů intencionálních aktů. Již výše bylo zmíněno, že noematem se může stát i ve vnějším světě neexistující objekt (např. drak či Santa Claus). Fenomenologie se zabývá strukturou zkušenosti nezávisle na tom, zda noema koresponduje s objektem, který by tradiční současná věda označila za objektivně reálný (Cerbone, 2006). Dle Husserla je noema možno pojmout jen po použití metodického tahu epoché (Moran, 2000).

U noematu rozlišujeme dvě vrstvy – *noematický charakter* a *noematické jádro* neboli předmětný smysl. Představíme-li si noema, např. hrnek, ten je možno zachytit různými způsoby – ať už skrze vzpomínku, vjem, nebo fantazii. Možnost zachytit noema vícero způsoby se označuje jako noematický charakter. Navzdory různým druhům uchopení

noematu jsme však schopni rozpoznat, že se jedná stále o ten samý předmět, což nazýváme noematickým jádrem (Blecha, 2007).

Husserl popisuje *dva druhy horizontu – vnitřní a vnější*. Každý předmět se nenachází sám o sobě, nýbrž ve vztahu k okolí a k dalším předmětům, přičemž s nimi vytváří určité konstelace či konfigurace. Obrazně řečeno se předmět vyskytuje na určitém „jevišti“, což je vnějším horizontem předmětu. Vnitřní horizont je vysvětlován jako „pole možností“, ve kterém se předmět ukazuje, vždy podle řádu jeho vlastní specifické struktury (Blecha, 2007).

## 2.7 Aktivní fenomenologická konstituce

Odkrývání podstaty probíhá jako *aktivní fenomenologická konstituce*, kterou lze klást do kontrastu s Kantovou perspektivou. Povahu této aktivní fenomenologické konstituce je možno srozumitelně objasnit na prostém příkladu se stavebnicí, který uvádí Blecha (2007).

Blecha (2007) píše, že podle Kanta je stavebnice složena z totožných dílků. To, co má být z této stavebnice postaveno je možno zjistit jen díky „plánku“, který v sobě nese „konstruktér“, tedy jedinec. V rámci této perspektivy člověk sám určuje, co má být ze stavebnice postaveno. Správnost toho, co člověk postavil se potvrzuje jen na základě skutečnosti, zda je výsledek totožný s tím, co obsahuje jeho „konstrukční plánek“. Jinými slovy, konstituce objektů probíhá ve vědomí subjektu na základě syntézy smyslových vjemů a sdílených kategoriích, které jsou aplikovány podle určitých daných zákonitostí (Moran, 2000).

Husserl zastává zcela odlišný názor, „konstrukce“ stavebnice se děje jako aktivní fenomenologická konstituce. V samotných dílcích stavebnice je „vepsáno“, co z nich má být postaveno, neboť do sebe zapadají jen určitým způsobem, který je daný jejich strukturou. Konstruktor má být ten, který se snaží porozumět tomu, jakým způsobem do sebe dílky stavebnice zapadají (Blecha, 2007). Konstituce zde není myšlena ve smyslu, že objekt jako takový vzniká až v samotném vědomí jedince; okolní svět není utvářen podle obrazu člověka. Naopak, fenomenologická konstituce je proces, který umožňuje objektům, aby se manifestovaly způsobem, jaký je jim vlastní (Zahavi, 2018).

## 2.8 Smysl

Člověk žije ve světě, kde pro něj osoby a předměty mají vždy určitý smysl. Ať se pozitivní přírodověda snaží sebevíc o čistá fakta prostá jakéhokoliv subjektivního smyslu, lidská

zkušenost je přirozeně plná konotací. To je skutečnost, kterou fenomenologie plně akceptuje – tedy že fenomény se jedinci nabízí vždy v určité konotaci. Představíme-li si určité datum, určitou osobu, či určitý obraz – klasická empirie by v tomto případě usilovala o ideál „neutrality“, přičemž jejím cílem je dospět k faktům „vysvlečeným“ z lidské subjektivity, např. k neutrálnímu datu. Nicméně z hlediska lidské zkušenosti mají pro nás tyto fenomény pokaždé jakýsi smysl (Blecha, 2007).

Zvuk šumění lesa, klepání na dveře nebo skřípání zubů – každému zvuku vždy přiřazujeme určitý smysl. To však platí nejen pro sluchové podněty, člověk má přirozenou tendenci spojovat jakoukoliv empirickou danost s určitým smyslem. Nutno poznamenat, že tímto poznatkem fenomenologie se vědomě inspirovala moderní psychologie, když Hermann Rorschach vytvořil projektivní metodu, tj. *Rorschachův test* (Blecha, 2007).

Na pojem „smysl“ úzce navazuje i pojem „význam“, avšak vymezení těchto pojmů není u Husserla zcela jasné. Nicméně „smysl“ je pojem širší a zasahuje do roviny noematické, přičemž pojem „význam“ je míněn v užším slova smyslu. Kupříkladu, určité slovo slouží jako prostředek k vyjádření určitého smyslu, a zároveň má logický nebo sémantický význam. Když Husserl tvrdí, že se nechce spokojit s „pouhými slovy“ a usiluje o to vrátit se „k věcem samým“, zdůrazňuje před-jazykovou strukturu zkušenosti, která je dle jeho názoru základem pro vznik jazykové komunikace (Blecha, 2007).

## 2.9 Dasein

Na Husserlovu filosofii navázal **Martin Heidegger**, který zároveň Husserla v mnohém kritizoval. Stěžejní Heideggerovo dílo *Bytí a čas* významně ovlivnilo především Ludwiga Binswanger a i mnoho dalších fenomenologicky laděných psychiatrů a psychologů. (May, Angel & Ellenberger, 1958).

Heidegger fenomenologii obohatil o jeden důležitý rozměr, o němž se Decombes zmiňuje ve své kritice namířené na Husserla (Blecha, 2007). Jako příklad uvádí fenomén cesty, jehož podstatu nelze nikdy poznat, pokud bude jedincem pozorován pouze z dále. Člověk v Husserlově koncepci u cesty stojí a pohlíží na ni se svými mentálními aktivitami a fantaziemi. Je však nutné po cestě reálně kráčet, aby ji bylo možno jakožto fenoménu porozumět. Decombes se domníval, že v rámci epoché Husserl vyloučil jevy související s lidskou tělesnou existencí umístěnou na konkrétním místě. Avšak Heidegger akcentuje člověka, který se po svých vydá na cestu, neboť pouze tento „krácející člověk“ se otevře



perspektivám, které teprve umožní nazírání (Blecha, 2007). Nicméně existují různé interpretace Husserlovy epoché. Zahavi (2018) poznamenává, že epoché v Husserlově pojetí není míněna jako nějaká izolace od okolního světa, přičemž i samotný Heidegger považoval Husserlovu epoché za nezbytnou.

Když se Heidegger táže po bytí, jeho primárním zájmem je člověk (Cerbone, 2006). Heidegger lidské bytí označuje jako „pobyt“ – tzv. *Dasein* (Blecha, 2007). Člověk je ve svém bytí jedinečný, neboť si je svého bytí vědom. Heidegger usiloval o porozumění *Dasein* – tj. jakým způsobem jedinec pobývá ve světě (Weckowicz & Liebel-Weckowicz, 1990). *Dasein* je charakterizováno kategoriemi (strukturami), které Heidegger nazývá *existenciály*, jimiž jsou – „*otevřenost, spolubytí, původní časovost, prostorovost, dějinnost, nastavenost, tělesnost a smrtelnost*“ (Condrau, 1998, s. 24). Nutno zmínit, že právě existenciály do značné míry ovlivňují optiku fenomenologicky zaměřených psychiatrů a psychologů.

Vědomí svého bytí podle Heideggera souvisí jednak s vědomím své vlastní konečnosti, jednak s uvědomováním si časového rozměru své existence. Každý jedinec je „vržen do světa“, přičemž jeho jedinou jistotou je jeho vlastní smrt (Weckowicz & Liebel-Weckowicz, 1990). Nicméně smrt není jen jakousi „konečnou stanicí“, která se během celého pobytu člověka nachází vně jeho existence. *Dasein* je tzv. *bytím-k-smrti*. Dle Heideggera je smrt strukturou existence *Dasein* (Blecha, 2007). *Dasein* zakouší svou smrtelnost ve formě konečnosti, která se v jeho každodennosti může projevit coby neúspěch, frustrace, nedokonalost či jako deficit v časovém/prostorovém módu existence, nastavenosti existence nebo ve spolubytí. Vědomí své smrtelnosti je nevyhnutelně spjato s prožitkem úzkosti (Condrau, 1998).

Významným tématem v Heideggerově filosofii je *autenticita*. Existence člověka se nachází v módu neautentičnosti, pokud utíká do světa konvencí a norem, kde již on sám nevlastní svou existenci (Cerbone, 2006). V takovém případě člověk žije svůj život v davu a anonymně, není za své bytí zodpovědný, přičemž tento neautentický způsob bytí Heidegger nazývá „*das Man*“. Člověk v módu neautentičnosti utíká před vědomím své smrtelnosti a s ním související *úzkostí*. Neautentická existence je existencí promarněnou (Blecha, 2007). Avšak díky prožitku úzkosti je jedinec nucen čelit své smrtelnosti a právě díky tomu je opět schopen převzít *zodpovědnost* za své bytí a být autentický (Cerbone, 2006).

## 2.10 Implikace pro psychopatologii

V této práci nás zajímá především vliv fenomenologické tradice na výklad psychopatologie. Těch je nespočet a dalece přesahují rámec tohoto stručného exkurzu do základů psychopatologie. Pro konkrétní představu lze však zmínit pár výše zmíněných pojmů a jejich důsledky pro fenomenologický výklad psychopatologie.

Přínosem této oblasti pro psychopatologii je zejména důraz kladený na subjektivitu jedince, fenomény subjektivní zkušenosti a zkoumání struktury jeho zkušenosti. Dle mého názoru je pro psychopatologii do značné míry relevantní pojem **epoché**. Explicitně se o tomto metodickém tahu zmínil již průkopník Jaspers (1968), který zdůrazňoval nutnost psychopatologa při zkoumání subjektivních fenoménů uzávorkovat svoje teoretické předpoklady. Rovněž Laing (1960, in Beveridge, 2019) popisuje tzv. *základní fenomenologický krok*, kdy psychiatr odkládá své prekoncepce, kterých si je vědom, aby byl schopen na jedince pohlížet v jeho pravém světle. V tomto kontextu epoché v praxi vypadá jako odložení klinické klasifikace a jejího jazyka. Čistě nazírání v důsledku fenomenologické redukce může mít dle Husserla i formu *intuitivního náhledu*, přičemž důležitost intuitivního poznání ve svém díle zdůrazňoval např. Minkowski (1948, in Urfer-Parnas, 2019).

Koncept **intencionality**, jakožto pre-reflektivního zaměření vědomí, se hojně vyskytuje v díle fenomenologicky orientovaných představitelů psychopatologie a v současnosti je kladen do souvislosti s pojetím *self*. U schizofrenie se hovoří o narušení *minimálního self*, které je podmínkou pro noetické akty – tj. vztaženost jak k sobě, tak k okolí (Zahavi, 2019; Parnas & Henriksen, 2019). Sass a Parnas (2003) se co se týče intencionality inspirovali taktéž Merleau-Pontym (1962, in Sass & Parnas, 2003) přičemž tzv. *operativní intencionalita* konstituuje naši „primární přítomnost ve světě“ a vytváří bázi subjektivní zkušenosti, na jejímž základě jsme schopni volných aktů jako usuzování, vnímání apod.

Proces **aktivní fenomenologické konstituce** akcentuje porozumění člověku, o čemž explicitně hovoří již Jaspers (1968) nebo aktuálně také Stanghellini a Aragona (2016), kteří zdůrazňují *empatické porozumění* jako metodu fenomenologického přístupu v psychopatologii. Ačkoliv se na jednu stranu může zdát, že tento proces vyžaduje spíše pasivitu ze strany psychopatologa, již sám Husserl naznačuje, že opak je pravdou. Například

dle pojetí Minkowského je pro porozumění druhému nutná *penetrace* do jeho struktury subjektivní zkušenosti (Urfer, 2001).

Fenomenologie zvýrazňuje důležitost subjektivního **smyslu** a v psychopatologii se to projevuje hledáním subjektivních vodítek v subjektivní zkušenosti člověka, přičemž je snahou dobrat se esence – v rámci duševních onemocnění to může být *jádrový faktor* onemocnění. Tato metoda je ve fenomenologickém výkladu uplatňována a nazývá se *strukturální analýza* (May, Angel & Ellenberger, 1958; Van Duppen, 2017).

Co se týče Heideggera, ten ovlivnil fenomenologicky laděné psychopatologie ve svém pojetí **dasein** jako specificky lidské existenci, jež je charakteristická svými existenciály – **otevřenost, spolubytí, původní časovost, prostorovost, dějinnost, nastavenost, tělesnost a smrtelnost** (Condrau, 1998). Heidegger nastolil otázku **autenticity** člověka, čímž se ve svém díle v souvislosti se schizofrenií zabývali např. Laing nebo Binswanger. Například Binswanger dle Stephense a Henriksena (2017) označuje *schizofrenii jako formu neautentické existence* a Laing (2010) se zabývá tématem autenticity v rámci své *fenomenologicko-existenciální studii schizofrenie*. Nutno dodat, že Binswanger z Heideggera vychází ve své *existenciální analýze* (daseinsanalýze).

Teoretický rámec fenomenologie nejenže obohacuje psychopatologii, nýbrž i poznatky z psychopatologie obohacují fenomenologii samotnou. Tuto skutečnost zmínilo mnoho fenomenologicky laděných psychiatrů – tj. že rysy „normální“ existence člověka lze zkoumat skrze vyostřené psychopatologické stavy (Zahavi, 2018).

# 3 SPECIFIKA FENOMENOLOGICKÉHO VÝKLADU PSYCHOPATOLOGIE

V této kapitole budou popsána specifika fenomenologického výkladu psychopatologie. Nejprve bude stručně nastíněn *historický vývoj* a důležití představitelé tohoto přístupu, a posléze se budu věnovat *aktuální situaci co se týče dialogu fenomenologie a psychiatrie*, přičemž zmíním současné zastánce fenomenologického výkladu psychopatologie. Třetí podkapitola se zaměřuje na *vymezení fenomenologického výkladu psychopatologie*. Poslední podkapitola se týká *metod* tohoto přístupu, jimiž jsou *deskriptivní metoda, strukturální analýza, analýza kategorií a empatické porozumění*.

## 3.1 Historický vývoj

Za průkopníka fenomenologického výkladu psychopatologie je považován **Karl Jaspers** (Spielberg, 1972). Co se historického kontextu týče, v době jeho působení se psychiatrie ubírala v duchu Wilhelma Griesingera a somaticky orientované větve německé psychiatrie. Griesinger jako první explicitně vyslovil tezi, že duševní onemocnění jsou poruchami mozku. V návaznosti na toto myšlení sice probíhal zájem o psyché člověka, ale jen v tom smyslu, aby se došlo k objektivním příčinám duševního onemocnění – toto byl případ např. Emila Kreapelina (Spielberg, 1972). Zkoumání psyché mělo být spíše dočasným mostem k tomu, než se přijde s jasnou somatickou explanací duševních onemocnění.

Jaspers reagoval na toto ryze somatické pohlížení na duševní nemoc svou knihou *Allgemeine Psychopathologie* (v překladu *Obecná psychopatologie*), která vyšla roku 1913 (Spielberg, 1972). Je nutno poznamenat, že Jaspers (1968) se nestaví přímo proti somatické perspektivě na duševní nemoc, apeluje spíše na potřebu propojení somatické a fenomenologické perspektivy a klade obě tyto perspektivy vedle sebe jako sobě rovné. Dílo *Allgemeine Psychopathologie* je pro oblast fenomenologického výkladu psychopatologie stěžejní, neboť došlo k prvnímu explicitnímu propojení fenomenologie s psychologií. V rámci jeho pojetí psychopatologie se rozlišuje oblast studia subjektivní zkušenosti pacientů od studia psychologických dat. Ve své době Jaspers ovlivnil zejména Heidelberskou kliniku, v jejímž čele byl (Spielberg, 1972).

Spielberg (1972) dále uvádí, že za prvního výrazného následovníka Jasperse lze pokládat **Willy Mayer-Grosse**. Jeho kniha zabývající se psychickými stavy „snové zmatenosti“ je údajně prvním pokusem o fenomenologický rozbor subjektivní zkušenosti. Ve svém pozdějším díle se Mayer-Gross věnuje schizofrenii. Na Jaspersův odkaz taktéž v rámci Heidelberské kliniky navázali **Hans W. Gruhle**, **Kurt Schneider**, či **Viktor von Weizsäcker**. Všichni tito výše zmínění autoři se v rámci fenomenologie inspirovali Edmundem Husserlem nebo Maxem Schelerem.

Ke konci dvacátých let 20. století dochází k obratu ve směřování tohoto proudu, a to především v důsledku vlivu Martina Heideggera a jeho díla *Bytí a čas*. Hlavní personou v psychiatrii, která se inspirovala Heideggerovými myšlenkami, je **Ludwig Binswanger**. Binswanger spolu s **Viktorem von Gebssattlem**, **Erwinem Straussem** a **Eugène Minkowskim** vnesli do fenomenologie antropologické hledisko vycházející z Heideggerovy koncepce pobytu (*dasein*). Z Heidelberské kliniky na Heideggera navázal **Alfred Storch** (Spielberg, 1972).

Postupem času tento přístup nalézá své zastánce v dalších zemích Evropy. V Dánsku je to např. **Henricus C. Rümke** či **Jan H. Van der Berg**, ve Francii je to kromě výše zmíněného Minkowského také **Henri Ey**. Ve Velké Británii je to zejména **Ronald. D. Laing**, který byl hlavním představitelem tzv. antipsychiatrického hnutí v 60. a 70. letech 20. století, a který se ve svém díle odkazuje na existenciální tradici, a to především na Kierkegaard, Jasperse, Heideggera, Sartra, Binswanger a Tillicha (Spielberg, 1972).

Heinämaa a Taipale (2019) ve svém článku uvádí, že v posledních dekádách se fenomenologický výklad psychopatologie stále dynamicky vyvíjí kupředu zásluhou klinických výzkumníků a fenomenologů, kterými jsou např. **Thomas Fuchs**, **Louis Sass**, **Josef Parnas**, **Dan Zahavi**, **Osborne Wiggins**, **Giovanni Stanghellini** a **Matthew Ratcliffe**. Posiluje se především koncepční, deskriptivní a metodologická stránka fenomenologie pro uchopení psychopatologie, což vytváří lepší základ pro klinické bádání.

## 3.2 Aktuálnost dialogu fenomenologie a psychiatrie

**Massimiliano Aragona** a **Giovanni Stanghellini** (2016) uvádí, že se v současnosti diskutuje o krizi psychiatrie. V rámci snahy o vyřešení tohoto problému došlo v psychiatrii k výraznému příklonu k neurovědám. Přílišná orientace na neurovědy však není pro vývoj psychiatrie dostačující a výše zmínění autoři se domnívají, že pro solidní základy této

disciplíny, které zamezí její stagnaci, je nutno aplikovat fenomenologický výklad psychopatologie (phenomenological psychopathology). Taktéž **Melissa Tamellini** a **Guilherme Messas** (2017) zdůrazňují, že současná psychiatrie potřebuje psychopatologii založenou na fenomenologii. Ze starších článků zmíním např. Andreasenovou (2007), která ve svém článku upozorňuje, že soudobá psychopatologie, postavena na diagnostických manuálech je ve své podstatě velmi primitivní a zjednodušující, neboť se oddálila od svých fenomenologických kořenů.

Aragona a Staghellini (2016) popisují **hlavní problémy současné krize psychiatrie**. Nejprve se hovoří o dehumanizaci psychiatrie, spočívající v přílišném kladení důrazu na diagnostická kritéria a měření symptomů pomocí hodnotících škál a strukturovaných interview. To vše je následkem snahy o zvýšení inter-rater reliability<sup>22</sup> měření v psychiatrii počínající od roku 1970, kdy se R. Spitzer s kolektivem (tzv. „neokraepelinská škola“) stojícím za projektem DSM-III rozhodli řešit problém radikálních neshod pohledů na duševní nemoc. Kromě diagnostických kritérií a mechanismů v mozku, by měla být psychiatrie v první řadě zaměřená na člověka, tj. zabývat se jeho subjektivním prožíváním a subjektivními významy, které přisuzuje své psychopatologické zkušenosti. Pakliže byl kladen důraz pouze na reliabilitu DSM, ověřování validity konceptů v klasifikačním systému DSM bylo zanedbáváno (Aragona & Stanghellini, 2016; Sass, Parnas & Zahavi, 2011). S problémem validity souvisí také nedostatečná pozornost vůči kvalitativním charakteristikám duševních nemocí a jejich symptomů. Aragona a Stanghellini (2016) uvádí, že definice symptomů je zjednodušující, a to hlavně ze dvou důvodů: 1) *kvalitativní nuance se mnohem složitěji pozorují a hledají, přičemž bylo potřeba se zaměřit především na ty symptomy duševních poruch, které jsou snadno vypozorovatelné pro co nejvíce jedinců*; 2) *v rámci různých škol psychiatrie bylo nutné vybrat pojmy, na kterých se víceméně shodnou všichni*. Taktéž je nutno zdůraznit, že symptomy v klasifikačním systému DSM nejsou sestaveny hierarchicky podle jejich důležitosti, přičemž každá škola psychiatrie přikládala různou důležitost různým symptomům. To je však podle Aragona a Stanghelliniho (2016) na škodu – komplexní psychická onemocnění a poruchy se redukuje a vzniká mnoho anomálií v důsledku aplikace těchto diagnostických kritérií na výzkumnou a klinickou

---

<sup>22</sup> Inter-rater reliabilita – nenašla jsem zcela adekvátní český termín, nicméně nejvíce se mu blíží pojem „reliabilita interpreta“, který Hartl a Hartlová (2010, s. 495) popisují jako „*míra shody výkladu výsledku téhož testu, které dosahují různí interpreti*“. Ve výše zmíněném kontextu tento pojem znamená míru shody v měření a diagnostice psychopatologie u různých odborníků, přičemž v dané době tato shoda byla velmi nízká, proto se v této oblasti usilovalo o změnu.

populaci. Přirozeně nelze upřít užitečnost těmto diagnostickým kategoriím co se týče základní komunikace o duševních nemocech a poruchách, avšak porozumění člověku s duševní poruchou vyžaduje ze strany psychologa/psychiatra dovednost rozeznat i jemné nuance a odkrýt fundamentální fenomén, který reprezentuje jádro dané duševní poruchy. V tomto pojetí koncepty v psychopatologii vytvářejí komplexní soubory psychopatologických fenoménů, které jsou sjednoceny na základě smysluplných struktur (Rossi-Monti & Stanghellini, 1996, in Aragona & Stanghellini, 2016). Takový přístup, který je nazýván „strukturální psychopatologií“, předpokládá, že rozličné fenomény každého duševního onemocnění nebo duševní poruchy vytvářejí smysluplný celek, tj. strukturu. Jinými slovy, symptomy každého syndromu jsou sestaveny koherentně (Stanghellini, 2010, in Aragona & Stanghellini, 2016) a pro porozumění psychopatologie je nutné odkrýt specifika konkrétního fenoménu a vnitřní propojení jednotlivých částí struktury (Aragona & Stanghellini, 2016).

Potenciál v řešení současné vědecké krize psychiatrie je spatřován v **RDoC** (Research Domain Criteria) projektu z oblasti neurokognitivních věd. Cílem projektu je odklon od tradičních diagnostických kategorií, přičemž důraz se klade na kognitivní psychologické funkce a jejich souvislost neurobiologickými procesy. Snahou je nastolit nové neurokognitivní paradigma, kdy se diagnózy budou odvíjet od narušení kognitivních funkcí. Tento projekt je bezesporu revoluční, avšak stále se nese v duchu redukcionismu současného paradigmatu, které se v první řadě zaměřuje na neurobiologickou explanaci a upozaduje subjektivní a vztahové charakteristiky duševních onemocnění a poruch. Rizikem tohoto projektu je, že bude pokračovat v transformaci psychiatrie směrem k neurovědám, kde se zcela zapomíná na trpícího člověka a jeho individualitu (Aragona & Stanghellini, 2016).

**Josef Parnas, Louis Sass a Dan Zahavi** (2013), současní zastánci fenomenologického přístupu v psychopatologii, ve svém článku upozorňují na nedostatek vývoje v psychiatrii, což rozpoutalo diskuze a kritiku týkající se klasifikačního systému psychiatrických diagnóz. Zmiňují také projekt RDoC, který se nabízí jako jedno z východisek této krize, přičemž rozvoj fenomenologického výkladu psychopatologie se s ním nemusí vylučovat. Apelují na nutnost studia a výzkumu subjektivity, pro což je nutné otevřít sofistikovanější a informovanější filosofickou diskuzi, která bude zahrnovat témata epistemologie, ontologie, a současně bude otevřená vůči novým přístupům v oblasti metodologie a teorie. Zde bych ráda zmínila **Centrum pro výzkum subjektivity v Kodani**

v rámci Kodaňské univerzity, které funguje od roku 2002, a v jehož čele jsou právě Josef Parnas a Dan Zahavi. V centru probíhají výzkumy týkající se Self a jeho vztahy s druhými a světem, přičemž se usiluje o interdisciplinární přístup v této oblasti. Centrum mimo jiné podněcuje také dialog fenomenologie a psychopatologie a ve svých výzkumech se kromě rozličných témat subjektivity (např. úzkost, empatie, představitivost, vnímání apod.) zabývají také schizofrenií, čemuž se budu věnovat v dalších kapitolách této práce (University of Copenhagen, 2020).

Dále je nutné zmínit knihu *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology* z roku 2019, jejímiž editory jsou **Stanghellini, Broome, Fernandez, Fusar-Poli, Raballo a Rosfort**. Tato kniha obsahuje soubor současných článků zabývajících se fenomenologickým výkladem psychopatologie a ukazuje se, že toto téma je momentálně vysoce aktuální. Fenomenologický výklad psychopatologie (phenomenological psychopathology) je v této knize uveden jako základní pilíř psychiatrie. Stanghellini a kolektiv (2019) nastiňují důvody, které vysvětlují výše zmíněné stanovisko:

- 1) Snahou fenomenologického výkladu psychopatologie je popsat rozmanitost a rozdíly v subjektivním prožívání. Rámec fenomenologického výkladu psychopatologie umožňuje přistupovat k duševní nemoci bez teoretických předpokladů, čímž se vytváří sdílený jazyk pro psychology/psychiatry s odlišným teoretickým zázemím. Dále se ve fenomenologickém výkladu psychopatologie vylučují socio-politické perspektivy, vědecké teorie obecně nebo konvenční racionalita, které mají svůj pohled na to, co je a není normalita.
- 2) Kromě vyšetřování, diagnostiky a klasifikace psychopatologických stavů je doménou psychiatrie také jejich porozumění. Důraz kladený na diagnostiku a primárně na ty symptomy, které jsou pro diagnostiku relevantní způsobuje, že se opomíjí složitost a různorodost lidské zkušenosti a subtilní rozdíly v prožívání u různých jedinců. Z diagnostického procesu se tak často vylučuje pozorování jevů, které jsou relevantní pro samotného pacienta, např. individuální aspekty jeho utrpení a zranitelnosti. Fenomenologický výklad psychopatologie se ve své podstatě orientuje na pacienta samotného a dává mu prostor, aby se sám ke svému stavu vyjádřil, přičemž si nevystačí pouze se standardizovanými psychodiagnostickými metodami. Stanghellini a kolektiv (2019) se domnívají, že takové porozumění je zároveň předpokladem k novým poznatkům v oblasti psychopatologie.



- 3) Pokud se v psychiatrii usiluje o neurovědeckou klasifikaci duševního onemocnění, je nutné v první řadě pečlivě vymezit fenomény subjektivního prožívání, které následně podrobíme procesu explanace a redukce. Např. fenomén bludu je podle autorů heterogenní kategorií. Tuto kategorii je podle potřeba rozdělit do specifitějších subkategorií, aby bylo možno úspěšně identifikovat jeho neurobiologické koreláty (Stanghellini & Raballo, 2015 in Stanghellini et al., 2019). Abychom mohli psychopatologické koncepty lépe vymezit, je třeba jim nejprve porozumět, což by v konečném důsledku mohlo vést k úspěšnějšímu kauzálnímu vysvětlení psychopatologických fenoménů (Stanghellini et al., 2019).
- 4) Fenomenologický výklad psychopatologie propojuje porozumění s péčí, k čemuž dochází skrze epistemologický a etický rámec, který autoři nazývají jako „dialogický“ (Stanghellini et al., 2019). Fenomenologický výklad psychopatologie je ve své podstatě „hledání smyslu“ a podporuje pacienta, aby se otevřel svému prožívání a svému osobnímu vnímání smyslu. V návaznosti je akcentována sebereflexe pacienta a zaujatí postoje vůči tomu, co pacient objeví. Probíhá komunikace o odlišných perspektivách mezi pacientem a psychologem/psychiatrem, přičemž oba spolu posléze konstruují smysluplný narativ pro pacienta (Stanghellini et al., 2019).

Na závěr bych ráda zmínila **Thomase Fuchse** (2009b) z Heidelberské univerzity, který zdůrazňuje konstruktivní dialog mezi fenomenologickým výkladem psychopatologie a kognitivními neurovědami. O fenomenologii píše, že je systematickým projektem zkoumajícím strukturu subjektivního prožívání, a proto ji lze považovat za základní kámen psychopatologie. Fenomenologie poskytuje široký rámec pro analýzu subjektivity a její narušení v psychopatologických stavech. Přestože v jejím zájmu není kauzální vysvětlení jevů, poskytuje neurovědám hypotézy, což vede k vývoji psychiatrie jako vědy.

### **3.3 Vymezení fenomenologického výkladu psychopatologie**

V práci jsem sice již zmiňovala pojmy *psychiatrie* či *psychopatologie*, zatím zde však nebyly definovány. Vzhledem k zájmu práce je však potřeba oblast psychopatologie vymezit v kontextu psychiatrie. Posléze se zaměřím na konkretizaci psychopatologie z fenomenologické perspektivy.

Nejprve začnu s klasickou definicí psychopatologie. Jak píše Orel (2016), pojem psychopatologie má své kořeny v řečtině a je tvořen slovy *psýché* (duše) a *pathologia* (nauka o chorobách). Co se obecné definice týče, psychopatologie se označuje za „*nauku o psychických nemocech, chorobných a hraničních duševních jevech*“ (Orel & Facová, 2016, s. 16). Psychopatologie v tradičním smyslu se zabývá „*diagnostikou, klasifikací i výzkumem jak duševních poruch a chorob, tak hraničních stavů*“ (Orel & Facová, 2016, s. 16). Z výše uvedené definice vyplývá, že psychopatologie předpokládá jakási kritéria normy, na jejichž základě se posuzuje abnormalita psychických jevů. Existuje mnoho pojetí norem<sup>23</sup> a nutno zdůraznit, že pojetí normy je relativní, neboť je podmíněno např. kulturně, historicky či sociálně (Orel & Facová, 2016). Comer (2004) nabízí zajímavou současnou definici abnormality, která je označována jako „čtyři D“, což je odvozeno ze čtyř hlavních znaků abnormality, jimiž podle Comera jsou: 1) deviance (odlišnost, extrémnost, neobvyklost nebo bizarnost), 2) distres (jedince jeho vlastní stav zneklidňuje a působí mu distres), 3) dysfunkce (projevuje se v neschopnosti jedince fungovat v běžném životě) a 4) nebezpečí<sup>24</sup> (nebezpečí vzniká buďto pro samotného jedince nebo pro jeho okolí).

Psychiatrie jako lékařský obor v sobě zahrnuje psychopatologii. Na psychiatrii lze v současnosti pohlížet dvojím způsobem. Psychiatrie jako lékařská disciplína se ve své podstatě snaží o léčbu osob s diagnózou duševního onemocnění. V jejím jádru leží diagnostický proces. Psychiatrie jako lékařská věda se v současnosti zabývá zejména teorií a přináší nové poznatky pro explanaci duševních onemocnění a poruch, přičemž propojuje oblasti biologie a psychopatologie (Balon et al., 2002).

**Fenomenologický výklad psychopatologie** uvedu naznačením, vůči čemu se tato oblast podle Stanghelliniho a kolektivu (2019) vymezuje. V současnosti je psychopatologie praktikována jako **symptomatologie**<sup>25</sup>, přičemž se jedná zejména o studium izolovaných symptomů, které jsou významné z hlediska diagnostiky a etiologie. Vyhodnocování symptomů směřuje k identifikaci diagnostických kategorií, což umožňuje léčbu. Přestože je studium symptomů součástí psychopatologie, psychopatologie nemůže být praktikována jako pouhá symptomatologie. Symptomatologie je ve své podstatě orientována pouze na nemoc a poruchu, přičemž doménou psychopatologie je její orientace na člověka – na jeho

---

<sup>23</sup> Orel a Facová (2016) zmiňují tyto normy: statistická, skupinová, sociokulturní, etická, morální, věková, mediální, právní, norma odborníků a norma individuální.

<sup>24</sup> Anglický termín – „*danger*“.

<sup>25</sup> Symptomatologie je „*věda o jednotlivých symptomech, příznacích nemoci a jejich klasifikaci*“ (Hartl & Hartlová, 2010).

subjektivní zkušenost a jeho vztah k ní a okolnímu světu. V rámci biomedicínského modelu došlo k záměně problému (complaint) jedince za symptom. Kupříkladu, jedinec přichází s problémem vyčerpání, na což se pohlíží na symptom – tedy jako na následek příčiny, která vzniká na somatické rovině. V tomto pojetí problému se však opomíjí skutečnost, že každý problém pacienta má z fenomenologického hlediska určitý smysl – který může vyjadřovat určitou otázku nebo touhu v životě člověka. Je potřeba si klást otázku, zda člověk přichází za odborníkem pouze proto, aby mu nabídl řešení problému, nebo zda rovněž nepřichází za odborníkem s potřebou hlubšího porozumění problému v rámci kontextu jeho života a prožívání. Fenomenologický přístup k psychopatologii nabízí místo „honu za příčinami“ (explanace) porozumění žité zkušenosti člověka (Stanghellini et al., 2019).

V druhé řadě se vede diskuze o tom, že v dnešní době se na psychopatologii pohlíží jako na synonymum **nosologie**<sup>26</sup>, přičemž toto pojetí s sebou také nese určitá negativa. Cílem nosologie je klasifikace s primárním záměrem sestavit diagnózu. Pokud postavíme rovnítko mezi psychopatologií a nosologií, přirozeně nastane, že si odborník bude všimnout pouze symptomů, jež jsou relevantní z hlediska diagnostických klasifikačních systémů. Pakliže omezíme naše studium pouze na tyto relevantní symptomy, opomíjíme tím ostatní rozličné elementy subjektivního prožívání jedince. Naše porozumění člověku a jeho subjektivnímu světu je tímto limitováno, přičemž takto je rovněž zamezováno vzniku nového poznání v oblasti psychopatologie (Stanghellini et al., 2019).

V kapitole zaměřené na fenomenologii jako filosofický směr jsem již naznačila, že v tomto pojetí se fenomenologie pojímá odlišným způsobem ve srovnání s jejím užíváním v psychiatrii, potažmo i v psychopatologii. Průkopník ve fenomenologickém výkladu psychopatologie – **Karl Jaspers** – popsal svoje užití pojmu fenomenologie následovně (1968). Fenomenologie je v tomto pojetí aplikována pouze na *pole individuální subjektivní zkušenosti*. Stejně jako Husserl užíval tento pojem ve smyslu „deskriptivní psychologie“ - v souvislosti s fenomény, které se jeví v našem vědomí; tak v tomto smyslu jej míní i Jaspers. Dále Jaspers (1968, s. 55) udává, že fenomenologie je pro něj „čistě empirickou metodou bádání stojící na výpovědi pacientů“. V tomto případě se však objekt (tj. subjektivita pacienta) zcela liší od objektu v přírodních vědách, neboť je nepřístupný čistě smyslové zkušenosti, přičemž my máme přístup pouze k reprezentaci této subjektivity, které se nám dostává skrze pacienta. Součástí celého procesu pozorování jsou také logické

---

<sup>26</sup> Nosologie je nauka o chorobách (Hartl & Hartlová, 2010).

principy – vytváření systematických kategorií. Na jedné straně je zde snaha o systematické uspořádání vzájemných vztahů mezi zkoumanými fenomény, vytváření logického řádu; na straně druhé věnuje fenomenologie pozornost také fenoménům, kde principy logiky nefungují – vágnímu, neočekávanému a ojedinělému.

Fenomenologický výklad psychopatologie staví subjektivitu na první místo. Zkoumá se **struktura subjektivní zkušenosti** – strukturou se míní **forma** zkušenosti. Forma určuje strukturu zkušenosti, přičemž každá forma má svůj konkrétní **obsah**. V rámci jedné formy lze objevit vícero obsahů a dochází také k proměnám obsahu v čase. Kupříkladu, rozlišujeme halucinaci (formu) od jejího obsahu, kterými mohou být – např. hrozivý muž či bájná krajina. Rozdělení na formu a obsah je centrálním tématem fenomenologického výkladu zkušenosti. Forma je manifestací určitého módu existence, v jejíž rámci nám jsou posléze prezentovány obsahy subjektivní zkušenosti (Jaspers, 1968). Psychické obsahy jsou ryze individuální záležitostí a napomáhají k odkrývání vzájemných smysluplných vztahů mezi psychickými fenomény (Stanghellini, 2010 in Stanghellini & Aragona, 2016).

Mullen (2007) tento přístup popisuje jako projekt, který se systematicky zaobírá studiem subjektivní zkušenosti a chováním člověka, aniž by primárně vycházel z teoretických konceptů a dalších předpokladů. Podle něj jedno z pojetí fenomenologického přístupu k psychopatologii může vypadat jako způsob *popisu subjektivního prožívání*<sup>27</sup> a chování pacientů. V tomto popisu je hlavní snahou přistupovat jak k výpovědi jedince ohledně jeho subjektivní zkušenosti, tak k našemu pozorování člověka, bez našich předpokladů o tom, co je a není významné. Základem je především naše *porozumění člověku*. Dále je možno k subjektivní zkušenosti jedince přistupovat způsobem, že naší snahou bude odvodit jakýsi základní *smysl*, tj. *esenci* či podstatu této zkušenosti. Tento přístup, který ve své praxi začal aplikovat psychiatr Eugène Minkowski, se nazývá strukturální analýza<sup>28</sup>. V rámci strukturální analýzy se psychopatolog dopátrává jakési základní disturbance, ze které je možno odvodit ostatní abnormality pacientovy subjektivní zkušenosti. Za třetí pojetí fenomenologického výkladu psychopatologie lze považovat uchopení subjektivní zkušenosti člověka skrze *analýzu jejich kategorií*<sup>29</sup> jako je např. čas,

---

<sup>27</sup> Toto lze nazvat i jako tzv. deskriptivní metodu, která bude nastíněna v následující kapitole pojednávající o metodách fenomenologického výkladu psychopatologie.

<sup>28</sup> Strukturální analýzou se budu blíže zabývat v následující kapitole pojednávající o metodách fenomenologického výkladu psychopatologie.

<sup>29</sup> Analýzou kategorií, jakožto jednou z metod fenomenologického výkladu psychopatologie, se rovněž budu zabývat v následující kapitole týkající se metod.

prostor, tělesnost a kauzalita. Tento přístup rozvinul Ellenberger, který se inspiroval existenciály Heideggera (Mullen, 2007).

Namísto abychom se snažili skutečnost zachytit takovou, jaká by měla být, se usiluje o to jít po vzoru Husserla a jeho známého tvrzení „k věcem samotným“ a začít věci uchopovat tak, jak jsou. Fenomenologický výklad psychopatologie může být svou povahou pro odborníka velmi osvobozující, neboť vytváří prostor pro subjektivní zkušenost, přičemž násilně nevnučuje jakousi formu klasifikace či způsoby vyšetření, které v konečném důsledku redukuje samotný subjekt. Tak jako tak, tento přístup především dovoluje zaujmout postoj opravdové zvědavosti a údivu při konfrontaci se subjektivní zkušeností pacientů (Mullen, 2007).

### 3.4 Metody

Základem je neopomenout popsat metody fenomenologického výkladu psychopatologie. Toto bude cílem této kapitoly, avšak ráda bych zdůraznila, že o této problematice se stále vedou debaty a nepanuje jednoznačná shoda v používání metod (Stanghellini et al., 2019). Nicméně v problematice se lze dopátrat hlavních styčných bodů, které v této podkapitole budou zmíněny.

Jako hlavní cíl fenomenologického výkladu psychopatologie lze uvést *zkoumání subjektivních stavů vědomí pacienta*. Postup, který vede k tomuto cíli Ellenberger (1958), rozděluje do tří kroků:

1. **Deskriptivní metoda**
2. **Strukturální analýza (hledání „jádrového faktoru“)**
3. **Analýza kategorií**

**Deskriptivní metoda** se spoléhá na popis subjektivních prožitků ze strany pacienta. Jaspers (1968) píše, že v této první fázi usilujeme o to dozvědět se, co se s pacientem děje, čím si prochází a jak se cítí. Je nutné se oprostit od teoretických konstruktů, interpretací a našeho hodnocení; což odpovídá *pozici epoché*, kterou jsem v této práci již zmiňovala. V našem zájmu by mělo být prosté setkání s člověkem, kterému chceme porozumět, přičemž následně chceme popsat jeho zkušenost. Zde bych ráda poznamenala, že s tímto dle mého názoru souvisí důležitá kvalita psychologa/psychiatra – tj. umění setkání s člověkem. To všechno vyžaduje *postoj otevřenosti*, charakteristický pro fenomenologa. Jak Jaspers zdůrazňuje, takový postoj není pro člověka samozřejmostí a je potřeba se ho trpělivě a

vytrvale učit. Podle Steinbocka (2019) je postoj otevřenosti fenomenologickou metodou, která jedinci umožňuje být fenoménem zasažen. Dále Jaspers (1968) píše, že ve snaze o fenomenologický přístup k jednotlivci nezáleží ani tak na naší zkušenosti co do počtu vyšetřených pacientů, jako spíše na naší schopnosti „ponořit se do hloubky“ u konkrétního pacienta. V této fázi posléze zkoumáme všechny psychické fenomény, které se v procesu výpovědi pacienta o jeho subjektivní zkušenosti „vynoří“ – můžou to být např. halucinace, emoční stavy, motivace apod.

Deskriptivní metoda nám poskytuje materiál, přičemž je potřeba s tímto materiálem dále pracovat ve smyslu hledání spojitostí a vzájemných vztahů mezi psychickými fenomény – tuto metodu nazýváme **strukturální analýzou**. Zde je důležité zdůraznit, že tato metoda se řídí principem jednoty psychických stavů každého jedince, tj. všechny psychické fenomény jedince jsou propojeny do smysluplných vztahů a vytvářejí jednotný celek neboli gestalt. Gestalt není nikdy pouhou sumou jeho jednotlivých částí. Ve strukturální analýze si všímáme propojení mezi jednotlivými fenomény a snažíme se najít „strukturu“, gestalt nebo jakýsi *jádrový faktor*, který tvoří hlavní linii v subjektivním prožívání pacienta a činí vzájemné vztahy mezi jednotlivými psychickými fenomény srozumitelné. Např. **Eugène Minkowski** se v rámci jeho strukturální analýzy snažil definovat určitou základní disturbanci (*trouble générateur*), ze které je pak možno dedukcí odvodit obsahy vědomí a symptomy pacienta. Když tedy zkoumal melancholického pacienta, dle jeho názoru je takovou základní disturbancí prožívání času, který již není prožíván jako hnací síla pro život. Čas v subjektivním prostoru jedince plyne jakoby „pozpátku“, což lze popsat analogií řeky, na které postaví bariéra a jejíž přirozený tok je tímto narušen. V konečném důsledku je veškerá pozornost takového melancholického jedince zaměřena na minulost, přičemž budoucnost je „zablokovaná“ a přítomnost stagnuje. Z této základní disturbance lze posléze odvodit i další symptomy (Ellenberger, 1963).

Podle Stanghelliniho a Aragony (2016) psychické symptomy u pacienta nejsou jakási arbitrárně se vyskytující narušení, nýbrž jsou manifestací určité implicitní změny „jádra“ fundamentálních struktur pacientovy subjektivity. Právě toto fundamentální „jádro“ „prosakuje“ skrze jednotlivé symptomy a díky němu je syndrom specifický a charakteristický svým Gestalem, který bývá označován jako *fenomenologická esence* (phenomenological essence).

Fenomenologický přístup v psychopatologii nezavrhne psychologický rámec ve vztahu v psychopatologii, který rozlišuje koncepty jako např. intelekt, pozornost, vůle,

afektivita apod. Nicméně fenomenologický výklad psychopatologie se při zkoumání subjektivního prožívání jedince zabývá také odlišnými kategoriemi, které jsou odvozeny především z existenciálů a dalších kategorií vycházejících z fenomenologického uvažování. Tuto metodu nazýváme **analýzou kategorií**. V rámci této metody se usiluje o rekonstrukci subjektivní zkušenosti pacienta, na základě toho, jak prožívá kategorie jako např. čas, prostor, kauzalitu. Některé tyto kategorie budou podrobněji popsány v souvislosti se schizofrenií v následující kapitole této práce (Ellenberger, 1958).

Je nasnadě, že psychické fenomény pacientů nelze pozorovat přímo. Proto je nutné položit si otázku: jak je možné zachytit, popsat, diferencovat a pojmenovávat psychické fenomény? Stanghellini a Aragona (2016) uvádějí jako hlavní metodu fenomenologického výkladu psychopatologie **empatické porozumění**. Při podrobnějším zkoumání jsem došla k závěru, že tato metoda je součástí všech třech výše zmíněných metodických postupů. Stanghellini a Aragona (2016) popisují empatické porozumění jako akt, při kterém zpřítomňujeme subjektivní prožitky pacienta v našem vědomí, přičemž dochází k určité transpozici a následnému „znovuprožití“ toho, co prožívá náš pacient. Tento akt empatie v konečném důsledku umožňuje porozumět subjektivní a osobní zkušenosti pacienta, a poskytuje nám materiál, se kterým je možno pracovat vědecky.

Jaspers (1968) rozlišuje empatické porozumění dvojího druhu: **statické porozumění** (static understanding) a **porozumění geneze** (genetic understanding). V rámci porozumění na statické úrovni jsme schopni rozpoznat a popsat různé psychické stavy a charakteristiky prožívání u pacienta. Pokud jde o tzv. porozumění geneze, zde se usiluje o zachycení „psyché v pohybu“, přičemž se zaměřuje na vzájemnou propojenost psychických událostí a jakým způsobem postupně přechází jeden psychický stav do druhého. Porozumění geneze nelze zaměňovat s hledáním kauzality, které je aplikováno v přírodních vědách. Psychické události na sebe navazují způsobem, kterému jako lidé skrze empatii přirozeně rozumíme. Obecně vzato se jedná o porozumění psychické reakci na určitou zkušenost. Je pro nás tedy samozřejmé rozumět skutečnosti; když např. člověk, kterému je ubližováno dostane hněv a zaujme obranný postoj, nebo když jedinec, kterému byl partner nevěrný začne být vůči všem okolo nadměrně podezřívavý. Takovým způsobem se posléze můžeme pokusit porozumět genezi vášně, bludu, snu, abnormalitě v osobnosti nebo jak pacientovo sebepojetí utváří jeho psychický vývoj.

Co se týče empatického porozumění, Stanghellini a Aragona (2016) zdůrazňují „problém vzdálenosti“. Ballerini (2003, in Stanghellini & Aragona, 2016) píše, že důležitá

je schopnost psychopatologa modifikovat vzdálenost mezi ním a pacientem. Podle jeho názoru mezi psychopatologem a pacientem kontinuálně dochází ke změně interpersonální vzdálenosti, přičemž probíhá oscilace mezi extrémy – buďto naprosté fúze s pacientem, kdy se na něj psychopatolog naladí „existenciálně“ nebo objektivního neosobního přístupu k pacientovi.

Ohledně dalších charakteristik empatického porozumění, Jaspers (1968) opakovaně zmiňuje, že jeho možnosti jsou omezené. Jednak se vyskytují omezení na straně psychopatologa, které se můžou týkat např. jeho dispozic (Jaspers, 1968); jednak není vždy možné empatické „znovuprožití“ zkušenosti pacienta (Stanghellini & Aragona, 2016). Nicméně Ballerini (2003, Stanghellini & Aragona, 2016) předkládá, že limity empatického porozumění souvisí taktéž s konzistentností, hloubkou a trváním vztahu psychologa s klientem/pacientem. Dle mého názoru není na škodu se u tohoto tvrzení pozastavit. Nabízí se zde otázka, do jaké míry je možno empatické porozumění uskutečňovat v rámci současného systému psychiatrické péče. Domnívám se, že současný systém neposkytuje ideální podmínky pro konzistentnost, hloubku a trvání vztahu mezi pacientem a psychologem/psychiatrem.

Při detailnější analýze konceptu empatického porozumění však vyvstávají určitá problematická místa, která jsou epistemologického rázu. Tak tedy, implicitní podmínkou empatického porozumění je: 1) mít přístup ke svým vlastním emocím a 2) nutnost rozeznat své vlastní emoce od emocí druhé osoby. Nabízí se první otázka, zda a do jaké míry máme jako lidé opravdu přístup ke svým vlastním emocím – zde je akcentován problém introspekce. V návaznosti na druhou implicitní podmínku je potřeba se tázat, jak si člověk může být jistý, že si pouze neprojikuje své vlastní emoce do druhé osoby. V tomto případě se dotýkáme problému empatie (Stanghellini, 2013; in Stanghellini & Aragona, 2016). Tyto složité otázky by si jistě zasloužily více prostoru, avšak není možno se jimi blíže zabývat, neboť by to přesahovalo rámec této práce.



## ČÁST II.

## 4 FENOMENOLOGICKÝ VÝKLAD SCHIZOFRENIE

V této části práce se dostáváme ke konkrétní problematice v rámci fenomenologického výkladu psychopatologie – tj. ke **schizofrenii**. Tato část je členěná do dvou kapitol, což má své logické opodstatnění. Jak jsem již naznačila v jedné z předchozích kapitol, co se metod fenomenologického přístupu týče, lze hovořit o *analýze kategorií* a *strukturální analýze*. První kapitola je tedy koncipována jako analýza jednotlivých kategorií, přičemž se v ní budu věnovat fenoménům subjektivní zkušenosti u schizofrenie z hlediska vybraných základních kategorií (témat) fenomenologického přístupu. Druhá kapitola se zaměřuje nejen na fenomény, ale především na pojetí schizofrenie jako celku a v jednotlivých kapitolách jsou uvedeni vybraní fenomenologicky orientovaní představitelé a jejich výklady schizofrenie. Druhá kapitola tedy odpovídá strukturální analýze, neboť každý v těchto představitelů v rámci své koncepce prezentuje svůj pohled na jádrový faktor schizofrenie. Závěrem je pro objasnění členění této části je nutno zmínit, že jsem se v této části rozhodla postupovat od částí (subjektivním fenoménům v rámci kategorií) k celku (jádrovému faktoru v pojetí vybraných představitelů).

### 4.1 Základní kategorie fenomenologického výkladu schizofrenie

V rámci fenomenologie se objevuje spousta kategorií (témat), kterými je možno se v rámci klinického bádání nechat oslovovat. V této práci se zaměřím na čtyři zásadní kategorie, kterými jsou – *čas*, *prostor*, *self* a *intersubjektivita*. Tyto kategorie jsou relevantní právě z hlediska schizofrenie. V této kapitole tak bude přiblížena řada fenoménů, které se podle různých autorů vyskytují v rámci subjektivní zkušenosti schizofrenie, čímž bude moci čtenář do určité míry proniknout do složité schizofrenní zkušenosti.

#### 4.1.1 Čas

Čas je základním tématem fenomenologie, přičemž aspekty času ve svém díle rozebírá jak Husserl, tak Heidegger. V rámci psychopatologie se kategorií času zabírali např. **Karl Jaspers**, **Eugène Minkowski**, **Ludwig Binswanger** nebo **Arthur Tatossian** (Fuchs &

Pallagrosi, 2018). V současnosti se tímto tématem v souvislosti s psychopatologií hojně zabývá především **Thomas Fuchs** spolu s **Maurem Pallagrosim**.

Husserl podrobně analyzuje časovost (subjektivní zkušenost s časem) a zdůrazňuje její tři elementy – *retence*, *prezentace* a *protence*. Porozumět těmto elementům lze prostřednictvím příkladu s melodií. Pokud si tedy představíme melodii, jak jednotlivé tóny plynou v řadě za sebou, tato zkušenost nám ukazuje, že nevnímáme jednotlivé tóny v izolaci. Melodii vnímáme jako určitý celek v časové kontinuitě, přičemž jsme schopni si uchovat v mysli tóny, které jsme zrovna slyšeli; a zároveň očekáváme tóny, které teprve přijdou. Hudební dílo se nám nejeví jako od sebe nesouvisle oddělená řada tónů. Co se týče prezentace, to je jakási primární imprese v přítomném okamžiku; tj. tón, který slyšíme právě teď. V mém vědomí je však stále ještě uchována imprese předchozího okamžiku – retence. Nicméně v přítomnosti jsme rovněž naladěni na budoucnost, což v sobě obsahuje určité očekávání toho, co bude navazovat na proud minulosti a přítomnosti – to je nazváno protencí. Jinými slovy – retence, prezentace a protence znázorňují časovou kontinuitu (Fuchs & Pallagrosi, 2018).

Dalším aspektem času je *konotace*, přičemž ta je afektivně-konativního charakteru. Podle Fuchse (2019) se konotace svým významem blíží konceptům jako drive, usilování (striving), touha (urge) nebo emoce (affection). Slouží jako základ pro spontaneitu, afektivní směřování, pozornost a dosahování cílů. Konotace je stěžejní pro prožívání času a projevuje se ve změnách úrovně motivace, např. v manických nebo depresivních stavech. Během mánie se konotace „zesiluje“, na druhou stranu během depresivních stavů dochází k určitému „zpomalení“ této afektivně konativní složky.

Výše zmíněné odstavce popisující 1) retenci, prezentaci, protenci a 2) konotaci charakterizují aspekty **implicitní časovosti** (Fuchs, 2019). Ta je podle Fuchse (2019) jakýmsi podtónem, který neustále probíhá, aniž bychom si tuto časovost uvědomovali. Implicitní zkušenost s časem zakoušíme např. během ponoření se do určité činnosti, což bychom rovněž mohli přirovnat ke stavu flow. Je třeba poznamenat, že implicitní časovost je nutně propojena s dimenzí tělesnosti. Implicitní časovost souvisí také s intencionalitou, přičemž zde je nutné zmínit pojem **Maurice Merleau-Pontyho** tzv. *intencionální oblouk*, v jehož rámci je tělo považováno za prostředníka mezi naší pozorností, aktivitou a jeho cílem. Wyllie (2006; in Fuchs, 2019) udává, že časovost jako taková úzce souvisí se zkušeností tělesnosti každého jedince, který právě skrze své tělo a jeho potenciál či schopnosti směřuje ke světu.

Kromě implicitní časovosti je však Fuchsem (2013) také popsána **explicitní časovost**. Již ze samotného názvu vyplývá, že na rozdíl od implicitní časovosti si explicitní časovost uvědomujeme. Tato zkušenost explicitní časovosti vzniká, když nás jakási událost vytrhne z nevědomé implicitní časovosti. To kupříkladu znamená, že jsme „vyrušení“ jakousi náhlou událostí – zklamáním, studem, šokem z příliš hlasitého zvuku, ohromením, zlomem v důležitém vztahu či bolestivou ztrátou.

Jinými slovy, zkušenost explicitní časovosti zpravidla nastává skrze narušení implicitní časové kontinuity, čímž se vytváří jakási „trhlina“ v bytí a čas se tímto subjektivně rozděluje na segmenty *minulosti*, *přítomnosti* a *budoucnosti* (Fuchs, 2013). Můžeme si představit tyto prosté situace, že jdeme 1) příliš pozdě na schůzku, 2) nemůžeme se dočkat letní dovolené nebo 3) rozjímáme nad vzpomínkami o dávných láskách. Na těchto příkladech je možné si povšimnout buďto trhliny mezi 1) plánem a jeho uskutečněním, 2) touhy a jejím naplněním, nebo 3) přítomností a ztrátou (Fuchs, 2013, in Fuchs, 2019). Je rovněž potřeba od sebe odlišit případy, kdy se vytvoří trhlina mezi „přítomností a minulostí“, přičemž časovost prožíváme jako „už ne“; nebo „přítomností a budoucností“, když je časovost prožívána jako „ještě ne“ (Fuchs, 2019).

Dále Fuchs (2013, 2019) rozlišuje **intersubjektivní časovost**, která je charakterizována časovou synchronizací mezi individuálními a sociálními procesy. Míní se tímto taktéž synchronizace časovosti mezi jedince s druhým člověkem. Zatímco zkušenost implicitní časovost je spojována se stavy synchronizace mezi individuálními a sociálními procesy, explicitní časovost se vyznačuje desynchronizací mezi těmito procesy. Dlouhodobá desynchronizace intersubjektivní časovosti je typická zejména pro psychopatologické stavy. Příkladem může být zkušenost zármutku, kdy se truchlící nedokáže oprostít od sdílené minulosti se zemřelým, přičemž čas na sociální rovině u druhých lidí stále plyne a beze změny pokračuje bez ohledu na tuto individuální zkušenost jedince (Fuchs, 2013). Tímto dochází k desynchronizaci intersubjektivní časovosti, která může ústít až do depresivních stavů.

Skrze optiku výše zmíněných aspektů subjektivní zkušenosti s časovou dimenzí se lze zabývat zkušeností časovosti různých psychopatologických stavů, přičemž nás v této práci zajímá **zkušenost schizofrenie**. Fuchs a Pallagrosi (2018) zdůrazňují fenomén *fragmentace* u jedinců trpících schizofrenií. Konkrétněji, u těchto osob se projevuje fragmentace výše zmíněného intencionálního oblouku, který je zodpovědný za procesy vnímání, myšlení, chování. Následkem jsou kupříkladu *poruchy myšlení* (např. myšlenkové

zárazy), *pasivita* či fenomén „*vkládání myšlenek*“. Toto narušení sebe-koherence rovněž postihuje intersubjektívni časovost, přičemž dochází k její desynchronizaci.

Když dochází k **dezintegraci intencionálního oblouku** u osob se schizofrenií, je primárně postižena protence – tedy očekávání budoucnosti a naladění se na ni – což vytváří nepřírozené „trhliny“ v proudu vědomí, konkrétně týkající se zkušenosti implicitní časovosti. Výsledkem narušení protence jsou myšlenkové zárazy a obecně prožitek blokace myšlenek. Je-li fungování protence narušeno, je tímto narušen přirozený subjektivní tok a nově přicházející podněty z okolí na tento tok bezprostředně nenavazují. Takový jedinec bude tuto situaci pravděpodobně prožívat jako zahlcenost rozličnými podněty, které postrádají smysluplnou návaznost. Intruze na sebe nenavazujících podnětů v subjektivitě jedince vyvolá zmatek projevující se rovněž v interpretaci vnějších událostí – což se dále může projevit jako *blud* (Fuchs & Pallagrosi, 2018).

Fuchs a Pallagrosi (2018) dále zdůrazňují, že s kontinuitou implicitní časovosti souvisí vnitřní sebeuvědomění. Pokud se syntéza zkušenosti časovosti narušena, nejen že pacient ztrácí pocit kontinuity vznikajících vnějších událostí, avšak rovněž je postižen *prožitek kontinuity vlastního self*. Integrita retence, prezentace a protence je pro tento prožitek vlastního self nezbytná.

V prvopočátcích choroby, tedy v premorbidním stádiu, kdy ještě nelze hovořit o narušení intencionálního oblouku, jsou pozorovatelné fenomény spíše subtilnějšího rázu. Jedinec „ztrácí důvěru“ v koherenci a identitu své zkušenosti. Na to pak navazují pocity odcizení a celkový pocit dezintegrace, přičemž jedinec na tyto pocity reaguje přílišnou snahou o sebekontrolu a hyper-reflexí, což je ve své podstatě kompenzační reakce na vnitřní subjektivní zkušenost jedince (Fuchs & Pallagrosi, 2018).

V rámci schizofrenie je taktéž nutné zmínit se o *intersubjektívni oblasti* a jak ji jedinec trpící tímto onemocněním prožívá. Dochází k narušení přirozené rezonance s druhými lidmi způsobené desynchronizací individuální a sociální časovosti. Jinými slovy, takový jedinec se nedokáže naladit na druhého člověka a na sociální sféru obecně. Důsledkem pak zpravidla bývá „autistické stažení se“, které slouží jako únik před mnohostí podnětů a složitými sociálními situacemi, které taková osoba nedokáže zpracovat. S desynchronizací intersubjektívni časovosti souvisí také koncept bludu. Člověk je oddělen od mezilidské, tj. intersubjektívni roviny, čímž je „uvězněn“ ve svém vlastním světě, který je nedotknutelný a velmi rigidní. *Blud* ve své podstatě umožňuje jedinci integrovat

nesrozumitelné izolované fragmenty přicházející z vnějšku, které vznikají následkem desynchronizace intersubjektivní časovosti. Blud posléze dává vzniknout relativně koherentnímu rámci pro všechny tyto podněty, čímž jedinec konečně prožívá svět jako srozumitelný (Fuchs & Pallagrosi, 2018).

Lze tedy stručně shrnout, že z fenomenologického hlediska časovosti podle Fuchse a Pallagrosiho lze zkušenosti schizofrenie rozumět jako určité fragmentaci intencionálního oblouku, která ústí v dezintegraci implicitní časovosti. To se projevuje především v narušené protenci, a osoba trpící schizofrenií není schopná se naladit na budoucnost a celkově integrovat nově přicházející podněty do smysluplného celku. Konkrétním projevem tak mohou být například poruchy myšlení ve formě zárazů. Důležitým fenoménem je rovněž ztráta prožitku kontinuity vlastního self. Intersubjektivní časovost je taktéž desynchronizována a osoba trpící schizofrenní zkušeností pak není schopná naladit se na druhé lidi a na sociální rovinu obecně.

Fuchs se časovostí zabývá do hloubky, přičemž je možno si povšimnout, že ve svých úvahách rozvíjel myšlenky o poruchách subjektivní zkušenosti s časem ve smyslu jádrového faktoru, nebo jak to nazývá Minkowski – *trouble générateur*. Nyní se však ještě přesunu k Jaspersovi a fenoménům týkajících se časovosti, kterých si všiml u pacientů se zkušeností schizofrenie. Je to ovšem ryze deskriptivní popis abnormálních fenoménů, které Jaspers pozoroval.

**Jaspers** (1968) ve svém díle *Obecná psychopatologie* uvádí základní charakteristiky standardního prožívání času. Zkušenost s časem zahrnuje především bazální *uvědomění stálosti naší existence*, bez kterého není možno si uvědomovat proud času. Uvědomování si proudu času je ve své podstatě tzv. *zkušenost základní kontinuity*, kterou Minkowski nazývá *temps vécu*. Dalším aspektem časové zkušenosti je určité *směřování*, které nás orientuje směrem do budoucna. Výchozím bodem pro směřování je uvědomování si přítomnosti, která je mostem klenoucím se mezi minulostí a budoucností. Pro zajímavost, Jaspers (1968) se taktéž zmiňuje o zkušenosti s časem, kterou lze přeložit jako *bezčasí*, kdy se člověk dostává do kontaktu s Bytím. Subjektivní zkušenost bezčasí je součástí transcendentních stavů.

U osob s psychózou se projevuje např. prožívání **diskontinuity času** (Jaspers, 1968). Příkladem je podle Jasperse (1968) výpověď pacienta, který vnímá, že v přechodech z jednoho momentu do druhého „padá z nebe“, čas se jeví jako „prázdný“ a uvědomění si proudění času je ztraceno. Typický pro tento fenomén případ Boumanova pacienta, který

během přemístění z jedné instituce do jiné cítil, že byl násilně „transplantován“ z jednoho místa na druhé, jako by oba tyto momenty stály vedle sebe, odtrženy, bez jakéhokoliv propojení.

Jako samotný abnormální fenomén u osob se schizofrenií uvádí Jasper (1968) zkušenost, kdy je čas prožíván jako **nehybný, splývající v jedno** či **zastavený**. Tito jedinci sdělují, že dochází k určité transformaci jejich zkušenosti časovosti, ve formě přechodných intenzivních atak. Ze subjektivního hlediska na jedince tyto zkušenosti zpravidla působí podivně, či až nadpřirozeně. V rámci této zkušenosti je popisován **kolaps konceptu času**.

Pro jedince už takřka neexistuje zkušenost budoucnosti či přítomnosti, příkladem je tato výpověď ženy: *„Přítomnost již není, jsou pouze zpětné stopy do minulosti; budoucnost ustupuje – minulost je vyloženě intrusivní, celá mě obklopuje, vtahuje mě zpátky.“* (Jaspers, 1968, s. 86).

Další žena trpící schizofrenií popisuje bezútešnou zkušenost, kterou lze popsat jako jakési **prázdné bezčasí**. Stejně jako u ženy zmíněné výše vše směřuje spíše do minulosti. Tato žena ustrnula v rigiditě. Zatímco zbytek světa se nachází v dynamickém proudu života, toto dění probíhá naprosto mimo ni:

*„Život je jako prázdný běžící pás. Sice běží, ale je pořád stejný. Netušila jsem, že smrt vypadá takto...Žiju ve věčnosti...mimo ni se vše pohybuje normálně...listí padá, ostatní procházejí oddělením, ale pro mě čas neplyne...když ostatní pobíhají v zahradě a listí poletuje ve větru, moc si přeji, abych byla schopná běžet také a aby čas konečně začal proudit, ale já jsem tady uvězněná. Čas je nehybný...člověk osciluje mezi minulostí a budoucností...je to nudné, ta nekonečnost času. Bylo by tak skvělé začít znovu od samého začátku a naladit se na ten správný čas, ale já nemůžu...vtahuje mě to zpět, ale kam? Tam, odkud to pochází, tam, kde to bylo předtím...jde to do minulosti – v tom spočívá jeho nepolapitelnost...čas se slévá do minulosti...stěny, které stály tak pevně na svých základech se zhroutily. Víím, kde se nacházím? Ale ano, avšak čas zde není, proto je neuchopitelný...jak je možné jej zachytit? Čas se zhroutil.“* (Jaspers, 1968, s. 87).

V dalším případě je možno vnímat vnitřní otřes, kdy dojde ke **kolapsu konceptu času**. Podle následující výpovědi si jedinec prožil jak naprosté *oddělení od minulosti*, tak *splynutí všech časových rovin* do jedné. Vnitřní zkušenost jedince se tak stává naprostým chaosem, kde chybí srozumitelná vodítka pro život:

„Byl jsem odříznutý od své minulosti, jako by se nikdy nestala a nebyla plná těch všech stínů...jako by život začal až teď...následně se minulost otočila a vše se smíchalo dohromady a nic už nebylo srozumitelné; najednou se vše otrásllo a spadlo jako křehká dřevěná chatrč...nebo bych to přirovnal k obrazu s dobrou perspektivou, z něhož se rázem stalo dvou dimenzionální dílo, čímž se ‚scvrklo‘.“ (Jaspers, 1968, s.87).

#### 4.1.2 Prostor

Prostor a čas spolu nezbytně souvisí. Jaspers (1968) se zamýšlí, že všechny objekty ve světě se v subjektivní zkušenosti nabízí skrze kategorie prostoru a času. Tyto kategorie jsou univerzální a nelze je v subjektivním prožívání jaksi transcendovat. Je však nutné poznamenat, že čas a prostor nejsou prožívány samy o sobě, nýbrž vždy v souvislosti s nějakým objektem. Časová a prostorová dimenze jsou přítomny jak v abnormální, tak v normální subjektivní zkušenosti, přičemž dochází pouze k modifikaci jejich formy, tedy způsobu, jakým jsou prožívány. Čas a prostor jsou v subjektivní zkušenosti uskutečňovány skrze jejich obsah.

Na úvahy Husserla a Heideggera ohledně zkušenosti s prostorem navazují **Erwin Straus**, **Ludwig Binswanger**, **Eugène Minkowski** a **Maurice Merleau-Ponty** a **Karl Jaspers**. **Henri Ellenberger** (1958) aplikuje úvahy některých těchto fenomenologů do klinické praxe. V současnosti se tímto tématem zabírá například **Annelise Norlyk**, **Bente Martinsen** a **Karin Dahlberg** (2013) nebo **Johl Krueger** a **Amanda Tailor Aikenová** (2016).

Dle Merleau-Pontyho (2005, in Norlyk, Martinsen & Dahlberg, 2013) je *prostorovost* (subjektivní zkušenost s prostorem) existenciálem, který odkazuje na svět, ve kterém se lidské bytosti pohybují. Prostor je něčím základním v našich životech, přesto však málokdy probíhá reflexe týkající se našeho vztahu k němu. Tak jako tak, způsob, jakým se člověk vztahuje k prostoru, do značné míry ovlivňuje naši subjektivní zkušenost, či dokonce naše well-being (Norlyk, Martinsen & Dahlberg, 2013).

Co se týče fenomenologického hlediska, v klinické praxi je nejprve potřeba prozkoumat pacientův nejzjevnější *postoj k prostoru*. Když si fenomenolog všimá postoje u druhého člověka, zjistí, že existuje nespočet možných způsobů vztahování se k němu. Někdo usiluje o dobytí či prozkoumání prostoru, někdo zase o jeho pečování či obranu. Další člověk se jej může snažit organizovat či zužitkovat. Lze si též představit, že si jedinec svůj prostor vymezuje nebo jej měří. Během svého života jsme již jistě potkali člověka, který se



v prostoru „roztahuje“, nebo naopak svůj prostor omezuje a vystačí si se stísněným prostorem. Rovněž si můžeme všimnout, že někdo je ve svém životním prostoru zakořeněný, někdo naopak vykořeněný a životem se spíše „jen tak toulá“. Můžeme pozorovat, že někteří jedinci se rozhodnou pro útěk buďto se svého objektivního prostoru např. skrze emigraci či fugu, nebo utíkají ze svého psychického prostoru např. skrze fantazie (Ellenberger, 1958). Toto je spíše základní pohled na problematiku prostorovosti, nyní však nastíním některé základní modalities subjektivní zkušenosti prostoru.

**Binswanger** (1958, in Gröny, 2015) rozlišuje dva základní způsoby, jakým je možno prostor vnímat. Lze zaujímat postoj vědce orientovaného na *objektivní aspekty prostoru* jako např. nahoře/dole, vpravo/vlevo, vertikální/horizontální osu (Gröny, 2015). Tento způsob vztahování se k prostoru je podle Binswangera narušen především u osob s organickým poškozením mozku (Ellenberger, 1958). Dalším aspektem je **atmosféra prostoru** (attuned space), což je dle Binswangera emoční „zabarvení“ či intenzita emočního „podtónu“ prostoru. Oba výše zmíněné způsoby vnímání prostoru probíhají v subjektivní zkušenosti zároveň. Změny atmosféry prostoru a její důsledky na subjektivní zkušenost lze přiblížit na příkladu s láskou. V lásce je vzdálenost mezi námi a milovanou osobou transcendována, přičemž my prožíváme, jako by milovaná osoba byla blízko, přestože objektivně je daleko. Láska tedy subjektivně ruší prostorovou oddělenost. Pokud se vezme v potaz radost, ta „rozšiřuje“ prostorovou zkušenost a objekty v prostoru se posléze zdají jaksi zřetelnější. Naopak během zármutku se prostor zužuje a v rámci zoufalství dochází k naprostému vyprázdnění prostoru (Ellenberger, 1958).

Co se týče schizofrenní zkušenosti, Binswanger uvažuje o tom, že prostor u schizofreniků *ztrácí svou konzistenci*, přičemž průběh může být buďto progresivní nebo náhlý a dramatický<sup>30</sup>. U osob se schizofrenní zkušeností dochází právě k **deterioraci atmosféry prostoru** (Ellenberger, 1958).

S atmosférou prostoru souvisí taktéž pojetí **Minkowského**, který diferencuje mezi **světlým prostorem a tmavým prostorem**<sup>31</sup>. Ve světlém prostoru se člověk zpřístupňuje ostatním lidem, je jim otevřen, tak jako oni jsou otevřeni jemu. Situuje-li se jedinec v tomto

---

<sup>30</sup> S tím souvisí například pocit „konce světa“ (tzv. Weltuntergangsgefühl), který lidé se schizofrenní zkušeností mohou prožívat (Ellenberger, 1958).

<sup>31</sup> Okrajově lze rovněž nastínit třetí typ prostoru, tzv. osvětlený prostor (luminous space), který se objevuje v rámci mystických nebo extatických zkušeností. Jedinec s touto zkušeností pociťuje zaslepenost zářícím světlem. Zmínky o mystických zkušenostech v souvislosti s osvětleným prostorem lze nalézt např. v Písmu, literatuře středověkých židovských mystiků nebo v díle Giudo Hubera (Ellenberger, 1958).

subjektivním prostoru, připodobňuje se alespoň v určitých aspektech svého bytí druhým a zároveň s nimi vytváří vztah (Minkowski, 1970, in Sato, 2013). Ve své podstatě je to jakýsi sdílený prostor s ostatními lidmi. Ve světle se vyostřuje jak „Já“ jedince, tak také „Ty“, na základě čehož pak vzniká „My“. Jako fundamentální charakteristika světlého prostoru se uvádí tzv. *prožívaná vzdálenost* (distance vécue) mezi jedinci, která je subjektivně pocíťována jako volný prostor umožňující vznik dynamiky života (Ellenberger, 1958). Světlý prostor je spojován především se zrakovými smysly, avšak tmavý prostor je Minkowským asociován zejména s prožitky taktálního typu. Jak Minkowski (1970, in Sato, 2013) popisuje, tmavý prostor se nás „dotýká“, „obklopuje“ nás, „objímá“ či dokonce námi „prostupuje“ a „proniká“. Je třeba poznamenat, že právě ego, které je světlým prostorem nedotknutelné, je temným prostorem prostupováno, přičemž v tomto prostoru dochází často k jeho oslabení. Při pohybu ve světlém prostoru si jedinec uvědomuje sám sebe, avšak v temném prostoru toto uvědomění neprobíhá (Minkowski, 1970, in Sato, 2013). Temný prostor je prožíván nezřetelně a v mlze, přičemž jej nelze definovat jako pouhý nedostatek světla. Fenomenologicky vzato, temnota je černá, hutná a ponurá substance. V tomto prostoru se vytrácí již výše zmíněná prožívaná vzdálenost, čímž mizí i dynamika života a posléze se celkově zužuje životní prostor jedince. Temný prostor zamezuje otevřenost vůči ostatním lidem a spíše jej od druhých izoluje (Ellenberger, 1958). Nicméně, temný prostor se rovněž vyznačuje hloubkou, vnitřním bohatstvím a tajemstvím (Sato, 2013).

**Situovanost výhradně v temném prostoru** dle Minkowského vytváří podhoubí pro vznik perzekučního bludu a paranoidních halucinací. Ve světlém prostoru člověk prožívá určitou životní lehkost a úzkou propojenost s fenomény jako prožívaná vzdálenost a životní dynamika (Ellenberger, 1958). Nепrostupnost temného prostoru; jeho nezřetelnost, nejasnost, ponurost a tíha; pronikání temnoty skrze ego a izolace od ostatních; to vše jsou atributy, které implikují vznik *bludné atmosféry, perzekučního bludu* a posléze *paranoidních halucinací*.

Významný je Minkowského fenomén u osob se schizofrenní zkušeností, který se označuje **morbidní geometrismus** (morbid geometrism), kdy se projevuje intruze teoretického matematického prožívání prostoru do subjektivní zkušenosti jedince, přičemž takový člověk je typický svou přehnanou zálibou v hyper-symetrii (Ellenberger, 1958).

Skrze optiku subjektivní zkušenosti prostoru lze porozumět případu jedince s psychózou, který se domnívá, že je sledován neviditelným pozorovatelem, a zároveň slyší hlasy z jakéhosi vzdáleného prostoru. Nutno poznamenat, že takový jedinec si může být

vědom, že se tyto jevy vymykají objektivním zákonům reality. Pro pochopení si lze představit, že místo v tří-dimenzionálním modelu prostoru se tento člověk pohybuje v prostoru, jenž je obohacen o jednu dimenzi navíc, tedy ve **čtyř-dimenzionálním modelu prostoru** (Ellenberger, 1958).

Současné úvahy o prostorovosti v určitých bodech připomínají úvahy Minkowského o světlém prostoru jako subjektivním místě, na jehož základě jsme schopni pohybovat se v sociálním světě. **Johl Krueger** a **Amanda Tailor Aikenová** (2016) uvádí, že se u osob se schizofrenií objevuje **fragmentace sociálního prostoru**, která zamezuje prožívat sebe, druhé a objekty propojeně v určitém kontextu. Je narušeno vnímání prostoru jako něčeho, co sdílíme s druhými lidmi. Člověk také neprožívá prostor jako něco, co se jej osobně týká, tj. prostor už pro takového jedince není relevantní. V konečném důsledku je prostor *geometrized*, a je nahlížen pouze z hlediska jeho teoretických kvalit (Krueger & Aikenová, 2016). U fragmentace sociálního prostoru již není možné prožívat subjektivní smysluplnost, která z prostoru vytváří nám blízké místo, které potenciálně skýtá nespočet životních možností. Ráda bych poznamenala, že mně osobně geometrizace prostoru asociuje jakýsi „prostor bez duše“.

Právě skrze fenomén fragmentace sociálního prostoru u osob se zkušeností schizofrenie lze hlouběji porozumět často uváděným symptomům jako *derealizace* a *depersonalizace*. Prostorovost je přirozeně propojena s *tělesností* jedince, neboť tělo je zprostředkovatelem subjektivní zkušenosti s prostorem. Fuchs (2005, in Krueger & Aikenová, 2016) v souvislosti s tělesností uvádí, že v rámci schizofrenie dochází k osvojení si výhradně objektivního postoje vůči svému tělu, přičemž na tělo se nahlíží z vnějšku, jako by člověku již nepatřilo. Člověk nežije přirozeně ve svém těle, vzniká určitý **rozštěp mezi tělem a psyché**<sup>32</sup>. Pohyby a jednání posléze neprobíhají spontánně, mají jako by mechanický charakter, přičemž často nejsou prožívány jako součást jedince. Pakliže je tělo vnímáno jako cizí, mimika a gestikulace depersonalizovaného člověka postrádají jakýkoliv vnitřní smysl a návaznost na psychický svět člověka (Angyal, 1936, in Krueger & Aikenová, 2016).

Přirozená zkušenost člověka ve světě v sobě zahrnuje jakýsi bazální „pocit domova“ ve sdíleném prostoru, přestože si tento pocit většinou explicitně neuvědomujeme. Tento bazální pocit u osob se schizofrenií často chybí. *Dojmy zvláštnosti, apatie* či **pocit „bezdomovectví“** – i ty se můžou projevit v rámci fragmentace sociálního prostoru

---

<sup>32</sup> Tímto rozštěpem se ve svém díle *Rozdělené Self* zabýval Ronald D. Laing (2010), jehož koncepci se budu dopodrobna zabývat v jedné z následujících kapitol.

(Krueger & Aikenová, 2016). Taktéž je nutné zmínit, že se člověk v důsledku neschopnosti se naladit na sdílený prostor dostává do intenzivní izolace, přičemž usiluje o překonání tohoto problému skrze rozličná mechanistická řešení – např. algoritmy nebo taktiky (Krueger & Aikenová, 2016).

**Jaspers** (1968) popisuje, co se prostoru týče, tři významné fenomény v subjektivní zkušenosti osob se schizofrenií. Nejprve je zmíněn fenomén, který se projevuje **modifikací velikosti, tvaru nebo kvantity objektů** v prostoru. Kupříkladu, objekty se můžou jevit jako menší (mikropsie), větší (makropsie), nakřivo nebo na jedné straně větší než na druhé (dysmegalopsie). Objevuje se rovněž znásobené vidění.

Dalším fenoménem u jedinců se schizofrenní zkušeností, který Jaspers (1968) uvádí, je subjektivní **zkušenost nekonečného prostoru**. Tato zkušenost bývá velmi často doprovázena silnými pocity prázdnoty. Jako příklad je uvedena výpověď této ženy:

*„Sice jsem pořád viděla ten pokoj, ale zároveň se zcela prázdný prostor natahoval až do nekonečna. V této nekonečnosti prostoru jsem se cítila ztracená a opuštěná. I když jsem si v tomto prostoru připadala bezvýznamně, rovněž jsem pociťovala, jako by mě ohrožoval. Jako by zobrazoval mou vlastní vnitřní prázdnotu...ten starý fyzický prostor se nacházel mimo tento nový prostor, jako nějaký přízrak.“* (Jaspers, 1968, s.81).

Výše dva zmíněné fenomény jsou především percepčního rázu, nicméně přirozeně na ně posléze taktéž nasedají změny afektu ve vztahu k prostoru. Jaspers (1968) zmiňuje následující fenomén, který se týká primárně **změny atmosféry v prostoru**, přičemž tento Binswangerův pojem jsme si již popsali. Jako názorný příklad uvedu následovnou výpověď pacienta:

*„Krajina přede mnou byla z ničeho nic odstraněna jakousi podivnou silou. Svým vnitřním zrakem jsem spatřil hrozivě intenzivní černou oblohu nacházející se jakoby za jemně modravým večerním nebem. Vše se zdálo být tak nekonečné, pohlcující...Věděl jsem, že tato podzimní krajina byla prostoupena druhým neviditelným prostorem, který byl temný, prázdný a hrůzný zároveň. Někdy to vypadalo, že se jeden z těchto prostorů pohnul, občas se tyto prostory slily v jeden...nejde tady vlastně ani tak o prostor, jako spíše o to, že se ve mně odehrálo něco významného; najednou jsem byl ve stavu neustálého dotazování se.“* (Jaspers, 1968, s.81).

### 4.1.3 Self

Stěžejním tématem ve fenomenologickém přístupu k psychopatologii je self. Zahavi (2019) píše, že o poruchách self se údajně zmiňoval již Minkowski (1999, in Zahavi, 2019), podle něhož jádro „šílenství“ nespočívá v poruchách vůle, úsudku nebo vnímání; ale v poruchách nejnvnitřnější struktury self. **Jaspers** roku 1913 zavedl pojem poruchy self (Ich-Störungen) (Zahavi, 2019). Především v současnosti se hojně diskutuje o poruchách self v rámci psychopatologie (Gallagher, 2011, in Parnas & Henriksen, 2019). Existuje řada pojetí self, přičemž Strawson (1999, in Parnas & Henriksen, 2019) ve snaze zmapovat tuto oblast vymezil zhruba dvacet jedna soudobých pojetí self, což vydalo na jeden celý akademický časopis.

Ovšem že lze vyjmenovat spoustu doktrín, které existenci self popírají. Avšak z fenomenologického hlediska nemají význam, neboť neposkytují odpovědi na klinické fenomény týkající se self tak častých u pacientů se schizofrenní zkušeností, kteří popisují např. *intenzivní a znepokojující prožitek ztráty self* (Parnas & Henriksen, 2019). Takový jedinec již není schopen pociťovat svou vlastní existenci, přestože může mít objektivní vědomí o své existenci na tomto světě. Přímo na tento fenomén upozornil již Jaspers (1968, s.122), který uvádí výpovědi pacientů psychiatra Kurta Schneidera, kupříkladu: „*Nejsem na živu, nemůžu se hýbat. Už nemám žádnou mysl ani pocity. Nikdy jsem vlastně neexistoval, i když ostatní okolo si to nemyslí.*“.

Koncept self lze propojit s Husserlovým úvahami o *intencionalitě vědomí*. Lidské vědomí je charakteristické svou zaměřeností a jen skrze něj jsme schopni se otevírat světu a angažovat se ve světě. Intencionalita je součástí pre-reflexivní roviny vědomí, která je dána ještě před tím, než vědomí aktivně vnímá nebo reflektuje a je vědomě zaměřeno na konkrétní objekt. Intencionalita vědomí je základní konstituční rys lidské zkušenosti, která umožňuje otevřenost vědomí (Zahavi, 2019).

**Parnas a Henriksen** (2019) zdůrazňují fenomenologickou perspektivu, že self se manifestuje pre-reflexivně jako specifický mód lidské zkušenosti. Pre-reflexivní ve smyslu, že nepotřebujeme vyvíjet sebe-reflexi, abychom se ujistili, že pocity a myšlenky, které produkujeme, jsou opravdu naše. Jinými slovy, když cítíme a myslíme, neklademe si napřed otázku, či tyto pocity a myšlenky doopravdy jsou, abychom posléze reflexí došli k závěru, že patří nám samotným (Parnas & Henriksen, 2019). Lze poznamenat, že self v tomto smyslu

je něco tak přirozeného, intuitivního a samozřejmého, že pravděpodobně až s pozorováním jeho poruch si lze ozřejmit jeho existenci.

Co se týče pojetí self v rámci fenomenologického výkladu psychopatologie, v současnosti se zdůrazňují dvě úrovně self (Nelson, Parnas & Sass, 2014). Bazální úroveň self, která je jádrem self, se označuje jako tzv. *minimální self* (minimal self) nebo *ipseita*<sup>33</sup> (ipseity). Toto self je implicitní a pre-reflexivní, přičemž je nezbytné pro implicitní sebeuvědomění si a schopnost jedince vnímat svou zkušenost v první osobě, tedy jako něco, co se děje mně a je moje. Lze poznamenat, že minimální self je základem pro subjektivní lidskou zkušenost a na tomto self se posléze budují další úrovně a komplexnější aspekty self.

Druhou úrovní nasedající na ipseitu je tzv. *narativní self* (narrative self), neboli self sociální. Narativní self v sobě zahrnuje koncepty jako sociální identita, osobnost, zvyky, osobní historie atd. Rovněž psychologické koncepty jako sebevědomí, sebepojetí či sebeobraz lze zařadit do oblasti narativního self. Nicméně narativní self předpokládá existenci minimálního self, které umožňuje vnímat sebe sama jako subjekt zkušenosti. Na této úrovni probíhají složité procesy jako reflexe či metakognice, kdy se jedinec sám sobě stává objektem (Nelson, Parnas & Sass, 2014).

Parnas a Henriksen (2019) ve svém článku poznamenávají, že o **poruchách self** hovoříme zejména u **poruch schizofrenního spektra**. Existuje řada empirických studií zkoumajících psychopatologii z fenomenologického hlediska, které přinášejí poznatky o **anomálních self-prožitcích** (anomalous self-experience) u osob vyskytujících se ve schizofrenním spektru (Parnas et al., 2003, 2005; Raballo & Parnas 2012; Raballo et al., 2011; Haug et al., 2012; Nordgaard & Parnas, 2014, in Parnas & Henriksen, 2019). Nutno poznamenat, že podle výše zmíněných autorů má tento prožitek spíše formu dlouhodobého rysu a nevyskytuje se pouze v rámci akutních psychotických epizod.

V rámci poruch self dochází k rozličným změnám v subjektivní zkušenosti, které si nyní naznačíme. Pacient typicky uvádí *prožitek své vlastní pomíjivosti* či *prožitek chybějícího vnitřního jádra*. Tyto prožitky jsou často spojovány s *prožitkem radikální odlišnosti od druhých lidí*, který obvykle přetrvává již od ranného dětství. Avšak tato odlišnost je u takového jedince vnímaná v negativním slova smyslu, přičemž bývá verbalizována jako „být špatný“. Cítit se fundamentálně odlišný od druhých bývá zdrojem prožitku hluboké samoty. S touto náročnou subjektivní zkušeností se jedinec vyrovnává

---

<sup>33</sup> Ipseita je pojem vycházející z latiny (self - lat. ipse) a označuje základní úroveň self (Sass, 2019).

pomocí dětských fantazií, kdy si představuje, že je např. mimozemšťan nebo cestovatel v čase (Parnas & Henriksen, 2019).

Zásadním fenoménem u schizofrenie je **selhání ipseity**, což se v subjektivní zkušenosti jedince projevuje **ve sníženém prožitku sebe sama** (diminished self-affection) (Sass, Parnas & Zahavi, 2011; Parnas & Henriksen, 2019). Jak jsem již výše popsala, ipseita je bazální pre-reflexivní úroveň self, která umožňuje prožívat svou vlastní subjektivní zkušenost v první osobě. Zjednodušeně řečeno, člověk se díky této úrovni self cítí přítomen ve svých prožitcích, tj. cítí v nich sám sebe a že mu tyto prožitky patří. K lepšímu porozumění tohoto fenoménu selhání prožitku sebe sama může posloužit následující výrok: „*Prostě jsem tam byl, pouze na tom místě, aniž bych tam byl vlastně přítomen.*“ (Blankenburg, 1971, s.42, in Sass, Parnas & Zahavi, 2011). Tento výklad posléze v mnohém osvětluje a propojuje fenomén selhání prožitku ipseity s *fenoménem depersonalizace*. V tomto radikálním odcizení od své vlastní subjektivní zkušenosti se posléze jedinec může domnívat, že myšlenky nejsou jeho, ale jsou mu někým vkládány do mysli. Se sníženým prožitkem sebe sama koreluje *snížený prožitek své tělesnosti* (např. odpojení mysli od svého těla), což celkově oslabuje možnost angažovat se ve sdíleném světě s ostatními lidmi (Parnas & Henriksen, 2019).

V rámci selhání prožitku ipseity se jedinec snaží utvrzovat o tom, že vůbec je, což se v konečném důsledku projevuje **hyperreflexí** (hyper-reflexivity) – taková osoba se automaticky a konstantně monitoruje, přičemž vnímá sebe už pak jen jako objekt své reflexe (Parnas & Henriksen, 2019). Hyperreflexe se týká ku příkladu myšlenkových procesů – probíhá např. myšlení o myšlení (Sass, Parnas & Zahavi, 2011).

Těmito odstavci jsem nastínila současný **model poruchy ipseity**<sup>34</sup> (IDM – ipseity disturbance model), který byl vytvořen **Sassem** a **Parnasem**. V tomto modelu představují procesy sníženého prožitku sebe sama a hyperreflexe dva odlišné ale komplementární aspekty poruchy ipseity (Nelson, Parnas & Sass; 2014).

V tomto kontextu je nutné se taktéž zmínit o pohledu **Lainga** v knize *Rozdělené Self*. Podle Lainga (2010) člověk může zastávat jednu ze dvou existenciálních pozic – buďto pozici ontologické jistoty nebo pozici **ontologické nejistoty**. Člověk zastávající pozici ontologické nejistoty *nemá stabilní prožitek svého self*. Ontologicky nejisté osobě *chybí stálý pocit vnitřní autonomie či identity* a potýká se s *nedostatkem vnitřní koheze nebo*

---

<sup>34</sup> Tímto modelem jako takovým se budu zabývat v jedné z následujících kapitol.

*konsistence*. Když je prožitek self tímto způsobem nestabilní a slabý, stává se problematické vše, co by jej mohlo ještě více ohrozit – což jsou ostatní lidé a objekty, které se můžou jevit jako smrtelná hrozba. Vztahové možnosti takové osoby jsou omezeny, neboť se může děsit např. splynutí s další osobou. Laing se rovněž zaměřuje na aspekt vztahu těla a self. Jedinec ve snaze uchránit sám sebe řeší svou ontologickou nejistotu **rozštěpem mezi tělem a self**. Self již není v přímém kontaktu se světem a vytváří se systém falešného self, který je disociován od reálného self a umožňuje určitou formu kontaktu se světem. Nicméně osoba s tímto systémem již není doopravdy v kontaktu se světem a pro reálné self, oddělené od vitálního kontaktu se světem, působí tato izolace zlobně, což často vyústí ve schizofrenii (Laing, 2010). Laing (2010) stejně jako Sass a Parnas zmiňuje *fenomén hyperreflexe* v souvislosti s nestabilním prožitkem self. Laing charakterizuje hyper-reflexi nadměrnou kontrolou, monitorováním sebe sama a pohlížením na sebe jako na objekt. Jeho pojetí se však liší v tom smyslu, že hyperreflexe vyplývá z rozštěpu self a těla, kdy se ze self neschopného účastnit se kontaktu světa stává hyper-reflexivní pozorovatel.

Na závěr kapitoly bych ráda ještě zmínila poznatky průkopníka **Jasperse** (1968), který se věnuje fenoménu **sebeuvědomění** (self-awareness), což označuje mód, ve kterém si je self vědomo sebe sama. Toto sebeuvědomění zahrnuje aspekty: 1) *uvědomění si své aktivity*, 2) *uvědomění si sebe sama jako jednoty*, tj. člověk v každém momentě vnímá sám sebe jako jednotu, 3) *uvědomění si své identity*, tj. kontinuální vědomí skutečnosti, že jsem pořád tou stejnou osobou, 4) *uvědomění si svého self, které se odlišuje od vnějšího světa a všeho co není moje self*. U schizofrenie se poruchy sebeuvědomění můžou vyskytovat napříč všemi těmito aspekty. Jako příklad lze zmínit muže trpícího se schizofrenní zkušeností, u kterého se objevuje fenomén **poruchy sebeuvědomování si své aktivity**. Tento muž pociťuje odcizení od svých myšlenek:

*„Nikdy jsem je nečetl ani neslyšel; přichází, aniž bych je žádal; nemyslím si, že vycházejí ze mě ale jsem šťasten, že je znám, aniž bych si je myslel. Přicházejí znenadání jako dar a já si je netroufám sdělovat stejným způsobem, jako kdyby to byly opravdu moje myšlenky.“* (Jaspers, 1968, s.123).

#### **4.1.4 Intersubjektivita**

Fenomenologicky vzato je intersubjektivita považována za jednu ze základních konstitučních struktur *dasein* (Heidegger, 1962, in Sass & Pienkosová, 2015). Pojem intersubjektivita se týká interpersonálních vztahů jedince, setkání s druhými a označuje též



kapacitu zachytit významy chování a vyjádření druhých osob v určitém kontextu. Vztahy a setkání se dějí na pre-reflexivní rovině. V rámci intersubjektivní se často hovoří o schopnosti naladit se na druhé lidi, vcítit se do nich a rozumět mentálním stavům druhých – tj. jejich emocím, myšlenkám, touhám či přesvědčením atd. (Messas, Tamelini, Mancini & Stanghellini, 2018). U osob se schizofrenní zkušenosti často dochází právě k různým abnormálním fenoménům v rámci intersubjektivní dimenze, o nichž je potřeba se zmínit. Nutno podotknout, že Jaspers se konkrétně sférou intersubjektivní ve svém díle nezabývá, proto v této kapitole není možno uvést názorný výrok pacienta pomocí níž by došlo k přiblížení této problematiky.

V souvislosti s intersubjektivitou se zmiňuje **koncept „my“**, což představuje schopnost sdílet bezprostřední subjektivní zkušenost s druhým člověkem (Henriksen & Nilsson, 2017). Tento koncept je u osob se schizofrenií narušen, přičemž **Henriksen a Nilsson** (2017) uvádí tři druhy kompenzačních strategií, které tyto osoby v rámci interpersonálního kontaktu nadměrně užívají. Je nutno zdůraznit, že u těchto osob tyto strategie mají rigidní charakter. První strategií je *pozitivní stažení se z interpersonálního kontaktu*, což znamená, že jedinec preferuje trávit většinu času sám. Příkladem může být žena, která trávila většinu času sama ve svém bytě a její sociální kontakt byl omezen na návštěvu své matky jednou za týden, hovor se svou přítelkyní jednou za měsíc a výměnu vánočních přání s jedním manželským párem jednou za rok. Druhá strategie se vyznačuje *na cíl orientovanou časoprostorovou strukturou* v rámci intersubjektivní. Zjednodušeně lze poznamenat, že jedinec užívající tuto strategii potřebuje, aby se jeho setkání s druhými vždy odehrávalo pravidelně v určitém rámci a s určitým cílem. Například, určitá žena popisuje své tři „kulturní přátele“, se kterými se setkává co druhý měsíc. S jedním navštěvuje výhradně umělecké výstavy, s druhým chodí pouze do divadla a se třetím byla ochotna jít na rozličné kulturní akce. Během setkání trvá na tom, aby se konverzace týkala jenom kulturních témat. Osobní záležitosti si dovolí sdílet jen s jedním z těchto přátel. Třetí strategií je *preferance sociálních aktivit s jasně vymezenými sociálními rolemi a pravidly*. Pro přiblížení si lze představit učitele, který mnohem lépe funguje v sociálních aktivitách v rámci své sociální role se studenty. Pokud by však mělo dojít k bezprostřednímu kontaktu s kolegy v rámci obědové pauzy, tento typ kontaktu pro něj již bude problematictější (Henriksen & Nilsson, 2017).

Na předchozí o self kapitole lze navázat článkem **Hamma, Bucka a Lysakera** (2015), kteří u osob se schizofrenií propojují **model poruchy ipseity Sasse a Parnase**,

**intersubjektivitu a bolestný prožitek.** Prožitek psychické bolesti a jeho nezpracování je podle těchto autorů nezbytnou součástí schizofrenie. Dle jejich názoru hyper-reflexe a snížený pocit sebe sama v rámci poruchy ipseity zamezuje vytvoření kontaktu jak se sebou, tak s druhými lidmi, kteří by potenciálně mohli tuto bolest v jedinci „rozdmychat“. V tomto smyslu je hyper-reflexe a snížený pocit sebe obranou vůči nejistému a ohrožujícímu interpersonálnímu světu, který by v jedinci vyvolal prožitek bolesti.

**Sass a Pienkosová (2015)** ve svém článku přináší podrobný fenomenologický rozbor nuancí intersubjektivit u schizofrenie, melancholie a mánie. V tomto kontextu lze mnohem lépe osvětlit specifika vyskytující se u osob se schizofrenií. Intersubjektivita je rozebírána ve smyslu, jakým způsobem člověk prožívá druhé lidi. Autoři zdůrazňují, že se snaží spíše o obecný náskok zkušenosti, přičemž jsou si vědomi skutečnosti, že by bylo možné se touto zkušeností zabývat ještě důkladněji v rámci rozličných podtypů schizofrenie. Zpočátku se Sass a Pienkosová (2015) věnují **autismu** jakožto zásadnímu rysu intersubjektivit u schizofrenie, který však nenachází rovněž u mánie či melancholie. Pojem autismus je užíván ve smyslu ztráty vitálního kontaktu s realitou, což je koncept rozpracovaný Minkowským (1970). Vitální kontakt s realitou umožňuje naladění se na sdílený svět a druhé lidi, což však chybí u osob se schizofrenií (Minkowski, 2012, in Sass & Pienkosová, 2015). Tento deficit zamezuje porozumění sociálním významům, přičemž sám jedinec se ve své izolaci stává nesrozumitelným pro okolí. Určitou podobnost mezi schizofrenií a mánií lze spatřit v **tendenci k přílišné identifikaci či fúzi s ostatními osobami**. Jedinec se schizofrenií v interpersonálním kontaktu může prožívat **paranoiu**, přičemž autoři upozorňují, že paranoia se rovněž vyskytuje v rámci mánie i deprese. Jak pro melancholii, tak pro schizofrenii je typický prožitek **hlubokého odcizení od druhých lidí a ztráty zájmu o druhé a o jakoukoliv sociální interakci s nimi** (Sass & Pienkosová, 2015).

Sass a Pienkosová (2015) se rovněž vyjadřují k subtilnějším charakteristikám intersubjektivit. U osob se schizofrenií lze výrazně pozorovat **deficit selského rozumu** (common sense). Ten se projevuje nedostatečným porozuměním a akceptací implicitních „pravidel hry“ v sociální interakci. Pokus o podřízení se konvencím zpravidla končí neúspěchem a působí nepřírozně či neohrabaně (jak pro tyto osoby, tak pro okolí), což v konečném důsledku akcentuje prožitek izolace.

Nedostatečná angažovanost v kontaktu s druhými osobami nemusí nutně znamenat indifferenci takového jedince k druhým lidem. Spíše může poukazovat na křehké self osoby. Georgieff (2008, in Sass & Pienkosová, 2015) popisuje **fenomén patologické empatie**, kdy

se jedinec sice dokáže naladit na druhé osoby, avšak hrozí mu, že se jeho self v tomto procesu zcela rozplyne v druhém (Sass & Pienkosová, 2015).

Prožitek, že jsou **druhé osoby bez života a mrtvolné**, se u osob se schizofrenií vyskytuje poměrně často. Jinými slovy, pro jedince mohou druzí postrádat subjektivitu. V rámci této zkušenosti jsou lidé přirovnáváni kupříkladu k duchům, mrtvolám nebo neživým objektům jako robot, stroj atd. Nutno zmínit, že pokud je v prožívání přítomna paranoia, k tomuto fenoménu nedochází, neboť *druhým je spíše přisuzována omnipotence* (Sass & Pienkosová, 2015).

Z klinického hlediska se u osob nacházejících se v prodromálním stadiu schizofrenie hovoří o tzv. **praecox prožitku**, který pojmenoval holandský psychiatr **Rümke**. V rámci praecox prožitku psychiatr intuitivně cítí specifickou změnu atmosféry v kontaktu vyznačující se neschopností navázat s tímto člověkem empatický raport (Varga, 2013). Takový prožitek je ve své podstatě odrazem odcizení se jedince se schizofrenií, který není otevřen interpersonální sféře a působí v kontaktu s druhými nedostupně (Ungvari et al., 1997, in Varga, 2013). Varga (2013) ve svém článku klade do souvislosti praecox prožitek s narušením intersubjektivit jedince, přičemž poznamenává, že praecox prožitek lze přirovnat k *uzavření sféry vztahu „Já-Ty“* v Buberovském slova smyslu. V kontaktu s touto osobou lze vnímat, že se tento člověk nachází mimo sféru vztahu, setkání a vzájemnosti s druhým člověkem. Martin Buber ve svém díle píše, že veškerý život spočívá v setkání (Buber, 2005). Na základě tohoto propojení s Buberovými myšlenkami lze užít metaforu, která zobrazuje jedince se schizofrenií jako „odumírajícího životu“.

## 4.2 Představitelé fenomenologického výkladu schizofrenie

V této kapitole jsou uvedeny čtyři výklady schizofrenie předních představitelů fenomenologického výkladu psychopatologie – **Ludwiga Binswanger**, **Eugène Minkowského**, **Ronalda Davida Lainga** a rovněž současný model **Josefa Parnase** a **Louise Sasse**. Tito představitelé jsou řazeni chronologicky. Binswanger zdůrazňuje pojetí schizofrenie jakožto *existenciální prázdnoty* a *narušení vztahovosti*. Ve výkladu Minkowského je stěžejním tématem *narušení vitálního kontaktu s realitou*, což je dle Minkowského *jádrovým faktorem* schizofrenie. Laing nejprve ve své fenomenologicko-existenciální studii pojednává o *rozděleném self* v rámci schizofrenie, nicméně později připouští *transcendentní charakter* schizofrenní zkušenosti. Současní představitelé fenomenologického proudu v psychopatologii Parnas a Sass přicházejí s *modelem poruchy ipseity* v rámci schizofrenie.

### 4.2.1 Ludwig Binswanger

Švýcarský psychiatr Ludwig Binswanger (1881-1966) nabyl svoje první klinické zkušenosti ve významném ústavu Burghölzli, který byl v té době pod vedením Eugena Bleulera a jeho mladého asistenta Carla Gustava Junga. Jung byl rovněž supervizorem Binswangerovy dizertační práce. Binswanger studoval na Heidelberské univerzitě a na Univerzitě v Lausanne (Basso, 2012).

Binswangerova do značné míry ovlivnily myšlenky židovského myslitele Martina Bubera, s nímž vedl dlouhodobě korespondenci (Buber & Agassi, 1999). Tyto myšlenky zaměřující se především na vztahovost jedince se pak prolínají jeho perspektivou na duševní onemocnění, respektive psychózu. Je nutno vyzdvihnout Binswangerova jakožto zakladatele *daseinsanalýzy*, neboli *existenciální analýzy*. V *daseinsanalýze* Binswanger vychází z fenomenologie, tj. z myšlenek Martina Heideggera a jeho pojetí *dasein* (Basso, 2012).

### EXISTENCIÁLNÍ ANALÝZA

Ellenberger (1958) píše, že existenciální analýza s fenomenologií úzce souvisí, nicméně tyto dvě oblasti se od sebe v některých aspektech liší. Lze poznamenat, že existenciální analýza v sobě fenomenologii zahrnuje a zároveň ji i přesahuje. Jsou vymezeny tři základní rozdíly mezi fenomenologií a existenciální analýzou: 1) Existenciální analýza se nezaobírá pouze stavy vědomí, ale bere v potaz celou existenci individua. 2) V rámci fenomenologie se

zdůrazňuje jednota subjektivní zkušenosti člověka, avšak Binswanger razí myšlenku, že se člověk může v rámci své zkušenosti pohybovat ve dvou nebo vícero „světech“, které mezi sebou navzájem mohou být v konfliktu. 3) Fenomenologie se zajímá především o bezprostřední subjektivní zkušenost, kdežto existenciální analýza v pojetí Binswangerova usiluje o rekonstrukci vývoje a transformaci „světa“ jedince, či jeho konfliktního „světa“ (Ellenberger, 1958). Dále lze poznamenat, že fenomenologie v kontextu fenomenologického výkladu psychopatologie představuje především metodu, zatímco existenciální analýza představuje disciplínu, jejímž předmětem je uchopení bytí v totalitě subjektivního prožívání světa.

Existenciální analýza uvádí tři aspekty světa, které charakterizují existenci (*dasein*) každého z jedince, kterými jsou *Umwelt*, *Mitwelt*, *Eigenwelt*. *Umwelt* je ve své podstatě fyzický svět plný objektů okolo všech osob, který koresponduje s pojmem prostředí. Je to svět přírodních zákonů. Existenciální analýza neupírá důležitost *Umweltu*, avšak nezaměřuje svou pozornost výhradně na něj, jako to dělají např. materialisté, a snaží se na něj pohlížet v kontextu dalších aspektů existence. *Mitwelt*, zahrnuje svět vztahů s druhými lidmi. Struktura existence člověka je zrcadlem jeho vztahů s druhými. Zatímco v rámci *Umweltu* se na okolí včetně druhých lidí pohlíží jako na objekt, v *Mitweltu* je druhý pro jedince lidskou bytostí, se kterou se může setkat a být ve vztahu, což odpovídá Buberovu pojetí vztahu Já-Ty. V opravdovém vztahu dochází mezi protějšky k vzájemné proměně. *Eigenwelt* je světem vztahu se sebou samým, který je specifický pouze pro lidské bytosti. *Eigenwelt* předpokládá sebeuvědomění a vztaženost k sobě samému. *Eigenwelt* není jen subjektivní zkušeností, nýbrž slouží jako jakási báze pro vztahování se ke světu. Každý jedinec se simultánně nachází ve všech těchto třech „světech“ (Ellenberger, 1958).

Binswanger v pozdějších letech rozlišuje tzv. *existenciální mód*, což je dimenze *dasein*, která koresponduje s *Mitweltem*. Nutno poznamenat, že v rámci existenciální analýzy se *self* jedince proměňuje dle módu existence, ve kterém se zrovna nachází. Jsou diferencovány čtyři odlišné módy existence – duální, plurální, singulární a anonymní. V *duálním módu existence* se uskutečňují různé formy duálních vztahů, kupříkladu vztah matky s dítětem, bratra se sestrou, partnera s partnerkou nebo také vztah jedince s Bohem. V *duálním módu existence* je člověk schopen lásky a intimity. Binswanger analyzuje mnoho problémů v oblasti duševního onemocnění právě skrze optiku narušení duálního módu existence. *Plurální mód* je charakteristický svým zaměřením na formální vztahy. V tomto módu se vytrácí intimita duálního módu a vztah se proměňuje spíše na jakousi „koexistenci“.

*Singulární mód* zahrnuje vztah jedince k sobě samému včetně svého vlastního těla. Tento mód zahrnuje širokou škálu rozličných intrapsychických vztahů vůči sobě, které Binswanger podrobně popisuje. *Anonymní mód* je nastavení, ve kterém jedinec žije a jedná v rámci anonymní kolektivity jako tanečník v masce na maskárním bálu. Mnoho osob utíká do tohoto módu existence, aby nemusely čelit zodpovědnosti. V tomto pojetí jsou duální a singulární mód existence pokládány za autentickou formu existence, zatímco plurální a anonymní mód jsou řazeny mezi neautentické formy existence (Ellenberger, 1958).

## SCHIZOFRENIE JAKO MOŽNOST

Binswanger (1992, in Hoffmann & Knorr, 2019) nepovažuje psychická onemocnění obecně pouze ve smyslu defektu, nýbrž pohlíží na ně jako na *hermeneutický způsob hledání nového smyslu v individuálním a kolektivním světě jedince*. Schizofrenický proces může vést k novým možnostem v životě jedince.

Vliv Martina Bubera můžeme spatřovat v tendenci Binswangerova akcentovat vztahovou rovinu ve výkladu duševních onemocnění. Co se týče symptomů pacienta se schizofrenií, Binswanger se vyjadřuje, že nerepresentují izolované jevy bez smyslu, které jsou pouhým projevem nemoci, nýbrž jsou způsobem komunikace jedince v setkání s protějškem – tj. např. psychologem (Hoffmann & Knorr, 2019). Podle Binswangerova symptom jedince nedeterminuje (Trepper & Shean, 2013). Skrze symptom se psychologovi/psychiatrovi však odhaluje člověk jako takový, a naopak, skrze fenomén symptomu je psychologovi/psychiatrovi umožněno nahlédnout na člověka (Hoffmann & Knorr, 2019). Z tohoto hlediska symptom není jen jakási odcizená nosologická jednotka, nýbrž poskytuje cestu k porozumění člověku jako celku a jeho vnitřní zkušenosti. Takový postoj lze zaujmout například k halucinacím a bludům osoby procházející schizofrenní zkušeností.

## EXISTENCIÁLNÍ PRÁZDNOTA

Binswanger (1958) se ve svém díle podrobně věnuje známému *Případu Ellen Westové*, kde rozebírá její postupný schizofrenní proces. Z hlediska existenciální analýzy nabývá existence Ellen Westové **gestalt ve formě prázdnoty nebo trhliny**. V tomto případě se existence prožívá jako uvězněná, utiskovaná a toužící po svobodě. Forma existence jakožto prázdnota/trhlina se pak specifickým způsobem otevírá *Umweltu*, *Mitweltu* a *Eigenweltu* – ve všech těchto „světech“ je možno rovnocenně zaznamenat projevy prázdnoty, restriktce, tlaku a touhy po svobodě.

V rámci existenciální analýzy Ellen Westové Binswanger k popisu *Umweltu*, *Mitweltu* a *Eigenweltu* užívá výrazy samotné Ellen, která díky svému poetickému jazyku a vysoké úrovni schopnosti introspekce byla schopna poskytnout spoustu kvalitního materiálu. Co se týče *Umweltu*, okolním světě objektů, útisk a restrikce jsou metaforicky vyjádřeny hrobkou, celou či dírou – tyto motivy se velmi často objevují v její poezii popisující její vnitřní prožívání. Ellen sama svou existenci prožívá jako jakousi formu „vegetace“ beze smyslu ústící do prázdnoty. Je silně narušen *Mitwelt* – spolubytí s druhými lidmi. Ve vztahu k lidem se Ellen vnímá jako vadná, utlačovaná, podrobená a pronásledovaná. Lze zaznamenat neustálou tendenci k boji za nezávislost, vzdoru a revoltě vůči druhým lidem, kteří jsou vnímání spíše z hlediska davu, než jako individuální jedinci. Prázdnota jejich vztahů se vyznačuje intenzivní indiferencí vůči osobám, pocity hluboké samoty a jakýmsi bezradostným podřízením se ostatním. *Eigenwelt* je omezován obviňujícími a vysmívajícími se duchy a přízraky vynořujícími se ze všech stran, přičemž je příznačné zúžení jejího myšlenkového světa na jedinou myšlenku – nebýt tlustá, které postupně podřizuje většinu svého života (Binswanger, 1958).

Jinými slovy, existence Ellen Westové se „zatemňuje“ a stává se čím dál rigidnější a **omezenější ve své svobodě** (Binswanger, 1958). Pro *dasein* je stěžejní svoboda a narušení *dasein* se projevuje právě v omezení svobody, přičemž právě míra omezení svobody je pro nás rozhodující kritérium při posuzování symptomů v rámci existenciální analýzy. Nicméně omezení svobody u jedince se schizofrenií lze podle Binswangerova považovat za útěk – jedinec se chce zbavit své vlastní zodpovědnosti ve světě a své povinnosti nalézat ve světě smysl (Trepper & Shean, 2013). Proto, Binswanger zahrnuje do existenciální analýzy procesu schizofrenie *etický rozměr* (Hoffmann & Knorr, 2019).

Binswanger, inspirován Heideggerem, pojmenovává schizofrenii jako **formu neautentické existence** (Stephensen & Henriksen, 2017). Jedinec se schizofrenií již neuskutečňuje svou individualitu a svobodu a je v hloubi své existence pouhou *kopii některé obecné formy života* (Binswanger, 1987, in Stephensen & Henriksen, 2017). Jak však jedinec upadne do neautentičnosti? Stojí za tím hluboká zkušenost selhání v procesu existence, načez se zásadně proměňuje charakter zkušenosti, která se stává problematickou. Posléze jedinec již nedokáže žít život jako doposud a v jeho existenci se vytváří výše zmíněná prázdnota či trhlina. Reakce jedince na zkušenost existenciální prázdnoty je dle Binswangerova upadnutí do rigidity ve formě bludů a halucinací, které uzavírají člověka před druhými lidmi a světem možností. Zkušenost existenciální prázdnoty se váže s prožitky intenzivní úzkosti

a vágní zlověstnosti – skrze proces bludu se však tato zkušenost vnitřní a vágní hrozba transformuje na vnější hrozbu. V konečném důsledku, veškeré zlo, nepřátelé a pronásledovatelé jsou v okolním světě a není zde prostor pro prožitek vlastní viny a zodpovědnosti. Pod touto optikou slouží perzekuční blud k „vysvobození“ z vlastní zodpovědnosti (Trepper & Shean, 2013).

## NARUŠENÍ VZTAHOVOSTI

V návaznosti na dialogickou filosofii Bubera Binswanger zdůrazňuje, že jsou základy existence Já zakořeněné v Ty, tedy v protějšku (Hoffmann & Knorr, 2019). Láska se odehrává mezi **Já a Ty** a je součástí vztahu Já a Ty (Buber, 2005). Podle Bubera (2005) je láska odpovědností za protějšek, přičemž Binswanger popisuje, že člověk v psychóze je odcizený své dialogické podstatě a nenachází se v lásce. Z tohoto lze vyvodit, že narušení vztahovosti u jedince se schizofrenií má své implikace i v etické rovině jedince co se zodpovědnosti týče (Hoffmann & Knorr, 2019).

Binswanger (1994, in Hoffmann & Knorr, 2019) popisuje ženu s bludy, u které je možné si všimnout zásadní narušení vztahovosti, neboť z jejího světa už se vytratilo pojetí Ty, a je nahrazeno výhradně vztahem k Já. Rovněž u ní nenacházíme pojetí My nebo naše. Vyskytuje se především v *plurálním módu existence*, ve kterém chybí vnímání druhých jako osob s určitou individualitou, charakteristickým rozštěpeným vnímáním na Já a neosobní Oni. Ustrnutí v plurálním módu existence lze pozorovat v jejich bludech, kdy neosobní Oni čtou její myšlenky nebo s ní komunikují pomocí telepatie, knih, elektřiny atd.

Martin Buber (2005) ve svém díle zmiňuje, že člověk, který nevstupuje do vztahů, je uvězněn jen ve své vlastní žádostivosti a není svobodný. Vztah výhradně k sobě samému působí zhoubně a člověk jako takový „upadá“. Každý jedinec je ve své podstatě dialogická bytost, která se v jádru potřebuje vztahovat k druhým lidem.

Právě skrze vztah lze člověka s psychózou vyléčit. Podle Binswangerova takový jedinec potřebuje lásku. Co si můžeme pod slovem láska v tomto případě představit? Láskou se nemíní pouhá empatie a soucit, přestože tyto aspekty jsou její přirozenou součástí. V tomto případě je potřeba zejména hluboká účast psychoterapeuta na klientově subjektivitě zahrnující jak minulost, tak i přítomnost se zaměřením se na klientovu existenciální dimenzi a jeho vztahy, včetně vztahu se samotným psychoterapeutem (Hoffmann & Knorr, 2019). Binswanger (1993, in Hoffmann & Knorr, 2019) píše, že v psychoterapii by měla nastat krystalizace vztahu Já-Ty v Buberovském pojetí. Kromě lásky takový vztah rovněž zahrnuje



aspekty jako např. vzájemnost, vzájemné působení, smysl a přesah, bytí v přítomnosti, odpovědnost či bytí v Duchu<sup>35</sup> (Jendruková, 2017). Je potřeba obnovit schopnost jedince vztahovat se k druhým a setkávat se s nimi. *Autismus*<sup>36</sup>, specifický fenomén osob se schizofrenií, v jehož rámci dochází k uzavřenosti sféry vztahu, může být překonán skrze *opravdové setkání a akt lásky* (Binswanger, 1992, in Hoffmann & Knorr, 2019).

#### 4.2.2 Eugène Minkowski

Francouzský psychiatr s polskými a židovskými kořeny Eugène Minkowski (1885-1972) je považován za jednoho z nejoriginálnějších psychopatologů 20. století. Stejně jako Binswanger na počátcích své klinické praxe pracoval v Burghölzli pod vedením Bleulera. Společně s Binswangerem bývají označováni za první psychiatry s explicitně fenomenologickým zaměřením. Proslul zejména svým novátorským pohledem na *schizofrenii* a konceptualizací fenomenologické metody v psychiatrii (Urfer, 2001). Hlavním cílem v psychopatologii je podle Minkowského nalezení tzv. **trouble générateur** duševního onemocnění, tj. jakéhosi *jádrového faktoru* (Van Duppen, 2017).

Anglosaské země s Minkowskim seznámil až R. D. Laing (1963, 1959, in Urfer, 2001), který psal, že Minkowski byl vůbec první osobou v psychiatrii, která vyvinula úsilí o rekonstrukci žité zkušenosti pacienta. Van Duppen (2017) zdůrazňuje aktuálnost myšlenek Minkowského, o čemž svědčí skutečnost, že mnoho autorů fenomenologického zaměření stále navazuje na jeho myšlenky (Bovet & Parnas, 1993; Lysaker & Lysaker, 2010; Passie, 1995; Stanghellini & Ballerini, 2007; Tatossian, 1979; Varga, 2012, in Van Duppen, 2017). Stěžejní koncepty v současné literatuře jako *schizofrenní autismus* (Parnas & Bovet, 1991, in Van Duppen, 2017), *morbidní racionalita* (Sass, 2001, in Van Duppen, 2017), *fenomenologická kompenzace* (Urfer, 2001, in Van Duppen, 2017) a **ztráta vitálního kontaktu s realitou** (Schwartz, Wiggins, Naudin & Spitzer, 2005; Sass, 2001; in Van Duppen, 2017) vycházejí z Minkowského koncepce.

### FENOMENOLOGICKÝ PŘÍSTUP K PSYCHOPATOLOGII

Zdrojem inspirace pro myšlení Minkowského je francouzský filosof **Henri Bergson**, který do kontrastu klade *dva principy života*, jež se ukazují skrze rozličné dvojice komplementárních aspektů – *inteligenci* (ve smyslu racionality) a *intuici, nehybnost* a

---

<sup>35</sup> Tento pojem je zde užíván v teologickém slova smyslu (Jendruková, 2017).

<sup>36</sup> Zde je myšlen autismus v pojetí Bleulera, který je blíže popsán v první kapitole této práce.

*proudění, bytí a stávání se* či *prostor a čas*. Oba tyto principy formují harmonický celek. Inteligence se sjednocuje s intuicí, aby se společně dobraly určitého poznání. Stávání se se rozvíjí na pevných základech nehybného bytí, aniž by mezi nimi navzájem docházelo ke kolizi (Minkowski, 1970). Psychopatologický proces „napadá“ tyto dva principy, čímž podle Minkowského (1970) vznikají dvě velké kategorie duševních onemocnění. První kategorie je charakteristická deficitem intuice a narušené zkušenosti času, projevující se hypertrofií inteligence a prostorových faktorů ve zkušenosti. Druhá kategorie je opakem té první. Schizofrenie spadá do první kategorie (Minkowski, 1970).

Minkowski se vymezuje jak vůči psychoanalýze, tak i proti Jaspersově deskriptivní fenomenologii. Psychoanalýza dle jeho názoru až příliš lpí na analýze symptomů a jejich obsahu, avšak symptomy a jejich obsahy jsou nedostačující k porozumění psychopatologie, neboť odrážejí pouze povrchní rovinu duševního onemocnění. V tomto smyslu kritizuje i Jasperse, který se omezuje výhradně na přístup orientovaný na symptomy, čímž dochází k pouhé kumulaci detailních popisů symptomů. Avšak v zájmu Minkowského je proniknout pod rovinu symptomů a uchopit organizaci struktury subjektivní zkušenosti. Kupříkladu, hypochondrické symptomy mohou odrážet povrchní rovinu několika organizací – neurotické, depresivní nebo i schizofrenní (Urfer, 2001).

Metoda přístupu Minkowského se nazývá *strukturální analýza*, kterou jsem nastínila již v kapitole o metodě fenomenologického výkladu psychopatologie. Urfer (2001) popisuje, že strukturální analýza probíhá jako *penetrace do fundamentálních organizačních struktur pacientovy subjektivní zkušenosti*. Strukturální analýza není pasivním zaznamenáváním výpovědi pacienta, nýbrž vyžaduje od psychologa/psychiatra aktivní přístup a vstup do intersubjektivního prostoru s pacientem, který Minkowski nazývá jako *entre deux* (Urfer, 2001). Zde je nutné zmínit, že je na odborníka kladen požadavek vstupu do vztahu s pacientem, neboť až v rámci něj je možná strukturální analýza. Jak už bylo zmíněno, nutnost vztahu ze strany odborníka vůči pacientovi zdůrazňoval i Binswanger. Minkowski dále ve svém přístupu akcentuje *intuici v Bergsonově pojetí* – jako bezprostřední pochopení pacientova způsobu bytí a jeho subjektivní zkušenosti, které může nastat pouze v ryzi přítomnosti a při setkání s ním (Urfer, 2001).

Stěžejním cílem strukturální analýzy je odhalit **trouble générateur** (Van Duppen, 2017). Trouble générateur je jakousi esencí poruchy, neboli jejím jádrovým faktorem, který dává vzniknout symptomům. Jádrový faktor se promítá do všech symptomů duševního onemocnění, skrze něž dochází k manifestaci jádrového faktoru. Podle Minkowského nelze

k žádnému duševnímu stavu přistupovat jako k izolovanému fragmentu, nýbrž je nutné si být vědom, že každý tento fragment je součástí celku a je rovněž vyjádřením celku. Proto, v každém duševním stavu se odráží celek struktury subjektivní zkušenosti jedince (Urfer, 2001).

Na závěr této krátké podkapitoly bych ráda uvedla krátký úryvek, kde Minkowski (1948, s. 148, in Urfer-Parnas, 2019) popisuje příklad intuice v klinické situaci:

*„Sedím tváří v tvář pacientovi a s pečlivostí sepisuji jeho dojmy, přičemž znenadání jedna z jeho vyslovených vět osvětlí vše se zvláštní jasností. Ihned pocítuji, že jsem právě dotkl živoucího celku a uchopil trouble générateur jevíci se jako základní stavební kámen celého klinického obrazu. Toto je příklad intuice v Bergsonově pojetí.“*

### ZTRÁTA VITÁLNÍHO KONTAKTU S REALITOU

Jako trouble générateur u schizofrenie Minkowski (1970) uvádí ztrátu vitálního kontaktu s realitou. Co si představit pod pojmem **vitální kontakt s realitou**? Urfer (2001) píše, že je to schopnost jedince vstupovat do harmonických vztahů s kontinuálně proměnlivým světem. Jinými slovy, jedinec se umí „naladit“ na svět zahrnující druhé lidi a objekty.

Van Duppen (2017) pojem vitální kontakt s realitou podle Minkowského analyzuje hlouběji. Nejprve je nutné si ozřejmit, jak v tomto kontextu můžeme pohlížet na pojem **realita**? Pro zkušenost reality je zásadní *jazyk* (Minkowski, 1927, in Van Duppen, 2017), *pravidla* (Minkowski, 1970, in Van Duppen, 2017) a *praxe* (Minkowski, 1927, in Van Duppen, 2017). Jazyk poskytuje společnou půdu pro setkání mezi lidmi a při narušení vitálního kontaktu s realitou se jazyk jedince stává těžce srozumitelným (až nesrozumitelným). Pravidla jsou nezbytná ve smyslu pre-reflektivních měřítek a limitů v každodenním kontaktu s realitou, která nám umožňují orientovat se ve světě např. v sociálních situacích. Co se týče praxe, ta je úzce propojena s výše zmíněným jazykem a pravidly, díky kterým je člověk schopen se adekvátně se angažovat ve svém okolí. Deficit v oblasti praxe se projevuje neschopností postihnout praktickou stránku situace. Kupříkladu – jedinci se zaplavuje dům, on však místo toho z něj utekl nebo varoval ostatní spolubydlící, tak popisuje molekulární strukturu vody (Van Duppen, 2017).

Výše tři zmíněné aspekty reality však nepostihují realitu tak, jak o ní psal Minkowski. Je nutné popsat ještě další charakteristické rysy, které popisují komplementární část reality, která dle mého názoru souvisí spíše s *intuitivními aspekty subjektivní zkušenosti*. Van Duppen (2017) pojmenovává první rys, který lze přeložit do češtiny jako zkušenost

*nahodilosti*. Většina osob je schopna všimnout si zpěvu ptáků a zároveň konverzovat s blízkým, aniž by mezi těmito událostmi viděla jakoukoliv souvislost. Jedinec se schizofrenií s narušeným vitálním kontaktem s realitou tento smysl pro nahodilost podle Minkowského postrádá, koexistence dvou vedle sebe izolovaných jevů je pro něj problematická a ve výše zmíněné situaci by mohl vidět „mysteriózní sílu“ skrytou za těmito dvěma událostmi (Van Duppen, 2017). Minkowski (1966, in Van Duppen, 2017) dále vyzdvihuje *iracionalitu* jako nedílnou součást našeho vnímání reality. Pohlížet na realitu ryze racionálně nám neumožňuje být v kontaktu s realitou celistvě. Iracionalita může mít podobu *imaginace*. Ta podle Minkowského (1966, in Van Duppen, 2017) působí jako lehký závoj na těžkou materiální realitu. Imaginace tak proniká do všech částí reality – zjemňuje ji, zesvětluje ji, činí ji méně konkrétní a smysluplnou – což ovšem neznamená, že by ji činila méně reálnou. Racionalita a iracionalita se slévají v jedno a vytvářejí naši realitu. Třetí aspekt se označuje jako *atmosféra* (Minkowski, 1966, in Van Duppen, 2017). Realita podle Minkowského není jen něco externího ve vztahu k nám, co sestává z materiálních objektů. Realitu zakoušíme skrze kontakt s atmosférou prostředí (Van Duppen, 2017). V rámci schizofrenní zkušenosti chybí schopnost naladit se na atmosféru prostředí.

Lze diferencovat rozličné **módy kontaktu s realitou**. Z hlediska *módu času* si kontakt s realitou můžeme představit jako jakýsi sdílený rytmus vnitřní dynamiky jedince s dynamikou atmosféry okolí. Sdílením rytmu moje realita může být sdílena s ostatními. V tomto kontextu může být schizofrenie pojímána za určitou **formu desynchronizace**, kdy se jedinec již neúčastní kolektivní dynamiky a nerezonuje s prostředním. Dalším módem kontaktu s realitou je *prostor*<sup>37</sup>. Pro vitální kontakt s realitou je důležité, aby byla zachována určitá distance mezi člověkem a prostředím umožňující otevřenost jedince vůči možnostem světa. Ztrátou distance vzniká nehostinný subjektivní prostor podporující vznik bludných nálad a posléze i bludů (Van Duppen, 2017). Co se týče prostoru a času, po vzoru Bergssona (1970, in Van Duppen, 2017) Minkowski rozlišoval na objektivní čas / žitý čas a geometrický prostor / žitý prostor, nicméně ve svých úvahách se zabývá především žitým časem a prostorem. Jako poslední mód kontaktu s realitou je uveden *soucit* (sympathy) (Van Duppen, 2017). V tomto módu je realita spoluprožívána s druhými lidmi. Minkowski (1970, in Van Duppen, 2017) hovoří o možnosti pociťovat radosti a strasti druhých jako o „zázračném daru“. Nechat na sebe působit subjektivní zkušenost bližního, účastnit se na ní

---

<sup>37</sup> Specifickými fenomény subjektivní zkušenosti prostoru u osob se schizofrenií dle pojetí Minkowského se blíže zabývám v samotné kapitole, kde lze nalézt podrobnější informace.

a sdílet svou subjektivní zkušenost je schopnost, která u osob se schizofrenií chybí (Minkowski, 1970, in Van Duppen, 2017).

Po vysvětlení jednotlivých pojmů se dostávám ke konceptu **vitální kontakt s realitou** jako celku. Vitální kontakt s realitou probíhá, pokud je jedinec schopen dynamicky oscilovat mezi *schizoidními* a *syntonickými aktivitami* (Van Duppen, 2017). V rámci syntonických aktivit se člověk vyskytuje v harmonickém naladění na prostředí a na jeho rytmus (Urfer-Parnas, 2019). Součástí je právě výše zmíněná rezonance s druhými lidmi a sdílení společného životního rytmu. Přírozenou součástí života je však také obrat k sobě, směrem k sebe-realizaci – tento stav je nazýván jako schizoidní (Van Duppen, 2017). Pojem vitální kontakt s realitou je inspirován pojmem *élan vital* Bergssona (1927, in Urfer-Parnas, 2019) a lze jej přeložit jako rys vědomí zodpovědný za vnitřní otevřenost a naladěnost vůči světu. Vitální kontakt s realitou umožňuje smysl pro význam, relevantnost nebo adekvátnost (Urfer-Parnas, 2019). Vitální kontakt s realitou je ve své podstatě proces neustálého propojování vnitřního a vnějšího, subjektivního a objektivního (Urfer, 2001).

Ztráta vitálního kontaktu znamená zastavení dymického procesu mezi jedincem a prostředím a *propad do staticnosti*. V tomto pojetí dochází k oslabení flexibilních a dynamických aspektů subjektivní zkušenosti jedince, přičemž se zvýrazní právě aspekty strnulé, statické a racionální. Omezené je zejména prožívání času a akcentováno v subjektivní zkušenosti jedince je prožívání prostoru (Urfer, 2001).

## **AUTISMUS**

Minkowski (1970) se rovněž vyjadřuje k tématice *autismu*, přičemž se vymezuje vůči pojetí autismu podle Bleulera. Zatímco Bleuler popisuje autismus hlavně jako propad jedince do svého vnitřního světa fantazie, Minkowski (1970) se domnívá, že stěžejní pro vznik autismu u schizofrenie je ztráta vitálního kontaktu s realitou. Jak již bylo zmíněno, jádrovým faktorem schizofrenie je dle Minkowského ztráta vitálního kontaktu s realitou, přičemž autismus je v tomto smyslu jeden z jeho fenoménů. Autistické myšlení se neorientuje směrem k lidem, ke komunikaci s nimi a do budoucnosti (Urfer, 2001). Typický je taktéž chybějící smysl pro kontext a omezení či požadavky v rámci kontextu (Urfer, 2001).

Minkowski popisuje dva typy autismu, přičemž první z nich odpovídá Bleulerově koncepci autismu. U prvního typu se za autistickou fasádou v podobě na první zdání nesrozumitelných projevů a vět skrývá bohatý vnitřní život (Minkowski, 1970). Tento typ má rovněž propracovaný systém bludů. Bohatý vnitřní život funguje jako kompenzace a

poukazuje na snahu jedince zachovat si svou existenci (Urfer-Parnas, 2019), neboť v jádru pocíťuje obrovskou vnitřní prázdnotu a postupný úpadek (Minkowski, 1970). U druhého typu bohatý vnitřní život chybí a v projevech jedince není možno nalézt skrytou symboliku odkazující ke komplexní subjektivitě jedince (Urfer, 2001). V tomto případě je úpadek mnohem zjevnější.

## FENOMÉNY TERMINÁLNÍHO STÁDIA SCHIZOFRENIE

Ve své komparativní studii srovnávající fenomény u organické demence a schizofrenie Minkowski (1970) popisuje *narušení faktoru „já-tady-ten“*. Problémem u osob se schizofrenií je, že racionálně vědí, kde se nacházejí, avšak necítí se být na daném místě. Tvrzení „Já existuji.“ pro ně postrádá reálný význam. Co se týče časové dimenze, čas je pro osoby se schizofrenií prožíván jako nehybný a těžiště jejich prožívání se z času přesouvá především do prostoru. To ve výsledku znamená, že se excesivně zabývají prostorovými charakteristikami a pojetí času se vytrácí (Minkowski, 1970).

Minkowski ve svém popisu fenoménů u schizofrenie poměrně často užívá přídavné jméno „*nehybný*“. Minkowski (1970) píše, že i bludy u těchto osob mají v sobě cosi nehybného. Konkrétněji, člověk je přesvědčen, že je bohem nebo Kristem, avšak toto přesvědčení se následně neprojevuje v činech. Chybí mu tedy právě jakási hybná síla, která by přetvořila přesvědčení či myšlenku v akt. Takový člověk pak pokračuje ve svém současném povolání, např. zametání dvorů, jako by se nic nedělo. Vystačí si se samotnou myšlenkou, která je však oddělená od okolního světa a nikdy nedojde k její realizaci.

Nehybnost posléze Minkowski (1970) vysvětluje jako *narušení vitálního dynamismu*. Místo přesné definice tohoto fenoménu popíšu spíše projevy narušení vitálního dynamismu. Takto postižená osoba je ve svém bytí zcela strnulá/rigidní a jako by jí chyběl orgán k asimilaci čehokoliv dynamického. Může pak hovořit o „statických“ myšlenkách, které jsou „nehybné jako sochy“. Během jízdy vlakem si jedinec může stěžovat, že se vlak pohybuje až příliš rychle, neboť svým zrakem nedokáže rozpoznat nápisy všech stanic. Při příjezdu na nové místo se cítí naprosto vykořeněný, neboť během jízdy nebyl schopen zachytit všechny body v linii pohybu z jednoho místa na druhé, čímž si bylo narušeno prožívání jeho kontinuity (Minkowski, 1970). Narušení vitálního dynamismu Minkowski (1970, s. 270) přibližuje výpovědí jednoho pacienta:

*„Vše okolo mě je nehybné. Každá jednotlivá věc se jeví oddělená od ostatních, aniž by ve mně cokoliv vyvolávala. Některé objekty, které by měly vyvolávat vzpomínky, ve mně*

*podněcují nesmírné množství myšlenek, avšak zůstávají izolované. Věci spíše chápu, než abych je prožíval. Okolí je jako odehrávající se němohra, již nejsem součástí; zůstávám vně. Úsudek mi zůstal, ale můj životní instinkt zmizel. Již nejsem schopen vložit energii do jakéhokoliv činu. Uvnitř mě přestává fungovat jakákoliv dynamika – přeměna stavu relaxace na stav tenze. Není přirozené ustrnout navždy v jednom stavu myslí...“*

Minkowski (1970) své úvahy rozvíjí nejprve pojmem *morbidní racionalizace* a posléze souvisejícím pojmem *morbidní geometrismus*. Morbidní racionalizace je fenomén, kdy se akcentují statické, prostorové a racionální faktory v subjektivním prožívání v důsledku narušení vitálního dynamismu. Morbidní geometrismus jsem již popisovala v kapitole pojednávající o kategorii prostoru. Pouze stručně zmíním, že tento fenomén je charakteristický tím, že jedinec vnímá prostor především z hlediska teoreticko-matematických kvalit a projevuje se například nadměrným zájmem o hyper-symetrii.

Jako příklad morbidní racionalizace Minkowski (1970) uvádí pacienta, který tvrdí, že si v životě zakládá pouze na spirituálních hodnotách, přičemž na materiálních věcech mu nezáleží. Na tomto postoji jako takovém není nic překvapivého. Nicméně, podle pacienta je v souladu s jeho postojem přestat se starat o svůj úl, o který do té doby pravidelně pečoval. Minkowski (1970) označuje za zarážející logiku, podle které jedinec tuto činnost zařadil do kategorie materiálních věcí. Specifický je právě způsob, jakým jedinec se schizofrenií aplikuje principy ve svém životě. Totožný pacient rovněž zdůrazňuje potřebu být sám. Tuto potřebu pravděpodobně jednou za čas prožívá většina osob. Avšak pacient tuto potřebu realizuje extrémním způsobem, a z potřeby se stává jakýsi všudypřítomný imperativ. Vyhýbá se světu, který jej vyrušuje v rozjímání. Dokonce přestal číst, neboť se obává, že by jej ovlivnily myšlenky druhých osob. Dále promýšlí každé slovo, aby bylo v souladu s jeho principy, tj. užitečné. V konečném důsledku neříká nic. Hlavní zálibou pacienta je reflektovat, přičemž ještě před večerí si plánuje témata své reflexe, kterými se bude zabývat během večere. Jako důvod uvádí, že nechce marnit čas. Jakákoliv spontaneita, nepředvídatelnost je z jeho života vyloučena. Místo toho je jeho život transformován do beztvare mozaiky poskládané z logických pravidel a útržků myšlenek. Chybí komplementární aspekty jako intuice či stávání se, umožňující dynamiku v životě. Bez těchto aspektů dochází k neustálému procesu disociace fragmentů v subjektivní zkušenosti tohoto jedince (Minkowski, 1970).

Stejný jedinec dále popisuje, že peníze pro něj nejsou důležité, neboť nezabírají moc prostoru. Posléze se také svěruje, že momentálně dochází k inflaci franku, avšak tato inflace

ho netrápí, jelikož v ní spatřuje příliš pohybu (Minkowski, 1970). Opět je možno si povšimnout akcentování prostorových charakteristik, odporu k pohybu (dynamice) a neobvyklé logiky typické pro morbidní racionalismus.

Komplexní realita bývá mnohdy redukována na její teoretickou, zpravidla matematickou rovinu. Minkowski (1970) uvádí situaci, kdy pacient potkal na ulici atraktivní ženu, která jej přitahovala. Pacient reagoval na tuto událost poměrně neobvyklým způsobem – jakmile se vrátil domů, pokusil se zaujmout co nejsymetričtější pozici a reflektoval celou situaci. Kládl si otázku, proč ženy mají na muže takový vliv. Pacient byl skálopevně přesvědčen, že vše v životě, včetně sexuální oblasti, je možno vysvětlit matematikou, proto hledal odpověď v matematických vzorcích a geometrii.

### 4.2.3 Ronald David Laing

Skotský psychiatr Ronald David Laing (1927-1989) se stal veřejně známou osobností v 60. letech 20. století díky svým kontroverzním výrokům týkající se psychiatrie a pojetí šílenství (Beveridge, 2019). Ve své době upozorňoval na dehumanizaci psychiatrie, která se dle jeho názoru tak snadno může stát formou „brainwashingu“ podporujícího adaptované chování (Laing, 2010).

Byl to Laing, kdo seznámil anglosaské země s fenomenologickým přístupem v psychiatrii, kde v té době převládala tradice pozitivismu (Kotowicz, 2005). Přestože ve své praxi následoval především existenciální a fenomenologické myšlení, je nutné zdůraznit, že byl taktéž ovlivněný psychoanalýzou, neboť po určitou dobu pracoval ve známé Tavistocké klinice v Londýně proslulé svým psychoanalytickým zaměřením (Kotowicz, 2005).

Laing klade do kontrastu svůj přístup s tradičním modelem duševních onemocnění podle Kraepelina. Zatímco po vzoru Kraepelina pohlíží psychiatr na pacientovo chování jako na symptomy jeho nemoci, Laing se v rámci svého tzv. *fenomenologicky-existenciálního přístupu* vztahuje k chování pacienta jako k vyjádření jeho existence (Beveridge, 2019). Laingovo pojetí schizofrenie procházelo značným vývojem, přičemž v jeho pokročilejším díle mělo až sociální a politický ráz<sup>38</sup>. V této kapitole se však budu zabývat především jeho existenciálně-fenomenologickými úvahami.

---

<sup>38</sup> Například, Laing (1970) ve své díle upozorňuje na skutečnost, že diagnóza schizofrenie s sebou nese stigma, které v mnoha aspektech degraduje postavení člověka s touto diagnózou ve společnosti. Taktéž rozvíjí komplexní úvahy sociálního rázu, jež usvědčují společnost z jejího chorého nastavení. Tato společnost dle jeho názoru nedává prostor erosu, Bohu, autenticitě; což v konečném důsledku dává vzniknout adaptovanému



Co se týče filosofie, Laing (2010) v první předmluvě ke své knize *Rozdělené Self* uvádí, že se v jeho díle odráží vlivy Kierkegaarda, Jasperse, Heideggera, Sartra, Binswanger a Tillicha. Rovněž však poznamenává, že se nejedná o přímou aplikaci myšlenek výše zmíněných myslitelů (Laing, 2010). Laing nejen že četl originály filosofických textů přímo v němčině nebo francouzštině, ale taktéž se znal z mnohými soudobými existenciálně nebo fenomenologicky laděnými filosofy osobně (Beveridge, 2019).

## **FENOMENOLOGICKO-EXISTENCIÁLNÍ PŘÍSTUP**

Laing (2010) píše, že chování pacienta v klinické situaci s psychiatrem je do značné míry podmíněno vztahem psychiatra k pacientovi. Tradiční klinický psychiatrický postoj se principiálně od dob Kraepelina nezměnil. Nesrozumitelnost projevů osob se schizofrenií je mnohdy odrazem postoje psychiatrů vůči jeho pacientům. Těmto projevům však jde porozumět, pokud psychiatr upustí od své snahy být „objektivní“ a „vědecký“. Pokud k nám tedy někdo mluví, můžeme např.: 1) studovat verbální aspekty jeho řeči nebo 2) se snažit porozumět smyslu toho, co se nám snaží sdělit. S vědeckým odstupem lze sice popsat symptomy a chování jedince, avšak tento odstup nám neumožňuje reálně porozumět osobě, se kterou se v klinické situaci setkáváme. Vztah mezi psychiatrem/psychologem je pro porozumění pacientovi stěžejní. Pomocí ryze intelektuálních procesů lze chování pacienta vysvětlovat ve smyslu symptomů, avšak pro porozumění pacientovi je potřeba zapojení naší mysli jako celku, přičemž intelektuální procesy zde nestačí. Porozumění můžeme přirovnat k umění, které je možné jen díky *empatii*. Skrze empatii se pak lze otevřít světu člověka před námi a posléze do jeho světa i proniknout (Laing, 2010). Když na pacientovo chování nenahlížíme jako na pouhé projevy nemoci, již pro nás není pouhou obětí patologického procesu (Beveridge, 2019). Dle Laingovy perspektivy je člověk za své chování do značné míry zodpovědný (Beveridge, 2019).

Laing (2010) se staví kriticky vůči názorům, že s osobami se schizofrenií nelze navázat kontakt. Domnívá se, že to možné je, avšak je potřeba změna na straně psychologa/psychiatra. Ten, když se otevře možnosti porozumění, skrze empatii by pak měl být dostatečně „plastický“ na to „vydat“ se do světa, který svou povahou může být tak zvláštní a cizí. Schopnost empatického porozumění klade Laing (2010) do souvislosti se

---

jednodimenzionálnímu jedinci. V této souvislosti Laing (1970) schizofrenii považuje za zdařilou snahu neadaptovat se na sociální pseudorealitu.

schopností milovat druhého. Pokud miluji svého bližního, jsem s to mu porozumět. Laing (2010) hovoří o porozumění ve smyslu, jak pacient prožívá sebe, svět a taky nás. Laing (2010) akcentuje skutečnost, že v klinické situaci nelze být vůči pacientovi neutrální a na tom, zda máme postoj lásky, záleží. Snaha o chladný vědecký odstup zaměřený na symptomy je ve své podstatě postoj ne-lásky. Avšak cesta porozumění v tomto případě není nikterak jednoduchá, neboť porozumět osobě se schizofrenií znamená dotknout se její jinakosti, odloučenosti, osamělosti a zoufalství (Laing, 2010).

Podle Lainga (2010) je cílem fenomenologicko-existenciálního přístupu pojmenovat „svět“ druhého a jakým způsobem v něm tento druhý pobývá. V setkání s pacientem lze mít určité pojetí o tom, co je to být člověkem. Kupříkladu, dle Lainga (2010) pro každého člověka obecně platí, že je smrtelný, jeho existence má počátek a konec, a jeho tělo je nevyhnutelně spjato s časem a prostorem. Avšak ve své praxi se setkal s jedincem, který se domníval, že jeho existence není ohraničena milníky v čase jako narození nebo smrt, nýbrž je přesahuje. Není potřeba tohoto člověka označovat za schizofrenního, či se jej snažit přesvědčit o opaku. Důležitost Laing (2010) přikládá přijetí skutečnosti, že náš koncept člověka se liší od konceptu člověka, se kterým se setkáváme. V těchto případech je posléze nutné přeorientovat se na svět druhého, aniž bychom na něj pohlíželi skrze schéma svého světa. Toto přeorientování je navíc nutné, aniž bychom hodnotili, kdo má či nemá pravdu – tuto schopnost považuje Laing (2010) za nezbytný předpoklad pro práci s osobami se schizofrenií.

## **ROZDĚLENÉ SELF**

První Laingova kniha *Rozdělené Self* je detailní fenomenologicko-existenciální studii subjektivní zkušenosti osob se schizofrenií. Na začátek je nutné poznamenat, že Laing (2010) zdůrazňoval, že člověk se může nacházet na určitém *kontinuu*, na jejímž jednom konci je člověk pouze schizoidní, a na jejímž druhém konci schizoidní člověk se schizofrenií.

V základu subjektivní zkušenosti schizoidního člověka je existenciální stav, jež Laing (2010) nazývá **ontologickou nejistotou**. Jedinci s ontologickou nejistotou **chybí prožitek stabilního a celistvého self**. Takový jedinec se necítí zakotvený ve svém těle, prožívá rozštěp mezi tělem a svou myslí a rovněž se necítí naživu a opravdově, což v konečném důsledku vede k úzkosti a rozličným strategiím, kterými se člověk snaží ochránit svoje nestabilní self (Beveridge, 2019). Pro představu rozdílu mezi člověkem prožívajícím ontologickou jistotu/nejistotu uvádí Laing (2010) literárního kritika Trillinga

(1955, in Laing, 2010) a jeho popis rozdílu mezi protagonisty v literatuře od Shakespeara a Kafky. Postavy v knihách obou autorů se převážně vyrovnávají s tématy odcizení člověka a jeho utrpení. Přesto se však prožitek z děl obou autorů diametrálně liší – u Kafky je toto odcizení a utrpení jaksi intenzivnější, hlubší, zřetelnější a „odhalenější“. Shakespeare stejně jako Kafka se ve svém díle podtrhuje iracionalitu lidského pachtění, přesto je člověku v Shakespearově „cele“ jaksi příjemněji než v té Kafkově. Všichni králové, milenci a klauni Shakespeara jsou celiství a mají v sobě život. Oproti tomu Kafkovým hrdinům se stalo něco hroživého ještě předtím, než byl nad nimi vynesena rozsudek. Kafkův hrdina, netečný a bez touhy k životu, se nikdy doopravdy nedotknul zásadně lidských atributů jako je síla, láska, krása, vtip, odvaha, věrnost, sláva či lidská pýcha. V Kafkově podání existuje *vědomí zla bez protikladu silné lidské identity* (Trilling, 1955, in Laing, 2010).

Ontologicky jistá osoba prožívá vnitřní konzistenci, stabilní vnitřní jádro, opravdovost a svou hodnotu, přičemž vztahování se k druhým lidem je pro něj potenciálně uspokojující. Každodenní záležitosti pro takového jedince nejsou hrozbou. Avšak ontologicky nejistému člověku *chybí prožitek autonomie, vlastní identity a vnitřní konzistence*. Pohlíží na sebe jako na někoho, kdo v *jádro nemá hodnotu, není skutečný a ve své podstatě dobrý*. Neodmyslitelným prožitkem u takového jedince je jeho *odcizenost od vlastního těla a chybějící tělesnost*. Vztahy a veškeré vnější události jsou vnímány jako hrozba, neboť ještě více prohlubují jeho křehký prožitek svého self (Laing, 2010).

Laing (2010) popisuje tři typy úzkosti, které ontologicky nejistý člověk prožívá. Prvním z nich je **úzkost z pohlcení** druhým člověkem. S chybějícím prožitkem identity a autonomie je pro jedince velmi snadné se ve vztahu s druhými cítit ohrožen jejich pohlcením. V lásce spatřuje nesmírné nebezpečí, proto úzkost zpravidla řeší izolací od druhých osob. Úzkost z pohlcení může být vyjádřena obrazy utopení v temných vodách nebo pohřbení. Dostat se do kontaktu s druhým lze v tomto případě metaforicky pojmenovat jako dotyk spalujícího ohně; přičemž oheň symbolizuje živost, po které člověk prožívající sám sebe jako chladného a mrtvolného, touží. Druhý typ úzkosti se v lecčems podobá úzkosti z pohlcení, avšak nesouvisí s lidmi ale s externími podněty a Laing (2010) ji označuje jako **úzkost z imploze**. Subjektivní prostor je prožíván jako vakuum a touží tuto prázdnotu něčím vyplnit. Avšak realita je pro takového člověka příliš intruzivní a zahlcující, přičemž kontakt s realitou je pro něj hrozbou. Ve stavu ontologické nejistoty má realita persekující charakter. Jako třetí typ úzkosti je uvedena **úzkost z petrifikace (zkamenění) a depersonalizace**. Jinými slovy, schizoidní člověk se obává, že mu někým bude odejmuta jeho subjektivita a

bude přeměněn na mrtvého člověka nebo neživý objekt (např. kámen, robot, automat apod.). Magický akt petrifikace pro takového jedince nastává, když kdokoliv neguje jeho autonomii, ignoruje jeho pocity či s ním zachází odosobněně jako s objektem. Před touto úzkostí se jedinec brání útokem – ve smyslu, že ve své mysli petrifikuje a depersonalizuje ostatní.

Na podkladu nestabilního self se bytí jedince štěpí na dvě části – tělo a mysl. Tímto vzniká nepřirozená dualita v subjektivní zkušenosti, mající za úkol ochránit nestabilní self před ohrožujícím okolím. Tělo, skrze které se člověk setkává se světem, je vnímáno jako objekt mezi ostatními objekty. Self se tak nachází mimo tělo, neúčastní se kontaktu se světem, načež se vytváří **system falešného self** jakožto karikatura reálného self, zprostředkující určitou, avšak dosti omezenou formu kontaktu se světem. Tento *rozštěp mezi tělem a myslí* přirozeně působí na opravdové self zhoubně, neboť je „zakuklené“, nedostává se mu žádných podnětů a nepodílí se na aktivitě ve světě. Na veškerou svou aktivitu probíhající skrze systém falešného self jedinec pohlíží, jako by nebyla výrazem jeho vlastní existence. Schizoidní jedinec si tak může stěžovat na nedostatek spontaneity, rigiditu a může tvrdit, že není naživu – přičemž v existenciálním slova smyslu má pravdu.

„Zakuklení“ reálného self, jakožto pokus o vytvoření sekundární ontologické jistoty, přispívá k dojmům kontroly a osvobození od ostatních. Avšak tato *zdánlivá omnipotence* je klamná a existuje souběžně s prohlubujícím prožitkem *existenciální prázdnoty a bezmocnosti*. Jedinec si postupně uvědomuje kontrast mezi svou vnitřní prázdnotou a bohatou hojností světa, se kterým ztratil kontakt. Schizoidní člověk si přeje být v idealizovaném světě nacházejícím se vně, jež sestává ze všeho, co on už dávno ztratil – společenství, vřelost, hodnota a plnost. Není divu, že toto přání se tak snadno přemění v zuřivou závist a odpor vůči všemu, co mají ostatní a ne on. Jedinec touží zničit všechno dobro, svěžest a bohatost vnějšího světa, přičemž tato nenávist může být překonána postojem vyznačujícím se pohrdáním až lhostejností.

Pokud jde o *falešné self*, to je součástí odcizeného těla. Falešné self se stává povrchní fasádou, která nikterak neodráží opravdové self a projevuje se nadměrnou poslušností vůči ostatním. Člověk s falešným systémem svým chováním může dokonale splňovat očekávání ostatních osob – až do propuknutí psychózy se může jevit jako dokonalý manžel/manželka či syn/dcera apod. Nicméně tato fasáda působí jaksí rigidně, neživě a neautenticky – jako člověk odumírající sám sobě. Pokud se u schizoidního jedince rozvíjí psychotický proces, rozštěp mezi self a tělem se neustále zvětšuje, a falešné self se stává čím dál víc odštěpené od opravdového self, přičemž jeho aktivity jsou prožívány čím dál víc jako autonomní,

kompulzivní a odcizené od reálného self. Falešné self, které původně mělo sloužit k ochraně opravdového self, se postupně obrací proti němu, což v konečném důsledku vede k nenávisti opravdového self vůči falešnému self (Laing, 2010).

*Opravdové self*, zbavené svých možností se účastnit ve světě, má v případě ontologické nejistoty důležitou funkci – je prostředkem k *uvědomění sebe sama*. Vědomí sebe sama je pro schizoidního člověka zásadní, neboť mu zajišťuje alespoň určitý pocit identity a toho, že je naživu. Tento jedinec usiluje o vědomí sebe sama s určitou naléhavostí, neboť pro něj je to ve své podstatě otázka přežití a udržení jeho existence. Toto uvědomění sebe sama jej chrání před pohlcením a implozí. Například, Laing (2019) popisuje muže, který byl účasten podívané karnevalu a v jeden moment jej tato podívaná pohltila natolik, že zapomněl na to, kdo je a jak se jmenuje. Toto si po chvíli uvědomil, zděsil se a prožíval pocit neskutečnosti. Situace to pro něj byla k smrti zúzkostňující, přičemž od té doby už si nedovolil ani na moment ztratit vědomí sebe sama. Avšak takové detailní monitorování sebe sama, svých duševních a tělesných procesů jako by to byly cizí objekty, není nic příjemného. Laingova pacientka to přirovnává k černému slunci, které spaluje vše živé a spontánní v ní. Uvědomění sebe sama je však pro schizoidního jedince důležité i ze strany druhých. Pohled druhých lidí ho rovněž ujišťuje o jeho existenci a identitě. Tyto myšlenky Laing (2019) propojuje s úvahami o důležitosti láskyplného pohledu pečujících osob v dětství, které potvrzují autonomii a identitu dítěte, čímž se u dítěte vytváří stabilní self.

Laing (2010) do určité míry navazuje na Minkowského ve svém *popisu propadu schizoidního jedince do schizofrenie*. Rozštěp vzniklý mezi self a tělem se zvětšuje. Self, které se odtrhlo od přímé vztahovosti s druhými, se vztahuje už jen samo k sobě. Přesto je ještě pár jeho funkcí zachováno – kromě výše zmíněné observace sebe samého je to také schopnost fantazie. Nicméně, toto self už není v kontaktu s realitou – je narušen vitální kontakt s realitou. Kontakt s realitou je delegován na systém falešného self; na jehož vjemy, pocity, myšlenky a chování self pohlíží jako na odcizené a neskutečné. Nemožnost kontaktu s realitou na self působí jako žalář. A tak je self bez vztahů a podnětů uvězněno ve svém privátním fantazijním „světě“, postupně „se vyprazdňuje“, „umírá“ a zároveň ještě prožívá pocity nenávisti, strachu a závisti. Opravdové self, které není v kontaktu s realitou, není schopno vyjádřit své touhy sociálně adekvátním způsobem a pokud ještě občas probleskává skrze systém falešného self, je z hlediska ostatních vnímáno jako bizarní, excentrické a „bláznivé“. Co se týče systému falešného self, ten „okupuje“ čím dál více prostoru, stává se autonomním a zároveň čím dál víc mechanickým s rozličnými kompulzivními fragmenty.

Prožitek vnitřního odumírání posléze u jedince dosáhne takové intenzity, že vidí jen dvě možnosti – spáchat sebevraždu nebo být konečně sám sebou se vším všudy. To, co bychom v rámci psychiatrické terminologie nazvali jako *akutní psychotický stav*, může být *strhnutí fasády normality falešného self*. V této souvislosti Laing (2010) zmiňuje příklad muže, který šel se svou rodinou do parku k řece na piknik. Do té doby na něm jeho manželka dlouhodobě nepozorovala nic zvláštního. Nicméně po jídle tento muž ze sebe strhl šaty, vstoupil do řeky a začal na sebe zuřivě cákat vodu. Z řeky odmítal odejít. Důrazně tvrdil, že se očišťuje ze svých hříchů, neboť ve skutečnosti nikdy nemiloval svou manželku a děti. Řeku nechtěl opustit, dokud nebude očištěn. Tohoto muže pak z řeky vyvedla policie a následně byl odvezen do psychiatrického zařízení.

Laing (2010) zdůrazňuje, že cílem terapie u osob se schizofrenií je *navázat kontakt s opravdovým self*, ať už je sebevíc skryté a „zakuklené“. Je nutno mít naději, že je vždy možnost toto self „objevit“, starat se o něj a „oživit“ jej. Psychiatr/psycholog by měl rozpoznat rozštěpené fragmenty self v pacientovi a pracovat na jejich sjednocení. Bezpodmínečná láska psychiatra/psychologa, která rozpozná pacientovo opravdové bytí, je v tomto léčebném procesu rozhodujícím činitelem.

## **SCHIZOFRENIE JAKO TRANSCENDENTNÍ ZKUŠENOST**

V pozdějším díle *The Politics of Experience and the Bird of Paradise* se Laingovo (1970) pojetí schizofrenie zásadně proměnilo. Ten píše, že to, co je nazýváno schizofrenií, může být přirozenou subjektivní zkušeností člověka, kterou není nutné patologizovat. Laing (1970) rovněž ostře kritizuje sociální a politické důsledky pro jedince označeného diagnózou schizofrenie.

Podle Lainga (1970) je společnost jako taková odcizená od své autentické vnitřní subjektivní zkušenosti, přičemž většina osob v ní jako by „klouže“ po povrchu ve sféře externích podnětů. Subjektivním Laing (1970) míní imaginaci, sny, stavy vytržení, meditaci, kontemplaci apod. Významné je považováno jen to, co je možné kvantifikovat a to, co je „objektivní“. Například existence duše je přirozeně zpochybňována, neboť její existenci nelze vědecky potvrdit. Laing (1970) tento odcizený stav společnosti nazývá „kolektivním šílenstvím“. Člověk, který se dostává do kontaktu s vnitřním subjektivním „světem“, zažívá zkušenost, kterou Laing (1970) označuje jako transcendentní. Avšak rovněž dodává, že ne každý člověk diagnostikovaný jako schizofrenik, si prochází transcendentní zkušeností.

Když člověk vstoupí na pole subjektivity, bývá touto zkušeností otřesen. Z části proto, že odosobněná společnost neposkytuje vodítka, jak s touto zkušeností zacházet a jak se v ní pohybovat. Jako analogii lze zmínit od narození slepého člověka, jež v důsledku operace získá zrak. Je nasnadě, že bude zpočátku prožívat dezorientaci, zmatenost či sklíčenost. Člověk v tomto stavu potřebuje průvodce, aby byl schopen tuto zkušenost zpracovat a posléze se z ní vrátit zpátky. Pro Lainga (1970) je tato zkušenost přirozenou součástí života stejně jako narození a umírání, přičemž zdůrazňuje, že transcendentní zkušenost v sobě skýtá obrovský zdroj z hlediska vývoje člověka.

Laing (1970) přirovnává tuto formu schizofrenní zkušenosti k cestě, v jejíž rámci dochází ke ztrátě ega. Nicméně v této ztrátě ega není dle jeho názoru nic patologického. Co takový člověk prožívá? Častý je prožitek ztráty smyslu pro svět sdílený s ostatními. Všechny doposud užívané principy přestávají být životaschopné; staré významy přestávají člověku dávat smysl; dochází k neschopnosti rozlišit mezi imaginací, snem a vnějšími vjemy. Vnější události se jeví jako magicky začarované. Skrze sny k němu promlouvají druzí a imaginace je považována za objektivní realitu. Nicméně ústředním tématem je otřes ontologické báze člověka. Není čeho se podržet, možná kromě několika zbylých fragmentů spojujícím ho se ztraceným světem – pár vzpomínek, jmen, zvuků či pár objektů. Avšak tato subjektivní zkušenost není vyprázdněná a objevuje se v ní nespočet rozlišných vizí. Člověk se zde pohybuje na duchovní rovině.

Cílem podle Lainga (1970) není tyto zkušenosti vymýtit, nýbrž naučit se je zpracovávat a být schopen se z nich vrátit zpět. V této souvislosti je žádoucí osvojit si schopnost „cestovat“ mezi vnitřním subjektivním a vnějším objektivním světem.

#### 4.2.4 Josef Parnas a Louis Sass

Josef Parnas a Louis Sass představují současný **model poruchy self (ipseity)**, v jehož rámci se hovoří o *poruchách self* jako jádrovém faktoru, co se schizofrenního spektra týče (Parnas et al., 2005; Parnas & Henriksen, 2014; Nelson, Parnas & Sass, 2014; Sass, Borda, Madeira, Pienkos & Nelson, 2018; Sass, 2019). Model poruchy self vychází z fenomenologického přístupu, akcentuje subjektivní dimenzi schizofrenie, a zároveň je otevřený pro dialog

s neurokognitivními poznatky<sup>39</sup>. Momentálně je považován za nejvlivnější hypotézu na poli fenomenologického výkladu schizofrenie. Sass (2019) poznamenává, že neurobiologický model zdůrazňuje jako primární problém deficit či primitivitu u schizofrenie – např. ve smyslu deficitu intelektu; dezintegrace vyšších mentálních procesů jako je vůle či sebekontrola; a převahy primitivnějších emočních úrovní nervové soustavy. Avšak z hlediska modelu poruch ipseity je ústředním problémem u poruch schizofrenního spektra **hyperreflexe a snížený prožitek sebe sama**, což ústí do defektu co do uchopení reality. Oproti modelu poruchy self dochází v rámci neurobiologického modelu k popření relevance psychologických faktorů, co se týče patogeneze schizofrenie. V kapitole o self jsem již o této problematice zmiňovala, nicméně v této kapitole tuto problematiku pojmu z hlediska modelu jako celku.

Jako důsledek modelu poruchy ipseity je zmiňován *bio-feno-sociální model schizofrenie*, který je v souladu se současnými empirickými výzkumy (Sass et al., 2018). Bio-feno-sociální model je schopen vysvětlit vývoj symptomů/syndromů v rámci času – stejně jako dlouhodobý vývoj počínaje zranitelnosti jedince, přes prodromální stádium ústící do psychózy; tak také krátkodobé epizody u schizofrenie. Tento model se rovněž vypořádává s překrýváním se některých klíčových symptomů u schizofrenie s psychiatrickými stavy zahrnujícími depersonalizaci. Sass a kolektiv (2018) dále uvádějí, že bio-feno-sociální model integruje diverzitu neurokognitivních, neurobiologických a psychosociálních (např. vliv traumatu a kultury) poznatků do koherentního multifaktoriálního neuropsychologického celku.

## **PORUCHY IPSEITY A JEJÍ TŘI ASPEKTY**

Pojem **ipseita**<sup>40</sup> pochází z latiny (ipse) a označuje určitou základní úroveň self (Sass, 2019). Ipseita je jádrem naší subjektivní zkušenosti, na jejímž základě jsme schopni prožívat subjektivní zkušenost jako *naši* zkušenost. Ipseita probíhá pre-reflexivně, není výsledkem reflexe či introspekce, vyvstává pasivně ve formě konfigurace naší zkušenosti v první osobě.

---

<sup>39</sup> Sass (2019) zdůrazňuje soulad modelu poruchy ipseity s některými současnými neurokognitivními trendy co se schizofrenie týče. Například, model poruchy ipseity lze propojit například se selháním deaktivace Default-mode Network (DMN) (Sass & Borda 2015, Sass & Byrom 2015, in Sass, 2019) či s modelem týkajícím se abnormalit laterality mozkových hemisfér (Sass, 2019). Sass (2019) rovněž píše, že nejnovější neurobiologický výzkum neimplikuje u schizofrenie úpadek inteligence, racionality, regres či dominanci instinktů nebo nedostatek náhledu jako to je v případě tradičních starších modelů. S tím je v souladu i model poruchy ipseity, přičemž Sass (2019) píše, že to, co se u schizofrenie primárně interpretuje jako kognitivní deficit, je ve skutečnosti projevem jednoho z aspektů poruch ipseity – hyperreflexe.

<sup>40</sup> Synonymum minimálního self, základního self či jádrového self (Sass, 2019).



Bez ipseity není jedinec schopen komplexnější identity a pocitů. Ipseita formuje bazální subjektivní zkušenost člověka, v jejíž rámci se prožívá jako přítomný, tělesný, vymezený a v čase přetrvávající subjekt vědomí (Parnas & Henriksen, 2014). Ipseita je rovněž popsána jako určitý vitální centrální bod subjektivní zkušenosti (Sass, 2019); či jakési implicitní vědomí, že veškerá subjektivní zkušenost je „moje“ (Nelson, Parnas & Sass, 2014). Sass (2019) zmiňuje spisovatele Antonina Artauda, jenž ve snaze postihnout svou zkušenost charakterizoval jako chybění základního jádra, které lze nazývat duší.

Sass (2019) uvádí, že poruchy ipseity lze charakterizovat *třemi základními aspekty*, přičemž tyto aspekty se navzájem prolínají. První aspekt – **hyperreflexe** (hyperreflexivity) – je zesílené sebeuvědomění, které je zaměřeno na procesy, jež jsou v subjektivní zkušenosti obsaženy implicitně. Pokud dojde k poruchám ipseity, nejen že ve vědomí explicitně vyvstávají procesy utvářející spíše „pozadí“ subjektivní zkušenosti, ale zároveň jsou tyto procesy subjektem vnímány jako cizí objekty (např. vnitřní řeč jedince). **Snížený prožitek sebe sama** (diminished self-affection) je druhým aspektem poruchy ipseity a vyznačuje se neschopností jedince prožívat sebe sama jako subjekt svého vědomí. V rámci subjektivní zkušenosti člověka je tak narušena perspektiva první osoby. Snížený prožitek sebe sama mohou doprovázet pocity prázdnoty. Sass a Parnas (2003) poznamenávají, že hyperreflexe a snížený prožitek sebe sama nejsou dva oddělené procesy, nýbrž *společné rysy intencionální aktivity vědomí*. Jako třetí aspekt je uvedena **narušená schopnost uchopit kognitivně-percepční svět**, což souvisí s narušením časové a prostorové struktury subjektivní zkušenosti (Sass, 2019). Poruchy ipseity v konečném důsledku postihují fungování komplexnějších úrovní self (Parnas & Henriksen, 2014).

Sass (2019) zdůrazňuje rozdělení na *primární a sekundární faktory*, což je rozhodující mimo jiné taktéž pro neurokognitivní modelování patogeneze schizofrenie. Zjednodušeně řešeno, některé faktory v rámci jednotlivých aspektů se vyskytují u jedince primárně, již od raného věku, přičemž některé z těchto faktorů fungují spíše reaktivně jako obranná reakce na primární faktory.

## **KLINICKÉ MANIFESTACE**

Co se poruch self týče, Parnas a Henriksen (2014) zmiňují fenomenologicky orientované studie (Parnas, Jansson, Sass & Handest, 1998; Møller & Husby, 2000; in Parnas & Henriksen, 2014) zabývající se prožíváním osob se schizofrenií. Tyto studie prokázaly, že většina mladých pacientů vyskytujících se na schizofrenním spektru si například stěžuje na

prožitkem, že *nejsou skutečně naživu, chybění identity* nebo na skutečnost, že se *cítí být fundamentálně odlišní od druhých osob*. Je nutné odlišit základní prožitek, že je jedinec odlišný nebo špatný vyskytující se u osob v rámci schizofrenního spektra od podobných prožitků v rámci jiných psychiatrických stavů. Pro schizofrenní spektrum je typické, že je *odlišnost od druhých lidí pocíťována na ontologické úrovni* a nelze na ni uplatnit konkrétní a obvyklá kritéria jako např. vzhled, intelekt, zájmy či socioekonomický status. Takový pacient může tvrdit, že: „*Necítím se jako spirituální bytost. Je to jako bych byl fyzický objekt, například radiátor.*“ (Parnas & Henriksen, 2014, s. 253). Jinými slovy, jedinec může pochybovat o svém lidství jako takovém (Parnas & Henriksen, 2014).

Ke sníženému prožitku sebe sama, které se projevuje *narušením první osoby v subjektivní zkušenosti* může pacient například poznamenávat, že se jeho perspektiva chvěje či pohybuje dozadu. Pokud jde o hyperreflexi, pacienti mnohdy komentují, že jejich myšlenky, pocity a vjemy jsou pozorovány z dále jako objekty vědomí, než aby byly prožívány. Kupříkladu, jedna pacientka rozlišovala dva typy myšlenek, přičemž u prvního typu cítila svoje self a druhý typ myšlenek prožívala jako cizí objekty ve svém vědomí (Parnas & Henriksen, 2014).

Fenomenologicky vzato, pre-reflektivní intencionální vztah mezi subjektem a objektem se vytratil, což se projevuje nedostatečným „ponořením se“ do světa, který jedince obklopuje (Parnas & Henriksen, 2014). Výsledkem jsou proto různé *formy derealizace a odcizení se sociálními světu*; jedinec začne zpochybňovat skutečnosti, které se většině osob jeví jako samozřejmé a klade si otázky jako „*Proč je tráva zelená?*“ nebo „*Proč se lidé navzájem zdraví?*“ (Parnas & Henriksen, 2014).

Co se týče dalších klinických poznatků, Parnas a Henriksen (2014) uvádí, že *poruchy self mají povahu trvalejších rysů* a jsou do značné míry strukturálními aspekty subjektivní zkušenosti, jež protkávají pacientův modus prožívání. Pacienti často uvádějí přítomnost poruch self již od dětství či adolescence a spíše než ve smyslu symptomů nemoci pacienti chápou poruchy self jako vnitřní rysy jejich existence a jak prožívají sebe, druhé a svět. Poruchy self se neobjevují pouze během psychózy, ale přetrvávají rovněž ve stádiu remise (Parnas & Henriksen, 2014). Parnas a Henriksen (2014) poznamenávají, že poruchy self nelze pokládat za psychotické fenomény, přestože psychotická fáze u osob se schizofrenií propukne, pokud jsou přítomny poruchy self. O poruchách self se pacienti zpravidla vyjadřují se spojkou „jako by“ („*je to pocit, jako bych byl bez duše*“), což znamená, že při popisu těchto fenoménů není narušeno posuzování reality.

Podle Møllera a Husbyho (2000, in Parnas & Henriksen, 2014) někteří pacienti považují poruchy self za jádro jejich nemoci způsobující jim více trápení než samotné symptomy psychózy. Taktéž se ukázalo, že pacienti bývají zpravidla překvapení, že jsou psychiatři s těmito fenomény obeznámeni, a rovněž reagují s úlevou, že ostatní lidé mohou mít podobné prožitky. Pacienti rovněž častokrát sdělují, že je pro ně úlevné, když se jich někdo ptá na jejich subjektivní prožitky a jakým způsobem je prožívají. V tomto kontextu Parnas a Henriksen (2014) zdůrazňují terapeutickou hodnotu zjišťování těchto prožitků u pacientů, co se týče zmírnění existenciální samoty.

### **EASE – EXAMINATION OF ANOMALOUS SELF-EXPERIENCE**

Pro empirické zkoumání byl vyvinut EASE, což je *inventář umožňující semi-strukturovanou fenomenologickou exploraci anomálií v subjektivitě jedince týkajících se poruch ipseity*. EASE byl vyvinut na základě popisu prožívání získaném od pacientů pohybujících se na schizofrenním spektru. Tento nástroj je vysoce relevantní z hlediska deskripce, diagnózy a diferenciální diagnózy v rámci schizofrenního spektra (Parnas et al., 2005). Vzhledem k tomu, že poruchy self nejsou uvedeny v DSM ani v MKN, nelze jej samostatně užívat jako diagnostický nástroj (Parnas et al., 2005).

Vývoj EASE byl od začátku motivován snahou prozkoumat a porozumět zkušenosti a behaviorálním manifestacím autismu v rámci schizofrenie (Parnas & Bovet, 1991, in Parnas et al., 2005), přičemž došlo k zásadnímu zjištění, když většina pacientů sdělovala, že dlouhodobě pociťuje chybění identity a v poslední době se u nich objevují pocity transformace jejich self. Od té doby bylo provedeno mnoho studií (Škodlar et al., 2010; Møller et al., 2011; Haug et al., 2012; Nelson et al., 2012; Raballo & Parnas, 2012; Koren et al., 2013; Nelson et al., 2013; Haug et al., 2014; Nordgaard & Parnas, 2014; in Parnas & Henriksen, 2014).

EASE obsahuje 57 položek, z nichž některé jsou rozdělené do subtypů. Každá z těchto položek je definovaná a přiblížena typickými příklady. Položky jsou diferencovány do pěti racionálně soudržných sekcí: 1) *Kognice a proud vědomí*, 2) *Sebe-uvědomění a přítomnost*, 3) *Tělesné prožitky*, 4) *Vymezení/Tranzitivismus*, 5) *Existenciální reorientace*. EASE vykazuje vysokou vnitřní konzistenci, monofaktoriální strukturu a vysokou inter-rater reliabilitu mezi zkušenými psychiatry a klinickými psychology (Parnas & Henriksen, 2014).

## 5 DISKUZE

Nejprve je nutné se kriticky zamyslet nad limity této práce. S prací, jež je koncipovaná jako teoretická, se vždy pojí problém selektivity autora/autorky či interpretačního zkreslení. Vzhledem k rozsahu zkoumané oblasti, co do šířky i hloubky, jsem se v rámci celé práce potýkala s nutností redukovat kvantitu informací a vybírat jen ty nejrelevantnější poznatky, nicméně je možné, že během procesu teoretické analýzy došlo k řadě chyb. Interpretační zkreslení často mohlo být zapříčiněno překladem z anglického do českého jazyka.

Co se zdrojů literatury týče, vycházím převážně ze zahraničních zdrojů, což je ovlivněno nedostatkem české literatury pojednávající o tomto tématu. Bohužel jsem se rovněž potýkala s problémem nedostatku literatury v anglickém jazyce, neboť mnoho primárních pramenů fenomenologicky orientovaných psychiatrů je přístupných pouze v původním jazyce – např. němčině nebo francouzštině, kupříkladu – knihy *Schizophrenie* Ludwiga Binswangera nebo *La Schizophrénie* Eugène Minkowského byly pro mě z důvodu mých omezených jazykových schopností nedostupné, přičemž tyto knihy by si zasloužily pozornost a především překlad do češtiny.

Výsledkem práce je ucelený přehled, který může posloužit k základní orientaci jako úvod do dané problematiky. V této souvislosti lze zhodnotit, že vývoj práce směřuje spíše do šířky než do hloubky. Proto je možno namítnout, že limitem práce je její chybějící hloubka, čímž dochází k redukci tématu. K tomu, aby se však práce vyvíjela do hloubky, by byla potřeba specifikace zkoumané oblasti. Například, v rámci bádání jsem dospěla k závěru, že představitelé fenomenologického výkladu psychopatologie se v mnohých aspektech navzájem od sebe liší, avšak mou snahou v kapitole pojednávající o vymezení fenomenologického výkladu psychopatologie bylo spíše hledání společných rysů. V konečném důsledku jsem se mohla dopustit přílišné generalizace a simplifikace. Za další problém, co se hloubky týče, považuji skutečnost, že nejsem filosof, což zapříčiňuje omezené znalosti filosofie, respektive fenomenologie.

Kapitola týkající se úvodu do fenomenologie slouží v zásadě jako elementární nástin základů fenomenologie pro psychologicky orientovaného čtenáře. Abych zamezila základním chybám v interpretaci, konzultovala jsem text s filosoficky erudovanými osobami. Přesto si myslím, že téma filosofických kořenů fenomenologického výkladu

psychopatologie obecně by si pro svou bohatost a komplexnost zasloužilo mnohem více prostoru a mohlo by vydat na samostatnou práci, čehož by se mohl ujmout některý filosof. Rovněž bych chtěla zmínit některé filosofy, kteří by v souvislosti s fenomenologickým výkladem psychopatologie stáli za hlubší zkoumání, a o kterých bylo v práci jen pár zmínek – především Martin Buber, Maurice Merleau-Ponty a Henri Bergson.

Jako další kritická poznámka se nabízí nepropojenost této práce s klinickou praxí autorky. Hypoteticky lze předpokládat, že práce by se vyvíjela jiným způsobem, pokud by ji psal např. klinický psycholog s letitými zkušenostmi. Mohlo by se například jednat o odlišnou koncepci práce, přičemž takový autor by mohl práci obohatit mnohými vhledy z praxe. Leckterý čtenář tak může namítnout, že se v této práci jedná především o teorii vzdálenou klinické realitě. Proti této námitce lze argumentovat, že se v této práci pracuje s poznatky osob, které z klinické praxe vycházejí.

Jeden z problematických aspektů, se kterým jsem se během psaní práce potýkala, byla její koncepce. Ta se v průběhu práce proměňovala vlivem přibývajících znalostí o této oblasti. Mou snahou byla logická a zároveň intuitivní struktura práce a členění kapitol, avšak tento úkol byl poměrně obtížný vzhledem k šířce tématu a roztržitosti poznatků v této oblasti. Taktéž jsem zvažovala, zda do práce zařadit první kapitolu nazvanou *Vývoj tradičního pojetí duševní nemoci a schizofrenie*. Nakonec jsem však seznala, že tato kapitola může být užitečná, neboť v sobě umožňuje zahrnutí několika témat najednou – kořeny pojetí duševní nemoci a schizofrenie napříč různými historickými etapami, současné pojetí duševní nemoci a schizofrenie a vymezení vztahu fenomenologického přístupu k tradičnímu pojetí duševní nemoci v současnosti. Tato kapitola seznamuje čtenáře s tradičním konceptem duševní nemoci a schizofrenie, přičemž umožňuje určitou reflexi, a zároveň zasazení fenomenologického přístupu do kontextu s tímto tradičním pojetím. V této kapitole se však objevuje mnoho témat a otázek, jejichž hlubší analýza by byla již nad rámec této práce. Podle mého názoru je důležitá například otázka současných diagnostických systémů, jež jsou v klinickém prostředí mnohdy užívány bez kritického odstupu. Tímto tématem se zabývá například James Davies ve své knize *Cracked*, který „rozbíjí“ povrchní fasádu současné psychiatrie usilující o punc vědeckosti, když zkoumá vznik DSM. Davies (2013) na základě rozhovorů s psychiatry (např. se Spitzrem) podílejícími se na tvorbě DSM zjišťuje, že některé diagnózy či kritéria diagnóz v tomto manuálu byly vytvořeny arbitrárně pouze na základě konsensu malé skupiny psychiatrů.

Ke druhé části práce je nutné poznamenat, že se v ní určité poznatky prolínají – některé koncepty zmíněné v kategoriích se objevují i v rámci představení vybraných koncepcí schizofrenie. To dle mého názoru nemusí být na škodu a je to pouhým důsledkem snahy představit schizofrenii ze dvou úhlů pohledu. Chtěla bych se zde rovněž pozastavit nad některými představiteli, kterým v této části práce nebyl dán prostor z různých důvodů (např. nepřístupná literatura, omezený rámec práce atd.) a jejichž výklady by rovněž stály za probádání. Kupříkladu, Wolfgang Blankenburg (1928–2002) považoval za jádrový faktor schizofrenie tzv. *ztrátu selského rozumu* (loss of common sense) (Blankenburg, 1971, 2001; Stanghellini, 2004; in Stanghellini, 2016), což se manifestuje neschopností brát jako samozřejmost skutečnosti, o kterých většina osob ani nepochybuje (např. proč se nůž nazývá nůž). Nejedná se však o nedostatek týkající se znalostí (neboť v tomto smyslu by tímto mohl trpět každý „tázající“ se člověk – např. filosof či vědec), fundamentální je zde nestabilita základní resonance se světem. Kromě zmíněných představitelů – Sasse a Parnase – na Blankenburga navazuje v současnosti Giovanni Stanghellini (Sass & Parnas, 2003; Stanghellini, 2016). Japonský psychiatr Kimura Bin (1931–) rovněž pohlíží na schizofrenii skrze optiku fenomenologie, přičemž centrálním tématem v jeho úvahách je rozlišení na *noetické (subjektivní) self* a *noematické (objektivní) self* (Phillips, 2019). Bin v základě pojímá schizofrenii jako disharmonii mezi těmito dvěma self. V jeho díle se prolíná Husserlova perspektiva, interpersonální rovina, úvahy o časovosti, lingvistický pohled a tradiční japonské koncepty.

V kapitole pojednávající o základních kategoriích fenomenologického výkladu psychopatologie, by též mohlo být rozvíjeno téma *těla/tělesnosti* v souvislosti se schizofrenií. Tohoto tématu se do určité míry dotýká již Laing a v současnosti tuto problematiku zkoumá např. Irarrázavalová (2015), která poznamenává, že v rámci schizofrenní zkušenosti dochází *subjektivnímu distancování se*, přičemž tělo ztrácí svou přirozenou centrální roli a již neslouží jako médium pro účast ve světě. Dále také udává, že v rámci akutní fáze schizofrenie tělo ztrácí svůj *průhledný charakter*. Rovněž Stanghellini (2009) ve svém článku *Embodiment and Schizophrenia* popisuje aspekty tělesnosti u schizofrenie.

V této práci zřetelně vyvstává, že v rámci fenomenologického výkladu schizofrenie jsou kladeny poměrně vysoké nároky na osobnost psychologa/psychiatra. V čem tyto nároky spočívají? Zásadním prvkem tohoto přístupu je vztahovost. To znamená, že psycholog/psychiatr by měl disponovat vztahovými kapacitami, čímž bude schopen se dostat

do kontaktu s osobou se schizofrenní zkušeností. Vztahová kapacita je v tomto případě nezbytná, neboť pouze tak je možné porozumět subjektivní zkušenosti pacienta. Pro mnoho psychologů/psychiatrů jsou projevy osob se schizofrenií nesrozumitelné, avšak Laing (2010) jim nastavuje zrcadlo, když píše, že tato nesrozumitelnost odráží hlavně jejich postoj vůči pacientům. Ovšem schopností psychologa/psychiatra vstoupit do vztahu se svým pacientem se míní především být schopen lásky, což explicitně zmiňují Binswanger (Hoffmann & Knorr, 2019) i Laing (2010). Tohoto ideálu je náročné dosáhnout a my si zde můžeme klást otázku, jak lze zvýšit vztahovou kapacitu, potažmo schopnost milovat? Nejsou toho schopni jen někteří? Kromě toho jsem rovněž nastínila širokou škálu fenoménů, které se objevují v subjektivní zkušenosti osob se schizofrenií, přičemž tato subjektivní zkušenost je nesmírně náročná na zpracování pro psychologa/psychiatra a dle mého názoru ne každý dokáže „tíhu“ této zkušenosti unést. Slovy Lainga (2010), v autentickém vztahu s osobou se schizofrenií se dotýkáme její jinakosti, odloučenosti, osamělosti a zoufalství. Není tedy divu, že mnoho psychologů/psychiatrů se této tíze brání užitím obranných mechanismů, jež zamezují vytvoření vztahu s takovým člověkem. Lze se ptát, co je to za vlastnost, která umožňuje psychologovi/psychiatrovi „ustát“ schizofrenní zkušenost?

Diskutabilním bodem v druhé části práce, co se schizofrenie týče, je hledisko zodpovědnosti. Binswanger se odvážil k vyslovení teze, že schizofrenii je možno pojímat jako útěk jedince od zodpovědnosti, čímž do pojetí schizofrenie vnáší etickou rovinu. To se posléze promítá i do jeho pojetí bludu, jehož vytvořením se jedinec zdráhá čelit své vlastní existenciální vině a zodpovědnosti. Kladu si však otázku, zda toto pojetí není příliš radikální a striktní? Na druhou stranu, současné paradigma bychom mohli v tomto smyslu označit jako deterministické, neboť problém schizofrenie je redukován především na genetické a enviromentální faktory. Tímto je dáno stranou jakékoliv etické hodnocení. Tak jako tak, toto jsou spíše podněty k zamyšlení, přičemž si netroufám tvrdit, která z těchto perspektiv se více blíží pravdě.

Nyní bych ráda zmínila i některá pozitiva či přínosy práce. V české odborné literatuře neexistuje žádný ucelený přehled o fenomenologickém výkladu psychopatologie/schizofrenie, nikdo se explicitně nezabývá aktuálním vývojem této oblasti a obecně je u nás k tomuto tématu značně omezené množství literárních zdrojů. Proto se domnívám, že jeden z hlavních přínosů této práce spočívá v akcentování důležitosti fenomenologického výkladu psychopatologie, v popisu jeho aktuálního vývoje a snaze o vytvoření uceleného přehledu o této oblasti s konkrétním zaměřením na schizofrenii. Taktéž

se domnívám, že zájem psychologů o tuto oblast může být posílen, pokud bude snaha o ucelenou systematizaci poznatků fenomenologického výkladu psychopatologie, přičemž poznatky z této oblasti by měly být předávány srozumitelným způsobem. Toto bylo i mou snahou, zda-li se mi to alespoň do určité míry podařilo, by měl posoudit především čtenář.

Pokud jde o další pozitivní aspekty této práce, může to být snaha v rámci psychopatologie o návrat k subjektivní zkušenosti a k člověku, čímž se vymezují proti čistě mechanisticko-kauzálnímu přístupu, který na člověka nahlíží jako na objekt bez subjektivity. V této práci je zdůrazněná nutnost zahrnovat do psychopatologie studium subjektivní zkušenosti jedince, přičemž není kladen důraz na explanaci, nýbrž na deskripci, porozumění a hledání smyslu. Rovněž je nastíněno, jakým způsobem je možno subjektivní zkušenost uchopit. Dále je v této práci uvedeno množství fenoménů objevujících se v rámci schizofrenní zkušenosti a taktéž podnětné výklady fenomenologicky orientovaných představitelů, které umožňují získat větší vhled do složité architektury subjektivní zkušenosti osob se schizofrenií.

Za přínosné lze považovat, že tato práce ukazuje, že fenomenologický výklad psychopatologie/schizofrenie není jen záležitostí minulosti, zároveň neodmítá tradiční přístup k psychopatologii, přičemž jeho soudobí zastánci usilují o dialog se současným paradigmatem. To dokládá například Sass (2019), který uvádí aktuální neurokognitivní teorie, které jsou v souladu s výzkumy poruch ipseity týkajících se schizofrenního spektra. V této práci jsem okrajově zmínila soulad modelu poruch ipseity s deaktivací Default Mode Network (DMN) (Sass & Borda 2015, Sass & Byrom 2015, in Sass, 2019) a s modelem abnormalit laterality mozkových hemisfér (Sass, 2019). Taktéž se zdůrazňuje přínos ve vztahu k neurovědám, který spočívá například ve vytváření nových hypotéz (Sass et al., 2011) či vytváření přesnějších konceptů v psychopatologii, což může vést k nalezení neurobiologických korelátů (Stanghellini et al., 2019). Tato oblast se momentálně dynamicky vyvíjí, přičemž její výsledky a reálné dopady se dozvíme až v čase.

V práci poukazují i na praktické možnosti, jak lze toto téma rozvíjet. V poslední kapitole zmiňuji poruchy self u schizofrenie (ipseity) a výzkum anomálních self-prožitků, který probíhá skrze semi-strukturovaný inventář EASE umožňující semi-strukturovanou fenomenologickou exploraci (Parnas et al., 2005). EASE je momentálně přeložen do němčiny, italštiny, slovinštiny, španělštiny, portugalsštiny, francouzštiny, norštiny, dánštiny, švédštiny a taktéž do polštiny (EASE, 1. března 2020). Český překlad však doposud chybí.



Proto se nabízí přeložit EASE i do češtiny, načež by u nás mohly probíhat výzkumy zkoumající například poruchy self u schizofrenie.

## 6 ZÁVĚR

V souvislosti se stanovenými cíli, jež byly uvedeny na začátku práce, zde budou podtrhnuty hlavní objasněné body práce:

### *1. Podání komplexního přehledu fenomenologického výkladu psychopatologie.*

V rámci tohoto cíle byly představeny základní pojmy fenomenologie včetně jejich implikací v psychopatologii. Je taktéž zmapován historický vývoj fenomenologicky orientované psychiatrie, v rámci čehož jsou uvedeni stěžejní představitelé tohoto proudu. Posléze je zdůrazněna aktualita tohoto tématu skrze představitele, jež se tímto přístupem zabývají v současnosti, přičemž někteří z nich uvádějí důvody aktuálnosti fenomenologického výkladu psychopatologie. Kromě vymezení fenomenologického výkladu psychopatologie jsou rovněž prezentovány základní metody tohoto přístupu.

### *2. Analýza vývoje tradičního pojetí duševní nemoci ústícího do současného paradigmatu v psychiatrii s důrazem na schizofrenii.*

Tento cíl je zároveň i podcílem výše zmíněného cíle, neboť zasazuje fenomenologický výklad psychopatologie do kontextu tradičního pojetí duševní nemoci. Nejprve jsou napříč historií počínaje antikou identifikovány zásadní vlivy formující tradiční pojetí duševní nemoci a schizofrenie. Dále je zmapováno současné paradigma duševní nemoci obecně, což posléze propojují se současným pojetím schizofrenie. V návaznosti je uvedena kritika současného paradigmatu duševní nemoci dle současných představitelů fenomenologického přístupu v psychiatrii.

### *3. Analýza fenoménů v subjektivní zkušenosti u osob se schizofrenií z hlediska vybraných kategorií fenomenologického výkladu psychopatologie; jimiž jsou čas, prostor, self a intersubjektivita.*

Co se týče kategorie času, je popsána řada fenoménů souvisejících s dezintegrací intencionálního oblouku, např. desintegrace implicitní časovosti, poruchy myšlení, ztráta prožitku kontinuity self či desynchronizace intersubjektivní časovosti. Posléze jsou uvedeny fenomény diskontinuity času, nehybnosti / splývajícího v jedno / zastaveného času, kolapsu času nebo bezčasí. Skrze optiku prostoru lze pozorovat zejména tyto fenomény: deteriorace

atmosféry prostoru, situovanost v tmavém prostoru, morbidní geometrismus, čtyřdimenzionální prostor, fragmentace sociálního prostoru, modifikace velikosti/tvaru/kvantity objektů v prostoru, znásobené vidění, nekonečnost prostoru, změna atmosféry v prostoru. V podkapitole o self uvádím poruchy ipseity projevující se sníženým prožitkem sebe sama, hyper-reflexí a rovněž dalšími souvisejícími fenomény. Zmíněny jsou také prožitky pomíjivosti, chybějícího jádra, radikální odlišnosti od ostatních, ontologická nejistota v souvislosti s nestabilním prožitkem self a porucha sebeuvědomování si své aktivity. Z pohledu intersubjektivit jsou přiblíženy fenomény narušení konceptu „my“, poruchy ipseity v souvislosti s psychickou bolestí, autismu, identifikace a fúze s ostatními osobami, paranoie, hlubokého odcizení se od druhých osob, ztráty zájmu o druhé a o jakoukoliv interakci s nimi, deficitu selského rozumu, patologické empatie, prožívání druhých jako mrtvolných a neživých, a praecox prožitku.

*4. Analýza výkladu schizofrenie vybraných představitelů fenomenologického přístupu – L. Binswanger, E. Minkowského, R. D. Lainga a L. Sasse & J. Parnase.*

Zmapovány jsou výklady schizofrenie dle Binswanger, Minkowského, Lainga a Sasse & Parnase. Nejprve je přiblíženo Binswangerovo pojetí schizofrenie jakožto existenciální prázdnoty s narušenou vztahovostí. Posléze je popsán výklad schizofrenie dle Minkowského, který za jádrový faktor schizofrenie považoval ztrátu vitálního kontaktu s realitou. Dále je zkoumán výklad schizofrenie dle Lainga, především rozdělení self v rámci schizofrenie. Popsán je rovněž současný model poruchy ipseity dle Sasse a Parnase projevující se hyper-reflexí a sníženým pocitem sebe sama.

## 7 SOUHRN

Zvoleným tématem práce je „*Fenomenologický výklad psychopatologie se zaměřením na schizofrenii*“. Tato práce je koncipovaná jako teoretická, přičemž jsou stanoveny čtyři cíle: 1) Podání komplexního přehledu fenomenologického výkladu psychopatologie, 2) Analýza vývoje tradičního pojetí duševní nemoci ústícího do současného paradigmatu v psychiatrii s důrazem na schizofrenii, 3) Analýza fenoménů v subjektivní zkušenosti u osob se schizofrenií z hlediska vybraných kategorií fenomenologického výkladu psychopatologie, jimiž jsou čas, prostor, self a intersubjektivita, 4) Analýza výkladu schizofrenie u vybraných představitelů fenomenologického přístupu. Práce je rozdělena na dvě části, přičemž první část je zaměřena obecně na fenomenologický výklad psychopatologie a druhá část se konkrétně soustředí na aplikaci fenomenologického výkladu na schizofrenii.

První kapitola první části práce se věnuje vývoji tradičního pojetí duševní nemoci a schizofrenie. Nejprve je ozřejmáno tradiční pojetí duševní nemoci a schizofrenie napříč historickými etapami od antiky až po současnost, přičemž jsou identifikovány významné vlivy podílející se na formování pojetí duševní nemoci a schizofrenie. Tento vývoj ústí v současné pojetí duševní nemoci, které je označováno jako biomedicínský model, neurobiologické paradigma, technické paradigma, biologická psychiatrie, neopozitivistický model nebo operacionalizační psychopatologie. Dále je přiblíženo současné pojetí schizofrenie, v němž se odráží současné pojetí duševní nemoci. Posléze je zmíněna kritika současného pojetí duševní nemoci ze strany zastánců fenomenologického přístupu v psychiatrii, což klade fenomenologický výklad psychopatologie do současného kontextu v psychiatrii.

Druhá kapitola první části práce slouží jako úvod do fenomenologie pro psychologicky orientovaného čtenáře. Stručně je nastíněna fenomenologie a její kontext vzniku, načež jsou popsány základní pojmy fenomenologie – epoché, fenomén, intencionalita, noeticko-noematická struktura zkušenosti, aktivní fenomenologická konstituce, smysl a dasein. Na závěr kapitoly jsou zmíněny implikace těchto základních pojmů pro psychopatologii.

Ve třetí kapitole první části práce jsou popsána specifika fenomenologického výkladu psychopatologie. Na začátku je přiblížen historický vývoj fenomenologického

proudu v psychiatrii se zaměřením na klíčové představitele tohoto proudu počínaje K. Jaspersem. V následující podkapitole je zdůrazněna aktuálnost dialogu fenomenologie a psychiatrie a jsou uvedeni současní zastánci fenomenologického přístupu (M. Tamellini, G. Messas, J. Parnas, L. Sass, D. Zahavi, M. Aragona, G. Stanghellini, M. R. Broome, A. V. Fernandez, P. Fusar-Poli, A. Raballo a R. Rosfort, T. Fuchs), přičemž někteří z nich upozorňují na nedostatky současné situace v psychiatrii a rovněž poskytují argumenty osvětlující potřebu aplikovat fenomenologický přístup v psychopatologii. Posléze je již konkrétně vymezen fenomenologický výklad psychopatologie – ten je v základě charakterizován jako studium struktury subjektivní zkušenosti, které stojí na výpovědi pacientů. Posléze jsou uvedeny tyto metody fenomenologického výkladu psychopatologie: deskriptivní metoda, strukturální analýza, analýza kategorií a empatické porozumění.

V druhé části, která sestává ze dvou kapitol, je zkoumán fenomenologický výklad schizofrenie. V první kapitole jsou analyzovány specifické fenomény v subjektivní zkušenosti osob se schizofrenií skrze optiku vybraných fenomenologických kategorií, jimž jsou čas, prostor, self a intersubjektivita. Co se týče času, jsou uvedeny fenomény související s fragmentací intencionálního oblouku. Rovněž jsou zmíněny fenomény jako diskontinuita času, nehybný / splývající v jedno / zastavený čas a kolaps času. Pokud jde o subjektivní zkušenost prostoru, jsou nastíněny fenomény: deteriorace atmosféry prostoru, situovanost v tmavém prostoru, morbidní geometrismus, čtyř-dimenzionální prostor, fragmentace sociálního prostoru, modifikace velikosti/tvaru/kvantity objektů v prostoru, znásobené vidění, nekonečnost prostoru a změna atmosféry v prostoru. V souvislosti se self jsou uvedeny fenomény hyper-reflexe a sníženého pocitu sebe sama, s čímž se vážou prožitky pomíjivosti, chybějícího jádra a radikální odlišnosti. Dále je kladena do souvislosti ontologická nejistota a nestabilní prožitek self. Rovněž je identifikován fenomén poruchy sebeuvědomování si své aktivity. Z pohledu intersubjektivit jsou rozebírány fenomény: narušení konceptu „my“, poruchy ipseity v souvislosti s psychickou bolestí, autismu, identifikace a fúze s ostatními osobami, paranoie, hlubokého odcizení se od druhých osob, ztráty zájmu o druhé a o jakoukoliv interakci s nimi, deficitu selského rozumu, patologické empatie, prožívání druhých jako mrtvolných a neživých a praecox prožitku.

V druhé kapitole druhé části práce jsou uvedeni vybraní fenomenologicky orientovaní představitelé a jejich výklady schizofrenie. Nejprve je představen L. Binswanger, podle něhož je schizofrenie vyjádřením existenciální prázdnoty a zároveň formou neautentické existence. Binswanger se taktéž zaměřuje na narušenou vztahovost u

osoby se schizofrenií. Jako druhý představitel je vybrán E. Minkowski, podle něhož je jádrovým faktorem schizofrenie ztráta vitálního kontaktu s realitou. Významný fenomén projevující se v rámci ztráty vitálního kontaktu s realitou je autismus. Dále jsou popsány specifické fenomény v rámci narušení vitálního kontaktu s realitou jako např. morbidní racionalismus. Třetím vybraným představitelem je R. D. Laing a jeho výklad schizofrenie jakožto rozděleného self. Schizofrenie dle jeho pojetí vzniká na podkladu ontologické nejistoty u schizoidních osob, což ústí v nestabilní a nejistý prožitek vlastního self. Rovněž je naznačeno Laingovo pozdější pojetí schizofrenie jako transcendentní zkušenosti. V závěru kapitoly přibližuji současný model poruchy self (ipseity) u schizofrenie podle L. Sasse a J. Parnase, kteří popisují tři základní aspekty poruchy ipseity, jimiž je hyper-reflexe, snížený prožitek self a narušená schopnost uchopit kognitivně-percepční svět. V souvislosti s tímto modelem uvádím EASE, což je inventář umožňující semi-strukturovanou fenomenologickou exploraci anomálií v subjektivní zkušenosti jedince.

Přínosem této práce je podání uceleného přehledu fenomenologického výkladu psychopatologie pro psychologicky orientovaného čtenáře, neboť tomuto tématu není v české odborné literatuře věnováno dostatek pozornosti. Taktéž je zdůrazněna aktuálnost tohoto tématu v zahraničí. Dalším pozitivem je akcentování důležitosti fenomenologického výkladu psychopatologie, jehož ohniskem není explanace duševního onemocnění ale porozumění architektuře subjektivní zkušenosti člověka. Tato práce čtenáři umožňuje porozumění složitosti struktury subjektivní zkušenosti osoby se schizofrenií. V rámci této práce zdaleka nejsou vyčerpány možnosti rozvíjení tohoto tématu, přičemž v diskuzi je uvedena řada podnětů umožňující jeho další vývoj. V současnosti probíhá výzkum poruch self u osob se schizofrenií pomocí EASE, což je jedna z praktických možností, jak toto téma dále rozvíjet.

# LITERATURA

- Andreasen, N. C. (2007). DSM and The Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 108–112. DOI: 10.1093/schbul/sbl054
- Basso, E. (2012). From the Problem of the Nature of Psychosis to the Phenomenological Reform of Psychiatry: Historical and Epistemological Remarks on Ludwig Binswanger's Psychiatric Project. *Medicine Studies: An International Journal for History, Philosophy, and Ethics of Medicine & Allied Sciences*, 3(4), 215. DOI: 10.1007/s12376-012-0076-x
- Bartoš, H., & Fisherová, S. (Eds.). (2012). *Hippokratés: Vybrané spisy I*. Praha: OIKOYMENH.
- Beveridge, A. (2019). R. D. Laing. In G. Stanghellini, M. R. Broome, A.V. Fernandez, P. Fusar-Poli, A. Raballo & R. Rosfort (Eds.), *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology* (182-190). New York: Oxford University Press.
- Binswanger, L. (1958). The Case of Ellen West. In R. May, E. Angel & H. F. Ellenberger (Eds.), *Existence: A New Dimension to Psychiatry and Psychology* (237-364). New York: Basic Books.
- Blecha, I., Brázda, R., Březina, J., Floss, K., Horyna, B., Kučírek, J., ... Zumr, J. (1998). *Filosofický slovník*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc.
- Blecha, I. (2007). *Proměny fenomenologie*. Praha: Triton.
- Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., ... Yeomans, D. (2012). Psychiatry Beyond The Current Paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 201(6), 430–434. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.109447
- Buber, M. (2005). *Já a Ty*. Praha: Kalich.
- Buber, M., & Agassi, J. B. (1999). *Martin Buber on Psychology and Psychotherapy: Essays, Letters, and Dialogue*. New York: Syracuse University Press.
- Cerbone, D. R. (2006). *Understanding Phenomenology*. Durham: Acumen.
- Comer, R. J. (2004). *Abnormal Psychology*. New York: Worth Publishers.
- Condrau, G. (1998). *Sigmund Freud & Martin Heidegger: Daseinsanalytická teorie neuróz a psychoterapie*. Praha: Triton.

- Davies, J. (2013). *Cracked: Why Psychiatry Is Doing More Harm Than Good*. London: Icon Books.
- Deacon, B. J. (2013). The Biomedical Model of Mental Disorder: A Critical Analysis of Its Validity, Utility, and Effects on Psychotherapy Research. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 846–861. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.09.007
- Ellenberger, H. F. (1958). A Clinical Introduction to Psychiatric Phenomenology and Existential Analysis. In R. May, E. Angel & H. F. Ellenberger (Eds.), *Existence: A New Dimension to Psychiatry and Psychology* (92-124). New York: Basic Books.
- Foucault, M. (1994). *Dějiny šílenství v době osvícenství: hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
- Foucault, M. (1997). *Psychologie a duševní nemoc*. Praha: Dauphin.
- Fuchs, T. (2009a). Embodied Cognitive Neuroscience and Its Consequences for Psychiatry. *Poiesis and Praxis*, 6(3–4), 219–233. DOI: 10.1007/s10202-008-0068-9
- Fuchs, T. (2009b). Phenomenology and Psychopathology. In D. Schmicking & S. Gallagher (Eds.), *Handbook of Phenomenology and Cognitive Science* (547-573). DOI: 10.1007/978-90-481-2646-0\_28
- Fuchs, T. (2013). Temporality and Psychopathology. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 12(1), 75-104. DOI: 10.1007/s11097-010-9189-4
- Fuchs, T. (2019). The Experience of Time and Its Disorders. In G. Stanghellini, M. R. Broome, A.V. Fernandez, P. Fusar-Poli, A. Raballo & R. Rosfort (Eds.), *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology* (431-441). New York: Oxford University Press.
- Fuchs, T., & Pallagrosi, M. (2018). Phenomenology of Temporality and Dimensional Psychopathology. In M. Biondi, M. Pasquini & A. Picardi (Eds.), *Dimensional Psychopathology* (287-300). Cham: Springer.
- Gach, J. (2008). Biological Psychiatry in the Nineteenth and Twentieth Centuries. In E. R. Wallace & J. Gach (Eds.), *History of Psychiatry and Medical Psychology: With an Epilogue on Psychiatry and the Mind-Body Relation* (381-418). New York: Springer Science Business Media.



- Hamm, J. A., Buck, B., & Lysaker, P. H. (2015). Reconciling the Ipseity-Disturbance Model with the Presence of Painful Affect in Schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 22(3), 197–208. DOI: 10.1353/ppp.2015.0035
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Heinämaa, S., & Taipale, J. (2019). Normality. In G. Stanghellini, M. R. Broome, A.V. Fernandez, P. Fusar-Poli, A. Raballo & R. Rosfort (Eds.), *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology* (284-298). New York: Oxford University Press.
- Henriksen, M. G., & Nilsson, L. S. (2017). Intersubjectivity and Psychopathology in the Schizophrenia Spectrum: Complicated We, Compensatory Strategies, and Self-Disorders. *Psychopathology* 50, 321-333. DOI: 10.1159/000479702
- Hobbes, T. (1996). *Leviathan*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hoffmann, K., & Knorr, R. (2019). Ludwig Binswanger. In G. Stanghellini, M. R. Broome, A.V. Fernandez, P. Fusar-Poli, A. Raballo & R. Rosfort (Eds.), *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology* (111-117). New York: Oxford University Press.
- Irarrázavalová, L. (2015). The Lived Body in Schizophrenia: Transition from Basic Self-Disorders to Full-blown Psychosis. *Frontiers in psychiatry*, 6, 9. DOI: 10.3389/fpsyt.2015.00009
- Jaspers, K. (1968). *General Psychopathology*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Jendrušková, E. (2017). *Pojetí vztahu podle Martina Bubera a jeho vliv v psychologii*. (Bakalářská diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Laing, R.D. (1970). *The Politics of Experience and the Bird of Paradise*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Laing, R. D. (2010). *The Divided Self*. London: Penguin Books.
- Laing, R. D. (2019). *Rozdělené self*. Praha: Portál.
- Locke, J. (1984). *Esej o lidském rozumu*. Praha: Svoboda.
- Kotowicz, Z. (2005). *R. D. Laing and the Paths of Anti-Psychiatry*. New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Krueger, J., & Aiken, A. T. (2016). Losing Social Space: Phenomenological Disruptions of Spatiality and Embodiment in Moebius Syndrome and Schizophrenia. *Phenomenology & Science*, 121. DOI: 10.1057/978-1-137-51605-3\_7

- Marx, O. M. (2008). German Romantic Psychiatry: Part I. Earlier, Including More-Psychological Orientation. In E. R. Wallace & J. Gach (Eds.), *History of Psychiatry and Medical Psychology: With an Epilogue on Psychiatry and the Mind-Body Relation* (313-334). New York: Springer Science Business Media.
- May, R., Angel, E., & Ellenberger, H. F. (Eds.). (1958). *Existence: A New Dimension in Psychiatry and Psychology*. New York: Basic Books.
- Messas, G., Tamelini, M., Mancini, M., & Stanghellini, G. (2018). New Perspectives in Phenomenological Psychopathology: Its Use in Psychiatric Treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 466. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00466
- Minkowski, E. (1970). *Lived Time: Phenomenological and Psychopathological Studies*. Evanston: Northwestern University Press.
- Missner, M. (2004). *Hobbes*. Bratislava: Albert Marenčin.
- Mora, G. (2008). Mental Disturbances, Unusual Mental States, and Their Interpretation during the Middle Ages. In E. R. Wallace & J. Gach (Eds.), *History of Psychiatry and Medical Psychology: With an Epilogue on Psychiatry and the Mind-Body Relation* (199-226). New York: Springer Science Business Media.
- Moran, D. (2000). *Introduction to Phenomenology*. London, New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Mullen P. E. (2007). A Modest Proposal for Another Phenomenological Approach to Psychopathology. *Schizophrenia bulletin*, 33(1), 113–121. DOI: 10.1093/schbul/sbl043
- Müller, M. (2016). *Metafory šílenství: Umlčení mýtotvůrci a porouchané mozky* (Disertační práce). Získáno 22. května 2019 z Digitálního repozitáře Univerzity Karlovy.
- Nelson, B., Parnas, J., & Sass, L. A. (2014). Disturbance of Minimal Self (ipseity) in Schizophrenia: Clarification and Current Status [Editorial]. *Schizophrenia Bulletin*, 40(3), 479–482. DOI: 10.1093/schbul/sbu034
- Norlyk, A., Martinsen, B., & Dahlberg, K. (2013). Getting to Know Patients' Lived Space, *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, 13(2), 1-12. DOI: 10.2989/IPJP.2013.13.2.5.1179A
- Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Praha: Grada.

- Orel, M., & Facová, V. (2016). Úvod do psychopatologie. In M. Orel, *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (15-22). Praha: Grada.
- Owen, M. J., Sawa, A., & Mortensen, P. B. (2016). Schizophrenia. *Lancet (London, England)*, 388(10039), 86–97. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)01121-6
- Parnas, J., & Henriksen, M. G. (2014). Disordered self in the schizophrenia spectrum: a clinical and research perspective. *Harvard review of psychiatry*, 22(5), 251–265. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000040
- Parnas, J., & Henriksen, M. G. (2019). Selfhood and Its Disorders. In G. Stanghellini, M. R. Broome, A.V. Fernandez, P. Fusar-Poli, A. Raballo & R. Rosfort (Eds.), *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology* (465-474). New York: Oxford University Press.
- Parnas, J., Moller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., & Zahavi, D. (2005). EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology*, 38(5), 236–258. DOI: 10.1159/000088441
- Parnas, J., Sass, L. A., & Zahavi, D. (2013). Rediscovering Psychopathology: The Epistemology and Phenomenology of the Psychiatric Object. *Schizophrenia Bulletin*, 39(2), 270–277. DOI: 10.1093/schbul/sbs153
- Peregrin, J. (2008). *Filozofie pro normální lidi*. Praha: Dokořán.
- Phillips, J. (2019). Kimura Bin. In G. Stanghellini, M. R. Broome, A.V. Fernandez, P. Fusar-Poli, A. Raballo & R. Rosfort (Eds.), *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology* (148-156). New York: Oxford University Press.
- Plháčková, A. (2006). *Dějiny psychologie*. Praha: Grada Publishing.
- Porter, R. (2003). *Madness: A Brief History*. New York: Oxford University Press.
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., Ptáček, R., & American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe-Testcentrum.
- Sass, L. (2019). The Life-World of Persons with Schizophrenia: Considered as a Disorder of Basic Self. In G. Stanghellini, M. R. Broome, A.V. Fernandez, P. Fusar-Poli, A. Raballo & R. Rosfort (Eds.), *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology* (597-616). New York: Oxford University Press.

- Sass, L., Borda, J. P., Madeira, L., Pienkos, E., & Nelson, B. (2018). Varieties of Self Disorder: A Bio-Pheno-Social Model of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 44(4), 720–727. DOI: 10.1093/schbul/sby001
- Sass, L., & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, Consciousness, and the Self. *Schizophrenia Bulletin*, 29(3), 427-444. DOI: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007017
- Sass, L., Parnas, J., & Zahavi, D. (2011). Phenomenological Psychopathology and Schizophrenia: Contemporary Approaches and Misunderstandings. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 18(1), 1. DOI: 10.1353/ppp.2011.0008
- Sass, L., & Pienkos, E. (2015). Faces of Intersubjectivity: A Phenomenological Study of Interpersonal Experience in Melancholia, Mania, and Schizophrenia. *Journal of Phenomenological Psychology*, 46(1), 1–32. DOI: 10.1163/15691624-12341283
- Sato, A. (2013). The Two Spaces of Eugène Minkowski. *Inter Faculty*, 4, 95–103. DOI: 10.15068/00000475
- Simonová, B. (2008). Mind and Madness in Classical Antiquity. In E. R. Wallace & J. Gach (Eds.), *History of Psychiatry and Medical Psychology: With an Epilogue on Psychiatry and the Mind-Body Relation (175–198)*. New York: Springer Science Business Media.
- Shorter, E. (2005). *A Historical Dictionary of Psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- Spielberg, H. (1972). *Phenomenology in Psychology and Psychiatry: A Historical Introduction*. Evanston: Northwestern University Press.
- Stanghellini, G. (2009). Embodiment and Schizophrenia. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 8(1), 56–59. DOI: 10.1002/j.2051-5545.2009.tb00212.x
- Stanghellini, G., & Aragona, M. (Eds.). (2016) *An Experiential Approach to Psychopathology: What is it like to suffer from mental disorders?*. Cham: Springer International Publishing.
- Stanghellini, G., Broome, M. R., Fernandez, A. V., Fusar-Poli, P., Raballo, A., & Rosfort, R., (Eds.). (2019). *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*. Oxford: Oxford University Press.

- Steinbock, A. (2019). Genetic Phenomenology. In G. Stanghellini, M. R. Broome, A.V. Fernandez, P. Fusar-Poli, A. Raballo & R. Rosfort (Eds.), *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology* (225-234). New York: Oxford University Press.
- Stephensen, H., & Henriksen, M. G. (2017). Not Being Oneself: A Critical Perspective on “Inauthenticity” in Schizophrenia. *Journal of Phenomenological Psychology*, 48(1), 63–82. DOI: 10.1163/15691624-12341322
- Svoboda, M. (2012). *Psychopatologie a psychiatrie: Pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál.
- Tamelini, M. G., & Messas, G. P. (2017). Phenomenological psychopathology in contemporary psychiatry: Interfaces and perspectives. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 20(1), 165–180. DOI: 10.1590/1415-4714.2017v20n1p165.11
- Thibaut, F. (2018). The Mind-Body Cartesian Dualism and Psychiatry. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1),3. Získáno 10. dubna 2019 z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Trepper, T.S., & Shean, G.D. (2013). *Understanding and Treating Schizophrenia: Contemporary Research, Theory, and Practice*. New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- University of Copenhagen. (2020). *Center for Subjectivity Research*. Získáno 26. února 2020 z <https://cfs.ku.dk/about/>
- Urfer, A. (2001). Phenomenology and Psychopathology of Schizophrenia: The Views of Eugene Minkowski. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 8(4), 279–289. DOI:10.1353/ppp.2002.0029
- Urfer-Parnas, A. (2019). Eugène Minkowski. In G. Stanghellini, M. R. Broome, A.V. Fernandez, P. Fusar-Poli, A. Raballo & R. Rosfort (Eds.), *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology* (104-110). New York: Oxford University Press.
- Van Duppen, Z. (2017). The Meaning and Relevance of Minkowski’s ‘Loss of Vital Contact with Reality’. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 24(4), 385–397. DOI: 10.1353/ppp.2017.0057
- Varga, S. (2013). Vulnerability to Psychosis, I-thou Intersubjectivity and the Praecox-Feeling. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 12, 131–143. DOI: 10.1007/s11097-010-9173-z

- Vencovský, E. (1996). *Psychiatrie dávných věků: (od Hippokrata k Pinelovi)*. Praha: Karolinum.
- Wallace, E. R., & Gach, J. (Eds.). (2008). *History of Psychiatry and Medical Psychology: With an Epilogue on Psychiatry and the Mind-Body Relation*. New York: Springer Science Business Media.
- Weckowicz, T. E., & Liebel-Weczowicz, H. P. (1990). *A History of Great Ideas in Abnormal Psychology*. Amsterdam: Elsevier Science.
- Weiner, D. B. (2008). The Madman in the Light of Reason. Enlightenment Psychiatry: Part II. Alienists, Treatises, and the Psychologic Approach in the Era of Pinel. In E. R. Wallace & J. Gach (Eds.), *History of Psychiatry and Medical Psychology: With an Epilogue on Psychiatry and the Mind-Body Relation* (281-304). New York: Springer Science Business Media.
- World Health Organization. (2019). *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics (11th Revision)*. Získáno z <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- World Health Organization. (2020). *Schizophrenia*. Získáno 21. února 2020 z <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Zahavi, D. (2018). *Phenomenology: The Basics*. New York: Routledge.
- Zahavi, D. (2019). Self. In G. Stanghellini, M. R. Broome, A.V. Fernandez, P. Fusar-Poli, A. Raballo & R. Rosfort (Eds.), *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology* (299-305). New York: Oxford University Press.

# PŘÍLOHY

## **SEZNAM PŘÍLOH:**

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce

**Příloha č. 1.:** Abstrakt v českém jazyce

## **ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Fenomenologický výklad psychopatologie se zaměřením na schizofrenii

**Autor práce:** Bc. Eva Jendrušková

**Vedoucí práce:** prof. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc.

**Počet stran a znaků:** 118, 274 612

**Počet příloh:** 2

**Počet titulů použité literatury:** 93

**Abstrakt:** Fenomenologický výklad psychopatologie se orientuje na subjektivní dimenzi člověka, přičemž zkoumá fenomény a strukturu subjektivní zkušenosti ve snaze nalézt esenci duševního onemocnění a porozumět člověku. Vzhledem k současné situaci v psychiatrii je zdůrazňována potřeba aplikovat tento přístup. V této souvislosti je rovněž aktuální fenomenologický výklad schizofrenie. V práci je podáván komplexní přehled fenomenologického výkladu psychopatologie s ohledem na jeho filosofické kořeny a specifika. Rovněž je analyzováno tradiční pojetí duševní nemoci ústící do současného paradigmatu v psychiatrii s důrazem na schizofrenii, což klade fenomenologický výklad psychopatologie do kontextu. Dále je zkoumán fenomenologický výklad schizofrenie z pohledu vybraných kategorií, jimiž jsou čas, prostor, self a intersubjektivita. V neposlední řadě jsou uvedeny výklady schizofrenie významných představitelů fenomenologického přístupu - L. Binswagera, E. Minkowského, R. D. Lainga, L. Sasse a D. Parnase.

**Klíčová slova:** psychopatologie, fenomenologie, schizofrenie



**Příloha č.2.:** Abstrakt v anglickém jazyce

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Phenomenological Approach in Psychopathology with a Focus on Schizophrenia

**Author:** Bc. Eva Jendruková

**Supervisor:** prof. PhDr. Panajotis Cakirpaloglu, DrSc.

**Number of Pages and Characters:** 118, 274 612

**Number of Appendices:** 2

**Number of References:** 93

**Abstract:** Phenomenological approach in psychopathology focuses primarily on the subjective dimension of a human being. Furthermore, it is oriented both on mental phenomena and the structure of subjective experience in order to find an essence of a mental disease. Understanding a person is the essential part of the approach. As a result of the current paradigm in psychiatry the phenomenological approach in psychopathology is required. Recently, emphasis has been laid especially on the phenomenological approach to schizophrenia. Firstly, a complex overview of the phenomenological psychopathology with regards to its philosophical roots and characteristics is offered. Secondly, an evolution of the traditional concept of mental disease with a focus on schizophrenia is analysed to understand the complexity of the context. Next, the phenomenological approach to schizophrenia from a perspective of basic categories such as time, space, self and intersubjectivity is explored. Last but not least, phenomenological conceptions of schizophrenia described by important authors such as L. Binswanger, E. Minkowski, R. D. Laing, L. Sass, and J. Parnas are presented.

**Key Words:** psychopathology, phenomenology, schizophrenia