



V roce 1975 dožívá se nestor československé psychiatrie
profesor MUDr. Vladimír Vondráček, DrSc.,
osmdesáti let.

Prof. MUDr. Vladimír Vondráček, DrSc.

Úvahy psychologicko - psychiatrické

Prof. MUDr. Vladimír Vondráček, DrSc.

Účebny psychologické-psychiatrické

© Prof. MUDr. Vladimír Vondráček, DrSc. — 1975

Rukopis recensovali prof. MUDr. Jan Dobiáš, DrSc.,
a doc. PhDr. Jiří Čepelák, CSc.

OBSAH

Předmluva	9
Duše a chemie	12
Klinická věda a klinická psychiatrická	20
Význam kasuistik	39
Obecná psychiatrie a psychologie	44
Několik poznámek k základním pojmům medicíny z hlediska psychologického a psychiatrického	54
Co má vědět nelékař o vědách psychologicko-psychiatrických	56
Vědy psychologicko-psychiatrické, sexuologie a psychiatrická se- xuologie	62
Lékařská etika v praktické medicíně	68
Moderní orientace v psychiatrii	69
Paradoxní reakce	74
Symptom depersonalisace, důsledek poruchy ultrasensibility	83
Sugesce	97
Několik poznámek k problému chtění a vůle	112
Několik vět o emocích	121
Stáří z hlediska psychiatrie	127
Vědomí a jeho poruchy	144
Spánek a jeho poruchy	146
Snění	148
Problém bludu	154
Agrese	167
Delinkvence z hlediska psychiatrie	169
Patogenetický a patoplastický význam pověry z hlediska psy- chiatrického	172
Psychogenní iatropatogenie	178
Humor, smích, komika	186
Každý hercem a hráčem	189
Úvaha o duševní pohodě a zdraví vědeckých pracovníků	195
Psychologie výživy	204
Závažnost problému deprese	217
Deprese jako nemoc a deprese jako kulturní jev	222
Úvahy o epilepsii	228
Osobnost Antonína Heverocha a jeho význam pro české vědy psychologicko-psychiatrické	237

PŘEDMLUVA

Během svého života jsem napsal dosti článků. Některé byly samozřejmě horší. Z těch, které nebyly horší, ba které jsem považoval za ne nejhorší, vybral jsem několik pro tuto knihu. Ta vznikla proto, že někteří vlídní pozorovatelé mé činnosti soudili, že články roztroušené po časopisech jsou více méně ztracené a že by se zájemcům měla poskytnout možnost pohodlně si je přečíst. Avicenum bylo s jejich názorem srozuměno, a poněvadž se mi blíží osmá desítka let života, pomyslíl jsem si, že je na čase tyto články vybrat. Je lépe, vybere-li je autor sám, než aby tak po jeho smrti učinil někdo jiný, najde-li se vůbec takový.

Začal jsem psát před padesáti lety. Půl století v dějinách zeměkoule neznamena téměř nic, ale v životě lidském a ve vývoji vědy a názorů zejména ve 20. století mnoho. Bylo proto nutné provést určitou kosmetickou úpravu textů. Byl jsem příjemně překvapen, že nebylo třeba dearchaisovat. Moje názory v medicíně zůstaly téměř stejné. Zda je to od mládí rigidní stereotyp, nebo šťastná, ba snad predikční volba názorů a postojů, musí rozhodnout jiní. Oceňoval jsem génia *Pavlova* ve dvaceti letech a oceňuji ho v osmdesáti letech. Měl jsem velmi kritický postoj k *Freudovi* ve dvaceti letech a mám jej v osmdesáti letech. Považoval jsem *Kretschmera* za významného mezníkového psychiatra ve dvaceti pěti letech a neslevil jsem z toho v osmdesáti letech.

Moje názory vysvitnou z jednotlivých kapitol. Jsou to vybrané kapitoly. Dvacet sedm let jsem přednášel volnou přednášku „Vybrané kapitoly z lékařské psychologie a psychiatrie“, dosti navštěvovanou, někdy více než moje řádné přednášky, ačkoli tato přednáška byla ve večerních hodinách. Nejsou to rozházené kapitoly, nejsou však ani těsně spjaté v ucelenou monografii, ale přece jen určité uspořádání, vůdčí myšlenka, zájmy autora a názory na důležitost jednotlivých úseků psychiatrie, zvláště obecné, jsou patrné. Snad i dokazují oprávněnost pojmu věd psychologicko-psychiatrických.

Nejstarší kapitola, Paradoxní reakce, je z roku 1926, Syndrom depersonalisace z roku 1941, Sugescie 1944, nejmladší kapitoly, a těch je nejvíce, jsou z posledních asi deseti let.

Tak vznikla skupina článků. Když jsem je psal, nevěděl jsem, že je jednou vyberu jako kapitoly knihy. Na tuto knihu se proto nelze

dívat jako na sborník. Některé stati jsou podrobné, některé jsou stručné, okrajové, vrhající jen letný pohled. To jsou stati, které byly předneseny jako úvodní slovo koordinátora při thematickém večeru ve Spolku lékařů českých, jen jako ouvertura k celému večeru. Byl však o ně zájem, dostával jsem žádosti o separáty, proto jsem i tyto stati sem zařadil.

V jednotlivých kapitolách uvádím názory mnoha autorů. Někde k nim zaujímám kritické stanovisko, někde ne a spoléhám, že čtenář sám najde správný pohled, neboť podrobný kritický rozbor by daleko přesáhl rámec stati. Např. hypotéza *Teilharda de Chardin* je uvedena jen jako kulturně historická zajímavost, stejně *Drieschovo* pojmenování entelechie aj. Z hlediska určité historické věrnosti jsem se také snažil podle možnosti zachovat znění jednotlivých kapitol, jak tehdy byly uveřejněny nebo předneseny, neboť nepiši knihu novou.

V obsáhlejších a podrobnějších kapitolách uvádím pro zájemce i písemnictví. Proslavy a zdravotně výchovné články přirozeně písemnictví nemají.

Mou zálibou, ba možno říci láskou byla obecná psychiatrie, kterouž lásku již primárně přítomnou s úspěchem ovlivnil můj velký učitel *Antonín Heveroch*, jemuž platí můj veliký dík a jehož památce tento soubor věnuji.

Obecná psychiatrie slouží psychologii, speciální psychiatrii, vědám sociálním v nejširším slova smyslu, filosofii a jiným vědám. Vždyť pojednává o poruchách myšlení, poruchách citů, pudů atd.

To, co předkládám, jsou hlavně — až na tři kapitoly speciální psychiatrie s širším významem — vybrané kapitoly z obecné psychiatrie.

Nikdy jsem neměl přílišný zájem o historii, tj. o tu, která se poměrně nezajímavě učila. Nakonec jsem byl okolnostmi donucen zabývat se historií medicíny a napsat několik medicínkohistorických článků. Vždy mě více přitahovala psychiatrie historie než historie psychiatrie. Mezi tyto kapitoly jsem zařadil i povídání o významném českém psychiatrovi počátku tohoto století, který byl mým prvním učitelem.

Tato kniha není a nechce být ani neúplnou obecnou psychiatrií, obahuje jen některé kapitoly z této vědy.

Nazval jsem knihu *Úvahy psychologicko-psychiatrické*. Možná, že povzbudí čtoucího k dalším úvahám a že někteří je snad i napíší.

Ve vědě, tudíž i v lékařství, které je z velké části aplikovanou vědou, ale velmi prospívá i čisté vědě a základnímu výzkumu, nestačí jen pozorovat, popisovat a experimentovat, ale je nutno i uvažovat. Pokrok by bez úvah nebyl možný. Myšlení a úvahy to byly, které povznesly člověka na nejdokonalejší bytost naší sluneční soustavy za posledních několik statisíců let. V posledních desítkách let vznikla věda

o vědě. Vědy psychologicko-psychiatrické se musí samy nad sebou zamýšlet a kontrolovat své postupy.

Většina kapitol je odborných, ale zařadil jsem do této knihy i některé kapitoly populární; snad pomohou ve zdravotní výchově a čtenář nelékař si je přečte bez pocitu nudy, provázející někdy odbornou stať.

Bez pomoci své choti *Milady* bych toho byl v životě napsal mnohem méně. Při pracích uveřejňovaných v časopisech v posledních deseti letech mi opatřováním dokumentace vydatně pomáhala naše dokumentátorka paní *Jana Hanzalová*. Oběma paním srdečně děkuji. Můj dík patří i oběma recesentům za cenné připomínky, podle nichž jsem rukopis upravil.

Autor

DUŠE A CHEMIE

(1971)

Je ustálenou dějinnou frází, že *F. Pinel* (1745—1826) sejmul koncem 18. století „okovy duševně chorým“. Byly to hrubé okovy železné, jemnější pouta různého druhu trvala.

Téměř úplné odstranění všech pout nastalo až v polovině 20. století vynálezem *Largactilu* a jeho zavedením do léčby v roce 1953.

O tento pokrok se zasloužila chemie, možno říci jedna z nejdůležitějších věd, která přinesla a přinese lidstvu tolik dobrodiní a chová v sobě tolik nebezpečí a zkázy.

Slavný biochemik a zakladatel neurochemie *J. W. Tchudichum* řekl v roce 1884, že za pomoci chemie mnohé poruchy mozku a myslí stanou se definovatelnými a přístupnými přesnému léčení. Kdyby mohl pohledět na dnešní vývoj, byl by potěšen, jak se plní jeho předpověď.

Lze doufat, že moderní chemie uskuteční dávné sny lidstva, sny alchymistů, že prodlouží mládí, oddálí smrt, zvětší inteligenci a intelekt, zlepší paměť a vyléčí duševní nemoci. Moderní biochemie snad přispěje i k utváření budoucích pokolení, vždyť podklad genetiky je biochemický. Skeptik si ovšem povzdechne — jen aby toho lidé neznežili!

Koncepce psychochemická lákala lidi od pradávna, vždyť *Hippokratovy* temperamenty jsou na úrovni tehdejší „biochemie“; hlenový člověk — flegmatik, žlučový — choleric, krevní — sangvinik a člověk černé žluči — melancholik.

Hmota a její proměny jsou substrátem všech jevů v přírodě. Duševno je dáno hmotou. Molekulárními změnami se mění duševno a duševní fenomény mění molekulární poměry. Vyrosl nám zvláštní obor chemie, součást neurochemie, který bychom právem mohli nazvat psychochemií.

Lidský mozek, pokud víme, nejdokonalejší útvar v naší sluneční soustavě, má zvláštní postavení v těle.

Mozek nemá nad sebou v lidském těle žádnou autoritu. Sám sebe ovlivňuje a sám sobě vládne, vedle toho vládne celému tělu.

Problém je ještě daleko složitější, mozek je ke všemu ještě endokrinní orgán, produkuje adrenalin, noradrenalin, dopamin, serotonin, adiuretin, oxytocin. Obsah těchto látek je v různých částech mozku různý.

Dosud ne zcela jasná je funkce kyseliny glutamové, gamaaminomá-

selné (GABA). Ví se, že při parkinsonismu je nedostatek dopaminu v basálních gangliích.

Cyklický adenosinmonofosfát je dnes v popředí zájmu neurochemiků a je klíčem k rozluštění mnoha nejasností.

Celý problém života, psychiky a chemických dějů je nesmírně složitý. Hlavní se asi odehrává na membránách synapsí. K jednomu nervovému stimulu je prý třeba asi 600 000 molekul acetylcholinu. Každá buňka je nesmírně složitý organismus s více než tisícem systémů řídících tvorbu různých enzymů. V tak primitivním organismu, jako je bakterie, je prý asi 10^{12} bitů vázaných informací.

Mozek žije a funguje, ale za to děkuje chemickým procesům. Jak málo stačí, aby byl vysunut z rovnováhy! Poněkud méně O_2 nebo glukosy a již se funkce mění. Porucha ve vodním a minerálním metabolismu se hned projeví psychicky. Různé stavy psychické mají různou biochemii. Jiná je biochemie strachu, zlosti, duševní pohody atd.

Osudy společenských celků, jejich vývoj je určován mozky jejich jednotlivců. Funkce těchto mozků je dána z velké části chemicky.

Život je pochod chemický, nemoc je pochod chemický a smrt je zastavení určitých biochemických pochodů.

Pocit smutku i pocit štěstí je dán chemickým pochodem. Duše touží po chemickém štěstí. Nejstarší dárce chemického štěstí je alkohol, ve formě vína schválený dokonce Ježíšem Kristem v Káni Galilejské, a nejmodernějším dárce jsou zatím halucinogeny. Počet látek chemického štěstí je dosti veliký a tyto látky sehrály důležitou úlohu v dějinách. Jsou to někdy velmi podivné látky, např. čistící prostředky obsahující chlorované uhlovodíky. Jsou dvě základní motivace chemoapetence: 1. touha po chemickém ráji, 2. touha po chemické berle, která by pomohla dostat nárokům denního života.

Lékař bojuje s nemocí a smrtí z velké části chemicky.

Terapie zná tři hlavní přístupy terapeutické: chirurgický, chemický a psychoterapeutický. Pro psychiatrii platí převážně poslední dva.

Působit na duši, na mysl člověka ve smyslu dobrém i zlém byl odvěký sen lidstva. Projikované sny se objevily jako fabule v mytologiích.

Duše zemřelých na asfodelové louce se napily z řeky Lethe a získaly kompletní amnesii na celý život. Kirke podávala nápoj, jímž bylo možno zapomenout na vlast. Gudrunina matka podala Sigurdovi nápoj, aby zapomněl na Brunhildu.

Nápoje lásky tvoří velikou kapitolu kulturní historie. Obsahovaly afrodisiaka a diuretika a magické látky (oslí mozek, sperma, zpraškované ochlupení, orchideje apod.). Starý Řím věřil na účinnost těchto nápojů a trestal podání jich smrtí.

Nápoj mládí sehrál také svou úlohu v dějinách. Konquistadoři věřili, že kdesi v americké pralese vyvěrá. Mefisto dal čarodějnícím uvařit tento nápoj pro Fausta.

Nápoj nesmrtelnosti, aurum potabile snažili se vyrobit alchymisté. V Čapkově hře „Věc Makropulos“ třistaletá dáma měla na něj recept z doby Rudolfa II. (1552—1612), musela však dosi vždy za tři sta let opakovat. Tento nápoj se připravoval v Praze. Bohužel, recept nakonec spálila.

Lidé věřili, že jsou látky umožňující obcování se zemřelými a bytostmi nadpřirozenými. Pythie věštila omámena sopečnými výpary, co jí bůh sdělil. V Americe to byl peyotl, obsahující mezkalin, a ayahuasca (víno mrtvého muže), obsahující banisterin, jímž bylo možno se spojit se zemřelým.

Čarodějnické masti obsahující solanaceae umožnily létat na sabat a obcovat s d'áblem.

V Evropě i v Americe se věřilo, že existují látky, které mohou způsobit trvalou duševní poruchu. Mezi nimi byly některé dnešní delirogeny.

Číňané, staří Řekové i pozdější Evropané věřili v signaturu rerum, že bohové tvarem rostliny naznačují, k čemu rostlina slouží. *Paracelsus* o tom psal ve svých spisech. Rovněž *Giovani Battista Porta* (1538 až 1615) napsal *Magia naturalis a Phytognomonica*. Rozlišuje rostliny veselé a smutné. Žluté rostliny souvisí se sluncem, červené s Martem a nutno je předpisovat podle pravidel astrologických. *Leonhardt Thurneisen*, jeho společník, myslí, že rostliny s bílým květem mají afinitu k mozku.

Alchymisté tvoří zajímavou kapitolu kulturních dějin. U nás v Čechách, zvláště v Praze, díky Rudolfu II. byla alchymie hojně pěstována.

Alchymie nehledala jen přeměnu v zlato, ale též kámen mudrců a prodloužení života. Kámen mudrců, magisterium, velký elixír, červený lev, červená tinktura, měl působit tak, že léčil, sílil a omlazoval. *C. G. Jung* se domnívá, že byla ještě druhá, symbolická, vyšší alchymie, která nehledala zlato, ale povznesení duše a cestu k pravdě a bohu. Tato alchymie užívala termínů běžné alchymie, ty však zde znamenaly duševní pochody. Šlo tedy o jakousi symbolickou psychochemii.

Antroposofové, následovníci *Pavla Steinera*, kteří se rozšířili po střední Evropě hlavně v první polovině tohoto století, věřili, že olovo posiluje vědomí a zesiluje organizaci jáství, zlato působí melancholii, strach, zoufalství, sebevraždy a pocit zatracení. Stříbro nechť k zaměstnání a spavost, měď vynalézavost atd.

Moderní lékař se neváže na signaturu rerum, ale často na signaturu chemické firmy, které někdy věří stejně jako jeho středověký kole-

ga na signaturu rerum, což ho může také zavést. Bohudík jsou velké farmaceutické firmy ve své propagaci seriosní.

Léky s účinkem psychofarmakologickým a psychotoxikologickým byly poznány nebo studovány poměrně pozdě.

Kysličník dusný byl objeven v roce 1772, bromidy zavedeny do terapie okolo roku 1851, chloralhydrát sestrojen v roce 1869, antipyrin 1884, veronal 1903, amfetamin 1939. V roce 1953 byly doporučeny fenothiazinové preparáty v psychiatrii.

V roce 1959 se vynořuje pojem farmakopsychologie, kterým se zabývá *Herbert Lippert*; podle něho je to nauka o působení chemických látek na duševní život. Před ním *Walter Bill* začal mluvit o farmakopsychiatrii.

Psychofarmakologie jen poměrně málo profituje z pokusu na zvířeti, a tak je nutno sbírat zkušenosti od člověka. Ty jsou dvojího druhu. Lidé — hlavně z řad umělců — požili delirogeny, aby vstoupili do neznámých rájů, a popsali tento stav. Ze starších je to *Quincey, Baudelaire*, z novějších např. *Aldous Huxley*.

Druzí však požili některé látky záměrně k výzkumným účelům. *Humphry Dawy* (1778—1829) na sobě popsal otravu N_2O , kysličníkem dusným. Nutno vzpomenout i našeho velkého vědce *Jana Evangelisty Purkyně* (1787—1869), který před 150 lety na sobě v mladém věku experimentoval několika drogami a sledoval jejich psychický účinek. Výsledky publikoval německy v letech 1820—1829 a česky v r. 1858. *S Radix Ipecacuanhae* si vypěstoval podmíněný reflex; zvracel již při pohledu na hnědou barvu. Při otravě *Folia Digitalis purpureae* popsal „Flimmern von den Augen“ a fenomén drobných hvězdiček, po opiu doma vyrobeném pozoroval napřed „Munterkeit“, pak nauseu, opilost, depresi a myšlenky o smrti. Po beladoně a stramoniu pozoroval kromě suchosti v hrdle poruchy vidění, po *Oleum terebinthinae* pozoroval uklidnění a zlepšení spánku, po kombinaci s vínem „ungewöhnliche berausende Wirkung“ a euforii. Po kafru požitím v menších dávkách do 0,8 g se mu lépe dýchalo, duševní aktivita se zvýšila. Celý život ležel před ním jako na dlaní, vzpomněl si na věci, o kterých myslel, že je zapomněl. Vnímání času se mu prodloužilo. Po velké dávce upadl do bezvědomí a dostal křeče, takže mysleli, že trpí epilepsií. Po muškátovém ořechu (*Myristica fragrans*) pozoroval ospalost, desorientaci a změněné vnímání času. Celkem na sobě provedl 35 pokusů.

Svou habilitační přednášku v r. 1932, jejíž název zněl *Tři farmaka vhodná k experimentálnímu výzkumu psychiatrickému*, začal jsem tím, že účinek farmak na psýchu je poměrně málo probádán, a skončil jsem, že by bylo velikou zásluhou farmakologie, kdyby obohatila obor s tak chudou terapií, jako je psychiatrie; tehdy jsem uvítal (to bylo již

po vydání monografie *Beringerovy*), že tyto dvě disciplíny původně vzdálené se přiblížily. Zdá se, že jsem dobře předvídal, ale moje rozpaky z nedostatku psychofarmak se změnily během necelých 40 let v rozpaky z nadbytku psychofarmak.

Nutno si položit otázku, zda dnešní psychofarmakologie a produkce psychofarmak jde správnou cestou.

Pohlédněme na problém naznačený v titulu této práce — duše a chemie — z daleké perspektivy, jak o tom krásně píše *J. Charvát* v monografii *Život, adaptace a stress*.

Bylo to asi světlo, které umožnilo na zemi život. Původně byly jen systémy abiotické. Světelná energie v našem ekosystému degraduje a strádá se ve spořádané chemické formě, kterou biomasa využívá a tvoří biotické systémy. Organismus je otevřený systém a pracuje proti entropii. *Schrödinger* označil živou hmotu za negentropii. *Auerbach* řekl, že živá hmota existuje proto, aby odvrátila entropickou smrt vesmíru. Snad bychom byli skromnější a řekli oddálila, ale podle některých vůbec tato smrt nehrozí.

Život je zvláštní kvalita, kterou zatím nedovedeme vyložit. Vznikl pravděpodobně na naší zeměkouli, nebyl přinesen odjinud. Organismus je emergenta, ne resultanta, je to mnohem víc než součet částí, které ostatně tak spolu souvisí, že je nelze oddělit. Organismus je vlastně jeden z nejtýpčtějších případů emergenty, jaký známe. Jeho obecnou vlastností je evoluce. *Lederberg* hledá počátek evolučního procesu na zemi právem asi v chemogenii. Vzniká veliké množství náhodných makromolekul, nastane biogenie, vzniká DNA. Posledním, nebo zatím posledním stadiem evoluce je v jeho terminologii kognogenie, tj. percepce, interindividuální komunikace, exprese, symboly atd., čili vyšší nervová činnost. *Teilhard de Chardin* dokonce myslí, že evoluce začíná již ve hmotě v předživém stavu (*La Prévie*), již tu prý se dá najít organisační princip, pak vzniká vlastní život (*La Vie*). Vyvíjí se vědomí, které prý je kosmická vlastnost o měnitelné velikosti. Vědomí se u člověka zdokonaluje a kulminuje vznikem myšlení (*La Pensée*). Geologickou dobu, v níž žijeme, nazývá *Teilhard* psychozoikum, poněvadž se vyvinula noosféra, prorokuje dokonce další, vyšší stupeň života (*La Survie*).

Ona je vlastně všude a stále trvalá chemogenie, každý organismus, tudíž i člověk je stavba, socha, která se stále staví a současně bourá, takže během několika týdnů až měsíců z původní hmoty, z původních molekul nic nezbylo, byly nahrazeny novými.

Zbývá a trvá jen relativně stálá struktura, program.

Názory a pojmenování se měnily. *Driesch* mluvil o entelechii, *Hal-dane* to nazývá organisační princip, *Whittehead* koncepční aktivita veškeré hmoty.

Bachelard poukázal na to, že v kvantové mechanice mají komplexní systémy tendenci tvořit systémy ještě komplexnější.

Vývoj jde k složitosti, ale není vždy dokonalý, inteligentní, byly omyly a chyby jak fylogenetické, tak ontogenetické.

Ale systém zaměřený k cíli je řízen svými omyly, on se omyly učí.

Dobzanský rozeznává vývoj kosmický, biologický a lidský.

Inteligence se na naší zeměkouli vyskytla poměrně velmi pozdě.

Stáří zeměkoule je asi 5 miliard let, bakterie a řasy tu žijí asi $3\frac{1}{2}$ miliardy let.

Cosí člověku velmi podobného běhalo po zeměkouli asi již před $\frac{1}{2}$ milionem let, to jest asi před 16 000 generacemi. „Moderní“ člověk, s nímž by bylo možno již pobesedovat, žije asi 40 000 let. Na geologických modelových hodinách jednoho dne je to necelé $1\frac{1}{2}$ vteřiny.

Vývoj lidské psychiky se urychloval, ale mezi dobou Julia Caesara a francouzskou revolucí kromě střelného prachu a ještě několika věcí, hlavně ovšem poznatků, nebyl v denním životě tak příliš velký rozdíl, kdežto já sám prožil dobu od kočáru přes auto a letadlo ke kosmickým lodím, dobu rozbití atomu, vzniku počítačích strojů atd.

Nevypořádali jsme se dosud s časem, je otázka, zda Einsteinova koncepce zůstane trvale v platnosti. Přítomnost vlastně neexistuje.

My psychiatři se potýkáme s minulostí a budoucností. Budoucnost je v tzv. přítomnosti a minulosti obsažena. *Koestler* praví, že tlak budoucna je stejně reálný, někdy i významnější než tlak minulosti.

Naši pacienti minulost akusují nebo oplakávají „krásné dny aranžezské“ a budoucnosti se bojí. Obojí je chemický proces a pokoušíme se chemicky jim pomoci.

Organismus, člověk je řízen a řídí; přijímá a vydává informace. Řízení je buď nervové nebo humorální, první je rychlé, druhé je poněkud pomalejší, ale obojí vždy chemické.

Organismus má v programu homeostasu. Že tato stabilita vnitřního prostředí zaručuje člověku svobodu a volnost pohybu ve vnějším prostředí, věděl již *Claude Bernard* v r. 1878.

Stále věříme, že ve vesmíru existuje princip zachování energie. Princip zachování informace, jak se zdá, neexistuje. Informace se zachovávají jen částečně a zvláštním způsobem transformace energie. U člověka tomu slouží paměť. Dosud se zachovaly některé informace po tisíciletí. Např. ty, které nám zanechal *Chammurapi*, *Buddha*, řečtí myslitelé atd.

Jsou dva základní systémy, *katalytický*, tvoří jej proteiny a představují jej enzymy, a *informační*, daný nukleovými kyselinami.

Hranici mezi chemogenesí a biogenesí tvoří právě nukleové kyseliny. Zasahují i do kognogenie, jejíž chemické zákonitosti však dosud nejsou podrobně známy.

Informační nukleové makromolekuly se účastní mechanismu paměti. Organismus se stále rozhoduje mezi alternativami jednak hereditárním kódem, jednak informacemi, které osobně získal.

Člověk stále strádá nové informace. Ty jsou dvojího druhu, z vnějšku, ale i z vnitřku, žijeme dvěma životy, máme svůj vnější a vnitřní život.

Z hlediska kybernetického jeví se nám porucha duševní jako porucha ve zpracování informací. CNS nestačí zpracovat přívod informací, zkresluje je, deformuje, špatně interpretuje, za některých stavů dostává CNS informace z CNS, které imponují jako informace z vnějšího světa, následkem toho špatně reaguje a špatně programuje. Dnešní psychofarmaka regulují tento stav a pomocí autosanace vracejí častot CNS ad normam.

Ve vnitřním životě „trávíme“, metabolisujeme informace příšle z vnějšku, ale i informace z vnitřku. Buď ty, nebo ony, nebo obojí mohou být scestné, pak se jedinec ocitá ve stavu duševní poruchy.

Jedinec dovede anticipovat. Anticipace není jen logický kalkul, může to být i dyslogický kalkul, první i druhý je však provázen emocí, která ve své kvalitě i kvantitě může být patická. Anticipace může být horší, než když se dostaví očekávané. Zde je jedna z možností chemického, tj. psychofarmakologického zásahu.

Stressory vychýlí homeostasu, nevelké výchylky zvládnou běžné servomechanismy. Při vážném stressu se zavede poplachová reakce, která uvede v chod mohutné mechanismy. Mobilisuje se ADH (= antidiuretický hormon), renin — angiotensin, aldosteron a kortikoidy, přesunuje se voda i elektrolyty, stoupá hladina mastných kyselin a triglyceridů, jak se vyplavují katecholaminy. Stoupá hladina cholesterolu, a co je důležité, stoupá krevní srážlivost. To jsou vesměs opatření pro boj, aby rány příliš nekrvácely, aby živočich nebyl obtěžován močením v boji a na útěku, aby neztrácel vodu, atd. Toť reakce člověka chystajícího se k boji s šelmou. Tato reakce se bohužel dosud nemodernisovala, neadaptovala, nastává tedy i při rozčilujícím hovoru s představeným a tak vznikají psychosomatická onemocnění, např. srdeční infarkty.

Vhodná psychofarmaka nedovedou změnit tento preformovaný chemismus, ale dovedou způsobit, že není spuštěn.

Malými stressy a jejich překonáváním se organismus učí, je zocelován, velkými poškozován a huben.

Imprinting, ražba, vpečetování, vtiskování je jistě pochod chemický, který preformuje reakce pro celý život individua. U některých zvířat životní období, ostatně velmi krátké, kdy organismus je přístupný ražbě, známe, u člověka nikoli. U kachně je to 11—14 hodin po vyklu-

bání, u štěněte je to v sedmém týdnu. U člověka bude toto období patrně mnohem později a mnohem delší.

Příroda dovede chemicky podporovat množení druhu a chemicky dovede bránit přemnožení druhu různým způsobem. Např. z přílišného přílivu informací dochází k nerovnováze katecholaminů, k poruše elektrolytů, klesá spermiogeneze, prodlužují se cykly, zastavuje se laktace, samice požírají svá mláďata, vzniká agrese, i vnitrodruhová, při níž slabší jedinci hynou hrůzou a strachy.

Mozek vyšších zvířat a zejména ovšem člověka rozhoduje o jeho individuální, ale i druhové existenci. Mozek reaguje na vstoupilé informace, které vyvolávají emoce a myšlení, a chrání reflexně svou existenci, reflexy podmíněnými a nepodmíněnými, ale i myšlením, vymýšlí obranu, ústřední topení, vzduchotechniku, léky, raketové střely atd. Sám součást „přírody“, bojuje proti „přírodě“, proti ochraně proti přemnožení a asi se mu podaří se přemnožit. Vymyslí i léky proti vlastním poruchám, psychofarmaka. Psychochemie produkovala psychochemicky novou etáž psychochemickou.

Psychofarmaka jsou látky působící na psychu, a to moderní, po čtyřicátých letech vzniklá. Léků upravujících duševní život je však mnoho, tj. léků působících na mozek. Např. při amentním stavu arteriosklerotika vzniklém nedostatečností oběhovou nejlépe jeho duševní život upraví kardiotonikum. Říkáme stomachika, kardiaka, hemostatika, snad bychom mohli říkat encefalika všem lékům působícím nějak na mozek.

Všechny naše dosavadní léky označované jako psychofarmaka jsou léky jen regulativní, upravující činnost CNS. Účinek solí lithia není dosud uspokojivě vysvětlen. Jen tam, kde známe chemickou podstatu nemoci, dovedeme léčit kausálně. Např. u fenyketonurie dietou bez fenylalaninu, stejně u nemoci javorového cukru léčíme dietou, hepatolentikulární syndrom vyléčíme odstraněním zadržené mědi penicilaminem apod.

Poněvadž neznáme biochemii endogenních psychos, chybí nám zatím jejich kausální léčba. Myslím, že nesmíme být ještě dávno spokojeni a musíme od psychochemie žádat další poznatky a úspěšnější terapii. Ty nám nejspíše pomůže dát molekulární biologie.

Myslím, že nejpłodnější zóna našeho světa pro lékaře je právě zóna subcelulární a molekulární, alespoň teď na sklonku 20. století. Objevy 21. století asi přinesou řešení, o nichž se nám nezdá, ale to již je věcí našich vnuků. Již dnes však pronikají odborníci k jádru otázky života. Známe biopolymery, obsahující malé molekuly i makromolekuly. Vznikají nadmolekulární struktury (megamolekuly). Živý organismus je útvar kybernetický, operující s těmito megamolekulami a vytvářející u člověka i složitou psychiku.

KLINICKÁ VĚDA A KLINICKÁ VĚDA PSYCHIATRICKÁ

(1970)

Snad se bude někomu zdát zbytečné mluvit o tomto tematu. Podle mých zkušeností to není zbytečné. Jednak jsou někteří vědečtí pracovníci ve světě, kteří nepovažují kliniku za schopnou vytvářet vědu, totiž klinickou vědu, jednak je snahou každé vědy zařadit se a zvážit své možnosti. Zamyslet se sama nad sebou. Vznikla nová věda: věda o vědě. K jejímu vytvoření dal základ již *Bernard Bolzano* (1781—1848) svou *Wissenschaftslehre* (1837), ale vlastně před ním již *Johann Gottlieb Fichte* (1762—1813) svou *Grundlage der gesamten Wissenschaftslehre* (1794). Ostatně všichni filosofové, kteří se snažili vědy roztrždit, zabývali se vědou o vědě. Ve světě se věda o vědě těší rostoucímu zájmu. Filosofický ústav ČSAV má své oddělení zabývající se vědou o vědě.

Definice vědy je obtížná, bylo jich podáno mnoho. Vytvořit správnou definici vědy je úkolem filosofů, ale zvláště těch, kteří se zabývají vědou o vědě, science of science. Ve *Stručném filosofickém slovníku* (Svoboda 1966) není definice příliš jasná: Věda je duchovní činnost soustřeďující v sobě teoretické poznání skutečnosti. Její metoda je zjišťování a studium faktů, logické myšlení a výstavba, ověřování poznatků obecnou zkušeností, experimentem, praxí. Na rozdíl od běžné zkušenosti je věda poznáním systematickým, teoretickým.

Jazyk někdy užívá výrazu nauka, disciplína. Jsou to pojmy nevymezené. Nauka, disciplína jen v některých případech může být vědou, jindy je jen na okraji a někdy mimo vědu. Jsou různé nauky: jak hrát šach, bridž, jak se líčit, jak řídit auto, hrát tenis, cvičit psa, pěstovat zvířata a květiny atd.

Slovo disciplína někteří užívají promiskue s vědou, někteří činí rozdíl zvláště se zřetelem k významu: „přísná disciplína“, „udržovat disciplínu“. Každá věda je naukou, ale ne každá nauka je vědou.

Správně je nutno rozlišovat mezi odborností a vědeckostí. Jen ten odborník je zároveň vědcem, který neaplikuje pouze své vědecké poznatky a znalosti, ale vlastním tvůrčím způsobem je dále i rozvíjí. Já bych doplnil: a seznamuje s výsledky ostatní. Publikáční činnost po mém soudu je *conditio sine qua non* pro pěstování vědy vůbec.

Vědecký pracovník je ten, který pracuje ve vědě a pro vědu. Vědecký pracovník nemusí být vědcem. Výzkumný pracovník je ten, který pracuje ve výzkumu a pro výzkum.

Výzkum je činnost směřující k získání nových poznatků, tj. nových fakt, zkušeností, souvislostí.

Výzkumný i vědecký pracovník se může stát objevitelem, vynálezcem, nebo tím, jenž upozorní na dosud nepovšimnutý vztah, tím, který správně něco roztřídí, sestaví nějakou novou skupinu, nebo který objeví chybu v dosavadním pojetí, který nastíní novou hypotézu či teorii nebo který vyvrátí dosavadní.

Bez vědeckého přemýšlení, spekulace je „vědecký pracovník“ i výzkumný pracovník řemeslníkem, obratným laborantem, stejně jako klinik. Psychiatr musí jít i do introspekce, vcítění se do sebe, aby pochopil jiného.

Ne každý vědecký pracovník je výzkumný pracovník a naopak. *Immanuela Kanta*, *Karla Marxe* můžeme považovat za vědecké pracovníky, ale nikoli výzkumné. Je také mnoho lidí zaměstnaných ve výzkumu a nesoucích vinětu profesionálního výzkumného pracovníka, kteří se nikdy nestanou vědeckými pracovníky.

Logické a vyčerpávající rozdělení věd se dosud nikomu nepodařilo. Pokusil se o ně již *Aristoteles* (384—322), *Francis Bacon* (1551 až 1626) odlišil vědy založené na zkušenosti.

Vtipné je rozdělení *C. H. Saint-Simona* (1760—1825). Chápe přírodovědu jako celek, dělí ji na fyziku anorganických a fyziku organických těles; věda o společnosti byla součástí přírodovědy a označena jako sociální fyzika.

Bedřich Engels (1820—1895) byl přesvědčen, že klasifikaci věd je nutno stavět na formách pohybu hmoty. Jednotlivé pohyby jsou dále neredukovatelné; biologický pohyb nelze redukovat na fyzikální, společenský nelze redukovat na biologický, tak se ocitají společenské vědy v odloučení od biologie. Jsou vědy o neživé přírodě a živé přírodě a vědy společenské.

Poměr k rozdělení věd se mění podle různých škol filosofických. Všichni cítíme, že lze vědy seskupovat v určité skupiny věd, ale i ty se prolínají. Vědy lze různě nazírat.

Vznikají různé obtížné situace v zařazení a seskupování např. s geologií a do jisté míry i s klinickou vědou (dále jen KV), u níž ovšem není pochyby, že jde o vědu biologickou. Vzniká nová věda integrální antropologie, jíž pomůže v mnohém KV.

Integrální antropologie se zabývá vším, co souvisí s člověkem. Známe člověka zdravého a člověka nemocného. Nemocných lidí je více než zdravých, jak ukazuje např. zamýšlení nad pojmem normální.

Někteří se pokoušejí rozdělit vědy na ty, které provádějí základní výzkum, a na ty, které provádějí aplikovaný výzkum. Někde to jde znamenitě, ale někde to nejde vůbec, např. velká obtíž je ve vědách biologických.

KV má jistě plné oprávnění jako věda, neboť provádí výzkum jak aplikovaný, tak základní. Svými získanými poznatky slouží jiným vědám i pro základní i pro aplikovaný výzkum.

Klinická věda psychiatrická (dále jen KVP) patří k těm, které nejvíce slouží co největšímu počtu věd.

Situace dnešního vědce na rozdíl od vědce např. 17. století je v určitém smyslu záviděníhodná, v jiném zoufalá, tragikomická, paradoxní. Zoufalá je hlavně pro perfekcionista. Dnešní vědec se podobá mouše, jež spadla do sirupu, který má tak ráda.

Americký kybernetik G. King praví, že vědecká literatura je soubor zpráv z minulosti a zkoumání založená na jejich studiu jsou druhem uzavřeného schématu zpětné vazby, které řídí myšlenky a činnost, jež mohou vzniknout a existovat v budoucnosti.

Věda je dynamický systém, stále proměnlivý „metabolismus vědy“ eliminuje některé vstupy a vmontovává nové.

Přítom zůstává člověk zatím jen na povrchu ohromného oceánu informací, přesto, nebo spíše proto, že tok informací stále roste. Na štěstí si sestrojil protézu psychiky, computer (ne dosti výstižně označený jako počítačový stroj, lépe snad kybernetický stroj), který produkuje arteficiální inteligenci a umožňuje současné zpracování milionů informací. Jaké štěstí, že máme ve svém mozku tolik neuronů, které v budoucnosti teprve přijdou na řadu.

Celá KV je soubor všech KV jednotlivých oborů. KV jednotlivého oboru má své specifické, individuální zvláštnosti a rozdílnosti a vedle toho má určitý počet vlastností všem KV společných.

Nutno promluvit napřed o KV všeobecně a pak o KVP speciálně.

KV se zabývá úchytkou od statistické normy, která individuu, nebo kolektiv, nebo oběma nějak vadí. Tato úchytky může být buď statická, nebo dynamická. Může to být neměnný se stav, nebo měnný se stav čili proces.

Definovat „nemoc“ je obtížné. Definicí bylo podáno mnoho. Pro naše účely, bez nároku na úplnost, snad by se poněkud hodila tato:

Nemoc je změna tvaru a funkce organismu, která v některých směrech ztěžuje jeho existenci, eventuálně ji ohrožuje.

Zdraví v lékařském klinickém pojetí je nepřítomnost nemoci. Z hlediska filosofického mají někteří proti této větě námitky, chtějí od zdraví víc, ale to by bylo již jakési nadzdraví, eudaimonie.

Mezi nemocí a zdravím je plynulý přechod. Je-li někde přechod plynulý, vzniká „území nikoho“. Toto je zvláště patrné v KVP.

Navrhl jsem proto název *paranosos*. Člověk oprávněně nešťastný, oprávněně nazlobený není ve stavu ideálního zdraví, stejně jako člověk neoprávněně nešťastný a neoprávněně nazlobený. Zde je již označení nemoc pochopitelnější.

Klinik se často setkává s pojmem normální, normalita. Máme si s tím dělat velké starosti? Nestačí nám slova: zdravý, šťastný, výkonný apod.?

Otázkou normality z hlediska psychiky se velmi živě a důkladně zabývá psychologka E. Syřišťová(1), k jejíž velmi instruktivní práci odkazují. V závěru praví:

Jednotnou vědecky opodstatněnou koncepci normy, jež je v podstatě nezbytným kritériem hodnocení abnormního chování nejen v medicíně a psychologii, ale také např. v soudnictví, nápravné pedagogice, etice, sociologii a politice, dosud nemáme. Nutným důsledkem je vágnost a nejasnost v definování tzv. abnormního chování.

Předmětem rozboru jsou základní nejčastěji diskutovaná kritéria normality a zároveň abnormity osobnosti: a) z normativního hlediska (jednak ve vztahu k hodnocení subjektu, jednak ve vztahu ke společenským normám); b) z hlediska psychiatrické diagnosy; c) z hlediska statistické normy; d) z hlediska zkoumání podmínek normální funkce organismu jako psychobiologického celku; e) kritérium aktivní přizpůsobivosti; f) kybernetická kritéria normality.

Mimo to je zvláště diskutována otázka vztahu mezi pojmem normality ve smyslu duševního zdraví a tzv. optimální normou.

Nechci tuto zdánlivě jednoduchou, ve skutečnosti však nesmírně složitou a obsáhlou problematiku detailněji rozebírat. Dala by se o tom napsat knížka. Pro souvislost s naším problémem uvedu jen několik vět.

Norma je výsledek dohodnutí se určitého počtu více méně povolání lidí na určitém standardu, měřítku, které je pak od většiny přijímáno.

Známe právnícké, technické, dopravní a jiné předpisy čili normy. Jezdí se vpravo, červená znamená zastavit, branci jsou odváděni jen v rozmezí určitých tělesných výšek apod.

V obchodě je zboží normovaných tvarů a velikostí, dále méně obvyklé tvary a velikosti; je-li odchylka od normy příliš velká, nejsou již k dostání, nevyrobějí se.

Norma je pravidlo, které určuje tvar, velikost, počet, chování atd. objektů.

Existují normy logické, etické, estetické, lingvistické, právnícké, administrativní, výrobní, technické, zdravotnické atd. Na Gaussové nebo J křivce uprostřed jsou „nejvíce normální objekty“.

Je celá řada norem: statistická (95 % mělo tbc, mít tbc je normální), ideální (všechno v organismu funguje absolutně bezvadně, nikdy se

(1) E. Syřišťová: K problematice normality osobnosti. Čsl. Psychiat. 64. 1, 1968, 40—48.

s tímto ideálním stavem nesetkáváme), funkční (funkce odpovídá průměru) aj.

Svádí to mluvit o subnormalitě, např. mírné oligofrenii, a super-normalitě, genialitě.

Nemoc je také normální stav. Jestliže do organismu vnikne určité dostatečné množství mikrobů, organismus onemocní. Opilost je z hlediska biologického normální stav. Jestliže někdo vypije určité, pro něho toxické množství alkoholu, upadne do opilosti.

Soudím, že zdravý organismus má adekvátní percepci reality, má aktivní přizpůsobivost, zdárně se realisuje a okamžitou malou poruchovost co nejrychleji koriguje.

Některý nemocný organismus se může chovat stejně, tedy oba se chovají normálně. Diabetici, hypertonici, tuberkulózní často dlouho nevědí, že jsou nemocní.

Organismus je nesmírně složitý celek, složený z miliard funkčních elementů. Je přirozené, že některé elementy musí být vadné.

Každá složitost je poukázka na poruchovost. Poruchovost je součástí života. Poruchovost je důležitý činitel kulturní a civilizační. Donutil lidi k prevenci poruchovosti, k „zbezpečování života“.

Poruchových lidských jedinců, tj. jedinců s poruchami, je více než neporuchových. Studium těchto jedinců je přinejmenším stejně důležité jako studium jedinců dobře fungujících, řekl bych však, že je vlastně mnohem důležitější.

KV je věda o poruchách jedinců (o nemocech) a o poruchových jedincích (o nemocných a k určitému onemocnění disponujících lidech). Je součástí antropologie, první je antropopatologie a druhá patoantropologie.

Antropopatologie, zvláště však patoantropologie pomáhá historii, dějiny jsou mnohdy ovlivněny nemocnými jedinci. Můžeme mluvit o klinice historie, o KV historie; zde je zvláště důležitá psychiatrie dějin, kterou pomáhá vytvářet KVP. Patiční jedinci dovedli vtisknout dějinám na určitou dobu a v určitém rozsahu (někdy značném) svůj ráz a koncepci, někdy strašné.

KV se zabývá nemocným jedincem, ale i nemocnými celky. Zejména KVP se zabývá často celou rodinou nemocného, celou třídou školních dětí, vojenskou jednotkou, pracovištěm (závodní lékař) a zjišťuje, jak je toto množství jedinců napadeno.

KV provádí též filosofickou analýsu základních myšlenkových postupů, jako je diagnosa, prognosa (tj. predikce), etiologie a antropologických kategorií: bolest, utrpení, smrt.

Metodologie KV sleduje problémy heuristické, problémy pedagogické (sdělení, informace, výuka), problémy pragmatické (využití získa-

ných informací v praxi), zde nelze často odlišit vědeckou práci od kasuistik, které mají význam mezi jiným zvláště pro pedagogiku.

KV užívá analogie, indukce, dedukce, modelování, což je zvláště důležité v KVP, která dala podnět k modelování psychiky, z níž vyšla bionika. Byla sestrojena arteficiální inteligence, v budoucnu se jistě rozvine kybernetické modelování duševních nemocí na computeru.

Pro KV a zdravotnictví vůbec má význam praxeologie, která je metodou sociologie. Vědy o zdravotnictví jsou zároveň sociálně vědními disciplínami.

KV je jednak jako jiné vědy, má jejich poslání, metody atd., jednak má některé odlišnosti sui generis. KVP má pak ještě další odlišnosti.

Lékařství bylo dlouho pavědou, kdežto exaktní vědy, jako matematika, fyzika, mají tradici několika tisíc let. Lékařství se stává vědou v pravém slova smyslu teprve vznikem KV a to je benevolentně počítáno necelých 200 let.

Ovšem byly záblesky vycházející od génů po celá staletí, ale ty nebyly přece jen tak silné, aby osvětlily a ukázaly novou cestu těm, kteří četli a memořovali spisy kdysi slavných klasiků, staré přes 1000 let. Teoretické disciplíny, samy již vědecké, nedovedly zvědecktit lékařství. Koncem 18. století byly již znalosti anatomické značné, ba pronikala i fyziologie. Zvědecktění lékařství provedla až KV v 19. století.

Lékař a pacient je nejménší pozorovací jednotka KV. Pomocné jednotky jsou sestra a pacient, rodina a pacient. Pacient je zároveň subjektem a objektem vlastního pozorování. Pro lékaře je objektem. Zvláštní situace nastává, když lékař sám onemocní a sám se pozoruje. To dělal např. *J. E. Purkyně*, který vlastně celý život cítil, že fyziologie má sloužit KV.

KV není experimentální věda v užším slova smyslu, ale nezřká se experimentů povolených v rámci ustáleného etického schématu. Zvláště ne těch v nové koncepci. Bohatě využívá výsledků experimentálních věd.

V. V. Nalimov a *N. A. Černová* upozorní, že v matematické teorii experimentu se chápe experiment poněkud jinak. Experimentem je také obievování nových zemědělských rostlin, léků, výběr nejlepších léků, získávání maximálně možného efektu chemických reakcí při proměnlivých faktorech (léčebné efekty p. a.), zkoumání neřízených a spontánně se měnících procesů, jako je pozorování např. galaxií (nemocí p. a.).

Klinik pozoruje, srovnává, modeluje na zvířeti buď sám, nebo lépe vyzve k tomu zkušeného experimentátora, modeluje na kybernetickém stroji, užívá statistiky, longitudinálního pozorování atd.

Pozorování se může dít kolektivně týmem nebo individuálně jedním lékařem.

Pozorování je ohroženo „dojmologií“. Někdy se uplatní intuice, o jejímž opodstatnění a vlastní podstatě jsou stále spory. Přijímám definici A. Heverocho (1869—1927). Intuice je úsudek náhle vytvořený z neuvědomělých soudů (nápad), provázený plnou přesvědčivostí o jeho správnosti, který se osvědčuje jako správný.

Klinik si může sám vyvolat nemoc a sám ji prožívat, aby se s ní sám co nejvíce seznámil, což je důležité např. v KVP, kdy si klinik aplikuje LSD a prožívá psychosu.

KV přirozeně je v stálém zpětnovazebním poměru s ostatními lékařskými a s řadou nelékařských věd, jako je: anatomie, histologie, histochemie, biochemie, fyziologie, patoanatomie, patohistologie, mikrobiologie, farmakologie, fyzika (rtg, EKG, EEG, biologie, sociologie, kybernetika aj.). Přijímá jejich výsledky a dává jim úkoly.

KV přitom má samostatné výzkumné postavení, neboť model pokusu na zvířeti nikdy nenahradí skutečnost pozorování na člověku, event. pokus na člověku v rámci etických norem.

K tomu potřebuje pomoc biochemika, fyzika, psychologa atd. Bez KV by možná nebyla tak brzy vznikla telemetrická pozorování, tak cenná při meziplanetárních letech.

Některé vědy jsou přímo závislé na KV, např. epidemiologie, takže někdy je těžké rozhodnout, jako v tomto případě, zda si KV vytvořila nový obor, či zda slouží nové vědě.

Podobně je tomu s profylaxí a prevencí.

Prevence sama přestává být dnes již ve své větší části věcí kliniků a lékařů vůbec a stává se věcí zákonodárců, administrativních úředníků a všech lidí vůbec, ovšem vznikla z KV a s KV musí být v stálém kontaktu. Nesmírně cenné pro KV je individuální longitudinální pozorování jedince a jeho rodiny. KV má různé možnosti k svému provozování.

1. Sběrání informací z písemnictví.
2. Pozorování nemocného, tj. anamnesa, chování, fyzikální a laboratorní vyšetření.
3. Pozorování rodiny a studium dědičnosti.
4. Eticky dovolený klinický experiment.
5. Longitudinální pozorování i ostatních členů rodiny, jejich vyšetření laboratorní, tj. metabolické, cytologické, cytochemické aj.
6. Zavádění a oceňování terapie.
7. Po dorozumění s experimentátorem provádění pokusů na zvířatech, výkonů na mrtvole (chirurgie).
8. Transkulturální klinický výzkum. Srovnávání nemocí v různých kulturách.
9. Statistický stav incidence a prevalence.
10. Kybernetický aspekt.

11. Studium historické proměnlivosti klinických jednotek a syndromů.

Podle V. V. Nalimova je možnost optimálního řízení („experimentů“ v novém pojetí) i při neúplných znalostech. Musí se volit optimální strategie, která vede k výsledku. Uvází se statistické zobecnění a empirické zkušenosti mnoha lidí. Nalimov to myslí pro jiné obory, ale dá se to říci i o KV, při tom působící zkušenosti jsou zkušenosti lékařů a pacientů.

Úloha KV je těžká. G. Thomsen sice mluví o principu hromadné výroby v přírodě, podle něho má příroda tendenci k nekonečnému opakování užívání užívaných kombinací z relativně omezeného počtu elementů, my však při tom vidíme nesmírnou rozmanitost, která ztěžuje vývoj a poslání KV.

J. Vácha poukazuje na to, že biologická variabilita by mohla být pokládána za chybu přírody. Ani dva jedinci nejsou identičtí, stejní, je tu nesmírná interindividuální biologická proměnlivost nejen morfologická, ale i funkční a je proměnlivost a odlišnost biologických procesů samých, jako je nemoc.

Proto je obtížné vytvořit biotypy a typologii, dávný sen lékařů. Částečně proti sobě stojí učení o konstituci, které individualisuje, a biotypologie, která shrnuje, integruje, ovšem obě si slouží navzájem i KV. Přitom učení o konstituci je v zřejmé výhodě.

Nesmírně důležitá nejen pro KV, ale pro budoucí zdravotní stav lidstva je polygenní dědičnost. KV tu může mnoho prospět genetice.

Klinická věda je řazena beze zbytku mezi vědy čistě aplikované neprávem. Z určité části dělá základní výzkum, nebo mu přináší cenné informace. Vždyť je nucena studovat: spánek a jeho poruchy, problém biologické poruchy vůbec, problém nemoci, zrání, stárnutí atd.

KV se liší od základních věd tím, že překračuje úrovně. Jednotlivé základní vědy se drží v úrovni: nukleární, molekulární, z jiného hlediska chemické, sociální apod. KV musí používat všech úrovní, stejně chemické jako sociální.

O. Šmahel se zabývá otázkou proměnlivosti obrazu nemoci, což je způsobeno vedle jiných okolností též aktivní terapií. S tím se musí měnit i postoje KV. Původní základní these poznání klinické jednotky a pak se rozhodnout pro terapii stává se obsoletní. První povinností lékaře je poznat syndrom ohrožení.

KV ve výkonu a v uplatňování vlastního poslání má úlohu těžkou.

Klinik musí jednat i v nejistotě! Nemůže tedy čekat až na postavení definitivní diagnosy. I když nedospěl k poznání klinické jednotky, musí jednat podle syndromu. Podle nebezpečí. Indikací k jednání je nebezpečí. Musí znát signály ohrožení života, jako je např. dehydratace, hypokalémie atd.

V KVP je to nebezpečí poškození věcí, vraždy a sebevraždy.

Na důležitosti nabývá syndromologie, vyrůstá nová nosologie a koncepcce nemoci vůbec. Rovněž v psychiatrii pozorujeme toto volání. *N. Petrilowitsch* upozornil, že i v psychoterapii a ve farmakoterapii je tendence k útěku od kategorií klinických psychopatologických diagnos. Požaduje se globální terapie. Psychoterapie a farmakoterapie se mají doplňovat. KV humánní je daleko obtížnější než veterinární. Zvíře je čistě instinktivní, má ustálené vzory chování, člověk ne. Úlohou člověka je „*Menschensein*“, lidství (*A. Jores*). KV nesmí stačit držet se jen biosféry, ale musí k diagnose a terapii přibrat i noosféru. Biosféra, to je chemie a fyzika, noosféra psychologie a sociologie. Faktory civilizační hrají důležitou úlohu při potlačování nemocnosti na jedné straně (úspěchy prevence a terapie) a působí její růst (průmyslové škodliviny a nebezpečí smrti) na straně druhé.

Za velikou pomocnici KV v budoucnosti, stále užitečnější a užitečnější, nutno myslím považovat kybernetiku. *Norbert Wiener* sám považuje kybernetiku za vědu o řízení a sdělování v jiných organismech a strojích.

Různí autoři definují kybernetiku různě, ale ze všech definic plyne tato její užitečnost:

1. Kybernetika je věda, která matematickými metodami studuje řídicí systémy a pochody řízení.

2. Kybernetika je věda o pochodech přenosu, zpracování a zachování informace.

3. Kybernetika je věda, která studuje způsoby tvorby, stavby a transformace algoritmů popisujících pochody řízení, které probíhají ve skutečnosti.

4. Kybernetika je věda o zákonech řízení složitých dynamických systémů (*A. I. Berg*).

5. Kybernetika je věda, která zkoumá zákonitosti, jimiž se řídí účelná činnost automatů i živých bytostí (*V. Drozen*, předmluva).

6. Kybernetika je věda o kvalitativních a strukturálních zákonitostech řídicích systémů (*A. Kolman*).

7. Kybernetika se zabývá studiem systémů libovolné povahy, které jsou schopny přijímat, uchovávat a zpracovávat informaci a využívat ji k řízení a regulování (*A. N. Kolmogorov*, předmluva).

8. Kybernetika je věda, která zkoumá z jediného obecného hlediska otázky řízení různých pochodů v různých systémech a předávání neboli sdělování řídicích signálů uvnitř těchto systémů nebo mezi systémy (*J. Klír*).

9. Kybernetika je věda o řízení ve strojích, živých organismech i společenstvích a o přenosu signálu v nich (*I. A. Poletajev*).

10. Pojmem kybernetika rozumíme vědecké zpracování — hlavně technikou teoretických částí různých vědních oborů, převážně matematiky a fyziky — pochodů a zákonitostí, kterými se řídí přenos a zpracování podnětů z vnějšího světa do příslušných orgánů stroje nebo živočicha a kterými jsou řízeny a ovládány reakce těchto strojů nebo živočichů na takové podněty a eventuální praktické aplikace takto získaných poznatků (*F. Pustina*).

11. Kybernetika studuje v abstraktní formě vlastnosti a zákony chování různých systémů, nezávisle na hmotné podstatě těchto systémů (*S. M. Šaljutin*).

12. Kybernetiku lze definovat jako studium systémů, které jsou pro energii otevřeny, ale jsou uzavřeny pro informaci a řízení systémů, které jsou pro informaci nepropustné (*W. R. Ashby*).

13. Kybernetika je obecná věda o informovaných, informujících a zejména informačních systémech (*H. Greniewski*).

14. Kybernetika je věda, která se zabývá jednak studiem chování relativně uzavřených systémů z hlediska jejich informační výměny s okolím, jednak studiem struktur těchto systémů z hlediska informační výměny mezi jejich prvky (*Klír a Valach*).

Pro KV je důležitý pojem variety pro studium syndromu a klinické jednotky, pojem algoritmu pro stavbu diagnosy, tj. dosažení diagnosy s co nejmenším počtem kroků.

Charakteristickým rysem životního systému je homeostasa (někteří považují za správnější označení homeokinesa, které se však dosud nevěžilo).

Živý organismus se do jisté míry podařilo modelovat neživým systémem v roce 1947 psychiatrovi *W. R. Ashbymu*.

Dříve byla situace klinika neutěšená. Hromadil materiál a vyšetření, některé z nich často zbytečně, tato abundance byla častěji zdánlivě zbytečná redundance. Počínal si, jsa sám produktem přírody, nehospodárně jako příroda sama. Nyní pomocí computeru je možno vhodně a správně připravený materiál překvapivě zpracovat.

Problém chorobopisu je stará tragedie kliniky. Když hledáme ve starých chorobopisech, skoro v každém něco chybí. Předtištěná schémata se nevyplňují, nebo se vyplňují ledabyly, ona sama jaksi vybízejí k ledabylosti zvláště některé typy pracovníků. Nucená verbalisace je v tomto směru lepší, bohužel není uniformní. Kolektivy nejsou, zdá se, schopny sbírat materiál do zásoby pro budoucnost. Nanejvýš k určitému krátkodobému úkolu, při intenzivní kontrole. Chybějí pomocné síly, které by to dělaly, už jen první instance — písáčky.

KV má své cíle. Hlavní cíl je vyléčit nemoc. Aby to bylo splněno, nutno stanovit diagnosu syndromu, pokud možno i klinické jednotky,

stanovit strategii a taktiku, jakou se bude postupovat v léčení 1. nemoci a 2. nemocného.

Vedle toho je řada cílů jiných, např. sbírání poznatků o nemocech. KV je nosným sloupem lékařství a zdravotnictví. Nutno se smířit s tím, že některé věci příliš komplexní nelze definovat. Čeština užívá výrazů: zemědělství, hornictví, hutnictví, strojírenství, stavebnictví, vojenství atd. a také zdravotnictví. Pod tento pojem shrnujeme všechno, co v kladném slova smyslu souvisí s lidským zdravím, co je upevňuje, ztracené vrací a ohrožené ochraňuje. Lékařství je odvozeno od slova léčit. Lékařství je hlavní částí zdravotnictví. KV je hlavní částí lékařství.

KV je nutno se naučit. Výuka KV je sui generis, odlišná od výuky jiných věd. Učitel některé z právnických věd, učitel historie, filosofie, filologie pěstuje svou vědu, bádá v ní a při tom učí. Učitel KV ji vedle toho přímo provozuje. Musí ji provozovat. Historik ani filolog neprovozuje svou vědu. Klinik má počet pacientů, o něž se stará, které léčí, což samo o sobě je náročná funkce a mnohé úplně absorbuje. Klinický učitel dělá přinejmenším dvojí práci: 1. je léčící klinik, tj. sekundář nebo primář, 2. je učitel; provádí-li výzkum má funkci další, 3. je výzkumník.

Léčení nemoci a nemocného nutno rozlišovat. Léčení nemoci je možné v mnoha případech bez poznatků vědy psychologicko-psychiatrické, léčení nemocného bez tohoto poznatku v žádném případě možné není, neboť nemocný má psychickou reakci na nemoc a řada nemocí je psychosomatických.

V CNS léčícího klinika K nastává stavba modelu nemoci příslušného nemocného N. Tvoří se vlastní model systému N v systému K. Systém K přijme signály od systému N a o systému N. Správnost vlastního modelu záleží na správnosti interpretace signálů. Proto je třeba dlouhého studia, talentu a určitých vlastností klinika, o nichž bude dále řeč, aby byl úkol správně splněn.

Klinik musí rozumět nonverbální komunikaci nemocného. Zvláště ovšem jí má rozumět psychiatr.

Nemocný má svůj vlastní model vnějšího světa. Jestliže je tento model nesprávně vytvořen nebo se s ním nesprávně manipuluje (což může být dočasně vlivem určitých faktorů), dochází k nesprávné interpretaci signálů ze světa vnějšího a dojde k poruše chování, která je pro některé syndromy charakteristická.

Mohou nastat různé situace. Nemocný N má nesprávně sestavený model vnějšího světa, ale správně jej užívá, tato situace je např. při paranoickém vývoji, nebo má správně sestavený model, ale ztrácí schopnosti jej užívat, tato situace je při deterioraci.

Automatický počítač, který si sám připravuje program, může „one-

mocnět". Prý se to těžko odhaluje. Nutno opravovat programy. To se děje tak, že se ptáme počítače a podle odpovědi zjišťujeme poruchu. Otázkami zasahujeme do metody přípravy programu. Je to vlastně analogie psychiatrického vyšetření a psychoterapie, která připravuje korekční situaci.

Computer si může uvědomit sám sebe. *J. Klír* a *M. Valach* píší ve své monografii toto:

„Může si neživý systém uvědomit sám sebe?

Provedme tento experiment: Samočinný počítač, vybavený isomorfním vědomím, vybavme schopností formulovat naší řečí (přirozeným jazykem) práci, kterou provádí řadič. Takovou schopností lze vybavit takřka každý samočinný počítač tím, že se pro něj vypracuje speciální program. Upravme toto jeho chování nyní tak, že tehdy, když počítač provede rozkaz převzatý řadičem z operační jednotky, bude referovat o této činnosti v první osobě. Například řadič vydá rozkaz k sejmutí děrného štítku příslušným snímačem a řekne (napíše na psacím stroji nebo pod.): „Rozmyslel jsem si to (tj. připravil jsem si to operační jednotkou) a na základě toho jsem si vzal další štítek“. Jindy dá příkaz k vytištění záznamů z magnetické pásky, o čemž prohlásí: „Rozhodl jsem se napsat text uložený v té a v té části paměti.“

O případech, k nimž dal řadič podnět, ale nepřipravil je napřed v operační jednotce, avšak kontrolními orgány dostává signál, že byly provedeny, nechť prohlašuje: „Toto jsem provedl bez rozmyšlení.“

Konečně tehdy, když jde o rozkazy, k nimž řadič nedal podnět (ať již jde o rozkazy podle programu nebo o rozkazy vzniklé poruchou), o jejichž provedení je však řadič svými kontrolními obvody informován, nechť prohlašuje: „Toto provádí moje „tělo“ nebo „můj systém“ sám od sebe, za to já nemohu.“

Docházíme takto k velmi zajímavé situaci, kdy se počítač chová:

1. jako by si byl vědom sám sebe,
2. jako by byl schopen sebepozorování,
3. jako by byl schopen rozlišovat, co má ze sebe a co má vnuceno mimo svou vůli (tj. aniž je schopen to sám ovlivnit),
4. jako by v případě poruchy měl dojem, že určité poruchy neprovádí on sám, ale provádí je za něj někdo jiný.

Právě provedený experiment, který je dnes zcela reálně myslitelný, lze v mnohém velmi zajímavě obměnit, popř. obohatit; nepřipomíná tento experiment velmi sugestivně chování člověka v některých případech? Chování, o němž se podobně jako u počítače nemůžeme přesvědčit, zda jeho projevy jsou, nebo nejsou skutečnými subjektivními zážitky příslušného systému?

Neživý systém si nemůže uvědomit sám sebe tak jako člověk. Jedno

je však jisté, že jsme schopni již dnes vytvořit u neživých systémů takové chování, v němž neživý systém bude „vědomí sebe sama“ zcela přesvědčivě projevovat.

Takto by bylo možno modelovat obsese, intrapsychické halucinace, absence a patrně i řadu jiných fenoménů obecné psychiatrie, jako výčitku, z toho autoagresi, nespokojenost, z toho heteroagresi apod.

Tento neživý model by měl programováno jakési velmi úzké vědomí a jakési úzké jáství. Od živého člověka by se asi lišil tím, že výše zmíněné fenomény by plynuly z arteficiální inteligence, a ne jako většinou u člověka z centrencefalických mechanismů. Bylo by to chování, programované chování, bez prožívání.

KV má stejné otázky jako ostatní vědy, ba snad i více otázek. Má problémové situace. Jestliže je něco neznámého, co musí být poznáno, nazývá se to problémem. V KV je mnoho problémů. Problémová situace klade otázky.

Cílem zodpovězení otázek je vědecké vysvětlení, predikce (v KV také prognosa), potvrzení, důkaz, verifikace. Častá je otázka: který objekt z dané třídy má požadované vlastnosti (farmakon).

Jaké vlastnosti objekt má (syndrom, jednotka). KV se ptá také: Jaké vlastnosti objekt (farmakon) má mít?

Proč tento stav vzniká (etiologie a patogenese). Doplnil bych, jak zabránit tomu, aby vznikl (prevence, profylaxe), jak jej odstranit (terapie).

KV určuje řešení, hledá takové, při němž je třeba nejméně kroků!

I KV musí provádět logický, logicko-sémantický a metodologický rozbor otázek a problémových situací, neboť se tím zvětšuje kultura vědeckého myšlení.

KV, jako každá biologická věda, potřebuje experiment. Modelový experiment na zvířeti provede příslušný pracovník disciplíny, do jehož resortu zkoumané patří. To ovšem nenahradí pokus na člověku. Ten je omezen etickými principy, přesto však zbývá dosti veliké území možností. Velikost tohoto území kolísá podle mravní kvality experimentátora. Placebo je dnes všeobecně uznáno, ale v nebezpečí smrti nebo strašného utrpení žádný slušný lékař nebude experimentovat placebem.

KV prospívá jiným vědám zásadně. Tak jako válka značně urychlí objevy a vynálezy, tak nemoc dává iniciativu k výzkumu. KV inspirovala jiné vědy, např. genetiku; kdyby nebyla objevila Downovu chorobu, nebyl by objeven chromosomový původ některých nemocí; stejně je tomu u thesaurismos. Encephalitis lethargica v r. 1919 a v dalších letech přinesla ohromný prospěch fyziologii CNS. Experimentátor vyvolává poruchu, protíná, exstirpuje a z nastalého funkčního minus

soudí na původní funkci sledované části organismu. Pro KV to dělá příroda.

KVP a neurologická obohatila psychologii i fyziologii studiem poruch paměti, apraxií, afasií, psychopatií, které jsou jen vystupňované chování, s jakým se setkáváme u normálních, atd.

KV vyvíjí spolupráci s filosofií, zákonodárstvím, kriminologií, patoanatomii, patohistologií, ale zejména pracuje pro hygienu a prevenci a biologii vůbec. KV, věda o nemocech, přispívá vědě k poznání „normálního“ dění. Na světě je více nemocných než zdravých. KV se zabývá početnější skupinou a pracuje pro většinu lidstva.

Zvláštní posici zaujme KV i v integrální antropologii. Antropologie nabyla dnes nového, rozšířeného významu, vedle původní fyzické antropologie vznikla řada různých odvětví, která se nám klinikům jeví jako: 1. somatoantropologie, 2. psychoantropologie, 3. patosomatoantropologie, 4. patopschoantropologie, 5. socioantropologie, 6. patosocioantropologie.

Existuje věda zootechnika, *sit venia verbo* existuje nebo měla by existovat nebo bude existovat antropotechnika, věda o zdárném pěstování lidí, a ta by bez KV nebyla možná.

B. Engels před dávnými lety řekl, že technika je z velké části závislá na stavu vědy a věda ještě více na stavu a potřebách techniky.

Daleko méně a poněkud jinak to platí o KV. „Technika“ (co to je technika? Není to aplikace vědy, provedení vědeckých návrhů?) si někdy objednává nebo lépe řečeno vynucuje u KV řešení, např. proč hynou v některých dolech horníci karcinomem, proč jinde silikosou, a dala vzniknout zvláštnímu oboru KV, klinice nemocí z povolání. Ale daleko více si objednává KV u techniky, dokonalé přístroje diagnostické i terapeutické, zařízení, budovy atd.

Každá věda má své čekací doby, tedy i KV (blastomy, arteriosklerosa apod.).

KV a vědy technické sloužící výrobě nelze dobře srovnávat. KV nasává z ostatních oborů a dává jiné klady než technické vědy a stroje — zdraví a štěstí člověka. Tím není řečeno, že technické vědy direktně neslouží zdraví a štěstí člověka. Auto, letadlo ve službách zdravotnictví, spalování kouře, čištění vzduchu, bydlení atd. I vlastnění technických vymožeností a jejich užívání usnadňuje lidský život a vede ke štěstí.

Technika usnadnila, zpříjemnila a prodloužila život, ovšem někdy, když si nesprávně počínala, jej znepříjemnila, ohrozila a zkrátila (znečištění prostředí).

KV vybírá technice pracovníky, určuje normy, pro co se kdo hodí, ale nejen technice, i sportu.

V současné době ocitá se KVV v určité nerozhodnosti. Přísná specialisace, či integrace? Nemohu se tímto problémem podrobně zabývat. Jsou pracovníci svým biotypem inklinující k co největší specialisaci a jiní s polyhistorickými tendencemi, dnes už v plném rozsahu dávno nerealisovatelnými, typy intenzivní a typy extenzivní.

Myslím, že je všem jasné, že musí mít klinik určité všeobecné vzdělání lékařské, jehož rozsah bude vždy nutno s dobou znovu a znovu měnit, a pak se může specialisovat. Do jakých detailů půjde jeho specialisace, závisí opět na jeho biotypu a současných požadavcích.

Co potřebuje klinik k řádnému provádění KV? Složky, které potřebuje, jsou tyto: Biologický, zvláště lékařský klinický talent. Dokonalá erudice v oboru. Dynamogenie dalšího jeho sledování. Příležitost vyšetřit řadu nemocných. Příležitost výměny zkušeností s jinými lékaři. Bystrý úsudek. Obliba a důvěra pacientů. „Kouzlo osobnosti“. Dobrá pozorovací schopnost. Součinnost lékařského týmu i středního zdravotnického personálu. Schopnost se vyjadřovat, tj. sdělovat jiným svá pozorování a úsudek a líčit jevy. Schopnost hodnotit sdělení rodiny a pracoviště. Diplomatická schopnost proplouvat úskalím požadavků pacienta, rodiny, pracoviště. Že musí být inteligentní a moudrý, netreba snad uvádět.

Jsou různé druhy kliniků: lůžkový, ambulantní, laboratorní, posudkový.

Nepřijde-li laboratorní klinik lékař vůbec s pacientem do styku, přestává být lékařem a je biologem, chemikem. Tato situace je možná. Jsou biologové nelékaři, kteří s velikým zdarem vedou laboratoře a činí laboratorní objevy základního významu.

Klinik lůžkový a ambulantní musí být informován o možnostech laboratorních a musí umět hodnotit výsledky.

Nejdeálnější situace je, má-li týž klinik možnost uplatnit se i u lůžka i v ambulanci.

Klinika musí být současně diagnostická a terapeutická, což je neoddělitelné. V různých státech se pod slovem klinika rozumí něco jiného. Myslím, že bychom měli zůstat u nás u obvyklého názvu klinika jen pro universitní ústav, kde se ošetřují lidé nebo zvířata. Vedle toho ovšem lze užívat slova klinika přeneseně: klinický obraz, klinická věda, klinická deprese atd.

Ambulantní léčení má zvláštní význam vůbec, ale v KVP zvláště, neboť řada psychických alterací je úplně odlišná od somatických a hospitalisace, u některých naprosto indikovaná, je u některých naprosto kontraindikována.

Zasáhla KV nějak významněji do života obyvatel naší planety? Zasáhla velmi hluboce. Jen málo ostatních věd tak hluboce zasáhlo. Výsledek daný zmenšením porodní úmrtnosti, kojenecké úmrtnosti atd.,

až k úspěchům gerontoiatrie projevily se prodloužením lidského života a explozí populační. Kdybychom chtěli vypočítat jednotlivosti, byla by z toho kniha. Vedle toho byl usnadněn život různě postiženým (protézy, brýle, aparáty pro nedoslýchavé, kosmetické operace aj.).

KVP tu udělala mnoho pro duševně postižené, stížené „neurosou“, tj. nevhodnou zážitkovou reakcí, kteří nepříznivě ovlivňují své okolí. Význam psychosomatiky a duševní hygieny se ukáže v plném rozsahu teprve v budoucnu.

Vědy dělají lidi, vědečtí a výzkumní pracovníci. Každá činnost má své motivace, tedy i věnování se KV.

Pavědy, jako středověká alchymie, hledaly nejen zlato, ale i kámen mudrců a nápoj věčného mládí. KV má „podvědomý“ motiv zajistit lidem dlouhý a šťastný život. Motivace každé prakticky aplikované vědy je usnadnění života. U KV to mohou být pokyny, které sdělují příslušným činitelům.

V. *Engelgard* se domnívá, že vědcova tvořivost je především výsledkem přirozené, biické potřeby, jakéhosi instinktu jako potřeba ptáka zpívat.

Myslím, že nemusíme chodit tak daleko, a ostatně zpěv ptáka je něco jiného. Vědecká zvědavost je jen modifikovaná zvědavost plynoucí z orientačního instinktu.

U klinik jsou někdy ještě jiné složky motivační, dokonce ze schématu hodnot, totiž soucit k lidem.

Motivace může být i jinak emoční, např. byl-li nebo je-li klinik sám nemocen.

Mezi lidmi je rozšířen názor, že psychiatr buď primárně, nebo sekundárně je duševně narušen a že je to pro něho výhodou. To je nesprávná generalisace z několika případů, kdy někdo primárně narušený se cítí tažen k psychiatrii jako své záchraně.

Víme ze zkušenosti léčení a posuzování psychiky alterovaných psychiatrů, že při určité psychiatrické alteraci se nestává psychiatr lepším, nýbrž naopak horším psychiatrem.

Lze však říci, že mnoho těch, kteří se svobodně rozhodli pro psychiatrii, zamysleli se již v mládí nad problémy duševního života a při svých cestách do hlubin svých duší a při pozorování psychických reakcí i u jiných setkali se s určitými záhadami a někdy snad i děsy a zatoužili po jejich vysvětlení a odstranění.

Vývoj KV byl jiný než vývoj ostatních přírodních věd. Biologické vědy byly dlouho pavědou, nebo v předvědeckém stadiu. Některé poučky matematické, geometrické a astronomické jsou staré skoro 3000 let. Zoologie, botanika vědecká ani ne 200 let, stejně KV. Solitérní objevy (*Harvey*), pokrokové názory (*Hippokrates*, *Avicenna*) byly

ojedinele a nedovedly zformovat ducha tehdejsi „KV“. Stredoveka medicina vetsinou cetla a memorovala klasiky.

Ted' se pokrok biologickych ved stale zrychluje, stejnym tempem jako pokrok ved nebiologickych, coz ovsem ma priznivý vliv i na KV.

Dobrov upozorňuje na to, že poslounost v rozvoji techniky se děje ve spirále, tj. často se technika vrací k starým ideám, ale používá jich jinak, na podkladě nových znalostí. To se u KV děje poměrně málo.

KV provádí léčení; „léčení“ lze ovšem provádět také bez vědy. Vlivem psychického založení pacientů lze docílit zdánlivých i skutečných úspěchů; placebo pomáhá v 50 %, psychoterapie v mnoha procentech; když toho využije talentovaný „zázračný lékař“, mohou být úspěchy senační. Jsou ovšem jen částečně objektivní, vlivem psychosomatických momentů, částečně jsou jen subjektivní; atherosklerotik, cirhотik atd. načerpá novou důvěru a cítí se zdravý a silný, přestane se šetřit a léčit a nakonec se jeho stav zhorší.

Léčitel se nějak naučí „léčit“. Člověk může manipulovat televizí, vyregulovat obraz na obrazovce, aniž zná podstatu televise, může fotografovat, aniž zná podstatu světla, optiku, chemii atd. Může léčit, aniž zná anatomii, fyziologii atd., a to je právě pro lidstvo tragické. Vyvíjí se podceňování lékařství, zvláště u lidí s nižším IQ a s nedostatečným vzděláním.

Ani lékař často nepotřebuje v praxi poznatky všech věd, jimž se učil. Má je však v trvalé rezervě a ví, kde hledat příslušné informace, jež potřebuje.

Šance pro další vývoj KV a jejich výsledků se zdají velmi příznivé.

V posledních letech vzniklo něco, co se nazývá futurologií. Někteří nepovažují futurologii za vědu, já bych s nimi souhlasil, ovšem je to zajímavá science fiction, která může být někdy užitečná a většinou pobaví.

S. Lilley nepovažuje předvídaní za vědu. Ne zcela bych souhlasil. Je předvídaní, predikce, opírající se o fakta a věty ověřené, a „předvídaní“, „věštění“ intuitivní, projekce vlastních přání. Určitá predikce je úkolem některých věd, predikce počasí, predikce průběhu nemoci atd. KV se musí zabývat predikcí.

Podle některých se předpovědi objevů splňují až na 80 %.

V předpovědích W. R. Kellera i jiných T. J. Gordona a O. Helmera, kteří spolupracovali s 82 vědci Evropy a Ameriky, mluví se také o KV.

Keller prorokoval do roku 1980 dokonalé vyléčení rakoviny i srdečních a cévních chorob, do roku 2000 prodloužení života na průměrnou délku 100 let a řízenou dědičnost v 21. století, které prý bude stoletím chemie a zreguluje stárnutí.

Gordon prorokuje, že do roku 2000 budou odstraněny dědičné nemoci.

J. Bernal myslí, že do konce 20. století musí být molekuly tak snadno použitelné jako v 19. století páky a ozubená kola. Jakmile se to stane, bude to veliký prospěch pro KV. Již nyní to, že počítáme s útvary subcelulárními, bylo velmi plodné. Na úrovni molekulární nastane netušený rozvoj farmakoterapie.

Náš CNS je schopen vyvinout nepředstavitelné věci. Podle L. Couffignela ze svých 10—14 miliard neuronů používá zatím prakticky jen asi 4 %.

Lidský mozek je t. č., pokud je známo, nejdokonalejší produkt přírody na naší planetě; ztrácí po 20. roce věku stále více a více svých neuronů, má jich však tolik, že to jeho inteligenci — kromě projevů stáří, zcela individuálních — nikterak neohrožuje, neboť přece jich ještě hodně zůstane.

Psychika reguluje veškerý život člověka. Člověk z určité části přetváří naši planetu, reguluje vůlí, úmyslně početnost života účinným bojem proti „škůdcům“ a nesmyslným vyvražďováním některých zvířat jen pro obchod a zábavu, a mimovolně pod maskou jiné motivace, jemu samému ne zcela jasné, vyvražďuje dokonce sám sebe. Poruchy psychiky mají největší odezvy sociální a jiné. Pro KVP je množství themat zasluhujících studium a terapeutické řešení: sebedeterminace, seberealizace, odcizení, nihilismus, negativismus, misoxenie, agrese, autoakusace, heteroakusace aj.

Velkým problémem je smrtelnost člověka, která vyvolává nej-různější reakce. Vědomí smrtelnosti mnohé těžce inhibuje.

KV a KVP mají příležitost smrt, umírání a reakce na tento fakt pozorovat zblízka. Bude nutno vypracovat psychoterapii lidí, jichž života je namále. Zájem je, ale celá věc je teprve v začátcích.

KVP se zabývá poruchami mozku a psychiky i stavy označitelnými jako *paranosos* a nabývá tak mezi KV zvláštního postavení, řekl bych přímo *inter pares*. neboť jde o samu další existenci člověka.

Pro KVP je výhodnější kybernetické modelování psychiky a studium arteficiální inteligence a dovolený pokus na člověku než pokusy na zvířatech. KVP svými zkušenostmi z patického může dát mnoho — zvláště svou obecnou částí psychiatrie — ostatním vědám.

Lidstvo je zmítáno strachem, touhou po uskutečnění, po realizaci, po uplatnění, bezpečí, odezvě sexuální i nesexuální, má tendenci k heteroagresi i autoagresi. To vše se vyskytuje individuálně, a poněvadž je to u mnoha individuí, tedy i kolektivně.

Člověk si může rozumově zkrátit život (sebevraždou) a rozumově omezit reprodukci (antikoncepce, aborty). Studium příčin a navržením prostředků k nápravě je KVP strážcem samé existence lidstva.

Sociálně nejaktuálnějším elementem jsou tzv. psychopati, jejichž

počet se odhaduje na 20 %. Zabývat se jimi je jedním z důležitých úkolů KVP.

KVP musí být vědou psychologicko-psychiatrickou, tj. bezpodmienečně musí obsahovat část psychologie, té, již říkáme lékařská psychologie.

Bude zajímavé, až vykrystalisuje pojem a hranice psychosomatiky, kolik nemocí a v jakém rozsahu je dáno jen psychikou a kolik z velké části psychikou.

Všechny nemoci mají psychickou reakci, která často bývá patická, takže mnoho nemocných „somatických“ se stává předmětem studia KVP.

Mezioborový tým pro výzkum společenských a lidských souvislostí vědecko-technické revoluce při FU ČSAV 1965 připravil informační programový nástin, v němž vyslovil některé pro nás pozoruhodné myšlenky. Soudí, že nelze přesně oddělit problémy aktuální a perspektivní, teoretické a aplikovatelné. Tak je tomu v KV i v KVP.

Praví se: „Člověk je poután svými charakteristikami ve společensko-historické skutečnosti, je vázán svou konkrétní situovaností, v níž se biologicko-psychické potence aktualizují do konkrétních obsahů.“

Zde je místo pro uplatnění KV a zvláště KVP.

Vyvíjí se sociální dědičnost, člověk přejímá určitá schémata, motivace a direktivy. Proč je nepřijímá nebo špatně aplikuje, studuje KVP.

Tím se stává zřetelným význam KVP pro pochopení dějin z určitého aspektu, pro psychiatrii dějin.

Člověk se podle některých sociologií chová k svému prostředí ne jako k fyzikálním realitám, nýbrž jako k nositelům významů.

Na naší planetě žijí jednak lidé zdraví, jednak lidé nemocní, v těchto úlohách se střídají, ale svou roli hrají jinak ve stavu zdraví, jinak ve stavu nemoci. Jinak se realizují a jinak vytvářejí sociální skutečnost.

Biologie člověka je materiálním základem všech lidských projevů, tedy přirozeně i patobiologie a biopatologie. Byli jedinci, kteří hluboce zasáhli do dějin lidstva, do ideologie, mravních schémat a ovlivnili lidstvo i mnoho staletí po své existenci, daleko více než válečníci.

KV a KVP daly lidstvu mnoho a ještě mnoho dají v budoucnosti. Jsou jedním z faktorů, který usnadní pochopení některých dějů, ozřejmí některé souvislosti a ovlivní naše aspekty.

VÝZNAM KASUISTIK

(1970)

Prožíváme období, kdy se v našem lékařství někteří dívají velmi svrchu na uveřejňování kasuistik, a proto kasuistiky mizí z našich časopisů. Myslím, že neprávem.

Kasuistika se snad celkem právem považuje za sdělení, které se poměrně nejsnáze napíše — stačí dobře pozorovat a dobře popsat —, ale neprávem za něco málo užitečného. Jsou kasuistiky dobré a špatné. Někdo má talent pro psaní, někdo ne. To je jiná otázka. Mám na mysli dobře psané kasuistiky a ty jsou velmi užitečné. Někteří autoři soudí, že mezi specifickou oblastí heuristickou a oblastí rutinní nelze vést hranici, neboť nelze často odlišit vědeckou práci od kasuistiky. *Manfred Bleuler* se pozastavuje nad tendencí brachylogického značkového charakterisování nemocného a dává přednost obšírnější verbalisaci charakteristiky. To je právě základní otázka. Ve vědě je třeba kvantifikace a v psychiatrii se k ní dostává poměrně pozdě, ovšem zároveň je třeba dobrého popisu. Je nutno správně rozhodnout, kdy je na místě to, kdy ono.

Pojem vzniká abstrakcí a je nepředstavitelný. Nedovedeme si představit zoologický pojem psa, ale dovedeme si představit sousedovic pudla. Vytvořili jsme si představu sousedovic pudla, kterou popřípadě užíváme jako pojem psa. Představu můžeme měnit, tvořit montážní představu. Poznali jsme černého pudla a bílého pudla. Dovedeme si pak i představit zrzavého pudla, malého i velkého.

Jan Amos Komenský (1592—1670) pochopil, že má-li se dítě naučit poznávat věci, musejí se mu ukázat, a tak vzniká *Orbis sensualium pictus* (Norimberk 1658), tj. svět kasuistik věcí.

Nemoc je děj, nelze jej vždy zobrazit. Dermatologové jsou tak šťastni, že mohou mít malované kasuistiky, do jisté míry i ostatní obory. vyjma psychiatrii, ta si musí své případy většinou vymalovat slovy.

Žádný lékařský obor se neobejde bez kasuistik a některé obory zvláště ne. Např. toxikologie. Některé otravy jsou nesmírně vzácné, takže toxikologická kasuistika je u nich zároveň objevená a zároveň je naukou o příslušné otravě. Podobná situace je u některých vzácných endokrinních onemocnění, u některých jedinečných sexuálních deviací. Psychoanalytici mohou svou nauku pěstovat jen publikováním obsáhlých kasuistik. Soudní lékařství by se bez kasuistik neobešlo.

Objeví-li někdo novou nemoc nebo atypický průběh, musí dokumentovat publikací kasuistik.

Kasuistika má veliký význam nejen ve speciální psychiatrii, ale také stejný, v některém směru snad dokonce větší v obecné psychiatrii.

Obecná psychiatrie je ve vědách psychologicko-psychiatrických mostem mezi lékařskou psychologií a psychiatrií. Mají-li se psychiatři celého světa dohodnout ve speciální psychiatrii, musí se napřed dohodnout o názvosloví obecné psychiatrie, ujasnit si, čemu budeme mezinárodně říkat mráкотný stav, amentní stav, oneiroidní stav, deliriosní stav apod. Psychiatrie bez náležitě vypracované obecné psychiatrie a ujasnění pojmů má určité obtíže, jak je např. patrné na anglosaské psychiatrii, která existuje celkem bez obecné psychiatrie.

Aby se obecná psychiatrie mohla náležitě rozvinout a prospět antropologii, sociologii, sexuologii, kybernetice, pedagogice, axiologii, etice atd., musí stále upřesňovat své pojmy a to je možné jen na podkladě dobrých kasuistik.

Má-li kasuistika splnit svůj účel, musí být, bez újmy dostatečné informace, stručná, výstižná, zajímavá, ba dramatická. Je k tomu třeba trochu beletristického nadání. Znamenité kasuistiky dovedl napsat např. *Thomayer*, *Pelnář*, *Heveroch* aj. *Heverochova* slavná „Diagnostika chorob duševních“ je soubor kasuistik.

Kasuistiky, které potřebujeme, jsou:

1. pedagogické
 - a) pregraduální,
 - b) postgraduální,
2. vědecké.

Pedagogická kasuistika pregraduální musí být úplně typická, s charakteristickými rysy, musí vykreslit prototyp nemoci.

Pedagogická kasuistika postgraduální má ukázat případy hraniční, atypické, těžké pro diagnostikování, poukázat na úskalí, která brání la správné diagnóze.

Kasuistika vědecká líčí nové onemocnění nebo novou formu. Chce-li někdo zavést pojem pseudoneurasthenická schizofrenie, musí přinést několik kasuistik, z nichž musí plynout, že tato nově popisovaná forma má existenční oprávnění.

Kasuistiky jsou velmi užitečné pro výuku v diferenční diagnóze v učebnicích a pro pochopení a ocenění terapeutického výsledku pacientem.

Opisuje se z učebnice do učebnice, že při vzteklině pouhý pohled na vodu, ba na lesklé předměty vyvolává u pacienta polykací spasmy. Viděl jsem případ lyssy, muže asi 45letého, který si den před smrtí spontánně natočil do hrnku vodu a hltavě pil. Sdělení této kasuistiky

i s histologickým nálezem Negriho tělísek (*Síkl* se vyjádřil, že již dlouho neviděl tak masivní nález) by bylo jistě oprávněné a pro diferenční diagnosu přínosné, třebaže jde o detail. Jiný případ: paní stížená lyssou, vrácená z nemocnice s dg. hysterie a lyssofobie, potřísnila slinami svého manžela, jemuž zemřela v náručí; manžel pak prostudoval celou literaturu o lyse a zjistil, že je do té doby znám jen jediný případ přenosu lyssy z člověka na člověka. Na štěstí nevěděl, že inkubační doba může být několik let, proto jen dva roky trpěl strašnou lyssofobií. Po dvou letech pak dostal jinou nosofobii.

Viděl jsem „tanasus po bodnutí nožem“, na noži ani v ráně se nepodařilo bacil tetanu prokázat. Pacientka, sestra, byla morfinistka, jak se později zjistilo, a tetanus vznikl z injekčního vpichu. Některé kasuistiky jsou tak nesmírně typické, že se pamatují celý život, např. kasuistika ze soudního lékařství: chlapec se z mostu vymočil na vedení vysokého napětí a byl zabit elektrickým proudem. Nebo urologická kasuistika mladíka, který masturboval splepýšem v uretře a jemuž slepýš vklouzl do měchýře. Nebo známá kasuistika z minulého století: bohatý Angličan retifista se usadil v Cařihradu jako čistíč bot, stal se známým a vynikl v tomto oboru. Důležité jsou kasuistiky jako: smrt po bodnutí včelou, smrt po potření jodovou tinkturou, smrt tříletého chlapce, který si přetáhl igelitový sáček přes hlavu. Takové příhody zaslouží i solitérní sdělení.

Terapeutické kasuistiky jsou velmi důležité zejména při posuzování psychofarmak, neboť jediné subjektivní vyličení zážitku po psychofarmaku nás může vést k objektivnímu zhodnocení psychofarmaka. Stačí citovat několik vět ze sdělení pacienta, aby si čtoucí lékař mohl učinit představu, jak pacient charakterisuje zlepšení a jak líčí vedlejší příznaky.

Kasuistiky mohou být krátké a dlouhé. Krátká kasuistika, obsahující několik málo řádek, je vhodná tam, kde autor dokumentuje větším počtem kasuistik. I v krátké kasuistice je možno citovat doslovná vyjádření pacienta, líčení subjektivních obtíží, „železný kruh“, „chvění v těle“. Kardiologové tvrdí, že když pacient řekne, že ho „bolí srdíčko“, lze vyloučit organický podklad. Jinak líčí své obtíže hypochondrický neurotik, jinak hysterik. Anamnesa vyjádřená odborně lékařskou dikcí ztrácí svůj diagnostický význam.

Dlouhá kasuistika je nutná při popisu nového nebo atypického případu nebo pro poučení o diferenciální diagnose.

Psychoanalytici uvádějí nejdelší kasuistiky, jak ostatně povaha věci vyžaduje, neboť bez dlouhých kasuistik by komunikace mezi psychoanalytiky nebyla možná.

Lze rozlišovat kasuistiky samostatné a pomocné. O samostatné kasui-

stice mluvíme, je-li celá práce věnována jednomu případu nebo několika málo případům neobvyklé otravy nebo nové nemoci.

Ocitáme se v určité verbalizační expresivní krizi. Čteme např., že příznakem nemoci nebo vedlejším účinkem léku je v x % bolest hlavy, v y % závratě, v z % nevolnost. Tím není čtenáři hledajícímu poučení nikterak zvláště pomoheno. Nechci tím říci, že toto uvedení není záslužné. Čtenářům pomůžeme uvedením pomocné kasuistiky. Znovu poukazují na Heverochovu Diagnostiku, v níž je souborem vybraných kasuistik provedena celá výuka tehdejší psychiatrické diagnostiky. Dobrá kasuistika je mnohdy pro výuku psychiatrie lepší než zvukový film zachycující jen několik minut projevů pacienta.

Teratogenní účinek thalidomidu byl objeven jen díky kasuistikám. Na dětské universitní klinice v Hamburku nepozorovali v letech 1949—1958 žádnou fokomelii, v r. 1959 měli 1 případ, v r. 1960 měli 30 případů a v r. 1961 již 154 případy. W. Lenz vyslovil v listopadu r. 1961 podezření na vztah mezi požíváním thalidomidu těhotnými ženami a fokomelií jejich dětí. Nato se objevila řada prací. O dva roky později dokázali již nesporně T. Williams i M. G. Bride, že matka každého dítěte stíženého fokomelií užívala mezi 3. a 8. týdnem těhotenství thalidomid.

Máme dva druhy kasuistik co do obsahu: kasuistiku nemoci a kasuistiku osobnosti. Kasuistika osobnosti je u slavných lidí buď biografii nebo patografií.

Kasuistika osobnosti je pro psychiatrii zvláště cenná. Dokumentaci pedagogickou i vědeckou v kapitole o nestandardních, akcentovaných i anomálních osobnostech a psychopatech lze provést jen kasuistikou osobnosti. Sebelepší vylíčení všeobecné nesplní svůj úkol jako vylíčení určité osobnosti.

Patografie jsou cenné nejen pro psychiatrii, ale i pro jiné vědy, např. pro historii, kriminologii aj. Biografiemi, autobiografiemi a patografiemi se poučíme o osobnosti samé, o dynamice vlivů, které na ni působily, o adaptaci, dobovém koloritu, dobovém i individuálním schématu hodnot aj.

Velmi cenné jak pro literární historii, tak pro psychiatrii jsou životopisy Shawův, Dickensův, Londonův, Byronův, Balzacův aj. Čím jsou popisované osobnosti dobově vzdálenější, tím ovšem méně spolehlivá a přínosná je jejich kasuistika osobnosti, byla-li psána osobami žijícími mnohem později.

Mnoho kasuistik skutečných i vybájených osob dalo různým mechanismem jméno určitým příznakům, často bohužel nesprávně. Lékaři mívají při pojmenování někdy smůlu.

Např. Oidipův komplex. Oidipus nevěděl, že žije s matkou, proto pojmenování nevystihuje to, co mínil Freud.

Münchhausenův syndrom se týká vlastně jen lhaní o vlastní chorobě.

Pickwickovský syndrom je vrchol nesprávnosti. Tímto syndromem byl postižen sluha jednoho z pánů z okolí pana Pickwicka, Joe, který byl tlustý a stále spal, a nikoli pan Pickwick sám. Snad by bylo správnější říkat syndrom sluhu Joe.

Mussetův příznak je pojmenován po Alfredu de Mussetovi, který trpěl insuficiencí chlopní aorty a jemuž se při tepu otřásala hlava, je to tedy pojmenování klasicky správné.

Nejlogičtější je pojmenování podle autora, který příznak popsal: příznak Babinského, příznak Janiševského apod. Někteří namítají, že je to přílišné obtěžování paměti, a volí raději opis; dorsální flexe palce, úchopový fenomén atd.

Kasuistika může být objevná, např. popis případu toxoplasmosy, jak jej podal *Janků*, nebo pomocná, jak jsme o ní mluvili. Kasuistika, toť dokumentace. Vyřazování kasuistik znamená v určitých případech metodologickou chybu.

Klinická věda je věda sui generis, odlišná od vědy experimentální, a jednou z jejích důležitých metod, bez které se vlivem své povahy neobejde, je sbírání, oceňování a zařazování kasuistik a manipulace s kasuistikami vůbec. Každý chorobopis je kasuistika a měl by být psán tak, aby ve všech směrech informoval toho, kdo jej po letech bude číst, a aby byl schopen publikování. To je však již jiná kapitola — problém správného chorobopisu.

LITERATURA

1. *Bleuler, M.*: Die psychiatrische Krankengeschichte: Spiegel, Brennklotz und Bahnbrecher des Fortschrittes. Wien. Z. Nervenheilk. 25, 1967 Heft 2—4.
2. *Bride, W. G.*: The teratogenic action of drugs. Med. J. Australia 2, 1963, 689.
3. *Heveroch, A.*: Diagnostika chorob duševních. Praha, Hejda a Tuček, 1904.
4. *Komenský J. A.*: Orbis sensualium pictus. Norimberk 1658.
5. *Lenz, W.*: Kindliche Missbildungen nach Medikament-Einnahme während der Gravidität. Dtsch. med. Wschr. 86, 1961, 2555.
6. *Vondráček, v.*: Klinická věda a klinická věda psychiatrická. Čas. Lék. čes. 109, 1970, 185—189.
7. *Williams, T.*: Teratogenic effects of thalidomide and related substances. Lancet 1, 1963, 723.

Děkuji p. prof. dr. *M. Wenkemu* za laskavé sdělení písemnictví o thalidomidu.

OBECNÁ PSYCHIATRIE A PSYCHOLOGIE

(1970)

Horizontálně lze psychiatrii rozdělit na obecnou psychiatrii, syndromologii a speciální psychiatrii.

V moderní koncepci klinické vědy se dostává do popředí syndromologie, neboť ona signalisuje syndrom ohrožení. Tam, kde nejsou klinické jednotky ani logicky ani konvenčně přesně definované a definovatelné, je syndromologie i v jiných směrech jak pro praxi, tak pro teorii a výzkum vhodná.

Syndromologie i speciální psychiatrie nezbytně potřebuje obecnou psychiatrii.

Obecná psychiatrie je základ, abeceda, kód, bez něhož nelze přistupovat k oběma dalším disciplínám.

Obecná psychiatrie je velmi důležitá jako podklad pro přípravu paměti v computeru určeném pro výzkum a diagnosu.

Jejím úkolem je ohraničování pojmů a podle možnosti tvoření definic, pokud je definice možná. Obojí je důležité pro soudní psychiatrii k dorozumění se s právníky, k překládání do právnického jazyka a z právnického jazyka do psychiatrického a dále jako podklad pro soudně lékařskou terminologii.

Rozvoj světové psychiatrie bude brzděn do té doby, než se podaří vytvořit mezinárodní terminologii, jako ji mají botanici, chemici nebo anatomové.

Obsahem obecné psychiatrie bude asi vše, co není syndromologií a speciální psychiatrií „nosologických jednotek“, tj. fenomenologie, psychopatologie, souhrnná etiopatogenese, nauka o prostředcích terapie, zásady psychoterapie, zásady farmakoterapie, zásady prevence, nauka o základních fenoménech psychiky, jako jsou např. emoce, paměť, pozornost atd., tj. fenoménech psychických ve stavu „normální“ funkce i ve stavu porušené funkce, tedy symptomatologie. Symptomatologie je součástí obecné psychiatrie.

Vidíme, že součástí obecné psychiatrie je určitá kapitola obecné psychologie a zároveň také celá patopsychologie. Psychiatrii mají znát obecnou psychologii a psychologové patopsychologii.

Často se užívá slova *psychopatologie*, mám dojem, že v různém významu. V Ottově slovníku naučném v Dodatcích stojí: psychopatologie — nauka o chorobných duševních stavech. V německých učebnicích psychiatrie se v rejstřících slovo psychopatologie nevyskytuje.

Někde je v obsahu rozdělení na obecnou psychiatrii a formy nemocí. Někde je kapitola Allgemeine Psychopathologie (poruchy emocí, pudů, myšlení), tělesné příznaky se projednávají ve zvláštní kapitole, rovněž etiopatogenese a terapie, a pak následuje kapitola Die einzelnen Geisteskrankheiten. V anglosaské literatuře si s výkladem slova psychopathology nedělají velké starosti a užívají je pro souhrn různých patických příznaků. *J. More* v *American Handbook of Psychiatry* v kapitole Psychopathology mluví jediné o Anxiety and Related states. *Karl Jaspers* (1883—1969) napsal v r. 1913 svou slavnou Allgemeine Psychopathologie. Hned v prvních vydáních uvádí, že psychiatrie je praktické povolání a psychopatologie věda. Ve vydání z roku 1959 píše, že jako nelze oddělovat fyziologii a patologii (lépe by bylo užít slova patofyziologie — p. a.), tak nelze oddělovat psychologii a psychopatologii. Není mezi nimi ostrá hranice. Pojem nemoci není jednotný, jsou případy přechodné. Psychopatolog marně hledal radu u psychologie, a proto si musel utvořit svou vlastní psychologii. Oficiální psychologie se zabývá především elementárními pochody, které skoro nikdy u psychos nejsou porušeny. Psychiatr potřebuje jinou psychologii, psychologii širších obzorů. Zvláště *Wundtovu* psychologii považuje za zastaralou a pro psychiatrii neplodnou, více se mu líbí (v tom bych souhlasil — p. a.) *Ebbinghausova* učebnice. Úkol obecné psychopatologie je: vysvětlovat, zjednat pořádek a tvořit. Potud *K. Jaspers*.

Myslím, že bude nejlépe rezervovat slovo psychopatologie opravdu jen pro patické fenomény psychické, jak to dělají otec *Eugen* a syn *Manfred Bleuler*, a zařadit je do obecné psychiatrie.

Kloním se k názoru, že psychopatologie je spíše „duševní morfologie“, která popisuje halucinace, bludy, poruchy charakteru, deviace pudů, kdežto *patopsychologie*, pokud bychom chtěli tohoto málo užívaného slova použít, je dynamičtější nauka o tom, jak myslí schizofrenik a proč tak myslí, proč právě má tento blud apod.

Obecná psychiatrie je nemyslitelná bez psychologie a hodně dala psychologii. Poruchy myšlení, poruchy emocionality atd. ve svém zvětšení nebo zmenšení nebo dysfunkci přispěly k lepšímu poznání normy, jak to vždy zdůrazňoval *Heveroch*. Donutila psychology poněkud jinak myslet, neboť hranice mezi normálem a patickým je neostrá. Vzniká tu země nikoho, např. veliký smutek, bujná radost, buď adekvátní, nebo inadekvátní. Je-li adekvátní, je to pomezí, je-li inadekvátní, je to *paranosos*. S těmito stavy se setkáváme zejména u anomálních osobností. Anomální osobnost nemusí být vždy patická, záleží na počtu rysů a tendencí. Neurosy, anomální osobnost, psychopatie kompenzované i dekompenzované, encefalopatie, poruchy chování, zážitkové reakce, jež se vyskytují snad u 40—50 % obyvatelstva, donutily psychologii rozšířit svou zájmovou oblast, svůj obsah i rozsah.

Nelze odmítat introspekci. *Introspekce* duševně zdravého psychiatra pomáhá mu pochopit patické stavy jeho pacientů. Experimentální psychosy mu dokonce umožnily patické psychické prožívání a introspekci patických stavů v patickém stavu.

Utváření poměru psychologie a psychiatrie v průběhu dvou tisíciletí je zajímavé.

Psychologie je nauka o duševním životě, je to věda stará a vyvíjela se zpočátku samostatně pod ochranou filosofie. Teprve koncem 19. a začátkem 20. století se obě vědy k velikému vzájemnému prospěchu našly. Psychiatři začali dělat určitý druh psychologie, psychologové jej přejali a sami vynášeli vyšetřovací metody, které se velmi osvědčily i psychiatrům. Vznikli *psychiatři psychologové* a snad poněkud dříve *psychologičtí psychiatři*. Nejsou zcela v jedné úrovni, první se projevují spíše v praxi, druzí spíše v teorii.

O duši nepsychologicky přemýšlel *Platon* (427—347), považoval tělo za vzezení duše, a *Demokritos* (460—370), který učil, že smysly jsou pramenem temného poznání.

Dějiny psychologie až do konce 19. století u nás krásně zpracoval *V. Tardy*.

Za prvního psychologa se považuje *Aristoteles* (384—322), který se zabýval věděním, vnímáním a pamětí. Anticipoval do jisté míry asociční psychologii.

Ve středověku *Ibn Sina* (známý *Avicenna*, asi 980—1037), slavný arabský filosof a lékař, zabýval se dosti psychologií.

Tomáš Akvinský (1225—1274), „kníže scholastiků“, zabýval se i psychologií. Dnešní *novotomisté* se přiklánějí ke křesťanskému existencialismu.

Náznaky určitějších forem psychologie se objevují v 16. a 17. století.

Nutno vzpomenout několika slavných filosofů. *R. Descartes* (1596 až 1650), který se s císařskými vojsky po bitvě bělohorské dostal do Prahy, byl dualista. Učil, že zvíře má chování jen instinktivní, člověk inteligentní. Psal o vášních duše. Kritériem lidské existence mu bylo myšlení.

G. W. Leibnitz (1646—1716), geniální matematik, význačný filosof, právník a diplomat, zabýval se logikou myšlení, byl blízký matematické logice 20. století. Objevil diferenciální počet.

J. Locke (1632—1704) učil, že vše, co víme, je dáno smyslovými zkušenostmi.

D. Hume (1711—1776), skotský historik, filosof a psycholog, vytyčil rozdíl mezi vjemem a představou a zabýval se již zákony asociací.

D. Hartley (1705—1775), neurolog, může být považován za průkopníka *fysiologické psychologie*. Učil, že všechny psychické jevy mají

basi tělesnou. Představy, asociace a jich vybavování je způsobeno „vibračí mozkou“.

Podobně stanovisko zaujímal chemik, objevitel kyslíku. *J. Priestley* (1733—1804). Vývoj vlastní psychologie můžeme snad, aniž chybíme, klást do 18. století.

Pro psychologii a možno říci pro lékařskou psychologii a psychiatrii je zajímavou postavou *C. G. Carus* (1789—1869), přítel Goethův, který poznal, že existuje vědomí a podvědomí, neurčité vzpomínky a vědomé vzpomínky, temná tušení a jasný pohled do budoucna. V roce 1866 napsal srovnávací psychologii.

Koncem 19. století nastává dočasná hegemonie psychofysiky, určitého odvětví experimentální psychologie a hegemonie asociální psychologie.

Psychofysika je dána těmito jmény:

F. H. Weber (1795—1878), německý fyziolog, je zakladatelem psychofysiky. Poznal, že vnímáme jen relativní, nikoli absolutní změny intenzity popudu. *G. Th. Fechner* (1801—1887) propagoval a zdokonaľoval pozorování Webera. Jejich současník *E. Hering* (1834—1918), slavný německý fyziolog, zabýval se — jak bychom dnes řekli — fyziologickou psychologií, zkoumal tepelné počítky a vyslovil teorii barevného vidění. Významný užitek z nich obecná psychiatrie neměla.

Nejslavnějším psychologem německým té doby byl lékař, současník Kraepelinův *W. Wundt* (1832—1920). Provedl synthesu tehdejší psychologie, je nazýván obdobně jako Kraepelin „otcem experimentální psychologie“. V roce 1879 založil v Lipsku první psychologickou laboratoř na světě. Založil také první časopis experimentální psychologie. Napsal řadu spisů, např. *Grundriss der Psychologie*. Mezi jeho žáky patřil *Kraepelin*, *Cattel*, *Titchener*, *Külpe*, *Münsterberg* aj.

Koncem 19. a začátkem 20. století se část psychologů zabývá „charakterem“ a vzniká charakterologie, přínosná pro psychiatrii.

E. Spranger (1882—1963), německý psycholog, stanovil šest typů osobnosti podle zájmů a postojů. *L. Klages* (1872—1956) se zabýval charakterologií a napsal „*Grundlage der Charakterologie*“ (1910), která se dočkala mnoha vydání. Dospěl bohužel nakonec k primitivismu, že kultura z rozumu je protikladem života. *E. Utitz* napsal zajímavou a kritickou Charakterologii (1925), ale již před ním vydal v r. 1921 *E. Kretschmer* (1888—1964) své základní dílo, které natrvalo ovlivnilo psychiatrii, „*Körperbau und Charakter*“. *A. Kronfeld* vydává v roce 1932 „*Lehrbuch der Charakterkunde*“.

Charakterologii pojali různí autoři různě. Literatura charakterologická je dosti obsáhlá v různých jazycích.

Tak vyrůstá nová koncepce: jednak *biotypologie*, jednak *učení o konstituci*, což není totéž, ale tyto pojmy jsou si blízké.

Starší psychologie se dělila na filosofickou (duchovědnou) a biologickou (přírodovědnou), introspektivní a objektivní. Tyto rozdíly se postupně stále více stíraly.

Psychiatři se zabývali určitou částí psychologie a otevřeli psychologům nové obzory.

Cítí se potřeba lékařské psychologie. Již v roce 1852 vydává v Göttingen profesor R. H. Lotze „Medizinische Psychologie“, ale lékařská psychologie, vlastně původně *psychiatrická psychologie*, byla krásně vypracována až E. Kretschmerem, P. Schilderem aj.

Psychotechnika, vzniklá ve Spojených státech pro účely průmyslové, mohla by vhodně aplikována přispět ke klasifikaci osobnosti zjišťováním obratnosti, psychického tempa apod. Nebyla dosti využita, *integrální antropologii* by z aspektu psychiatrického mohla prokázat dobré služby.

S. Freud (1856—1939) a všichni jeho žáci, jakož i neopsychoanalyticky, psychosomatikové, existencialisté, logoterapeuti, antropologičtí psychoterapeuti, stoupenci psychiatrie a psychodramatu aj., jsou psychologující psychiatři a psychiatrující psychologové (*Eysenck*). Vytvořili oblast, kde se prostupuje psychologie s psychiatrií tak, že tohoto thorakopaga, či lépe kranio-paga nelze již oddělit. Termín *věd psychologicko-psychiatrických* díky jim nabyl plného oprávnění.

Behaviorismus, daný jmény E. L. Thorndike (1874—1949), J. B. Watson (1878—1958), W. S. Hunter (1889—1954), kteří se zabývali psychologií zvířat, dal mnoho obecné psychiatrii. Jednak novou metodu, jednak nové obsahy, ovšem zbytečně bojoval proti introspekci, vlastním pozorováním vlastního vnitřního chování, bez nichž se neobejdeme.

Psychologie tvarová, vlastně také *celostní*, přispěla taktéž obecné psychiatrii. Naučila ji, že nelze rozkládat psychický život až na počítky. Naučila všimnout si „nazírání“ na věci a děje.

Funkcionalismus šel zbytečně daleko, že nechtěl rozkládat vědomí na složky, vjemy, představy, emoce. Je přirozené, že ve vědomí vše souvisí. Vědomí je tok, ale k účelům didaktickým a komunikačním je přece jen třeba psychiku si pomocně rozložit na jednodušší fenomény.

Je přirozené, že některé filosofické směry, jako různé druhy materialismu, vitalismu, holismu aj., ovlivnily obecnou psychiatrii, ale ne příliš, ne v podstatě a metodách. To udělaly jiné směry. Byl to spíše *positivismus*. Zažil jsem doby, kdy tak zvaní idealisté jej označovali za materialistický, a doby, kdy tak zvaní materialisté za idealistický.

Positivismus (positum = dané) vychází z daného a své bádání omezuje na dané. Začíná u *Protagora* (481—411 př. n. l.), jde přes *Huma*

(1711—1776), d'Alemberta (1717—1783) ke Comtovi (1798—1867) a dále. Chce přesně definovat a určit vztah. Starý pozitivismus reprezentovaný Comtem dnes nabyl docela jiné tvářnosti, to není *machismus* ani *empiriokriticismus*, ale po roce 1920 vzniká *novopositivismus*, který se zabývá problémy logickými, problémy jazyka a zákonitostí vědeckého poznání.

Logický pozitivismus (Schlick, Neurath, Carnap) je dnes velice rozšířený směr. Vzniká věda o vědě. Věda je systém výpovědí, vět, výroků a potřebuje svůj vědecký jazyk, přesné dohodnuté definice a užívání vhodných přijatých symbolů.

Pragmatismus, vlastně určitý směr pozitivismu, je veliká „škatu-le“ pro mnoho směrů. Slovo je od řeckého pragma = čin, jednání. Jméno mu dal C. S. Pierce (1839—1914), rozpracoval jej W. James, J. Dewey, oba Američané, a Angličan F. C. S. Schiller. Původní pragmatismus učil, že pravdivé je to, co se osvědčilo. Je ochoten připustit i magické, kdyby se osvědčilo. Pravdivé je to, co se nám nejlépe hodí, co se dá nejlépe sloučit se souhrnem zkušeností; je-li představa toho užitečná, je i pravdivá. To ovšem je dovedeno téměř ke karikatuře a jako světový názor je to problematické. Je asi třináct škol s různou náplní. Někteří jej nazývají „filosofický oportunismus“. V tom není jeho cena, jeho cena je v metodice, v přístupu k věcem, je považován za „chodbu filosofie“, kterou může projít každý filosof. Chodba má různé dveře a těmi se dá vstoupit do různých pokojů.

Pierce nazývá svůj směr *pragmaticismus*, je to teorie logické analýsy a správné definice. Poznání je prý specifický druh chování a souhrn subjektivních pravd. Člověk není jen měřítkem, ale i tvůrcem všech (?) věcí. Pro Deweye je poznání nástrojem pro boj o život.

Toto nám není blízké. My však oceňujeme, že řada pragmatistů má *biologický aspekt* a že pragmatismus dal vzniknout *significe*, *semiotice* a *operationalismu*. Tento směr by mohl velmi prospět obecné psychiatrii.

Signifika (significatio = význam) je velmi se šířící směr, je to učení o *komunikačních a sdělovacích jevech*. Nejdůležitější její pojem je sdělovací akt, to je akt, jímž se jednotlivec nebo skupina snaží působit na chování jiného jednotlivce nebo skupiny. Tedy základ psycho-terapie a komunikace mezi psychiatry. Sdělovací akt je *lingvistické chování* charakterisované užíváním jazyka.

Semiotika je věda zabývající se studiem *znakových soustav* od nejjednodušší signalisace až po *přirozené a formalisované jazyky*.

Znak je těžce definovatelný, je to pojem filosofie, logiky, jazyko-vedy a psychologie. Nejčastěji se jím rozumí smyslově vnímatelný fenomén, předmět, operace, událost ukazující, označující nebo prezentující jiný předmět, operaci nebo událost.

Znaky jsou *ikonické*, tj. mají objektivní rysy podobnosti, *indexy*, které mají vztahy příčiny a účinku, a *symbols*, které mají spojitost subjektivní.

Operacionalismus (operari = pracovat) určuje pravdivost poznatku popisem experimentálních a měřicích operací užitých v daném procesu poznání.

Obecná psychiatrie, má-li držet krok s ostatními vědami, musí vejít do velice náročné oblasti, která se neinformovanému při vstupu zdá chaotickou džunglí, při dalším pronikání však onen nešťastník objevuje ohromnou náročnost na precisnost, která děsí stejně svou složitostí, rozlohou a uspořádaností. Nelze se zde touto problematikou zabývat, spokojme se několika málo informačními náznaky.

Základ je seznámení s problémy *jazyka* a *sémantikou*. Sémantika je vlastně samostatná věda.

C. K. Ogdon a J. A. Richards ve dvacátých letech vydávají knihu *The Meaning of Meaning*, ale teprve A. Korzybski rozpracovává v roce 1933 tuto vědu oblíbenou v USA. Sémantika má tři základní principy. Slovo není věc, nelze ztotožňovat slovo a „věc“ (princip netotožnosti), nic nemůžeme poznat absolutně (princip neúplnosti), jazyk vyjadřuje jednak naše myšlení, jednak odráží sama sebe (princip sebeodrážení).

Abstraktní slova vedou k nedorozumění mezi lidmi a k společenským bojům a katastrofám. Tato slova jsou např. svoboda, pravda, národ, lidstvo. Toto nebezpečí je hlavně u *souborů* a *esencí*; u běžných slov — pes, auto, stůl — se snadno najde věc za *nálepkou*, *label* (tak totiž Ogdon a Richards označili slovo). V obecné psychiatrii bude nutno věnovat pozornost sémantice.

Sémantika logická zkoumá vlastnosti *přirozeného jazyka* a *jazyka vědy*. Nabývá stále větší důležitosti vlivem vývoje *matematické lingvistiky*, *strojového překladu* a *metod zpracování informací*. Poslední je důležité pro obecnou psychiatrii. Pro psychiatrii jsou důležité pojmy metateorie, metamatematika aj. *Metateorie* zkoumá určitou teorii, stanoví její hranice a její způsoby zavádění nových pojmů. *Metamatematika* zkoumá matematiku. Musíme se připravit na vznik *metapsychiatrie*, která bude zkoumat psychiatrii. Bohužel slovo meta bylo často zneužito jinak, např. *metapsychologie*, bude nutno je rezervovat pro dnešní koncepci.

Formalisovaný jazyk je symbolický jazyk, určený základními symboly a pravidly o tvoření výrazů a interpretace. Formalisovaný jazyk je nezavěšenému úplně nesrozumitelný, ale odstraňuje nevýhody běžného jazyka při vědeckém výzkumu.

Metajazyk se zabývá studiem jazyka jak *přirozeného*, tak *formalisovaného*.

Se slovy nutno zacházet velmi opatrně. Slova mají jednak *smysl* (Sinn), jednak *význam* (Bedeutung) čili *denotát*.

Jde o pokus sjednocení vědy na základě jednotného jazyka, z něhož by bylo vyloučeno vše subjektivní.

Je veliká řada autorů, kteří se tím zabývali, počínaje *Hilbertem*, *Whiteheadem*, *Russellem*, nyní aktuální je *Rudolf Carnap*.

Problém jazyka je nesmírně důležitý, neboť jazyk, řeč, toť projikované, materialisované myšlení, zároveň však připravení informace. Informace dáváme a přijímáme.

Jak myslíme, tak mluvíme, ale i naopak, jak mluvíme, jak slyšíme mluvit nebo jak čteme, tak začínáme myslet. Filosofické problémy jsou z velké části problémy jazyka.

Jazyk má pro psychiatra nesmírný význam. Je to jeho hlavní vyšetřovací metoda, která jej informuje o *vnitřním světě* a psychických pochodech pacienta. Psychiatr se setkává u pacientů s myšlením deformovaným a často i jazykem deformovaným. Fenomény, s nimiž psychiatr pracuje, jsou většinou abstraktní, to není bílkovina v moči, to není erythem — jeho úlohou je pochopit, klasifikovat, vybudovat vědu o těchto fenoménech. Přirozený jazyk jej mate, nabízí mu slova, kterých nemůže užít (iluze, fantazie). Je třeba resignovat na některá slova hovorového jazyka a omezit se na určitá přesně definovaná a nebát se vytvořit nová vyhovující.

Moderní vědy zabývající se problémem jazyka vyvěrají z *logistiky*, *matematické logiky*, svými problémy se stýkají již s kybernetikou, pro obecnou psychiatrii velmi nadějnou disciplínou.

Kybernetika je věda, jež se dá definovat různým způsobem, např. podle *A. N. Kolmogorova* je to věda, která se zabývá studiem systémů libovolné povahy, které jsou schopny přijímat, uchovávat, zpracovávat informace a využívat je k řízení a regulování.

Živý organismus se do jisté míry podařilo modelovat neživým systémem již v roce 1947 psychiatrovi *W. R. Ashbymu*.

Podle *J. Klíra* a *M. Valacha* by bylo možno sestrojít *computer*, který by si uvědomil sama sebe, takže by měl „pocit“ jáství. Na *computeru* by bylo možno modelovat různé fenomény obecné psychiatrie, zejména obsese, vtíravost, halucinace, intrapsychické halucinace, bludy, poruchy paměti, konfabulace, bájivou lhavost, poruchy interpretace, vztahovačnost, heteroakusace, autoagresi, heteroagresi, depresi, mánií, nejrůznější poruchy myšlení aj.

To by nám přineslo pochopení a v určité úrovni částečné vysvětlení některých patických fenoménů.

Obecná psychiatrie hluboce zasáhla a ještě daleko více zasáhne nejen do celé psychiatrie, integrální antropologie, ale i do filosofie a světových názorů dnešního lidstva, do jejich systémů hodnot, do psy-

chologie a psychopatologie denního života, do sociologie, právních věd, zákonodárství. Stačí vyslovit jen tato hesla: libido, Oidipův komplex, ego, id, superego, přenos, potlačení, censura duševní, prascéna, abreakce, podvědomí, eros, thanatos, tabu, libostní princip, odcizení, protektivní matka, selhání, frustrace, sublimace, konverse, racionalisace, ambivalence, ambitendence, progrese, regrese, etické schéma hodnot, ovládavá představa, vůle k moci, narcismus, temný bratr, meziosobní vztahy, potřeba uspokojení, odezvy a bezpečí aj.

Již před několika desetiletími se objevila „die verstehende Psychologie“ a *Gruhle* vydal knihu tohoto názvu. Nelze činit rozdílu mezi touto psychologíí a „die verstehende (allgemeine) Psychiatrie“, nebo lépe spojit obojí v „die verstehenden psychologisch-psychiatrischen Wissenschaften“. Tyto vědy studují denní život, poznatky zpracovávají a mohou poradit, jak denní život a život vůbec zdokonalit a zpříjemnit.

Přístup k obecné psychiatrii je různý; pozorování a zkušenosti ze styku s nemocnými i zdravými, z psychoterapie, dále introspekce a modelování.

Považoval jsem za svou povinnost obrátit pozornost k obecné psychiatrii. Při výuce mladých psychiatrů je nutno věnovat tomuto oboru péči a zainteresovat kolegy a též při výuce mediků nutno této kapitole věnovat pozornost. Bylo by užitečné i na psychiatrických schůzích si častěji podebatovat o některých kapitolách obecné psychiatrie.

Souhrn

Obsahem obecné psychiatrie je nauka o základních fenoménech psychiky ve stavu „normální“ funkce i ve stavu porušené funkce, tedy symptomatologie, souhrnná etiopatogenese, nauka o prostředcích a zásadách terapie a zásady prevence. Jako internista musí znát fyziologii a patofyziologii, psychiatr by měl znát obecnou psychologii a musí znát obecnou psychiatrii. Psycholog musí přirozeně znát psychologii a měl by znát alespoň část obecné psychiatrie, psychickou symptomatologii čili psychopatologii a mít přehled o speciální psychiatrii. Autor se pokouší rozlišit psychopatologii a psychologii. Podán stručný přehled vývoje psychologie a obecné psychiatrie a jejich vzájemného působení. Autor uvažuje o významu obecné psychiatrie pro ostatní vědy a o jedné z možných jejích cest v budoucnosti, o significe, semiotice, formalisovaném jazyku, metapsychiatrii a o použití kybernetiky a možnostech modelování patopsychických fenoménů.

LITERATURA

1. American Handbook of Psychiatry. S. Arieti, ed. New York, Basic Books Inc. 1959.
2. *Ashby, W. R.*: Kybernetika. Praha, Orbis 1961.
3. *Bleuler, E.*: Lehrbuch der Psychiatrie. 10. Aufl. umgearb. von M. Bleuler. Berlin, Göttingen, Heidelberg, Springer 1960.
4. *Carnap, R.*: Problémy jazyka vědy. Praha, Svoboda 1968.
5. *Gruhle, H. W.*: Die verstehende Psychologie. 2. verbesserte Aufl. Stuttgart, G. Thieme 1956.
6. *Klages, L.*: Die Grundlagen der Charakterkunde. 5. u. 6. ergänzte Aufl. Leipzig, J. A. Barth 1928.
7. *Klír, J., Valach, M.*: Kybernetické modelování. Praha, SNTL 1965.
8. *Kretschmer, E.*: Körperbau und Charakter. Berlin, Springer 1921.
9. *Kronfeld, A.*: Lehrbuch der Charakterkunde. Berlin, J. Springer 1932.
10. *Lotze, R. H.*: Medicinische Psychologie oder Psychologie der Seele. Leipzig, Weidmannsche Buchhandlung 1852.
11. Stručný filosofický slovník. Praha, Svoboda 1966.
12. *Tardy, V.*: Dějiny empirické psychologie. I. díl — 19. století. Praha, SPN 1956.
13. *Utitz, E.*: Charakterologie. Charlottenburg, Pan-Verlag Rolf Heise 1925.

NĚKOLIK POZNÁMEK K ZÁKLADNÍM POJMŮM MEDICÍNY Z HLEDISKA PSYCHOLOGICKÉHO A PSYCHIATRICKÉHO

(1970)

Hovorový jazyk užívá různých slov: nemoc, choroba, churavost, stonání atd. Lékařský vědecký jazyk není povinen užívat všech slov hovorového jazyka a snažit se je definovat a dát jim náplň. Má právo si vybrat jen některá slova, má právo, potřebuje-li, vytvořit si i nová slova, jako to učinil jazyk matematický, kybernetický a chemický.

V lékařství se někdy užívá pojmu norma, mluví se o odchylce od normy a rozumí se od normálu. Původní a většinou užívaný význam normy je pravidlo, předpis. Norma něco doporučuje, něco zakazuje. Jsou právní normy, mravní normy, zvykové normy aj. Jsou vědy normativní, které určité normy stanoví, např. vědy právní. Norma lékařská je něco dohodnutého, stanoveného. Jsou normy pro odvod branců, jsou normy, co považovat ještě v dané situaci za přípustné.

Děje tělesné i duševní se mohou stát patickými svou kvalitou nebo kvantitou nebo obojím současně. Při tom si hned musím položit námitku, smíme-li u životních dějů vůbec mluvit o kvantitě, neboť zde více než kde jinde kvantita mění kvalitu.

Emoce nejsou nemoci. Člověk nešťastný nemusí být nemocný. Normální emoce však může u člověka jinak nemocného být příčinou nového, těžšího stupně nemoci (infarkt), nebo i smrti. Někdo má sklon produkovat patické afekty. Emoce nebo afekt stává se patickým svou délkou, intenzitou, nebo tzv. průvodními jevy (např. poruchou vědomí). Zase je nutno si uvědomit, že nejde o průvodní jev, nýbrž o neoddělitelnou součást.

Každá nemoc v plném a pravém slova smyslu je provázena psychickou reakcí, tedy emocí nebo emocemi.

Psychická reakce je buď adekvátní, nebo inadekvátní. Inadekvátních reakcí je mnoho (bagatelisující, nosofobní atd.).

Nemocí v pravém dohodnutém slova smyslu myslím děj, který má dynamiku, progresi i regresi, ale hlavně je subjektem jako nemoc vnímán, je přítomna nosognosie. Je-li nosoagnosie, stojíme před úplně jinou situací. Definice nemoci je těžká. Někdy definice spíše zatemní pojem a znesnadňuje manipulace s ním.

Je řada nemocí nejen typicky psychosomatických, ale i somatopsychických, i somatických, kde psychický faktor pomáhá, nebo zdržuje autosanaci, s níž musí lékař vždy počítat.

Je důležité, aby nemocný dobře zahrál svou roli nemocného a ostatní

aby mu ji usnadnili. Léčení, lékař a vše okolo vyvolává také psychické reakce. Stále zdůrazňuji, že léčení nesmí být nepříjemnější a nebezpečnější než nemoc sama, pokud nejde o nemoc smrtelnou nebo mučivou a „neléčitelnou“. Strach z léčebného nebo jen diagnostického zákroku může nemoc zhoršit a změnit její projevy. Lékař pozorovatel mění pozorované (hemogram, EKG). Pozor na iatropatogenii v nejširším slova smyslu! Nemoc modeluje ošetřující lékař, sestry, posudkový lékař, nemocniční prostředí a nespočetné faktory.

Těžko někdy stanovit vlastní příčinu nemoci, i když se domníváme, že ji známe. Nemoc je dění, které je výsledkem splnění řady podmínek; posléze splněná podmínka se jeví, někdy nesprávně, jako příčina, ačkoli je jen provokujícím činitelem. Jsou podmínky, bez jejichž splnění nemoc nevznikne. *Conditio sine qua non* pro vznik progresivní paralysy je lues. Proč vznikne u určitého jedince progresivní paralysa však nevíme.

Nejen nemocný, ale i lékař dopouští se někdy chybného myšlení, zejména v dále uvedených bodech.

Negativní nález všech správně provedených vyšetření nemusí znamenat zdraví. Je možné, že naše laboratorní metody nejsou tak citlivé, aby prokázaly poruchu. Je možné, že jsme nepoužili právě té, která by ukázala poruchu.

Týž nemocný může mít dvě až tři nemoci současně, jejichž příznaky tvoří změt' těžce rozřešitelnou.

V daném případě může jít eventuálně o nemoc zcela novou, dosud nepopsanou, nebo o novou formu známé nemoci. Nemoci se mění.

Tělesně nemocný může být duševně zdravý, nebo svou tělesnou nemocí duševně alterovaný, ale i primárně duševně alterovaný a s tím obyčejně „somatictí“ lékaři nepočítají.

Mezi nemocí tělesnou a duševní je dosti velký rozdíl, takže obojí nelze vystihnout jednotnou definicí. Nejvíce zdravým a šťastným se cítí člověk trpící mánií, nemoc tu působí pocit zvýšeného zdraví.

Původní psychiatrie léčila jen duševní poruchy.

Vědy psychologicko-psychiatrické mohou lidem pomáhat ve všem duševním utrpení, když se najde porozumění u příslušných úředních činitelů formujících denní život. Na 19. výroční schůzi Světové federace duševního zdraví v r. 1966 padlo několikrát slovo paramedicína. Tu nemusí dělat lékař, tu dělají psychologové, sociologové, sociální pracovníci, pedagogové. Jejich práce je velká a důležitá.

U lékařů je patrný zájem a touha vypořádat se s určitými pojmy, srovnat je a podle možnosti definovat. Ukazuje se nutnost a důležitost základních pojmů a jakési filosofie medicíny, která vychází od nejjednoduššího a pracuje s nejsložitějším a nezříká se žádného aspektu.

CO MÁ VĚDĚT NELÉKAŘ O VĚDÁCH PSYCHOLOGICKO-PSYCHIATRICKÝCH

(1970)

Přírodopisci označili člověka přírodopisným jménem *Homo sapiens*, vědoucí, moudrý. Ten, jenž se dostává do rukou lékaře, je *Homo patiens*, člověk trpící; ale ne každý trpící se dostává do rukou lékaře, často proto, že neví, že lékař by mu mohl pomoci, a zvláště neví, že by mu mohl pomoci v duševním utrpení psychiatr, což přeloženo z řečtiny znamená lékař duše.

Z hlediska historie vědy je psychiatrie zajímavý případ. Jak dlouho existuje jako nauka, těžko říci. Duševní nemoci byly známy více než 3000 let, ale žádné opravdu účinné léčení známo nebylo. Psychiatrie na tehdejší dobu velmi dobrá se u nás pěstovala od počátku 19. století.

První český psychiatr byl výborný lékař a pozoruhodný člověk dr. *Jan Theobald Held*, známý z Jiráskova románu F. L. Věk.

Psychoterapie v pravém slova smyslu začala koncem 19. století. Ve srovnání s dřívější relativní bezmocností léčebnou můžeme říci, že bouřlivý vývoj psychiatrie a její terapie začal v první světové válce. Moderní psychiatrie trvá něco přes padesát let. Dřívější slavní psychiatři byli spíše jen majáky zářícími v temnotách.

Nemyslím, že by čtenáře zajímalo vypočítávání jednotlivých objevů. Byly to objevy týkající se jak rozpoznávání, tak léčení duševních nemocí.

Pokud jde o léčení, sám vidím hlavní pokrok v zavedení psychoterapie a ve vynalezení psychofarmak, tj. léků s působením na duši.

Psychiatrie je něco, co lidi stále zajímá. Psychiatr vystupuje v románech, v divadelních hrách, ve filmech někdy jako zachránce, spasitel, někdy jako démonická postava, zloduch a někdy jako komická figura, ale skoro vždy špatně a nesprávně pojat.

Upřímně řečeno, my tu sensaci nemáme rádi. Protože však jsou mezi lidmi nesprávné představy o psychiatrii, musíme chtít nechtě sami někdy o psychiatrii mluvit.

Psychiatrie se úžasně rozrostla, takže je nutno mluvit vlastně o vědách psychiatrických, nebo ještě lépe o vědách psychologicko-psychiatrických.

Jsou vyhraněné duševní nemoci, ale jsou i stavy, které nelze v pravém smyslu slova označit za nemoci. Přejít mezi duševním zdravím a duševní nemocí je u některých stavů plynulý.

V psychiatrii je to poněkud jinak než v ostatních lékařských oborech,

kde nemoc je vždy víceméně spojena s utrpením. Ve vědách psychologicko-psychiatrických známe nemoci spojené s utrpením, nemoci bez utrpení a utrpení bez nemoci. Král Oidipus, Nioba, Othello, mladý Werther trpěli, aniž byli nemocni. Kdežto Hamlet a král Lear nemocni byli, Enšpígl, Faust, Don Quijot, Don Juan byli anomální osobnosti, pan Brouček, otec Kondelík a dobrý voják Švejk byli zdraví. Na štěstí jsou ještě jiné typy zdravých lidí.

Lidé potřebovali vždy někoho, komu by se svěřovali, komu by se zpovídali, s kým by se radili. V minulých stoletích mívali velcí páni svého zpovědníka a lid obecný mohl jít kdykoli ke zpovědi a na kázání, čili měli individuální a hromadnou psychoterapii.

Dnes často přejímá tuto úlohu psycholog a psychiatr, kteří se ujímají i lidí duševně trpících, ale jinak zdravých.

Vyrostl obor lékařské psychologie. Psycholog pomáhá lékaři v rozpoznávání duševních nemocí i v jejich léčení.

Psychologie mnoho prospěla psychiatrii a psychiatrie mnoho prospěla psychologii.

Máme lékařskou psychologii, obecnou psychiatrii, speciální psychiatrii, dětskou psychologii a psychiatrii, psychologii a psychiatrii stáří, psychiatrickou sexuologii, soudní psychiatrii, patofysiologii vyšší nervové činnosti, duševní hygienu; to vše jsou vědy psychologicko-psychiatrické.

Vědy psychologicko-psychiatrické mají vztah ke všem oborům lékařství. Bez nich by bylo lékařství zvěrolékařstvím. Někdo je nešťasten na pracovišti, dojde k výstupu se spolupracovníkem a odvezou ho s infarktem do nemocnice. Někdo se rozčílí v rodině a je stížen prudkou bolestí oka ze zeleného zákalu. Někomu se zdá, že není dosti oceňován, myslí, ať právem nebo neprávem, že je mu křivděno, a najednou vrhne krev ze žaludečního vředu. Jiný se pro něco trápí a dostane veliké svědění kůže. V období vnitřního napětí před měsíčky ženy vyvolávají konflikty, nebo některé se dokonce pokoušejí o sebevraždu. Duševní stav ženy má veliký vliv na celý její pohlavní život a naopak.

Lidská společnost je hromada jedinců, individualit, každý z nich má svůj vlastní duševní život, své problémy. Každý ovlivňuje druhého, s nímž se setká. Jsou drobné psychické infekce a jsou i velké psychické infekce, hromadné. Složitost společenských vztahů je veliká. Každý je obklopen určitým polem působení, dalo by se to srovnat s elektrickým polem. Jedinci s určitou duševní poruchou mohou působit velmi značně a neblaze na ostatní. Tomuto vlivu jsou vystaveni psychiatři, proto musí být odolní. U jedinců s duševní poruchou nebo odlišností je důležité i jejich zařazení ve společnosti. Čím vyšší společenský stupeň, tím větší možnost působení. Řízení společnosti je velmi důležitá věc a vědy psychologicko-psychiatrické by mohly být

společnosti užitečné, kdyby byly včas tázány. Vždyť nejméně 10 % tzv. „normálních“ lidí je slaboduchých, tj. v náročnější situaci selhávají, a další procenta jsou jinak postižena, takže duševně plnohodnotných je asi 70 % obyvatelstva.

Mezi vědami psychologicko-psychiatrickými se vyvinula úzká spolupráce se sociologií. Vznikl obor sociologická psychologie. Vznikla sociometrie, která se pokouší měřit vzájemné postoje jedinců v malé společenské jednotce.

V psychiatrii jsou různé směry. Velmi důležitý a stále mnoho slibující je směr biochemický.

Již starověcí lékaři hledali podstatu duševních, povahových vlastností lidí ve skladbě tělesných šťáv: sangvinik byl člověk krevní, choleric zlučový, melancholik člověk černé žluči a flegmatik člověk hlenový.

Dnes víme, že duševní pochody mění tělesný chemismus a naopak, tělesné chemické změny vyvolávají různé duševní stavy.

Stačí méně hroznového cukru nebo méně kyslíku v krvi a chování člověka se úplně změní. Naopak sympatická odezva u druhého, pochvala, nebo urážka a křivda mění tělesný chemismus, vylučování hormonů, vodní hospodářství, množství moči, srážlivost krevní apod. Z vnějších fyzických působení stačí kmitavé světlo k vyvolání migrény, bezvědomí, nebo agrese vedoucí až k zabití (jízda za slunečného dne alejí, televise apod.).

Prastaré obranné pochody užitečné tehdy, když člověk lovec bojoval se šelmou, která mu mohla způsobit ztrátu krve, jsou méně vhodné u moderního člověka, jenž se hádá se spolupracovníkem bez nebezpečí ztráty krve, ale v důsledku stoupnutí krevní srážlivosti dostává infarkt. Tak vznikají nemoci psychosomatické a somatopsychické. Je mnoho nemocí psychosomatických a ty by měl lékař příslušného oboru léčit společně s psychiatrem.

Při slavnostních příležitostech si lidé přejí hodně štěstí. Být šťasten je veliké slovo a odvěká tužba člověka.

Štěstí lze dosáhnout různým způsobem, pravé štěstí je dáno okolnostmi, životní situací a poměrem jedince k nim.

Pocitu štěstí alespoň na chvíli lze dosáhnout chemicky drogou, bohužel chemický ráj se brzy změní v pozemské peklo.

Jsou nemoci, jejichž příznakem je pocit nebývalého štěstí. Někdy tito lidé trpí nadměrným pocitem štěstí sami vyhledávají lékaře.

Pocit štěstí lze vyvolat jemnými elektrodami zanořenými do určité části mozku, zapneme-li velmi slabý elektrický proud.

Nelékaře zajímá přirozeně především to první štěstí, pravé štěstí.

Duševní hygiena, čili mentální hygiena, jedna z věd, jež rovněž spadá mezi vědy psychologicko-psychiatrické, snaží se nejen o duševní

zdraví, to je existenční minimum, ale i o zdatnost a pocit zdatnosti tělesné a duševní, o harmonii duševní a o to, aby člověk byl šťasten.

Lékař je pracovník, který hledá příčiny nemocí a vidí následky škodlivin, nemá však exekutivu a možnost činně zasáhnout. Nemůže zavřít továrnu znečišťující vzduch, zemi a vodu, nemůže vyloučit duševně vadné z řízení vozidel, zlé nadřizené z jejich postavení, nahradit nevyhovující byty krásnými atd., může jen upozorňovat a radit. Nestačí sám na budování společnosti podle možnosti šťastných lidí, to musí dělat s právníky, sociology, inženýry a architektky dobré vůle, ne fanaticky, živelně, ale vědecky a s láskou k člověku a všemu živému.

V naší sluneční soustavě, ba na naší zeměkouli je tak málo živé hmoty. Kdyby se veškerá živá hmota rozestřela po celé zeměkouli, byla by to vrstva jen 4 cm vysoká, takže se na žádném modelu zeměkoule, tj. globu nedá znázornit. Veškeré lidstvo nevyplní bednu velkou 1 km³, do nedávna se vešlo na plochu zamrzlého Bodamského jezera, a přece dovede velmi radikálně měnit zemský povrch a jeho osídlení živočichy. Některé již vyhubilo, o některé se začíná starat v hodině dvanácté a při tom připravuje velmi účinný prostředek na vlastní vyhubení.

Dějiny člověka oproti trvání zeměkoule jsou velmi krátké, ale vývoj člověka byl bouřlivý. Trvání země se odhaduje mezi 3 až 4¹/₂ miliardou let. Člověk je na zemi asi 1 milion let. Nám již bližší člověk prý asi 600 000 let, kdežto existence koně se odhaduje na 55 milionů let.

Podle známých geologických hodin, když srovnáme den s vývojem zeměkoule, je na ní člověk necelou půl minuty.

Jeho zázračný orgán, mozek, udělal za tu dobu úžasné věci. Myslím, že je člověk povinen si tohoto orgánu nesmírně vážit a úzkostlivě o něj pečovat. Nedá se říci, že by to byl zatím dělal. Teprve vlastně v posledních letech, ne na posledním místě zásluhou kybernetiky, začíná si uvědomovat, jaký poklad má v hlavě. Tento poklad mu chrání a opravují vědy psychologicko-psychiatrické.

Člověk má svůj duševní život. Myslí, cítí lásku i nenávisť, pociťuje radost, smutek, vztek a strach, je ovládán pudů jež různé dělí různě. Rozeznávají pud zachování jedince, pud zachování rodu, pud obživný, pud orientační, pud po uplatnění, po příjemnosti atd. Jiní zjišťují pud lásky a pud smrti, tj. ničivost. Agrese je skryta v každém člověku. Člověk si vytváří hodnoty, mravní schémata, dává si příkazy a zákazy, myslí, vynalézá, plánuje, vyrábí. Stýká se s ostatními, vytváří společenské útvary, školí, vychovává, radí a řídí. Člověk má vliv na druhé příkladem kladným i odstrašujícím, ale také přímo rozkazuje. Jestliže v jeho duševním životě není něco v pořádku, začne se to samozřejmě zračit v jeho chování a činnosti.

Když onemocní člověk vedoucího postavení nebo řidič veřejného do-

pravního prostředku hromadné dopravy bolestmi v zádech nebo zažívacími obtížemi, je to jeho soukromé utrpení, řekl by někdo, ale když onemocní nemocí s poruchou inteligence nebo rozkazujícími halucinacemi, nastává ohrožení veřejnosti. Jistě. Ale ani v prvním případě to není jen jeho soukromá záležitost, neboť on na svou nemoc duševně reaguje, nemoc strhává jeho zájem na sebe, budí v něm strach, mění jeho duševní život. Vzniká reakce na nemoc.

S touto reakcí na nemoc musí počítat všichni lékaři všech oborů, sestry, rodina nemocného, jeho přátelé, jeho pracoviště.

Vlastně každá nemoc má svou psychologicko-psychiatrickou problematiku.

Jsou nemoci tělesné, které vznikají na podkladě duševním, jak jsem se zmínil, ale i ty mají opět svou psychickou reakci.

Nejdokonalejší věc v naší sluneční soustavě, kterou známe, je lidský mozek a ten vytvořil něco, co je v něčem ještě dokonalejší než on sám, v něčem nikoli — kybernetický počítač stroj.

Prožíváme období nebývalého technického rozvoje, abych užil již poněkud otřelého slova, explosivního. Stavíme mosty, tunely, mrakodrapy, podzemní dráhy, dopravní prostředky nadzvukových rychlostí, planetární sondy, člověk udělal první krůček mimo zemskou. Někteří se tím opájejí a zapomínají na to hlavní, na toho, kdo to vytvořil a vyrábí — na člověka.

Když se staráme o člověka, staráme se hlavně o jeho tělesné zdraví, méně v některých zemích o jeho duševní zdraví, které je stejně důležité.

V některých zemích jsou vědy psychologicko-psychiatrické jedním z pěti hlavních oborů lékařství: vnitřní lékařství, chirurgie, gynekologie a porodnictví, dětské lékařství a psychologicko-psychiatrické vědy.

U nás je ze všech přednášek na fakultě všeobecného lékařství těmto vědám věnováno 1,5 %.

Některé filosofické směry vyústily v absurdní koncepci, že svět je naše představa. Myslím, že nesmyslnost této koncepce je na první pohled jasná, ale můžeme větu obrátit, moje představy jsou můj svět, druhý, vnitřní svět. A jak vypadá tento druhý, vnitřní svět, na tom mnoho záleží, neboť podle toho se jedinec snaží formovat vnější svět.

Na mozek působí okolnosti, které si někdy okolí ani neuvědomuje, situace, výroky, tisk, rozhlas, televise, film, divadlo, hudba, ale i meteorologické vlivy, potrava, zeměpisná poloha, nadmořská výška aj.

Příčiny duševních nemocí jsou mnohotné. Zhruba lze říci: dědičnost, infekce, úraz, otrava, poruchy orgánů (krevního oběhu, vnitřní sekrece aj.) a duševní příčiny, jako 1. duševní úraz vlivem události, 2. přepětí, 3. styk s lidmi, 4. osamocení.

Duševních nemocí je mnoho, každý věk má své. Některé ustupují, jejich počet se zmenšuje, některé bují a početně se zvětšují. Ustoupila značně, bohužel, jak se zdá, jen dočasně, luetická onemocnění mozku. V popředí zájmu dnešní psychiatrie jsou: anomální osobnosti, neurosy, jichž je sice dosti, ale ne tolik, jak se lidé domnívají, různé druhy duševní deprese, schizofrenie a obrazy duševní poruchy vzniklé na podkladě cévního onemocnění mozku, alkoholismus, jiné toxikomanie (tabakismus, fenmentrazinismus aj.), atrofie mozkové, epilepsie, obrazy mánie, stavy po úrazu hlavy, po otravách, dušení apod.

Lidstvo hledalo vždy zdraví, štěstí, věčné mládí, dlouhý život, moudrost. Alchymisti minulých století hledali nejen zlato, ale i kámen mudrců, elixír života, věčné mládí. Byli dvojího druhu, jedni zahřívávali různé hmoty ve svých křivulích a druzí filosofovali, prováděli tzv. symbolickou alchymii vedoucí k magii slov.

S úsměvem hledíme dnes na tuto kapitolu kulturních dějin, nutno však říci, že moderní psychiatrie pracuje podobně, neboť kromě režimové léčby, fysioterapie, léčby prací, léčby uměním aj. užívá látky chemické, to je jedna její část — farmakoterapie, a druhá je léčení slovem, tj. psychoterapie. Slovy lze i bez magie poranit, zabít, ale lze také povzbudit, zachránit, vyléčit. Pozor na slova! Zamyslete se nad svými slovy.

VĚDY PSYCHOLOGICKO-PSYCHIATRICKÉ, SEXUOLOGIE A PSYCHIATRICKÁ SEXUOLOGIE

(1969)

Psychiatrie se vyvíjela po staletí pomaleji než ostatní lékařské disciplíny. Za poslední století a zvláště za posledních padesát let svůj vývoj neobyčejně urychlila. Rychlostí vývoje předstihla mnoho jiných oborů.

Psychiatrie má zvláštní intimní a zpětnovazební poměr k psychologii. Jedna slouží druhé. Rozhraní normálního a patického je nepřesné. V mnoha případech je dáno jen konvencí. Psychiatrie se rozčlenila v mnoho odvětví. Za dnešního stavu věci je lépe mluvit o vědách psychologicko-psychiatrických. Mezi ně patří psychiatrická sexuologie. Tu potřebuje stejně psychiatr i sexuolog. Měli by s ní být seznámeni i psychologové, pedagogové, kriminalisté, prokurátoři, soudci, sociologové, politici, teologové a jiní.

Předmětem sexuologie je sexus, tj. pud pohlavní a vše, co s ním souvisí. Člověk je živočich, jenž nemá sezónní říjí, ale trvalou aktivitu a vysoce vyvinutý mozek a duševní život. Sexus hraje u něho nesmírnou úlohu. To svedlo některé k přecenění sexu a vykládají veškeré lidské motivace a hodnoty sexualitou. Promítlo se to i do filosofie a některých světových názorů. Eros, libido v různé transformaci jsou považovány za pramen veškeré kultury.

Touto cestou šly jen některé psychiatrické školy. Jiné uznávají důležitost sexu, ale negeneralisují a neutonuly v pansexualismu. K nim patří i naše škola.

Sexuologie se skládá z řady oborů, jeden veliký úsek je psychiatrická sexuologie. Jí pomáhali na svět psychiatři.

Již *Felix Platter* (1536—1614) popsal pohlavní deviace. Vlastní psychiatrická sexuologie trvá víc než sto let. *K. Kaane* vydal v r. 1844 první latinsky psanou monografii s názvem *Psychopathia sexualis*. Hlavní období vývoje psychiatrické sexuologie je poslední dekáda 19. století; je dána jmény: *A. von Schrenck-Notzing*, *A. Moll*, *H. Ellis* aj. Počátkem 20. století se začíná šířit učení *S. Freuda*, v r. 1916 vychází trojdílná učebnice sexuologie *Magnuse Hirschfelda*. Je to hlavně střední Evropa, která má zásluhu o vybudování psychiatrické sexuologie. V našem státě byl průkopníkem a zakladatelem psychiatrické sexuologie *Hugo Bondy* (1897—1939).

Jsme vděční a velice si vážíme toho, že tvůrce naší československé sexuologie profesor *Josef Hynie*, ač vzešel z kliniky dermato-venero-

logické, na svých dlouhodobých pobytech v zahraničí osvojil si též erudici a koncepci psychiatrickou.

Psychiatr setká se u svých nemocných často s fenomény z oblasti sexu a sexuolog setká se u svých pacientů s fenomény spadajícími do oblasti psychiatrie. Část jedněch i druhých tvoří náplň psychiatrické sexuologie.

Československá psychiatrická společnost je si vědoma důležitosti psychiatrické sexuologie, a proto založila v roce 1967 komisi pro psychiatrickou sexuologii.

V praxi psychiatra je pestrá směsice fenoménů nějak s pohlavím souvisejících. Bez nároku na úplnost se zmíním o některých.

Z obecné psychiatrie jsou to tělové halucinace často sexuálního obsahu, pocit dráždění, odsávání pohlavní síly, halucinace sukuba nebo inkuba, dysmorfické bludy malého penisu, foetor ex vagina, fobie z homosexuality, incestu, vtíravé myšlenky sexuálního obsahu až bludného přesvědčení o domnělé homosexualitě, neodstranitelné onanické autoakusace a fobie apod.

Není snad duševní nemoci, která by třeba přechodně a u někoho neměla sexuální symptomatologii.

Deprese má ztrátu libida, někdy dokonce nedostatečná erekce je hlavní příznak, s nímž nemocný přichází.

Mánie se často projevívá hypererotismem.

U schizofrenie jsou běžné tělové halucinace sexuální.

Psychomotorická epilepsie často vede k veřejné masturbaci a exhibicionismu.

Atrofie cerebrální, senilní, arteriosklerotická, paralytická často projevívá nebrzděné a nemístné projevy normální i deviantní.

Polymorfní alterace v oblasti sexu jsou u akutních i chronických intoxikací některými jedy běžné, alkohol je nejčastější.

Anomální a psychopatické osobnosti nabízejí nesmírně bohaté spektrum sexuálních abnormit — od absolutní askese, hypertrofie studu, nepřekonatelné zábrany až po orgiastickou nevázanost.

Sem ostatně patří všechny deviace v předmětu a způsobu, které dříve tvořily hlavní náplň psychiatrické sexuologie. Úkolem psychiatrické sexuologie je přesně definovat pojem sexuální deviace, někdy bývá zbytečně rozšiřován na hypererotické vynalézavosti heterosexuálních párů.

Psychická infekce vedla k zajímavým hromadným jevům deviací, jaké byli např. flagelanti a různá sexuálně deviantní sdružení s různou, někdy kamuflovanou motivací.

Dětské encefalopatie s poruchami chování manifestují se mnohdy hodně sexuálně.

Bohatým dokladem mohou být například anxiózní, fobické a hypochondric-

ké neurosy. Jsou to jednak primární neurosy různé genese s následky sexuálními, jednak primární pohlavní selhání, frustrace nebo traumatizace s následnou neurosou.

Dekompenované psychopatie imponují často jako neurosy.

Psychosomatické poruchy vedou — kromě řady jiných poruch v oblasti sexu — k neplodnosti. *Psychogenic infertility* dělí autoři na *coital infertility* a *psychosomatic infertility* (G. R. Peberdy a L. Snaith).

Nelze si představit, že sexuologie by se mohla obejít bez věd psychologicko-psychiatrických. Aniž budu rozvádět, dovolím si telegraficky stručně, heslovitě upozornit na některá fakta.

Člověk si vytvořil svůj svět hodnot. Genitál sám má hodnotu ambivalentní a vzbuzuje tedy chování ambitendenční. Je semenišťem frustrací, konfliktů hodnot, idolisací, paradoxních reakcí. *Inter faeces et urnas nascimur*. Ale lze i říci *Inter faeces et urinas amamus*. Nejvyšší špína na jedné straně, nejvyšší hodnota na druhé straně. Jaká příležitost ke vzniku maladaptace, která může vést půlově k hororu nebo mysofilii. Celý děj přiblížení dvou individuí od prvního pohledu přes kontraktaci a amplektaci ke splynutí vyvolává jednak bezprostřední prožívání, jednak psychické reakce na toto prožívání.

Je možno vytvořit celou *antropologickou sexuologii*, která má bohatou náplň i kulturně historickou: nahota, móda, historie mravů, náboženství a sexus, sexus v umění, pornografie nevinná a nebezpečná, scestná, která může aktivovat latentní deviace.

Sexus v různých částech naší planety, „zmenšené“ vysokými rychlostmi letadel, je různý. Sexus Afričanů a Asiátů je jiný než globálně řečeno sexus Evropana. Poučení, které se stává nutností, dá nám *transkulturální psychiatrická sexuologie*.

Jsou dvě základní neštěstí člověka: *hloupost a krutost*. První se psychiatrické sexuologie týká jen nepatrně, ba cele spadá do psychiatrie vlastní, ale druhá musí velmi zaujímat psychiatrickou sexuologii, neboť v pozadí agrese jakéhokoli druhou bývá velmi často tendence sexuální, někdy vzniká vyloženě sexuální libost, někdy jde o imponování mocí, předvádění se před partnerem apod.

V *Mečirově* práci z 28 vražd spáchaných nezletilými 50 % mělo pozadí sexuální.

Markýz *de Sade* nikdy úplně nezemřel a v barbarském 20. století, jehož barbarizace začala v r. 1914 první světovou válkou, znovu ožívá; tento hlasatel filosofie zla se opět stává moderním a je dokonce některými idolisován.

V moderní psychiatrii se mnoho mluví o *protektivní*, někdy *posešivní matce* jako o zdroji psychických poruch v rodině. *Hans v. Hentig* vtipně mluví o *incestoidu*. Incestoid je mitigovaný, transformovaný, kamuflovaný, larvovaný incest. Může být vděčným předmětem studia

psychiatrické sexuologie u některých posesivních matek. Incestoid se může vyskytnout i mezi jinými členy rodiny.

Patické umožňuje pochopit normální! Studium deviací může přispět k pochopení mechanismu normálního sexu. Deviace a sexuální chování lze modelovat. Kybernetika tu pomáhá psychiatrické sexuologii, jak ukázala naše klinika již v roce 1962.

Psychiatrická sexuologie se neobejde bez filosofie. Psychiatrická sexuologie studuje kořeny bytí. Člověk má nejdokonalejší věc na naší planetě a možná, že v naší sluneční soustavě — svůj mozek, svou mozkovou kůru, která vítězí nad centrencefalem a hormony, která dovede regulovat lidskou reprodukci. Tato regulace záleží na úvaze a tato úvaha často na světovém názoru a na hodnotách jím daných, na přijímání nebo zamítání religiošního postoje apod.

Celými dějinami filosofie se táhnou dva hlavní směry. Filosofie přitakávající životu a filosofie považující život za utrpení. Náboženství sice považovalo zemi za „slzavé údolí“, ale zakazovalo omezovat reprodukci, přesunulo blaženost do života po smrti. Některá filosofie neměla co nabídnout, jen hrůzu z „Dasein“. Daseinsanalýza má pomoci žijícím nešťastníkům. Pesimistickou filosofií, existencialismem, filosofickou antropologií, právě tak jako ostatními směry filosofickými, pokud vrhají odlesk na reprodukci, musí se psychiatrická sexuologie zabývat.

Etické hodnoty a světový názor uplatňují svůj vliv při otázce *arteficiální inseminace*. Při ní může, není-li psychicky správně připravena, dojít k neurotizaci pěti osob: matky, jejího manžela, dítěte, dárce a lékaře, jež výkon provedl. Míšení spermatu dárce s manželským nezdá se mi nikterak nepřijatelné.

Etické problémy vznikají v otázce kastrace deviantů. Lépe mluvit o *depulpisaci*, tj. o odstranění pulpy varlete. Zdá se, že převládne stanovisko kladné, výsledky sdělené H. Theilerem již v roce 1959 byly velmi povzbudivé. Je zajímavé, že nejen deviace mizí, ale i zločinnost vůbec po kastraci klesá.

Psychiatrické sexuologii přísluší zabývat se nejmenší lidskou skupinou, tj. dvojicí heterosexuální nebo homosexuální. Zákonitosti obou jsou samozřejmě naprosto různé. Při heterosexuální skupině oba partneři hrají různou roli, jak na to poukázal již H. Giese. Vzniká pár, nová nejmenší skupinová jednotka se povznáší od izolovaného opuštěného

„já“, stojícího proti celému vesmíru, k vyššímu početnějšímu „my“, ne tak ve vesmíru osamocenému. „My“ dárci nového života, nových „já“. Přitom ovšem úloha lidského otce je jen sociální, kdežto úloha matky je biologická.

Při tom vzniká řada fenoménů spadajících do psychiatrické sexuologie: reprodukce chtěná a zdařená, reprodukce chtěná, ale nezdařená, reprodukce nechtěná, ale nastalá, reprodukce nechtěná a nenastalá se svými různými psychickými postoji a reakcemi.

Psychiatrické sexuologii náleží sledování celého sexuálního vývoje a chování nového jedince, jenž je dán jako „innate releasing mechanism“ a environmentálními vlivy, pozdějším imprintingem (ražbou). Erorem v dětské ražbě vznikají deviace.

Není jen psychiatrická sexuologie dospělých, ale je i pedopsychiatrická sexuologie, nebo chcete-li *psychiatrická pedosexuologie*. Je ovšem i *psychiatrická gerontosexuologie*, rovněž s bohatou problematikou. Mentální hygiena má mnoho problémů sexuologických a z těch velká část je z oblasti psychologicko-psychiatrické. Psychiatrické sexuologii přísluší studovat soudobou sexuální morálku společnosti a je spolupracovnící sociologické psychiatrie a součástí forensní psychiatrie. Psychiatrická sexuologie je basální věda, která může poskytnout cenné informace pro pochopení různých fenoménů historie, kulturní historie, nauce o umění, zvláště výtvarném, vědě o náboženství, sociologii, pedagogice, kriminalistice a jiným.

Sexus působí na jednotlivce od narození až do smrti, někdy i tím, že nepůsobí. Sexus dovede dát největší rozkoš, ale i největší utrpení. Sexus formuje život jedince i národů. Vědě, která se jím zabývá, mělo by se dostat co největší podpory od státu.

Veškeré vědecké snažení směřuje k poznání, jež má povznést člověka a učinit mu život na zemi co nejpříjemnějším. Nuže, psychiatrická sexuologie je jedna z věd, která se snaží člověku ukázat cestu k největšímu štěstí, dávanému a prožívanému.

Souhrn

Psychiatrie a psychologie udělaly za posledních padesát let nesmírný pokrok. Mezi normálním a patickým je přechod plynulý, proto vzhledem k členitosti a souvislosti věd je lépe mluvit souhrnně o vědách *psychologicko-psychiatrických*. U kolébky sexuologie stáli psychiatři. Veliká část tematiky sexuologie je psychologicko-psychiatrická. Jednou z věd tvořících soubor věd psychologicko-psychiatrických je *psychiatrická sexuologie*. Psychiatr se velmi často setkává s problematikou sexuologickou. Je nutno pečovat o to, aby sexuologové byli dobře erudo-

váni psychiatricky a psychiatři znali základy sexuologie. Psychiatrická sexuologie je disciplína užitečná oběma.

Práce ukazuje obsah psychiatrické sexuologie a vzájemné vztahy obou disciplín, tj. věd psychologicko-psychiatrických a sexuologie.

LITERATURA

Hentig, H. von: Blutschandelfälle Mutter-Sohn. Monatsschrift für Kriminologie u. Strafrechtsreform 45, 1/2: 1962 : 15—19.

Měčíř, J.: Vražedné jednání nezletilých související s jejich sexuální aktivitou. Čs. Psychiat. 61, 1965, 3 : 176—179.

Peberdy, G. R., Snaith, L.: Psychogenic infertility and functional reversion. Int. J. Fertil. 5, 1960, 2 : 111—119.

Theiler, H.: Untersuchungen an kastrierten Sexualperversen. Inaugural-Dissertation. Art. Institut Orell Füssli Ag. Zürich, Basel 1959.

LÉKAŘSKÁ ETIKA V PRAKTICKÉ MEDICÍNĚ

(1970)

Jakmile zvířata začala žít ve skupinách (smečkách, stádech), změnilo se jejich chování, vyvinula se určitá hierarchie, způsoby chování k druhým členům skupiny v určitých situacích. O tom nás učí věda zvaná etologie. Slovo je odvozeno od řeckého *éthos*, což znamená zvyk, sídlo, vyjádření, mrav. *Etologie* studuje životní projevy živočichů, jejich instinkty, chování a způsob života. Někdy se užívá slova etologie také pro označení vědy zabývající se dějinami mravnosti a morálních hodnot člověka.

To, co nastalo u zvířat, nastalo ve vyšší etáži — a přirozeně v nekonale dokonalejší formě — u člověka. *Etika*, která má stejný kmen s etologií, je filosofická věda, jež se zabývá mravními jevy v nejširším slova smyslu a studuje postoje jednotlivých filosofických směrů. Ty jsou velmi různé, dříve převládaly směry uznávající autonomní apriorní mravní zákony, nyní převládají koncepce sociologické, psychologické a biologické. To se dá dobře demonstrovat na pojmu *tabu* a jeho vývoji.

Morálka (lat. *mos* = mrav) je schopnost člověka rozeznávat „dobré“ a „zlé“, podle posléze jmenovaných směrů schopnost získaná.

Jak už to bývá, slov *etika* a *morálka* se užívá v různém významu a promiskue: *moral insanity*, *anetický psychopat*, *člověk nemorální*, „*Morálka paní Dulské*“ apod.

Norma je pravidlo, předpis. *Morální norma* vzniká tradicí, *právní norma* je vyhlášena.

Právo je soustava norem vyhlášených. Někdy *právo* neodpovídá tradičním normám a je formováno vůlí vládnoucích. *Právo* a *morálka* mohou jít souběžně, což je ideální stav, ale mohou se také vylučovat. *Právo*, i je-li dobré, reprezentuje jen minimum mravnosti.

Člověk přijímá *morální schéma* své doby, úplně nebo částečně, a vedle toho tvoří si své *subjektivní mravní schéma*. Hodnocení vlastní činnosti z hlediska mravního schématu provádí duševní činitel označovaný slovem poněkud archaickým a básnickým — *svědomí*. To je pak *pacemakerem autoakusací*.

MODERNÍ ORIENTACE V PSYCHIATRII

(1969)

Psychiatrie je lékařský obor jako každý jiný a svou určitou částí patří do oblasti vnitřního lékařství. Svou druhou a snad větší částí má úzký zpětnovazební vztah — kromě jiných věd — zejména k biologii, psychologii, sociologii a filosofii. Proto je lépe mluvit o *vědách psychologicko-psychiatrických*.

„Duševní“ nemoc je poněkud jiná než „tělesná“, poněvadž často chybí vědomí nemoci a je odpor k léčení. Na druhé straně každý tělesně nemocný má psychickou reakci na nemoc, která je často chorobná. Mezi psychickými reakcemi normálními a patickými je přechod plynulý. Určité území zaujímá to, co není už zdravím a není vlastně ještě nemocí a co bychom mohli nazývat *paranosos*. Tím je dána orientace ve vědách psychologicko-psychiatrických a jejich vývoj. Vědy psychologicko-psychiatrické profitovaly mnoho od ostatních oborů a mnoho ze svého těmto oborům daly.

Orientace ve vědách psychologicko-psychiatrických do první světové války, po níž teprve nastalo značné urychlení vývoje těchto věd, byla několikerého druhu. Byla *orientace patoanatomická* bez zřetelů fyziologicko-experimentálních, *psychologická* nejrůznějších odstínů, na jedné straně byly psychoanalytické školy a na straně druhé jiné, např. *A. Heveroch (1869—1927)* u nás, biologická, *A. Meyer (1866—1950)* razil pojem psychobiologie, *neurologická*, reprezentovaná např. *K. Wernickem (1848—1905)*, *klasifikační*, tj. velká snaha po správné klasifikaci chorob, jak ji zastával *F. Meynert (1833—1893)*, a konečně veliká *synthesa* všeho, utvářená „otcem psychiatrie“ *E. Kraepelinem (1856 až 1926)*.

Po první a druhé světové válce se současně nebo postupně uplatňovaly tyto směry:

Směr fyziologický, inaugurovaný *I. P. Pavlovem (1849—1936)*, fyziologem, který se v 76 letech začal zajímat o psychiatrii. Tento směr se v určité době zbytečně poněkud diskreditoval nekritickou aplikací. Přináší však stále mnoho cenného, je-li kritický. Od šedesátých let získává oblibu i v zemích anglosaských.

Velmi příznivě ovlivnila vědy psychologicko-psychiatrické též *biotypologie*, stará skoro 3000 let, ale moderně koncipovaná *E. Kretschmerem (1888—1964)* a dokonale propracovaná *W. Sheldonem*.

Vzniklo hnutí téměř živelné, které se nazvalo *dynamická psychia-*

trie. Resignovalo na diagnosu klinické jednotky, v extrémních případech i na etiopatogenesi jinou než psychickou, a snaží se duševně nemocnému pomoci všemi možnými — někdy i pozorovateli komickými — způsoby psychoterapeutickými. Až vyzraje, jistě v určitém úseku přinese mnoho dobrého.

Psychiatrie se sociologisovala již zásluhou A. Meyera (1866—1950). *Sociální psychiatrie* má mnoho směrů. Studuje chování jednotlivců a jeho důsledky pro celky a onemocnění větších celků i menších skupin, zavádí rehabilitaci a péči o celé skupiny, zakládá kluby nemocných, stacionáře, noční nebo denní sanatoria, společné domky nemocných apod.

Vědám psychologicko-psychiatrickým mnoho prospěl *behaviorismus*, vycházející z pozorování chování jednotlivců. Má význam nejen pro sociální psychiatrii, celou psychiatrii, ale i pro celou medicínu; velmi přispěl také při vytvoření nového oboru, který se nazývá *transkulturní psychiatrie*. Ta studuje chování duševně nemocných různých kultur a etiopatogenesi jejich nemocí. Přispívá i kulturní antropologii.

Experimentální psychiatrie začala studovat u dobrovolníků následky deprivace spánkové, deprivace interpersonálních styků, účinek tmy, ticha a intoxikace, tj. vytvořila *modelové psychosy*.

Nesmírný pokrok *biochemie*, zvláště enzymologie, přinesl velmi mnoho vědám psychologicko-psychiatrickým, např. v biochemii emocí a psychos, v popředí je otázka katecholaminů, ale i jiného, a prospěl i terapii. Stejně mnoho přinesla i genetika, která vysvětlila vznik různých chorob.

Kybernetika dala psychiatrii, zvláště obecné psychiatrii, nové aspekty; fyziologie, patofyziologie CNS a psychiatrie snad ještě více daly kybernetice.

Vědy psychologicko-psychiatrické nelze provozovat bez introspekce, jež zpětnovazebně vede k filosofii. Pod patronací filosofie a věd psychologicko-psychiatrických vyrůstá *medicínská filosofie*, která přes hodnotová, etická schémata bude bdít nad etikou lékařskou jako část *lékařské axiologie*.

V rámci věd psychologicko-psychiatrických vznikaly různé obory: *pedopsychiatrie*, *dorostenecká psychiatrie*, *gerontopsychiatrie*, *psychiatrie forensní*, *průmyslová* a *psychiatrická sexuologie*. Některé nově vzniklé obory nabyly významu daleko širšího pro celou medicínu, ba pro celou lidskou společnost; jsou to psychosomatika a duševní hygiena.

Zvláštním oborem, důležitým pro kulturní historii, je *psychologie a patologie výrazu*, která se snaží o porozumění umělecké tvorbě z hlediska psychologie a patopsychologie. Tento obor se zabývá studiem

uměleckých děl vytvořených pacienty a studiem event. patických prvků v dílech umělců. Sem by se dalo též zařadit studium mytologií, rituálů, pověr a magického.

Moderní psychiatrie liší se nesmírně od psychiatrie mezi dvěma válkami. *Metodologie výzkumu* je stejná jako u jiných věd. Zavedeno placebo, dvojslepý pokus, experiment, jak o tom byla řeč, statistický výzkum, epidemiologie psychiatrická aj.

Moderní psychiatrická diagnostika používá biochemie, skiografie kontrastními hmotami a všech neurologických metod vůbec. Bez *elektroencefalografie* je již nemyslitelná, bohužel u nás je v tomto směru třeba leccos dohánět. Stejně nemyslitelná je bez *psychologických vyšetřovacích metod* všech typů. Ovládnání všech testů, jejichž počet jde do tisíců, je již dnes pro jednoho psychologa naprosto nemožné.

Terapie psychiatrická, která dlouho zaostávala, prodělává v tomto století pravou, téměř atomovou explozi. *Psychoterapie* začala již koncem minulého století a dnes je tolik škol, že jednotlivec absolutně není schopen všechny metody dokonale ovládnout, natož je aplikovat.

Dnes existuje řada psychoterapeutických škol a směrů. Dosud se provádí klasická hlubinná psychoterapie, čili *původní psychoanalýza Freudova* a z ní vzniklé modifikace, některé již hodně odlišné. Je to *individuální psychologie Adlerova*, *analytická psychologie Jungova*, *kulturní psychoanalýza*, daná jmény K. Horneyová, E. Fromm a H. S. Sullivan. *Chicagská škola F. Alexandra* a H. Massermann. *Morenova škola*, operující *sociometrií* a *psychodramatem*. *Škola z Palo Alto*. *Antropologická psychoterapie*, reprezentovaná jednak „*daseins-analýzou*“ existencialistů, jednak *existenční analýzou* a logoterapií Franklovou, který se snaží dát pacientovi smysl jeho utrpení. *Behaviorální terapie*. *Psychoterapie sugestivní*, hypnotická a nehypnotická. *Psychoterapie abreaktivní* hypnotická a farmaková, *psychoterapie psychodelická* a *psycholytická* pomocí LSD. *Psychoterapie tréninková* čili *nácviková*, jako je *terapie relaxační* a *Schulzův autogenní trénink*.

Stále větší a větší rozšíření pro úsporu času a poměrně rychlé výsledky získává *psychoterapie skupinová* různých forem, která používá rozhovory, psychodrama, pantomimu, společenské hry, kluby pacientů aj. U nás byla zavedena již od r. 1948.

Důležitou úlohu v terapii pacientů s psychickou poruchou hraje *režimová terapie*, dále *arteterapie*, tj. aktivní a pasivní působení umění na pacienta. O léčebný režim u nás má největší zásluhy *Skála*.

Moderní *biologická terapie* začala v roce 1917 pyretoterapií malárií, kterou zavedl J. Wagner von Jauregg (1857—1940). V roce 1922 zavedl J. Klaesi spánkovou terapii, v roce 1933 M. Sakel (1900—1957) insulinová kómata, v roce 1935 L. Meduna (1896—1964) kardiazolové konvulze, v roce 1938 V. Cerletti a L. Bini elektrické konvulze. E. Moniz a

A. Lima v roce 1935 provedli leukotomii. Vlastní rozšíření nastalo až díky modifikaci W. Freemana a J. W. Wattse za druhé světové války. U nás Z. Mysliveček byl ostře proti této léčbě. Budoucnost mu dala za pravdu. Výsledky byly nakonec tristní, došlo k mutilaci osobnosti. Nynější *psychochirurgie* je mnohem racionálnější a humánnější, zatím však se zdá, že cesta k významným výsledkům bude ještě dlouhá.

Největší revoluci v psychiatrické terapii udělala *psychofarmaka*, jejichž vývin začal ve 40. letech a jež pronikla v 50. letech tohoto století. Je to sice léčba jen regulativní, ale úspěšná. Psychofarmaka zregulují vnitřní svět nemocného, tím zlepši poruchy jeho chování. Psychické pole pacienta se mění, vrací se vědomí choroby. Mikroklima oddělení, ale i rodiny, pracoviště, rozvlněné nemocí pacienta, se opět stabilisuje. Klidné okolí spolu s psychofarmakem podporuje autosanační pochody pacienta a zlepšuje půdu pro psychoterapii. Vrací se pracovní schopnost. U zdravých z okolí pacienta se mění postoj k duševní nemoci a duševně nemocným, z čehož je kolektivní zdravotnický prospěch takového rozsahu, jehož se dosud nepodařilo docílit žádně jině metodě.

Psychiatrické nemocnice jsou dnes tiché, mnohde útulné a s otvíracími se dveřmi i na „neklidných“ odděleních, což je možné díky psychofarmakům a sociální psychiatrii. Psychofarmaka nejsou již jen léky psychiatrickými; dnes je s úspěchem užívají všechny lékařské obory.

Vznikají stále nová psychofarmaka a některá se opouštějí. Máme tyto skupiny psychofarmak:

I. *Psychofarmaka v nejširším slova smyslu* čili psychofarmaka staršího data:

Hypnotika a sedativa, antiepileptika, analgetika a stimulantia.

II. *Psychofarmaka v užším slova smyslu:*

1. Neuroleptika čili psycholeptika, zklidňující léky s účinkem anti-psychotickým. Původně byly nazývány *ataraktika*.

2. Trankvilizéry, zklidňující léky, které nemají antipsychotický účinek.

3. Antidepresiva: a) tymoleptika — zlepšují náladu; b) tymeroetika — blokují MAO a odstraňují útlum.

4. Psychostimulantia, povzbuzující duševní činnost.

III. *Psychomimetika* vyvolávají experimentální psychosy; nazývají se též psychotika, halucinogeny, delirogeny, fantastika, psychodysleptika, psychotoxika, eidetika. Užívá se jich k účelům diagnostickým, ale hlavně terapeutickým. Skrývají v sobě různá nebezpečí, a proto se od nich upouští. Svou službu vykonaly. Staly se — bohužel — drogou, hledanou toxikomany.

Naléhavě a velkému zájmu psychiatrů se těší problémy dneška a

blízké budoucnosti jsou zejména: endogenní psychosy (maniomelancholie a schizofrenie), emoční poruchy, tj. deprese a neurosy, anomální osobnosti, encefalopati, psychopati. Co s psychopaty? Problémy sociální a soudní: zločinnost, sexuální deviace a toxikomanie. Dorostová psychiatrie a psychosomatika.

Jsou právem důležité, neboť jejich vyřešení by značně přispělo k zajištění klidnějšího a šťastnějšího života na zeměkouli. Po mém soudu vědy psychologicko-psychiatrické v budoucnu budou povolány k velkým úkolům, daleko přesahujícím rámec vlastní medicíny.

Budou dotazovány v otázkách řízení společnosti, aby lidstvo bylo chráněno před dalekosáhlými zásahy jedinců snížené inteligence nebo jedinců psychopatických.

Souhrn

Před první světovou válkou byla orientace patoanatomická, široce psychologická, biologická, neurologická a klasifikační. Pak se vedle nich postupně uplatňoval směr fyziologický, biotypologický, sociologický, experimentální, biochemický, kybernetický, filosofický. Toho času nejnenergičtěji se o své místo hlásí dynamická psychiatrie, jejíž hlavní náplň je psychoterapie, podle možnosti vždy a všude.

Je lépe mluvit o vědách psychologicko-psychiatrických. Jejich náplň se nesmírně rozrostla, máme dnes obecnou a speciální psychiatrii, pedopsychiatrii, dorosteneckou psychiatrii, gerontopsychiatrii, forensní psychiatrii, průmyslovou psychiatrii, psychiatrickou sexuologii, lékařskou psychologii, lékařskou filosofii, psychosomatiku, psychologii, patologii výrazu a psychohygienu.

Pro diagnostiku je největším přínosem EEG, biochemické a psychologické vyšetřovací metody. Pro terapii je největším přínosem psychoterapie všech dnes bohatě zastoupených směrů a psychofarmakologie; oba obory — ani odděleně — dnes již jeden člověk nezvládne. Psychochirurgie zatím dosáhla určitých úspěchů, avšak dosud ne výrazných.

PARADOXNÍ REAKCE

(1926, upraveno)

Mezi duševními chorobami není snad jiné, jejíž porozumění by činilo větší obtíže než porozumění schizofrenii. Chceme-li schizofrenii charakterisovat, nabízí se více hledisek.

V dobách před 50 lety to byl konečný výsledek, k němuž mnoho případů dospělo, totiž „terminální demence“, který lákal k charakterisování. Analysujeme-li blíže tuto „demenci“, vidíme, že je docela jiná, než jak jsme ji zvyklí vídat u jiných chorob. Ba vynoří se někdy námitky, můžeme-li vůbec hovořit o demenci u stavu, jenž spočívá v tom, že se nemůžeme dostat do raportu s nemocným. Spíše se nám snad bude zamlouvat pro charakteristiku schizofrenie poměr nemocného k ostatnímu světu, k realnosti, který je první porušen a který dříve často končil v známém autismu. Ale ani to nás plně neuspokojí.

Charakterističtějším znakem je jistě rozháranost, rozštěp souhry rozumové a citové a rozštěp, rozháranost vlastního myšlení, rozkolenost, jak říká *Myslivoček*.

Toto poslední nazírání převládalo u většiny starých autorů; zračí se ve více méně podařených pokusech o poiménování této choroby, které by z hlediska klinického i psychologického uspokojovalo.

Někteří vidí v této chorobě stav, který vzhledem ke stavu normálnímu nebo k jiným patologickým stavům lze vyjádřit řeckou předložkou *para*. Tak *Brugias* mluví o parademenci, *Bernstein* o dementia paratonica nebo o paratonia progressiva. *Wolfovi* se jeví duševní činnost schizofrenika jako stav *dys*; mluví o dysfrenii. *Evensensovi* se jeví tato choroba jako zatemnění citu a rozumu a razí proto termín amblythymia a amblynoia (simplex et katatonica). *Stransky* si všímá hlavně porušení souhry citu a rozumu, tápání duše nemocného a označuje tento stav velmi trefně ataxie intrapsychická. *Gross* vidí zmíněný rozštěp a dává mu výraz v pojmenování dementia seiunctiva. Stejně *Zweig*, který navrhuje dementia dissecans, a *Chaslin*, který mluví o discordanci (latinské *dis*). K němu se druží *Claude* s termínem disociace a *Cellier* a *Lautier* s termínem folie discordante. Ale nejvíce se ujal *Bleulerovo* označení schizofrenie (1913), k jehož tvoření bylo použito řeckého slova *schizó* — štěpím. Tento termín nastoupil vítěznou cestu světem, a jsa modifikován, uplatnil se v terminologii autorů francouzských (schizoidie, schizomanie, schizofrenie), německých (schizofrenie, schizoidní temperament a schizothymní lidé) i anglosaských.

Mezi schizofrenikem a člověkem „normálním“ (budiž mi prominut k vůli stručnosti tento nepřesný termín) je vybudován dlouhý most, na němž se tísní řada pojmů a jenž těsně před „normálním“ člověkem končí pojmem schizoida. U tohoto nešťastného konce se stírají rozdíly mezi schizoidem a člověkem normálním a přenechává se naší libovůli, chceme-li předposledního označit již vinětkou normálnosti čili nic.

Analysujeme-li projevy schizoidů, vidíme, že se skládají z řady reakcí v běžném životě neobvyklých. Těchto reakcí v projevech schizoidů nalezneme mnoho, jsou pro schizoidy charakteristické a můžeme je proto zvat reakcemi schizoidů nebo reakcemi schizoidními. Tím není řečeno, že by byly výsadou jen schizoidů, zjistíme je i u lidí „normálních“, ovšem v menší míře. Vzhledem k výskytu i u „normálních“ přestávají ovšem být výlučným předmětem zkoumání psychopatologie.

Povšimněme si mechanismu jedné ze schizoidních reakcí. Pro každého jedince tvoří svět: 1. jeho já a 2. to, co ho obklopuje — non já. Svět, toť já + non já. Non já je realnost, realita, tj. samostatná, na myšlení nezávislá skutečnost, je to bytí čehokoli mimo bytí myšlené. Podle *Teichmüllera* a *Nietzscheho* je možno se dívat na realnost jako na perspektivu subjektu. Subjekt a objekt je stín jeden druhého. V realitě je souhrn relací. Relace se mění, *panta rei, uden menci* (*Herakleitos*. Všechno teče, nic netrvá v klidu). Realnost, skutečnost objektivně existuje, ale realnosti se nemůžeme vždy plně zmocnit, někdy se zdá, že uniká. *Vaihinger* vymyslel filosofii „als ob“ — „jako by“. Jen v extázi se člověk domnívá, že unikl z chaosu relací a zmocnil se absolutna, domnívá se, že je bez protivníka, že splývá s veškerenstvem.

Aby člověk pochopil věčný pohyb a měnění vzájemných relací jsoucna, vytvořil si pojmy protiv, antinomií kladu a záporu, dobra a zla. To najdeme téměř ve všech náboženstvích, nejlépe ovšem v náboženství perském, ale i židovském a křesťanském. Odboj padlých andělů, jejich svržení a tak definitivní systematisování zla pro tento svět je toho stejným dokladem jako poměr hada k ženě, naznačený výrokem: „Ona potře hlavu tvou a ty úklady činiti budeš patě její.“

Na pojmu kladu a záporu vybuďoval si člověk celou matematiku a dobrovolně se uvázal v panství jejích axiomat a dal se ovládnout všemocným číslem.

Probíráme-li se jednotlivými protivami, záhy postihneme, že je můžeme kvantitativně třídit. *Jaspers* rozeznává např. tyto protivy:

1. logickou — klad a zápor,
2. reální — život a smrt,
3. hodnotovou — užitečný a škodlivý,
4. danou polaritou — studený a horký.

Antinomie objevíme i v činnosti duševní, v myšlení, poznání a jednání. V antinomiích je dění světa. *Böhme* praví: „Ve sporu od počátku

setrvávají všechny věci, bez sporu (rozporu) byly by všechny věci pouhé nic a trvaly by v klidu bez pohybu.“

Nejdokonaleji je vypracována a do důsledku domyšlena objektivní skutečnost protikladů v dialektickém materialismu.

Stálý pohyb a boj nakonec unaví, a tak vznikla touha po harmonickém spojení, vyrovnání protiv, po konečném klidu. Ač, jak praví *Haman*: „Nic se nezdá lehčí než skok z jednoho extrému do druhého a nic tak těžké jako jejich sjednocení ve střed.“ V mytologiích došlo ke spojení, a to v pojmu boha. Pro *Herakleita* je bůh jednota dne a noci, léta a zimy, války a míru. *Mikuláši Cusanovi* je bůh „principium coincidentiae oppositorum“, a tak jednou složkou náboženství je hromadění antinomií, jimž ulomilo hrot. Dobře charakterisuje stav věcí výrok *Tertulianův*, jenž si vůbec liboval v kumulaci antinomií: „Certum est, quia impossibile est.“ (Je to jisté, poněvadž je to nemožné.) Antinomie, protivy, jak bylo řečeno, vymyslel člověk, aby lépe pochopil dění. Podle nich zařídil i své myšlení; pečuje o to, aby protivy v myšlení se zároveň nestýkaly, neboť by rušily jeho klidný chod a měly by vliv i na jednání. Aby se tak nestalo, o to se stará to, co Němci nazývají „Schaltung“; přeložil bych přepojení, přeřazení.

Povšimněme si nyní poměru non já k já a jáství.

Spojíme-li *Störringovy* a *Jaspersovy* složky uvědomění si svého já, čili — jak říká *Heveroch* — „sebevědomí“, dostaneme tyto komponenty „sebevědomí“:

1. vědomí já proti vnějšku a jinému,
2. vědomí vlastního těla,
3. vědomí činnosti,
4. vědomí identity: jsem stále tžž,
5. vědomí, že jsem v této chvíli a stále jen jediný,
6. vědomí o schopnosti k psychické výkonnosti.

Krejčí praví o jáství: „V každém ději duševním staví se podmět v protivu s předmětem, rozeznává se od světa vnějšího, z něhož dojem pochází. I musíme toto rozlišení subjektu a objektu v každém stavu vědomí pokládat za podstatu uvědomění vůbec i tam, kde se mu nedostává zřetelného výrazu slovem já.“

Já, jak známo, může onemocnět různým způsobem. Při různých psychosách jsou různé složky sebevědomí alterovány.

Pro stavy schizofrenické je charakteristická hlavně lése činnostní té schopnosti, jíž si uvědomujeme svůj poměr k vnějšku.

Vědomí já proti vnějšku je vypracováno stykem dvou protiv já a non já. Svět mimo nás doléhá na nás. *Freud* lituje ubohé já, které trpí doléháním vnějšího světa, libidem a přísností Nadjá. Určité kategorii individuí je toto neúprosné hlášení se reality nepřijemné, působí jí utrpení. Utrpení je subjektivní důsledek objektivního dolehnutí non

já na já, podmíněný individuální strukturou psychickou. Utrpení pak je pro nás jedním z atributů naší existence. *Cartesiův* výrok: „Cogito, ergo sum“, nehledě k tomu, že obsahuje logickou chybu, nepřesvědčuje nás dostatečně o existenci, neboť známe myšlenky allogenní, které mohou spíše ohrozit správné uvědomění existence než mu prospět, a známe stavy v průběhu psychos, kdy nemocný myslí, že není; tehdy platí opak: „cogito me non esse“. Kdežto uvědomujeme-li si utrpení, není pochyby, že existujeme.

Reakce na utrpení jsou různé a závisí na individuální osobnosti.

1. Trpící reaguje *resignací*. Postižený nezaujme žádné obranné (v užším slova smyslu) stanovisko. Přijímá zlo jako nutné, a aby nepřivodil větší, neodporuje mu (*Jaspers*). Stanovisko vhodné tam, kde není prostředku k napravení zla, velmi nebezpečné pro jedince i společnost, je-li aplikováno stále na denní život.

2. Trpící touží uniknout utrpení *reakcí asketickou*. Ve svém původním významu východním značí askese útěk na poušť. Sv. Pafnucius ji našel na sloupu, kde prý žil mnoho let.

3. Trpící reaguje *reakcí heroickou*. Utrpení působí zvýšení sebevědomí (*Jaspers*). Je to reakce revoluce a odboje. Malé udatné posádky hájící obležené pevnosti v beznadějně situaci. Hrstky probíjející se řadami nepřátel.

4. Trpící reaguje *reakcí religiozně metafysickou* (*Jaspers*). Zlo se považuje za dobro. To je psychologie *Jobova* a křesťana, jenž udeřen v tvář jednu, nastává druhou. V náboženství pozoruhodná, v životě občanském směšná. Modernímu člověku cizí. Jen masochista si dovede z utrpení udělat rozkoš.

5. Trpící reaguje *paradoxní reakcí* (*Vondráček*); *paradoxos* znamená proti podobě, proti zdání, ale též mimo nadání, neočekávaný, podivný.

Paradoxní reakce je výrok nebo jednání, který je v dané situaci mimo nadání, neočekávaný, podivný. Je pochopitelné, že paradoxní reakce nalezneme častěji u osob s intrapsychickou ataxií a u osob se svérázným, dosti mobilním schématem hodnot a určitým způsobem myšlení.

Paradoxní reakce může vzniknout spíše tehdy, není-li afekt příliš intenzivní. Ve velkém hněvu, lítosti atd. neděláme zpravidla paradoxa. Paradoxní reakce je však právě ochranou před dolehnutím situace, před přílišným alarmováním citu a velikým afektem. Paradoxem se láme obtížná situace. Paradox je ventil, jímž unikne napětí, aby se kotel neroztrhl. Paradox je ulomení hrotu nepříjemné situaci, strnutí modly. Paradoxní reakce navléká velebnosti župan.

Mnoho paradoxních reakcí splňuje svůj účel tím, že vyvolává komiku. Téměř každá komika v sobě skrývá paradoxní reakci.

Holdně paradoxních reakcí nalezneme ve spisech německého básníka *Heinricha Heineho*. Dovolím si uvést některé:

Deutschland, ein Wintermärchen.
(1844. Kaput XI.)

*Hier schlug ihn der Cheruskenfürst,
Der Hermann, der edle Recke,
Die deutsche Nationalität,
Sie siegte in diesem Drecke.*

Schöpfungslieder.
(Bůh rozmlouvá o stvoření světa.)

*Ich hab' allein dreihundert Jahre,
Tagtäglich drüber nachgedacht,
Wie man am besten Doktores Juris
Und gar die kleinen Flöhe macht.*

Lyrisches Intermezzo. (1822—1823.)

*Vergiftet sind meine Lieder —
Wie könnt' es anders sein?
Ich trage im Herzen viel' Schlangen,
Und Dich, Geliebte mein.*

Německo, Zimní pohádka.
(Přel. Eduard Bass, nakl. F. Borový.)

*Hermannem, knížetem Chersusků,
poražen zde byl drahně;
německá národnost dobyla
vítězství v tomto bahně.*

Písňe o stvoření.
(Přel. Pavel Eisner, Svoboda 1951.)

*Vždyť tři sta let mou starostí hlavní
bylo, ať vstal jsem nebo leh',
jak nejlíp udělat doktory právní
a což teprv vydumání blech.*

Lyrické intermezzo.
(Překl. Pavel Eisner, Svoboda 1951.)

*Jsou otráveny mé písňe;
jak mohlo by jinak být?
Je v srdci mém mnoho hadů
a ty, bez níž nelze žít.*

Nejkrásnějším dokladem paradoxní reakce z Heineho je toto čtyřverší:

Zur Heimkehr.

*Himmlich war's wenn ich bezwang
Meine sündige Begier;
Aber wenn's mir nicht gelang,
Hatt' ich doch ein gross Plaisier.*

K návratu.
(Přel. autor.)

*Rajský to byl pocit,
když potlačil jsem
svoji hříšnou žádost,
když se mi to však nezdařilo,
měl jsem také velkou radost.*

Umírající Heine si neodpustil paradoxní reakci ani v hodině smrti. Když se mluvilo o velkém milosrdenství božím, jež je útěchou umírajících, podotkl: « Bien sûr qu'il me pardonnera, c'est son métier. » (Jsem jist, že mi Bůh odpustí, vždyť odpouštěti je jeho řemeslo.)

Ukážkou paradoxní reakce jsou i slova španělského granda, jenž má právo objevit se před králem s hlavou pokrytou: „Nos têtes ont le droit de tomber couvertes devant de toi.“ (Naše hlavy mají právo odpadnout před tebou pokryté.) (*Hugo: Hernani.*)

Pěkné paradoxní reakce nalezneme i u *Knuta Hamsuna*. (*Knut Hamsun: Mysterie. Přeložil Karel Dyrnyk, 2. vyd., str. 77.*)

(1) Považuji Heineho za schizoida, na rozdíl od *Kretschmera*, který jej označuje jako cyklothyma.

V rozhovoru velice vypjatém, plném symboliky, když se hovořilo o Naglově snu, jak lovil stříbrnou udicí, ve společnosti, která byla ochota považovat Nagla (hrdinu románu) za vynikajícího houslistu, jímž skutečně byl, Nagle odpovídá:

„Tázal jste se, doktore, zdali hraji? Nehraji, naprosto ne, vozím s sebou houslovou skříň, ale nejsou v ní nikdy housle, skříň je, bohužel, plna špinavého prádla.“

Karel Čapek produkuje ve svých spisech často paradoxní reakce. Souvislým jejich řetězem je např. jeho „Továrna na absolutno“ (Bůh na Bagru na str. 66):

„Vono se řekne pověra,“ mluvil Kuzenda. „Bratři, kdyby mně byl dřív někdo povídal vo zázracích a vo Bohu, byl bych se mu vysmál. Tak zkaženej jsem byl. Když jsme dostali sem na bagr tu novou mašinu, co běží bez topení, tak nám přestala všechna špinavá práce. Jo, pane Hudec, to je první div, co se tu stal, že ten Kalburator dělá všechno sám, jako by měl rozum. I ten bagr pluje sám sebou, kam má plout, a koukejte, jak pevně stojí. Koukejte, pane Hudec, že kotvy jsou nahore. On stojí bez kotev a zase pluje, kde je potřeba rejpat dno, a sám nasadí a sám přestane. My, teda Brych a já, nemusíme na nic sáhnout. Ať mně někdo řekne, jestli tohle není zázrak.“

A když jsme tohle viděli, vidíte Brychu, začali jsme přemejšlet, až se nám udělalo jasno. To je božskej bagr, to je železnej kostel, a my jsme tu jako kněží. Když se dřív Pán Bůh projevil ve studánce nebo jako u starejch Řeků v dubech a někdy i v ženských, proč pak by se neprojevil v bagru. Pročpak by se štilil stroje? Stroj je někdy čistší než jeptiška a tuhle Brych má všechno vyleštěno jako v kredenci. To jen tak vedle. A abyste věděli, Bůh není tak nekonečnej, jako říkají katolíci; má v průměru šest set metrů a na kraji je už slabej. Nejsilnější je tady na bagru. Tady dělá zázraky, ale na břehu dělá už jen vnuknutí a obrácení na víru, a ve Štěchovicích, když je dobrý vítr, je cejtít jen taková svatá vůně. Tudle pudlovali kolem veslaři z Blesku a z Č. V. K. a přišla na ně milost na všechny. Takovou sílu to má...“

Mnoho paradoxních reakcí nalezneme i v groteskní sbírce básní „Srdcové eso“.

*Až zcepením já nechci míti hrob svůj
na hřbitovech a v společenství mrtvých.
Chci slyšet ohlas života, jenž hýří vášní, moci,
jenž zpívá, modlí se a klne, jásá, zuří.*

*Chci na korsu mít hrob svůj, proměnáť slyšet hukot,
ne moře, pouště ne, jen lidí, jenom lidí!
Jich smích a radosti a chvat a vynálezy
a svěží novinky a objevy a vřavu!*

Chci v předání být bílé velkých domů,
kde bydlí dělníci a nevěstky a časopisy.
V divadel předáních chci mít hrob svůj
a pod perony slyšet náraz strojí
a výskot továren, tramvají, vozů hřmění,
jen na hřbitov mne nedávejte k mrchám.

(„Srdcové eso.“ Vlastním nákladem vydal V. R. Herles v Praze 1902.)

Každý si zajisté vzpomene ještě na mnohé a lepší. Myslím, že z ukázek vysvitne podstata paradoxní reakce. Španělský grand, umírající Heine kácí vznešenost okamžiku paradoxem. Mluví o majestátu smrti, tento majestát těžce doléhá na ubohou obět, ubohá obět Heine si zmírní tragičnost situace tímto malým židovským uličnictvím. Vidíme, že paradoxní reakce je nehoráznost, spojení dvou inkogruentních (citově) pojmů. Je to pěst na oko, je to ulomení hrotu tíživé situaci.

Jak bylo řečeno, bude se dařit paradoxní reakci hlavně tam, kde cit ustupuje do pozadí, a skutečně klasické paradoxní reakce nalézáme mezi národy nejvíce u těch, které mají jistou citovou hypotrofii — u národů severských.

Podle *Macleana* je severský člověk přemýšlivý, chladný, dobrý pozorovatel, který se nedá ovládnout ani afektem ani předsudkem, který je drsný v obcování a nemá smysl pro mystiku, ovšem má velký smysl pro pověry. Severský člověk se prý spíše obírá většími celky, obcí, státem, než rodinou.

Mnoho starších autorů si oblíbilo paradoxy a paradoxní reakce. Z Angličanů jsou to zejména *Swift, Smollett, Dickens, Wilde, Chesterton* a král schizoidů *Bernard Shaw*. U Norů *Ibsen, Björnson*, ale hlavně *Knut Hamsun*. U Rusů *Čechov, Arcybašev, Andrejev, Kuprin, Averčenko*. U Francouzů *Voltaire, Anatole France*. U Španělů *Cervantes*, u Němců *Heine, Goethe, Wedekind*. U nás *J. Hašek, Čapek-Chod, K. Čapek*. Novější literatura od třicátých let a moderní literatura se hemží paradoxními reakcemi (např. *Günther Grass: Plechový bubínek*), stejně jako různé produkce, které předvádějí hippies.

Krásné příklady paradoxní reakce najdeme často v židovských vtipcích. Žid myslí logicky, realisticky, pragmaticky a jedná rozumově ve smyslu svého schématu hodnot; naráží-li na něco, kde má uplatnit cit, uniká z toho někdy vtipem — paradoxní reakcí.

Z definice a příkladů paradoxní reakce plyne, že se jí bude dařit spíše u individuí schizoidních, jimž je vlastní a nejbližší reakcí; bude tím dokonalejší a tím vyjádřenější, čím hlubší je rozštěp citu a intelektu, čím větší je ataxie citová, takže individuum si neví s citem rady, ale čím intaktnější a zachovalejší je intelekt.

Paradoxní reakce, i velmi zdařilá, může se projevit i u lidí s rozpadlým intelektem, ale pak je jevem bezděčným, který vznikl z ná-

hodného seřazení dvou asociací, jež se vynořily v tomto chaosu. Zdařilá bývala i u těžkých schizofreniků, neboť zde vyrůstala přes později pro ni zhoršené existenční podmínky přece jen na půdě jejímu vzniku primárně příznivé. U schizofreniků druhé poloviny tohoto století je již vzácná.

Např. jeden náš schizofrenní nemocný před 50 lety, který chtěl reformovat stát tak, aby byl rozmnožen počet nevěstinců, neboť v každém pořádném státě jich má být co nejvíce, byl rozmrzen svým jménem a žádal si jeho změnu. Při návštěvě pravil matce, kterou vítal slovy „tě pic“ :

„Jsem zde pět neděl trápen a mučen nejhroznějším způsobem; pět neděl již hladovím. Já ti něco povím, pošli sem někoho od soudu. Žádej rozhodně změnu mého jména. S mým jménem padá celá lidská společnost, celý svět. Když mohou změnit jméno jinému, tak je mohou změnit také mně. Třeba bych si dal jméno — h...“

Jindy při visitě ohlašoval: „Poslušně oznamuji na věky věkův, že jsem zvíře.“

Případů by se dalo citovat z tehdejší doby mnoho, jistě si každý ze starších kolegů na mnohé vzpomene. V uvedeném případě je charakteristické spojování slov označující věci významné (celý svět, lidská společnost, utrpení atd.) s drastickým mot se Cambronne.

Choroby se mění, a tak schizofrenici druhé poloviny 20. století se chovají jinak a produkují méně paradoxních reakcí, zato „zdraví“, zvláště někteří spisovatelé a komici, mnohem více.

K porozumnění mechanismu vzniku paradoxní reakce je nutno vrátit se ještě k zmíněnému přepojení, přerážení („Schaltung“). V matematice, jak známo, a—a dává nulu, ve fyzice se síly sčítají ve výslednici danou rovnoběžníkem pohybu. V psychice nikoli vždy, tam existují stavy kontrétní, aniž se mísí ve stav výsledný nebo aniž se potlačí. Mluvíme o ambivalenci volní, intelektuální a afektivní. Přepoj má čelit vzniku poslední. Úkolem přepojení je usměrňovat vjemy a asociace příbuzné citovým obsahem, aby gynekolog i po operaci karcinomu dělohy mohl milovat krásnou ženu se zasněným zrakem, aby se vodní inženýr mohl kochat krásou vodopádu, aniž by myslel na regulaci řeky, apod.

Paradoxní reakce vznikne tak, že ten, jehož začne vážnost a vznešenost situace obtěžovat, vypne („vykupluje“) přepoj a paradoxní reakce vyplyne ihned z asociací, které ztratily vodičko citu a řadí se podle jiné příbuznosti nebo podle citového obsahu opačného. Aby se odhodlal k tomuto manévru, musí ovšem již primárně být jeho citová struktura jiná, musí mít rysy schizoidní.

Jestliže je citová struktura „normální“ a poruší-li se jen přepoj, vzniká známé vtíravé rouhání, kdy se lidem pobožným vkrádají věty nesmírně rouhavého obsahu, sexuální představy vůči tabuisovaným osobám apod. Otázka porušení přepoje a zachování normálního stano-

viska citů je klíčem k porozumnění některým neurosám a depresivním syndromům.

Od skutečné paradoxní reakce, jak jsem ji vylíčil, je třeba odlišit to, co někteří v hovorové řeči nazývají paradoxem, ale co by bylo lépe nazývat *oxymoron*. Oxymoron (chytrá hloupost) je pouhá vtipná slovní hříčka, v níž slova, z nichž je stvořena, nevyvolávají asociaci vzdáleného citového zbarvení. Např. *Chestertonova oxymora* (G. K. Chesterton: Ohromné maličkosti, str. 50):

„Nejlepší způsob, jak se vyhnout smrti, je nevzpírat se jí příliš.“

„Čím déle se člověk na něco dívá, tím méně to vidí, čím déle se člověk něčemu učí, tím méně to zná.“

Pokusil jsem se nastínit podstatu, vznik a význam paradoxní reakce, nepovažuji ji za výlučnou doménu psychopatologie, ale za dosti běžnou psychickou reakci, zvláště hojnou u určitých typů osobnosti a pro tyto typy charakteristickou.

SYMPTOM DEPERSONALISACE, DŮSLEDEK PORUCHY ULTRASENSIBILITY

(1941)

Mluví výslovně o symptomu depersonalisace a nikoli o syndromu depersonalisace, poněvadž nejde o shluk různých příznaků, nýbrž o příznak jeden, postihující ovšem event. různé duševní funkce. Krvácivost je symptom, nikoli syndrom, i když hemorrhagie postihnou nej-různější orgány.

Termín utvořil *Dugas* (1) (1898), mluvil o depersonalisation, která se rovná aliénation de personnalité. Pojmově přibližně totéž měl již před ním na mysli *Krishaber* (2), leč celý stav pojímal příliš somaticky a označoval jej neuropathie cérébrocardiaque. U nás stavy depersonalisace nazýval *Heveroch* (3) poruchami jáství a častěji se k nim vracel. *Stuchlík* o nich psal a *Myslivoček* je dvakrát demonstroval. O paresthesiích jáství (Paraesthesien des Ichs) mluvil již *Arndt*, počítal sem však také rozštěp osobnosti.

Pojem depersonalisace není u všech autorů jednotný, u některých je užší, u jiných širší; lze to pochopit, neboť pojem jáství a vědomí je samozřejmě různými autory různě definován.

Haug (4), který se hojně depersonalizační zabýval a od něhož máme jednak monografii, jednak obsáhlou práci, definuje depersonalizaci takto: *Depersonalisace je zčásti uvědoměný, zčásti cítěný prožitek od-cizení, více nebo méně zřetelně se táhnoucí k našemu Já, někdy ne-příjemný a trapný, někdy indiferentní, někdy příjemný.*

Osoby tímto prožitkem postižené si připadají až komicky cizí. „Domnívají“ se, že nemají pocity, ani city, ani představy, ani vůli. Připadají si jako automaty. Někteří se ohmatávají, aby se přesvědčili o své existenci, jiní se dívají do zrcadla, aby se viděli a zrakem se přesvědčili, že existují (singe de miroir). U těch je postiženo vnímání, resp. pociťování a uvědomování si vlastní osobnosti. U jiných nastává porucha vni-

(1) *Dugas*: Revue philosophique, 1898.

(2) *Krishaber*: De la neuropathie cérébrocardiaque. Paris 1873.

(3) *Heveroch*: Čas. Lék. čes., 1910. Jak si uvědomujeme Jsoucnost, 1911, Z. aus Neurol. Psychiat., 1913, Čas. Lék. čes., 1913.

(4) *Haug*: Die Störungen des Persönlichkeitsbewusstseins und verwandte Entfremdungserlebnisse, 1936. — *Bumke*: Handbuch der Geisteskrankheiten. Ergänzungsband I., 134. Zde obsáhla literatura, k níž odkazují. Odtud také nejvíce čerpáno.

mání, resp. pociťování a uvědomování si vnějšího světa. U některých se mohou vyskytnout obě poruchy současně.

Pro poruchu vnímání, pociťování a uvědomování si vnějšího světa se dobře hodí pojmenování *derealisace* (*Mapother, Mayer-Gross*). Při této poruše je ztracen „Realitätscharakter“ (*Schilder*), nastal „spíše sen než skutečnost“ (*Heymans*), vznikl „Leergefühl“ (*Gebattel*), „sentiment du vide“ (*Janet*). Poslední dva se mohou vyskytnout i u poruchy prvé. Herec života ztratil kontakt s hrou, s komedií života a usedl v hledišti jako divák, není zde ani konferenciéra, který zprostředkuje styk jeviště s hledištěm, život se stává spíše filmem, řadou mrtvých obrázků.

Podle *Heymanse* i známá slova pozbývají smyslu. Ne-li tento fenomén, tedy jistě přibližně velmi podobný dovedeme si za stavu zdraví uměle navodit a podle toho si učinit představu, jakousi modelovou představu, nebo lépe řečeno přivodit si prožitek, který je modelem, malou ukázkou skutečné *derealisace*. Opakujeme-li nějaké známé slovo stále, podaří se nám někdy docílit, že slovo ztratí smysl a vznikne zvláštní bizarní stav, který je tím intenzivnější, čím větší emoční náboj mělo, např. vlastní jméno. Slova, jakožto sluchová představa, mají největší sklon k *derealisaci*. V mateřštině, ale spíše v cizím jazyku, nevíme-li, jak se slovo píše, a opakujeme-li si je několikrát, začne se rozplývat, ztrácet smysl a naděje na fonetické zjištění správného pravopisu klesne na nulu. Teprve když slovo napíšeme, optický vjem nás vrátí realitě, lekne se napsaného a často ihned nalezneme správný pravopis a slovo opravíme. Umět pravopis znamená mít plnou zásobu optických představ grafických symbolů pojmů.

Haug rozděluje *depersonalisaci* takto:

1. Podle *intensity* a *kvality* rozeznává klasickou *depersonalisaci* a *depersonalisaci* jen naznačenou;
2. podle *vztahu* rozeznává:
 - a) *depersonalisaci* *autopsychickou*, tj. odcizení vlastního já v nejvlastnějším slova smyslu,
 - b) *depersonalisaci* *somatopsychickou*, tj. porušení tělesného schématu (*Schilder*), porušení „image de soi“ (*Tchechrazi*), čili tělového já, „Körperich“ (*Kleist*),
 - c) *depersonalisaci* *alopsychickou*, tj. odcizení vnímaného světa vnějšího; ta odpovídá *derealisaci* ve smyslu *Mapothera* a *Mayera-Grosse*;
3. podle *trvání*:
 - a) akutní formy, ataky *depersonalisační*,
 - b) chronické formy, stavy *depersonalisační*;
4. podle *přízvuku*:
 - a) libé,

- b) indiferentní,
- c) nelibé;

5. podle příčin a průběhu rozeznává:

- a) reversibilní depersonalisační stavy u normálních,
- b) reversibilní depersonalisační stavy u funkčních poruch,
- c) trvalé stavy u organiků.

K depersonalaci řadí dále *déjà vu*, *raconté*, *entendu*, *eprouvé*, *vécu* a chtěl by sem řadit i „*fausse reconnaissance*“, tedy vzpomínkové klamy, což nepovažuji za správné, neboť při vzpomínkových klamech subjekt nemá pocity depersonalisační ani jakékoli subjektivní porušení jáství.

Weber(5) řadí k depersonalaci i nihilismus. Zjišťuje, že ideje nihilistické přicházejí hlavně na počátku depresivně zabarvených psychos. Generální dispozicí je klimax a presenium, individuální dispozicí v premorbidní osobnosti je někdy schizofrenie podbarvená cirkulárně.

Ribot směšuje depersonalaci a absenci, podle *Dugase* naprosto neprávem. Při absenci je já skutečně odděleno od svých stavů a pocitů, při depersonalaci se to subjekt jen „domnívá“. Při absenci chybí síla k pozornosti, při depersonalaci, tato síla k pozornosti existuje, ale není zde správné zacílení pozornosti.

Brochado(6) počítá k depersonalaci, a myslím neprávem, i fenomén dvojníka (syndrom de Capgras) resp. dvojníků, neboť jeho nemocní měli dvojníků několik. *Ilusion du déjà vu* nazývá palignostickým delirem, bludem (snad lépe by bylo paleognostickým). Pojmenování považuji za nešťastné, u *illusion du déjà vu* jde o prožitek, o vjem, kde emoční stránka je primární a pacient má vědomí choroby.

Berndt Larson (7) považuje *déjà vu* zdravých za něco docela jiného než *déjà vu* nemocných. *Déjà vu* u normálních je však vzácné a vyskytuje se hlavně v pubertě. Moje zkušenost s tím však naprosto nesouhlasí, mnoho dospělých, o kterých nemám důvod pochybovat, že jsou v běžném slova smyslu normální, mi sdělilo, že mívají své *déjà vu*.

Depersonalace se může dostavit v průběhu každého chorobného stavu duševního, nejřidčeji však u progresivní paralysy a oligofrenie. Zvláštní je ovšem vztah k depresivním psychosám.

Schäfer(8) již v roce 1880 mluvil o *melancholia anaesthetica*, *Johnson* o „*loss of feeling*“ a *Gebattel* o „*Gefühl der Gefühllosigkeit*“.

(5) *Weber*: Über nihilistischen Wahn u. Depersonalisation. 1938.

(6) *Brochado*: Ann. méd. — psych. 94., I., 706—717, 1936.

(7) *Berndt Larson*: Z. Neurol. 113, 511—543. 1931.

(8) *Schäfer*: Allg. Z. Psychiat. 36, 214, 1880.

Mayer-Gross (9) uvádí ve své sestavě depersonalisačí 36 případů. Ženy převládaly čtyřnásobně a v prepsychotické osobnosti 12 bylo depresivních, Endtz(10) našel u svých nemocných stížených depersonalisačí sklon k depresivním reakcím.

Freiherr von Gebattel (11) nachází depersonalisačí hlavně u manio-depresivních konstitučních typů a „existentielle Leere“ a „sentiment du vide“ je mu znakem deprese.

Zajímavé jsou intoxikační depersonalisače, zejména hašišová a mezkalinová. Hašiš působí změnu vnímání všech smyslů, poruchu odhadování času, někdy zvláštní pocity zimy až mrazu, pocit, jako by někdo bral myšlenky. Podle líčení osob užívajících hašiš dochází k depersonalisačním stavům. U mezkalinu je depersonalisače ještě více vyjádřena. Dostavuje se pocit zimy, pocit cizoty ke všemu vnímanému a ztráta zájmu a ztrácí se i pocit vlastního těla. Porušeno je vnímání času. Guttman a Maclay(12) pozorovali 11 případů experimentální otravy mezkalinové a zjistili jen derealisačí. Po druhé světové válce používání delirogenů, zvláště LSD, přineslo rozsáhlé zkušenosti z toxických depersonalisačí.

Dosavadní zprávy o depersonalisačí při poruchách jednotlivých partií mozkových dávají tušit, že asi nikdy nebude možno depersonalisačí přesně lokalizovat. Lze to pochopit, neboť depersonalisače je jistě výsledkem porušení souhry v určitém úseku časově současně probíhajících pochodů centripetálních a centrifugálních.

Depersonalisače byla pozorována při poruše v kůře i ve kmeni mozku. Někteří ji viděli při lési gyri cinguli, jiní při lési corporis callosi, jiní thalamu, jiní krajiny interparietální. Janota(13) sdělil velmi zajímavý případ illusion du déjã vu po vstřelu do pravého spánku. Podle některých by lákalo hledat depersonalisačí v poruše thalamu a jeho spojů. Hlavní sídlo depersonalisače je asi ve spánkovém laloku.

Haug poukazuje na to, že u normálních je depersonalisače pozorována zejména při zvláštním, nezvyklém osvětlení, např. při zatmění slunce a při půlnočním slunci. Vzniká též při únavě. Já pozoroval na sobě stavy depersonalisační při velkém prochladnutí a nehybnosti, při jízdě na saních a v otevřeném autu, nebo v noci na lůžku, když mi spadla pokrývka. Tu vzpomínám, co jsem dříve uvedl, že při toxické depersonalisačí hašišové a mezkalinové udávají postižení pocit velké zimy.

(9) Mayer-Gross: Brit. J. med. Psych. 15, 103—126, 1935.

(10) Endtz: Psychiat. Blad. 36, 310 (holandsky).

(11) Gebattel: Nervenarzt 169—178, 248—258, 1937.

(12) Guttman a Maclay: J. of Neurol. 16, 193—212, 1936.

(13) Janota: Čas. Lék. čes. 330, 1940.

Depersonalisaci lze si též navodit uměle:

1. derealisací slova a pojmu, stálým opakováním slova, jak jsem uvedl výše;

2. stav depersonalisační podaří se někdy navodit zahloubáním se nad vlastním já, kladením si otázky, co vlastně jsi. Vzniká pocit úplné osamocení ve vesmíru, který je poněkud děsivý, ale ne nepříjemný, který nelze dobře vylíčit. Není to derealisace, ale spíše autopsychická depersonalisace. Dospívá se k ní vlastně stálou abstrakcí svého okolí a svého těla od vlastního já;

3. okultisté znají některé praktiky vedoucí k depersonalisaci. Některé obsahuje jóga. Depersonalisací je i nirvana, což značí „uhašený“.

Nirvana(14) je stav ležící mimo svět vědomí a individuálního životního procesu, který přináší věčný duševní klid. Je to úplné překonání egocentrické myšlenky a potlačení radosti ze života jako volního motivu; vede k úplnému „odtržení duše od hmoty“. Je to tedy i autopsychická a alopsychická depersonalisace, čili derealisace. Okultisté, kterým se určitými praktikami podařilo navodit si stav depersonalisace, domnívají se, že jsou v astralu, a udávají velký pocit zimy, úzkosti, osamocení.

Různí autoři vysvětlují mechanismus depersonalisace z hlediska psychologického různě.

Heymans se domnívá, že aby vznikl pocit známosti, musí být řada asociací; jestliže je jich méně, vzniká pocit neznámosti; tento menší pocit asociací vzniká vlivem ochablé pozornosti. *Bergson* učí, že při vnímání je současně ve vědomí právě recipovaný vjem a již vzpomínka na něj. Jsou tam tedy dva obrazy, jeden reální, vjem, a jeden virtuální, vzpomínka. Jestliže nastane oslabení „attention à la vie“, je vjem zatlačen a nastává vlastně vzpomínka na přítomnost. *Dugas* vzpomíná na své mládí. Tehdy měl dvojí život, jeden reální v pensionátě a druhý ve fantasmii, který žil doma. Myslí, že u dětí nedochází k depersonalisaci, poněvadž takové životy nejdou paralelně, ale spíše se doplňují. Únavou a přibývajícím věkem se jeden z těchto životů stává automatickým, neuvědoměným, a tak vzniká depersonalisace. *Gebattel*(15) rozeznává při každém smyslovém vjemu dvojí stránku, dvojí moment, aktuální a pathický, tento druhý tvoří spojení já se světem. Depersonalisace a derealisace jsou dva různé způsoby postižení téže komunikace. Jako příklad uvádí pocit hmatový, u něhož je to nejzřetelnější: „dotýkati se a být dotýkán“. Obě stránky smyslového vjemu tvoří nedělitelný celek. Nesejdou-li se, vede to k derealisaci. Z jiných teorií, jak je uvádí *Schil-*

(14) *Schmidt*: Philosophisches Wörterbuch, 1931.

(15) *Gebattel*: *Nervenarzt* 169—178, 248—264, 1937.

der(16) můžeme se zmínit o těchto: *Oesterreichovi* je depersonalisace následek snížení a zábrany pocitů. *Bernard-Leroy* a *Pick* ji hledají v pocitu odcizení. *Janet*, podobně jako *Hesnard*, vykládají ji jako povolání duševní synthesy, duševního napětí. *Bergson* myslí, že jde o poruchu sensomotorických relací, která vede k porušení kontaktu čistého já s realitou. *Dugas* a *Moutier* soudí, že při depersonalisaci je porušena asimilace do osobního já, že vzniká apatie. Mluví o „désordre diffus de l'activité mentale avec inémotivité prédominante“. *Löwenfeld* a *Kutzinski* považují depersonalisaci za poruchou apercepce.

Já vykládám depersonalisaci takto:

Pociťuji světlo, modro, zeleno, studeno, sladko, hluk atd. Vyšší smysly objektivují a projikují pocit mimo nás. Vidíme světlo, věž v dálce, strom blíže atd. Totéž platí o zvucích; chuť a vůni cítíme uvnitř v sobě, ve svém těle, hmat tvoří rozhraní, částečně objektivujeme a částečně cítíme ve vlastním těle, v prstech, že něco má povrch hladký nebo drsný. Dobře se nám tu hodí výklad *Gebattelův*: některé smysly mají převážně stránku aktuosní (zrak, sluch), jiné patickou (čich, chuť), uprostřed mezi oběma je hmat.

Vnímání a pociťování čili recepci (aktuosní stránka) a sensaci (patická stránka) můžeme si rozdělit na recepci a sensaci:

1. vnějšího světa (převládá aktuosní),

2. vlastního těla,

a) jako vnějšího světa (dívání se na vlastní končetinu a její ohmátávání),

b) jeho poměru k vnějšímu světu (poloha, pohyb),

c) jeho stavů (pocity srdeční, střevní), hnutí mysli, duševních stavů (jen patická).

Filologicky isme si zvykli tam, kde jde o vnímání vnějšího světa, mluvit o vnímání. tam. kde jde o vnímání těla, mluvit o pociťování — pociťujeme hlad, žízeň atd.

Kromě toho rozeznávám zvláštní sensibilitu. kterou bych nazval ultrasensibilitou. Mluvil jsem o ní po prvé 2. IV. 1936 a je uvedena v mé přednášce o vědomí a jáství. v knížce nazvané „Bezvědomí a náhlé poruchy vědomí“ (17). Jenomže tenkrát jsem ji ještě neoznačil termínem ultrasensibilita.

Právím tam na str. 18: Stav normálního vědomí je stav. v němž správně vnímáme a správně pociťujeme. že vnímáme, správně myslíme a správně pociťujeme. že myslíme. správně cítíme a správně pociťu-

(16) *Schilder*: Selbstbewusstsein u. Persönlichkeitsbewusstsein, 1914. (Zde literatura.)

(17) *Kursy int. kliniky Prof. Pelnáře atd., VIII., 1936, Vondráček*: O vědomí a jáství.

jeme, že cítíme, správně chceme a správně pociťujeme, že chceme, a správně to uvádíme ve vztah k vlastnímu já.

Toto správné pociťování všech duševních fenoménů nám umožňuje právě normální funkce ultrasensibility.

V citované již monografii *Schilderově* je uvedena též teorie *Löwyho*(18). *Löwy* mluví o specifických pocitech vnímání, myšlení, aktů volních a citění. (Spezifische Wahrnehmungs-, Denk-, Willens- a Gefühlgefühle).

Ultrasensibilita zprostředkuje účast jednotlivých vrstev osobnosti na všech duševních fenoménech, takže můžeme říci: já mám hlad, já mám zlost, já mám lítost; způsobuje, že pociťovanou sensaci vztahujeme k svému já.

O existenci ultrasensibility poučí nás její poruchy. Subjekt má lítost, ale nevztahuje ji k svému já, z toho pak plyne depersonalisace, má hlad, ale nevztahuje to k svému já, atd.

Poruchu ultrasensibility si můžeme rozdělit právě podle vrstev osobnosti:

1. Porucha ultrasensibility *animální vrstvy* vede:

a) je-li porušena ultrasensibilita vnímání vnějšího světa, k alopsychické depersonalisaci ve smyslu *Haugově*, čili derealisaci,

b) je-li porušena ultrasensibilita vlastního těla, vede k depersonalisaci somatopsychické ve smyslu *Haugově*, jež ovšem může nabýt různé formy. Může se jevit v poruše „image de soi“, nebo v poruše pociťování tělesných stavů.

2. Porucha ultrasensibility *mentální vrstvy* může být:

a) totální, pak vede k autopsychické depersonalisaci ve smyslu *Haugově*,

b) parciální, a pak vede jen někdy k autopsychické depersonalisaci, někdy k poruchám jiným, které nejsou depersonalisací:

aa) může postihnout část myšlení. Nemocnému se zdá, že myšlenky nejsou jeho, že jsou podvržené, cizí, alogenní, protože však ultrasensibilita ostatní je správná, nedochází k depersonalisaci. Některé představy mohou nabýt vlivem určitých chorobných pochodů intenzity vjemu, nejsou ultrasensibilitou pociťovány jako představy a stávají se halucinacemi, při zachované ultrasensibilitě pseudohalucinacemi, nebo rozumovou korekcí, jak uvádí *Myslivoček* (19);

bb) může postihnout chtění. Podle velikosti a druhu poruchy vznikne buď „Automatengefühl“ nebo pocit, že někdo jiný chce a mění

(18) *Löwy*: Prager. med. Wochenschr., 1908.

(19) *Myslivoček*: Revue v Neurol. a Psych., č. 5—7, 1931.

volní impulsy v inervační za subjekt, že za něj jedná někdo jiný. Imperativní halucinace jsou poruchou ultrasensibility, ale nevyvolávají pocit depersonalisační.

O parciální poruše můžeme vlastně mluvit i tehdy, je-li postižena jen jedna duševní mohutnost, ale celá, např. celé citění.

3. Porucha ultrasensibility *etické vrstvy* se také vyskytuje a pozoroval jsem ji. Pacienti, většinou ženy, si stěžovali, že nemají lásku k dítěti, k manželovi, k rodině. Jejich chování bylo svědectvím, že ji mají, že trpí jen ultrasensibilita, čímž nastalo „nepocit'ování“ této citěné lásky.

Zvláštní kapitolu tvoří skupina *déjà vécu*. Poměrně nejlépe vše objasní výklad *Bergsonův*. Představme si vědomí jako běžící film, v němž na jednom obrázku je zachycena celá duševní situace toho okamžiku, všechny fenomény všech čtyř duševních mohutností. Nyní si uvědomme, že přítomnost vlastně neexistuje, že je to bezrozměrný bod, rozhraní minulosti a budoucnosti. Tu musíme uznat, vnímáme-li něco určitou dobu, že máme řadu bodů „přítomnosti“, které se mezitím staly minulostí a tvoří časový úsek. Ve vědomí máme během tohoto aktu vnímání ony dva druhy obrazů, reální, okamžité vjemy, a virtuální ze vzpomínek.

Při vnímání máme určitou kvalitu vjemu, je to buď pocit známosti, nebo neznámosti. Pocit známosti nám říká, že jsme totéž již jednou prožili, pocit neznámosti nám říká, že jsme totéž dosud neprožili, ať už skutečně, nebo ať jsme to zapomněli. Obojí je určitý vyhraněný pocit, který s sebou zpravidla nese u známosti přízvuk libý, u neznámosti je indiferentní nebo lehce nelibý. Odpor k novotám bývá některým biotypům a stáří vlastní. Jestliže pocit známosti je neurčitý, je-li to jen pocit povědomosti, je skoro vždy nelibý. Vzpomeňme nelibého pocitu, setkáme-li se např. s člověkem, jehož nevíme „kam zařadit“. Je to druhotně nelibý pocit ze selhávání naší paměti, která nám ze svého rezervoáru engramat (vtisků ve smyslu Laufbergrově) nedovede nabídnout dostatečný počet engramat, aby z nich mohla nastat identifikace nově vnímaného. Sebevětší koncentrace volní pozornosti nám nepomáhá, neboť není dodán dostatečný materiál k asociaci. Není tedy vinna ochablá pozornost, jak se domnívá *Heymans*.

Mohou nastat tyto situace:

1. Máme pocit známosti, tento pocit je určitý a víme, kdy jsme podobnou situaci prožili, zcela určitě.

2. Máme pocit neznámosti, tento pocit je určitý, víme, že jsme podobnou situaci zcela určitě nikdy neprožili.

3. Máme pocit známosti, tento pocit je určitý, víme přesně, že jsme podobnou situaci prožili, ale nevíme přesně, kdy se tak stalo. Je porušena lokalizace v čase, jde o nedokonalost paměti.

4. Máme pocit povědomosti, tento pocit je neurčitý, nevíme přesně, zda jsme podobnou situaci prožili, nebo dokonce víme, že jsme ji neprožili.

5. Máme pocit neznámosti, tento pocit je neurčitý, ale my víme, že jsme podobnou situaci jistě již mnohokrát prožili.

U případu 4. a 5. vzniká tedy spor pocitů. Nastane-li spor pocitů tělových, vzniká závrať, je tedy tento pocit jakousi duševní závrať. (20) Vraťme se k *Bergsonovu* výkladu a vzpomeňme mé ultrasensibility; podle nich tedy může dojít k těmto situacím:

1. Vstípvost paměti je tak porušena, že vjem se neukládá, není tedy vzpomínky; tak je tomu při Korsakovově psychose. Je jen řada vjemů.

2. Vstípvost paměti je zachována. Ultrasensibilita vjemu je snížena nebo ultrasensibilita aktuální vzpomínky zvýšena, takže k našemu já dospívá jen ultrasensibilita vzpomínky a vjem se nám musí jevit více nebo méně jako vzpomínka, tj. dějá věcu.

3. Nastane-li situace opačná, ultrasensibilita vjemu je zvýšena, resp. aktuální vzpomínky snížena, takže k našemu já dospívá jen ultrasensibilita vjemu, musí se nám vjem jevit jako jamais věcu. Při tom ale funguje normálně mechanismus paměti, který přivodí, že subjekt ví, že toto prožil, ale necítí to, tedy spor pocitů.

4. Nastane-li současně snížení jak vjemu, tak aktuální vzpomínky, nevede to k depersonalisaci, nýbrž k mučivé nejistotě, zda subjekt něco vykonal, vyvine se popřípadě obsese. Ovšem jen obsese nutící subjekt znovu se přesvědčovat, zda zamkl dveře, zda zhasl, zda zavřel vodu, zda nespletl psaní v obálce atd., nikoli obsese jiného druhu, jichž genese psychická je ovšem jiná.

Vidíme, že porušení ultrasensibility nám nejlépe vysvětlí stavy depersonalisace a dějá věcu, resp. dějá věcu a jamais věcu. *Gebattel* svou aktuosní a patickou stránkou vnímání zůstal na půli cestě. Jeho výklad vysvětluje jen derealisaci, nikoli autopsychickou depersonalisaci. Můj výklad vysvětluje vše. *Descartes* řekl: „Cogito, ergo sum“. Již ve své Paradoxní reakci(21) jsem na to poukázal, že je to nesprávné, neboť myšlení není kritériem existence, pravým kritériem existence je cítění, „patior, ergo sum“, a je-li porušena ultrasensibilita, vzniká porucha vnímání existence, poměru já k non já, čili porucha jáství.

Spojíme-li názory jednotlivých autorů, můžeme dospět k tomuto rozdělení:

(20) Vztah depersonalisace a závratí je zajímavý. *Bonniér* např. popsal deset případů otogenních závratí, které měly depersonalisaci (*Revue neurol.*: 1905, 13, 603).

(21) *Vondráček*: Sborník lék. XXVII—XXXI, č. 4—6, 537—551, 1926.

I. Porucha ultrasensibility vnímání já:

1. porucha ultrasensibility tělových pocitů, Haugova depersonalisace somatopsychická,
2. porucha ultrasensibility vlastních duševních pochodů, Haugova depersonalisace autopsychická.

II. Porucha ultrasensibility vnímání non já, tj. vnějšího světa:

1. totální porucha ultrasensibility vnímání non já, vnějšího světa, tj. Haugova depersonalisace alopsychická, tj. derealisace,
2. parciální porucha ultrasensibility non já, tj. vnějšího světa,
 - a) aktuální vzpomínky převládají nad vjemem — *déjà vécu*,
 - b) vjemy převládají nad aktuálními vzpomínkami — *jamais vécu*.

Heveroch rozeznává celkové poruchy jáství, to jsou ty, které jsem uvedl výše, a částečné, k nimž počítá podvržené myšlenky a halucinace psychomotorické. Jsou to stavy, kde podle mne je částečná porucha ultrasensibility. Je to jistě porucha jáství, která však nemocnými není jako taková vnímána; nemocný nemá pocit porušeného jáství. Proto bychom museli tuto druhou skupinu označit jako poruchy jáství, které nejsou subjektivně vnímány.

Ukáží to na případech:

1. Předně uvedu některé případy současného snížení ultrasensibility aktuální vzpomínky a vjemu, takže zanechaná stopa je labilní.
2. Ukáží některé případy depersonalisace:
 - a) depersonalisační autopsychickou a somatopsychickou,
 - b) depersonalisační autopsychickou a alopsychickou a stavy *déjà vécu* a *jamais vécu*.

1. První nemocný je velmi zajímavý, ale nemohu zde podrobně uvádět jeho chorobopis pro jeho délku a omezím se jen na to, co je pro nás zajímavé z hlediska psychiky.

Je stár 29 let. Jeho choroba trvá 11 let, vznikla náhle po celkem prý normálním, jen poněkud úzkostném a nervosním dětství s určitými podivnástkami.

Když mu bylo 18 let, v létě jednoho dne šel po mostě. Před ním šel pán, kterého považoval za známého. Pán se obrátil, rozhodl se nejit dál a vrátil se uprostřed mostu. Nemocný jej pro jistotu pozdravil, ač to nebyl známý, a šel dál. Když ušel již několik kroků, takže se mu pán ztratil z dohledu, přepadla jej myšlenka, že pána shodil do vody. Zprvu se přesvědčoval, že to neudělal. Myšlenka jej však ovládla, chtěl se udat, ale věděl, že to neudělal. Pak se u něho začal vyvíjet stav, kdy se při spatření tramvaje nebo auta domníval, že někoho vstrčil pod tyto dopravní prostředky. Když jel v tramvaji, napadlo jej, že do někoho strčil, takže vypadl z tramvaje. Musil vystoupit a vrátit se na místo, kde myslel, že se to stalo, a přesvědčit se, zda tam není shluk lidí. Tak mu cesta tramvají trvala 2—3 hodiny. Když uviděl z okna bytu jedoucí auto a odstoupil od okna, obával se, že někoho vyhodil z okna pod auto. Pokud stál u okna a stále se přesvědčoval zrakem, bylo dobře. Mohl odstoupit od okna, jen když nic nešlo, ale poně-

vadř kolem pořádku jezdila auta, stál u okna třeba čtyři hodiny. Později měl tyto obavy při zatroubení auta, i když nestál u okna, proto když slyšel zatroubení auta, udělal nehtem čáru do zdi, a tak se přesvědčoval, že je a byl stále v pokoji.

Pak již u něho musil někdo stále sedět a držet jej za ruku; to jej přesvědčovalo, že v minulosti nikomu neublížil. Ale v té době neměl poruchy jástvi.

2. Nemocná 29letá, svobodná, pomáhá v domácnosti. Při přijetí na psychiatrické oddělení prof. Myslivečka byla klidná, podrobná. Ponechána na klidném oddělení. K vyšetření přichází ochotně, pozdraví, na vybídnutí usedne, spontánně nezačne mluvit, na dotazy odpovídá ochotně, přiléhavě, stěžuje si hlavně na nejistotu, kterou má při práci. Místo aby jako dříve při práci jen myslela, musí si nyní práci slovy rozebrat, jako by měla hlavu prázdnou a nervy jí nepracovaly. Přesto se snaží pracovat. V poslední době říká, že nevytléčí-li se, něco provede. Při tom začne vzlykat. Mimika a gestikulace chudší. Bludy ani halucinace nepřiznává. Pronásledovanou se necítí, mívala v domě jen nedorozumění s domovníkem. Soudí, že její obtíže jsou původu nervového. Byla vždy vážnější, klidná, citlivá. Každou starost si silně připouští. Intelpekt přiměřený vzdělání i okolí vyšetřované. Místem i časem orientována.

Přítěže v pokrevnosti neudává.

Bývala chudokrevná, teklo jí z uší. Vychodila tři třídy měšťanské školy, učila se dobře. Menses od 14 let pravidelně.

Nynější onemocnění trvá dva roky. Místo aby myslela při práci, musí si říkat: teď udělám to a to. Všechno dělá jakoby „v domnění“, nikoli „v jistotě“. Když si například umyje ruce, nemá v hlavě obraz, že stála u umyvadla a ruce si umývala. Tak je to s každou prací, kterou dělá. Je z toho celá umluvená a utrápená. Začala se bát pracovat, že špatně zavře varič nebo že špatně zavře dveře. Myslí, že je to tím, jak se odbývala stravou a zeslábla.

Při vyšetření 8. X. 1940 mi sdělila: Když pracovala v domácnosti, měla stále pochybnosti, zda něco udělala nebo ne. Například utírala prach. Utírala celý stolec a šla otírat prach na obrazech. Utírala prach asi na dvou obrazech a dostala pochybnost, zda stolec skutečně utírela. Musila se jít podívat. Někdy jí stačilo, když zjistila, že na stolku není prach. Někdy však musela stolec znovu celý otřít.

Abý zapudila nejistotu, zda něco skutečně udělala, mluvila při práci nahlas sama se sebou. Někdy si oznamovala: „Tady to mám dobré, tady to mám čisté.“

Svůj pocit líčí tak, že to byl vlastně strach, zda práci skutečně vykonala nebo zda jí vykonala dobře. Byla totiž od mládí a je dosud pedantická a zvláště dbalá čistoty.

Veškeré její strachy se točily hlavně okolo čistoty a pořádku v bytě.

Důkladnou explorací bylo zjištěno, že ani dějá věcu ani derealiscaci ani jiný stav depersonalisační nikdy neměla.

V jejím životě snovém ve spaní se její duševní obtíže neobjevují, ale její sny jsou chudé a většinou si je nepamatuje.

Povšimněme si, že naše nemocná, aby zesílila stopu vjemu, tj. aktuální vzpomínku, a nedostatečnou ultrasensibilitu kompensovala, musila mluvit a sama si oznamovala co dělá. Činila tedy něco podobného jako první nemocný, který si dělal vryp nehtem do zdi nebo se dal někým držet za ruku.

3. Nemocná 56letá, svobodná, švadlena. Dodána s vysvědčením dr. T., že má úzkosti, strach, tíseň, neklid, šťve ji to z místa na místo, za chvíli se v ní vše umrtví a je si cizí. Všechny city radosti, spánku, hlad v ní odumrou. Doma se bojí, v hlavě má tlak, na prsou pocit něčeho žhavého. Spí s otevřenými očima, někdy ji to nutká, aby se oblékla.

Na oddělení je klidná, podrobová, společenská, přiznává depresivní náladu, strach z neznáma. Suicidální úmysly připoouští. Halucinace ani bludy nepřiznává. Orientována, intelektuálně průměrný.

Otec zemřel na rakovinu jícnu v 71 letech, matka kolem třiceti let po porodu. Pacientka je nejstarší ze čtyř dětí. Jeden bratr zemřel na tuberkulosu.

Vychodila obecnou školu a tři měšťanky. Vyučila se švadlenou, později šila doma pro zákazníky. Pro nemoc nevlastní matky nechala šití a vedla domácnost. Prala pro lidi a posluhovala. Měla dvě známosti, ale oba si pak vzali jinou. Před 11 lety jí zemřela nevlastní matka, bydlila pak se sestrou, která je rovněž svobodná, tělesně slabá a jen málo pomáhá v domácnosti.

Nynější chorobou se rozstonala asi před třemi lety. Měla pálení na prsou a tlak, bolest hlavy, pocit tuposti na hlavě a na prsou. Léčila se na klinice prof. Haškovce a Gampera. Chtěla se utopit, ale myšlenka na nemocnou sestru ji od toho odvrátila. Tehdy již měla v sobě umrtveny city hladu, radosti a veselosti. V ústavu má strach „z těch lidí tady“, ale je to přirozený strach, kdežto tam venku to byl takový zvláštní strach, taková úzkost. Běhala z místa na místo, nikde nevydržela. Napadlo jí, že jí lidé nemají rádi, ale pak si to zase rozmyslila.

Objektivní nález byl negativní.

Její stesky byly proměnlivé, někdy jí bylo lépe, někdy hůře. Stěžovala si, že trpí „bezcitností srdečních citů“, nemá spokojenost, klid ani radost. Dožaduje se rady, co má dělat.

Ve svém písemném projevu líčí svůj stav takto: „Kde vznikají a vzbuzují se všechny ty city a pocity srdeční (duševní?), v srdci či mozku?“

Po všech těch velkých bolestech a žhavosti v prsou a u srdce nastalo umrtvení, necitlivost všech těch citů a pocitů u srdce (v srdci?), takže nemám žádný ten cit a pocit radosti — zlosti, spokojenosti — nespokojenosti — hněvu — odporu — lhostosti — touhy — rozčilení (zde je hodně k tomu příčiny), lítosti — veselosti a i smíchu, nic necítím v srdci svém. Nemám ten pocit úzkosti — strachu, jen mrtvo, mrtvo v srdci svém. Nemám ten krásný požitek z toho krásného slunečního dne, tu radost, nic, nic, nic. Příšerná situace, a i ta paměť mně selhává. Bystrost duševní je tou necitlivostí umrtvena. Nemám ten požitek z čtení něčeho hezkého, ani ten odpor z něčeho ošklivého. Tupá a mrtvá jsem i k tomu veselému, co hraji v rádiu.

A já bych opět tak ráda pracovala, četla a chodila na procházky a není mi to možné, bych v sobě vzbudila nějaký ten pocit a chtíč a touhu k něčemu. Jen mám myšlenku, kdybych byla zdravá, prosím pěkně.“

Po svém propuštění se léčila ambulantně, byla vyšetřena doc. Hyniem, jemuž se prvému přiznala, že při svých známostech v mladých letech mívala sexuální vzrušení značnějšího stupně, ale nikdy nedošlo k souloží. K ukojení pomáhala si pravidelně onanií asi jednou za 14 dní. To činila mezi 18. a 47. rokem. V posledních letech zmizela pohlavní dráždivost, ale dostavují se obavy, že onanie bude mít své následky. V době, kdy masturbovala, žádné obtíže neměla.

Po druhé byla přijata po třech letech. V jejím stavu nenastaly podstatnější změny. Nařiká na tu výheň a žár, je to hrozné, že nepozná, co je hezké a nehezké, chtěla by být vzteklá a rozčilená, chtěla by být veselá, zpívat a pracovat. Má to ve vnitřku jako spálené.

Při vyšetření 9. 5. 1940 líčila své stavy obvyklým způsobem, ale udala zajímavou věc, že ty pocity, které marně hledá ve bdění, má ve snu. Ve snu má citění normální. Například zdálo se jí, že ležela na sále, že jí vezli na kolečkové posteli do sklepa, cítila z toho hrůzu, ale byla to opravdová hrůza, kterou by ve bdění nepocítila; nebo se jí zdálo, že šije košile, a cítila z toho radost, kterou by ve bdění nepocítila. Ve bdění nemůže v sobě probudit ani zlost.

Jen některé city tělové cítí správně, například mrazení po injekci, nucení na velkou stranu.

Ve snu se jí zdálo, že její teta vstupuje k ní do bytu v hlubokém smutku. Lekla se opravdově.

Bolesti na prsou má asi čtyři roky. Někdy se jí zdálo, že když má bolest, je jí duševně lépe. Mohla například plakat.

4. 45letá manželka úředníka. Babička a její rodina byla „nervosní“, jinak rodinná anamnesa bezvýznamná.

Od dětství trpí migrénou, měla spálu, spalničky, plané neštovice, zánět vaječniku, třikrát rodila, nekouří, nepije. Menses od patnácti let dosti nepravidelně.

Její nynější onemocnění trvá asi rok, začalo po chřipce, měla jednak somatické, jednak psychické příznaky.

Udávala tyto psychické obtíže: Všechno zdá se jí neskutečné, špatně to vnímá, rozhodně jinak než dříve. Pocit neskutečnosti jde tak daleko, že se jí zdá, jako by např. ruka nebyla její. Nic jí netěší, o nic nemá zájem. Nejhuře je jí v poledne. Stále by plakala.

Nyní líčí své obtíže barvitěji. Má pocit, jako by měla přestat existovat. Prožívá život neskutečně, jako ve snu. Tento pocit neskutečnosti postihuje i tělové funkce. Ve spánku má dojem, že nespí úplně, jako by byla stále trochu vzhůru. To bylo zvláště vyjádřeno, když jí bylo nejhůř. Má zvláštní sny. Dovede si vzpomenout jen na jeden. Zdálo se jí, že zalévá cyklámy, cyklámy mají oči, které se k ní obracejí, najednou se mění v hady a svíjejí se. Snem se nevyděsila. Myslí, že ve snu má citění normální. Dělá si stále starosti, že domácnost správně neobstarává. O rodinu má zvýšený strach. Vzpomíná si, že krátké deprese mívala již dříve, ale nevěnovala jim pozornost pro jejich krátkost. Tak silnou depresi a tak dlouho trvající, jako je nyní, dosud neměla. Nyní má dokonce sebevražedné myšlenky.

Z vnímání jediné čichové zůstalo beze změny. Ostatní je všechno změněno. Nejvíce trpí vidění. Vidí jaksi špatně, namáhavě a nedovede to správně popsat. Když se k tomu opětovně vracíme, líčí to asi takto: Všechno se jí před očima chvělo, když jí bylo huře, tedy se to chvělo více. Nemohla ani číst noviny. Na předmětech viděla jen část, jako při migréně, kterou dříve trpěla, ale bylo to přece jen poněkud jiné. Bylo to změněné. Například na osobách viděla hlavně obličej a jednu část v něm, oči nebo nos. Když se dívala na stůl, kde byla řada věcí, nemohla se soustředit a dívat se na jednu věc. Viděla asi tak, jako když se díváme na pruhovaný papír. Takto změněného vidění se nejvíce bála. Byla několikrát u oční lékařky, ale ta zjistila vždy normální nález.

Těž odhadování času je změněno. Před půl hodinou odešla z domu a má dojem, že je asi 14 dnů pryč.

Pohlavně se v manželství nestýká již několik let. Pohlavní styk jí není odporný, ale nic jí nedává, netouží po něm. Manžel pryč jej také nežádá.

Vyzvána napsala o pocitech, které měla ve své nemoci:

„Před vypuknutím této choroby mívala jsem často pocit, jako bych to, co

právě prožívám, byla již kdysi prožívala, nebo alespoň ve snu. Ten pocit mi byl velmi nepříjemný a objevoval se zvláště v době, kdy v zimě svítilo slunce skrze mlhu a bylo červené. Později však byl častější a objevoval se kdykoli. Říkala jsem mu červené slunce.

Při mé nynější chorobě se však nevyskytuje, ale jeho pravý opak. Vše se mi zdá změněné, jiné a vypadá jinak než kdy dříve. I osvětlení a vše je nějak temnější, takže ve dnech, kdy nesvítilo slunce, též mnohem hůře vidím a mám silnější pocit neskutečnosti nebo snu a z toho pocity deprese.

V prvních měsících této nemoci jsem úplně ztratila pojem o prostoru a času. Známa místa v Praze, jen trochu ode mne vzdálená, mi připadala, jako by byla někde na konci světa, a já si připadala na ulici úplně ztracena. Nebo jsem nevěděla, je-li ráno, poledne nebo večer. Čas jsem si uvědomila, jen když jsem se podívala na hodiny.

Ale ještě přitom jsem měla hrozně zmatený pocit. A když se řeklo za hodinu nebo dvě, připadalo mi to jako nekonečno. Když jsem byla třeba hodinu z domova, připadalo mi to jako týden, a to, co se stalo včera, jako by se bylo událo někdy v dávnověku a já to četla v dějinách. V normálním stavu jsem vždy věděla, který je den, kolik asi hodin a co je na kterou hodinu dne určeno. Ale v té době jsem v sobě cítila jen děsný zmatek a s hroznou tíží jsem si uvědomovala to, co jinak je jasné. Když se k tomu ještě připojovalo chvění předmětů před očima a silný hukot v hlavě, byl to tak příšerný stav, jaký si nikdo nedovede představit.

Mimo to jsem též špatně vnímala zrakem i sluchem. Ani viděné ani slyšené na mne nepůsobilo žádným dojmem, jako by se mne to netýkalo. Obličejí lidí mi připadaly jako masky, úplně bez výrazu. Vše, co jsem dělala, dělala jsem jako stroj a měla jsem dojem, jako by všechny nervy, které dojmy přenášejí mozku, byly úplně strnulé. I při tělesných pohybech jsem musela překonávat takový divný odpor. To byl pocit, jako by člověk byl jen trochu živ v takovém divném strnulém stavu.“

U prvních dvou případů si povšimněme porušeného vnímání vlastní činnosti z poruchy ultrasensibility aktuální vzpomínky, které vede k nedostatečnému vědomí vykonané (v druhém případě) a nevykonané (v prvním případě) činnosti.

Třetí případ depersonalisace autopsychické a somatopsychické je zajímavý jednak proto, že v životě snově ve spánku se autopsychická depersonalisace nejevila, jednak po stránce terapeutické.

Čtvrtý případ je dokumentem, že dříve uvedené pozorování o vlivu anomálního osvětlení na vznik depersonalisačních stavů je správné. Nemocná sama mluví o „červeném slunci“. Má konstituční sklon k depersonalisaci, již dříve se objevovalo dějá věcu. Když vznikne deprese, dějá věcu se již neobjevuje, ale místo něho spíše jamais věcu a hlavně autopsychická a alopsychická depersonalisace.

Snažil jsem se popsat a vysvětlit případ depersonalisace z hlediska obecné psychopatologie, bez ohledu na klinické syndromy, u nichž se vyskytl.

SUGESCE

(1944)

Slovo sugesce je odvozeno od latinského sub gero, suggero, což značí — kromě jiných významů — podkládám, dodávám, poskytuji.

Co rozumíme sugescí?

Na mlhavost tohoto pojmu poukázal již *Oppenheim*. Každý ji chápe jinak. Každý si představuje pod tímto pojmem něco jiného. Někdo ji bere příliš úzce, někdo příliš široce.

V zásadě nutno odlišovat sugesci *hypnotickou* a sugesci *vigilní*, tj. ve stavu bdělém, ovšem jak dále bude dovozeno, je nutno mít na mysli, že čím menší vigilita, tím větší možnost sugesce. Sugesce předpokládá do jisté míry snížení vigility.

Nadále se budeme zabývat jen sugescí *vigilní*.

Nutno odlišovat heterosugesci a autosugesci.

Definice byly podány různé:

Bernheim považuje za sugesci schopnost přijímat ideu s tendencí k uskutečnění.

Charvát(1): sugesce je akcipování představy za takové poruchy soudnosti, že nevstoupí do vědomí kontrolní protivné představy.

Černocký(2) mluví jednak o tom, že sugesce je ponoukání jedné představy sdruženou jinou (*Reid, Brown*) nebo vemlouváním myšlenek a záměrů, jednak o tom, že sugesce je změna myšlení, cítění a reakcí jiným. Zde je nutno doplnit též změna vnímání a chtění.

Kretschmerovi je sugesce bezprostřední přenos pocitů, představ (doplňují: úsudků), ale zejména volních impulsů nevznikajících z příčin a motivů.

Podle mého názoru není zcela správné mluvit o přenášení volních impulsů. Volní impuls je jediné v subjektu vznikající fenomén a nedá se přenést, ale lze jej navodit, indukovat, a to se právě sugescí děje.

Já definuji sugesci takto: Sugesce je navodění takového duševního stavu, který neodpovídá zcela všem daným okolnostem a který by bez zásahu tento stav vyvolávajícího sám o sobě nebyl vznikl. Sugesci podléhají všechny duševní funkce.

Jsme veselí vnitřní pohodou, několika příjemnými zážitky, nadějí a očekávám dalších. Octneme se v místnosti, která sugestivně působí

(1) *Charvát*: Čas. Lék. čes. 1922, 805. I další některé odtud vyřato.

(2) *Černocký*: Psychologický sborník.

chmurně, nebo ve společnosti osoby, která sugestivně působí chmurně, a naše nálada se změní v chmurnou.

Máme o nějaké věci určité přesvědčení a setkáme se s člověkem, který nám sugestivně něco vypravuje, a my změníme své přesvědčení a přijmeme jeho a popřípadě podle něho jednáme. Teprve po čase v kľidu poznáme, že nesnese logického rozboru, že dotyčný nepřesvědčil nás logicky, fakty.

Někteří uznávají jen to poslední za sugesci, tj. v oblasti myšlení sugerované souzení a představování. Jiní, a k těm se řadím i já, zahrnují do působení sugescie i citění a vnímání. Že toto širší pojmání sugescie je správnější, vysvitne z dalšího. Ovšem z hlediska celostního nelze ani dobře navzájem oddělovat jednotlivé funkce duševní, vždyť probíhají vždy současně.

Poměr sugescie k vědomí a její mechanismus

Již *Ziehen* upozornil při sugesci na nedostatek motivující představy. *Vogt* vyzdvihuje při sugesci mocně působící cílovou představu. Podle mnohých, zvláště *E. Bleuler*a, sugescie úzce souvisí s afektivitou. Zúžené vědomí je pro vznik a uplatnění sugescie příznivé.

Srezněvskij rozeznává vědomí *pasivní*, schopné přijímat představy jakéhokoli druhu, a *aktivní individuální*, tvořící já člověka. Poklesem tohoto aktivního vědomí stoupá sugestibilita.

Podle mého názoru nejpríznivější podmínka pro stoupaní sugestibility je, když *endosféra* (podvědomí) vítězí nad *episférou* (to, co je mimo podvědomí).

Bechtěrev a *Dubois* si představují, že sugerovaná představa nejde do vědomí hlavním vchodem, ale plíží se zadními vrátky, aniž se dostane do styku s vůlí a vědomím.

To ovšem nutno opravit v tom smyslu, že se nedostane do styku s vrchními vyššími vrstvami vědomí. S vůlí pak se dostane do styku až při svém působení.

Charvát soudí, že sugesci vzbudí se v mysli představa; po jejímž původu se neptáme a kterou přijímáme za svou. Tím se liší od rozkazu, sdělení a poučení.

Ani to věc zcela nevystihuje, neboť i rozkaz, sdělení a poučení může být sugestivnější nebo méně sugestivní.

Vojenský rozkaz je jednou provždy vybaven takovým nábojem, že musí být přijímán bez kritiky. Znakem sugestivní akceptace je právě přijímání bez kritiky. Uposlechnutí vojenského rozkazu je vypracováno až na podmíněný reflex.

Při požáru se někdo ujme vedení a ostatní jej poslouchají jen tehdy, působí-li dosti sugestivně.

Sugerovaná představa je imunní proti korigujícím představám. Právě nepromyšlená a nedomyšlená myšlenka, nedostatečné a nehotové soudy, dotknou-li se oblasti citové, tj. získají-li *emoční náboj*, stávají se velmi sugestivními. Mohou vést k autosugesce.

Stejně nehotová, vágní, měnící se představa. Každá představa obsahuje v sobě elementy jiných představ (*Kahane*), montážní představy (*Vondráček*).

Čte-li nebo slyší-li hypochondricky laděný o nějaké nemoci, zjišťuje ji u sebe.

Důležitou úlohu při sugesci hraje *pud napodobovací*, je velmi vhodnou půdou pro sugesci.

Sugesce dává vzniknout s pomocí pudu napodobovacího epigonům a vyznavačům různých sekt a hnutí. Příklady jsou velmi sugestivní, to znali již staří Římané: Verba movent, exempla trahunt.

Napodobovací tendence nábožensky zaniceného středověku byly tak silné, že církev musila vyslovit zásadu: Sancti sunt admirandi, sed non imitandi.

Sugestivní vliv příkladů vede k *psychické infekci*. Vzpomeňme epidemie tanců, sugestivní nakažlivost zívání, napodobování hrdinů a umělců.

Vedle napodobovacího pudu predisposičním momentem pro vznik sugescie je *víra*, o níž dále bude promluveno.

Nutno rozlišovat *sugesci a sugestibilitu*.

Sugestibilita je vlastnost podléhat sugesci. Sugestibilní jsou všichni lidé, někdo více, někdo méně. Sugestibilita je jednak vrozená v určitém stupni, konstituční pro určitý biotyp, jednak získaná, resp. modifikovaná, tj. popřípadě zmenšená vzděláním, životní zkušeností, nebo zvětšená vlivem prostředí, působením osob, situací atd.

Aby vznikla sugesce, je třeba, aby byl: 1. sugestor, ten kdo sugesci uděluje; nemusí to být osoba, může to být i situace; 2. sugerendus, ten kterému se sugesce uděluje, tedy jedinec, nebo mnoho jedinců, dav; 3. sugerendum, to co se uděluje. Může to být ovlivnění vnímání, takže vnímané se jeví pod vlivem sugescie jinak, emoce, soud, představa, popř. v takové formě, že je rozkazem a vede ihned ke konání nebo jednání.

Opakem nebo selháním sugescie je repudiace.

Repudiace je termín *Straussův*. Je to kontrární pól sugescie. Subjekt místo aby přijímal, nedává si „subgerere“ ani soud, ani představu, ani náladu, ani modifikované vnímání, ani rozkaz. Vzniká odpor proti sugestoru i proti sugerovanému i motivům. Repudiace je stejně nekritická jako sugesce. Osoba zamítá soud, domnívající se popřípadě, že z věcných důvodů, a zatím děje se to stejně nekriticky jako přijímání u sugescie.

S repudiací se setkáváme např. u dětí při výchově, které odmítají výchovné působení, popř. jednají právě opačně.

Bostroem nepovažuje negativismus za repudiaci. Podle něho jen v určitých případech, ne dosti vyjasněných, mohlo by dojít k záměně obojího. Poukazuje k tomu, že negativismus je čistě motorický. Je otázka, činí-li tak právem. Kdybychom považovali katalepsii a povelový automatismus, které jsou také motorické, za sugesci, jak to činí mnoho autorů, museli bychom i negativismus považovat za repudiaci.

Příkladů repudiace nalezneme hojně v denním životě. Zamítáme např. vše, co vychází od osoby nesympatické, od našeho nepřítele.

Sugesce můžeme rozdělit takto:

I. Sugescie pozitivní:

1. udělená jiným, heterosugesce:

a) individuální, směřující k jednotlivci,

b) plurální, směřující k davu;

2. vzniklá v nás, autosugesce.

II. Sugescie negativní, tj. repudiace:

1. vzniklá působením jiného, heterorepudiace:

a) individuální, v jednotlivci,

b) plurální, v davu;

2. vzniklá v nás, autorepudiace.

Podle oblasti převážně postižené:

I. psychická: 1. sugescie sensorická, postiženo vnímání, 2. noetická, postiženo myšlení, 3. emoční, postiženo cítění, 4. ergická, postiženo konání, tudíž i chtění, 5. bulická, postiženo jen chtění.

II. somatická: postiženy pochody tělesné.

Myslitelné bylo by ještě rozdělení třetí:

Sugesce udělená 1. osobou a) cizí, aa) vědomě, bb) nevědomě, b) vlastní, 2. situací.

Heterosugesce mohou tedy vzniknout působením situace a prostředí, nebo osobou, přičemž někdy osoba úmyslně sugeruje, např. lékař provádějící psychoterapii, nebo dochází k sugesci bez vědomí sugestora. Na děti velmi působí chování, konání a mluvení dospělých. Nutno se proto před dětmi vystříhat všeho, z čeho by u nich mohla vzniknout neúmyslná sugescie.

Heterosugesce davová. Dav je *emergenta*. Davem rozumíme shromáždění řady lidí, víceméně náhodné, nikterak neorganisedované. Davem není divise vojska se svým přesným členěním a dokonalou organizací. Ale i v tak členěných útvech vyskytuje se davová složka. Čím organizovanější je útvar, tím méně. Ovšem za určitých okolností rozvolňujících tuto organizaci, za nespokojenosti, hladu, únavy, vystupuje

více do popředí. Dav se nemůže sám vést, neboť tendence jednotlivců se navzájem kříží, popř. úplně interferují. I zvířata žijící ve stádě mají svého vedoucího. Přitom vědomí být součástí masy dodává síly. Autokritika v davu klesá. Neuspořádané tendence, potenciální síla čekají jen na své usměrnění. To se stane, když je hozena vhodná idea, jako nasycenému roztoku, je-li do něho vhozen krystalek rozpuštěné hmoty. Tendence vykrystaluje. *Le Bon* poukázal na to, že v mase se akumuluje hloupost, ne moudrost. Masa podléhá mnohem spíše katathymnímu soudu než logickému. Masa je mnohem sugestivnější než jednotlivec. V davu nastává fylogenetický i ontogenetický zvrát. Dav se stává primitivním a infantilním. Jedinec dostává díl emergenty kolektivní duše. Již ve dvou je psychologie jiná, tím spíše v množství. Jinak se chová člověk, mluvíme-li s ním samotným na neutrální půdě, jinak v jeho rodině.

Autosugesce. U autosugesce splývá sugestor se sugerendem v jedné osobě. Autosugesce tedy nastává bez zásahu druhé osoby, alespoň bez direktního zásahu. Vynoří se představa nebo soud, který působí jako navoďený. Je to pravidelně soud katathymní, vzniklý z katathymního myšlení (*Janota*). Právě proto, že jde o soud katathymní, je autosugesce často houževnatější než heterosugesce.

Někdo slyší ve společnosti od lékaře, že tetanus vzniká po poranění a že časnou známkou je trismus. Z nějaké příčiny, vlivem nevinné afekce pocítí určité napětí ve žvýkacím svalstvu. Náhle si vzpomene na slyšené. V tom okamžiku vznikne autosugesce tetanu se všemi důsledky.

Janota definuje také autosugesce jako nekritickou přesvědčenost. Nekritická přesvědčenost může ovšem vzniknout i heterogenně.

Sugesce sensorická je taková, která ovlivňuje hlavně naše smysly, takže vnímání je změněno buď ve smyslu pozitivním, nebo negativním, nebo kvalitativně, to jest vnímáme, resp. domníváme se, že vnímáme, co neexistuje, nebo nevnímáme co existuje, nebo vnímáme jinak, odlišně, máme indukované iluze.

Krásným dokladem jsou fakirské kousky. Známý, často citovaný příklad: Fakir vyhodí provaz do výše, ten tam uvízne, po provaze se vyšplhá chlapec, za ním fakir, fakir nahoře uřízne chlapci hlavu, hodí ji dolů atd. Všichni účastníci představení to vidí, zatímco fotografickým aparátem lze zjistit, že fakir i chlapec sedí na zemi a provaz leží u jejich nohou.

Ustrašený za noční chůze lesem vidí za každým stromem schovaného lupiče atd.

Sugesce noetická změní naše myšlení a ovlivní naše soudy. Sugestivní řečník nás přesvědčí, že ten a ten je nepoctivý. Láska mateřská provede repudiaci doloženého obvinění syna. Objevitel nějaké teorie

je do té míry v jejím zajetí, že jeho myšlení a výklad je touto teorií úplně ovlivněn.

Thymický vliv je zdrojem autosugesce.

Sugesce emoční působí *psychickou infekci* strachu, zlosti atd. Na pohřbech pláče i nezúčastnění. Prvním smíchem v hledišti je veselohra zachráněna.

Sugesce *bulická* dá se dosti těžko oddělit od *ergické*. Pouliční prodavač svým výkladem a provoláváním působí u lidí vůli ke kupování, koupěchtivost a skutečné konání — kupování. Důstojník v čele svého oddílu určitým chováním, křikem tradičního hurá apod. vznítí ve svém oddílu vůli k boji, bojechtivost, která vede ke konání, to jest k boji samému.

Sugesce *somatická*. Sugestivně lze působit i na projevy tělesné, zvláště exkretorické, sekretorické, ale i jiné. Tekoucí voda z vodovodu vyvolá nutkání mikčnít, hovor o jídle chuť na toto jídlo. Krásným dokladem je případ hematomu uvuly, který bude dále vyličen, a sugestivní smrt, o níž rovněž bude řeč.

Prostředky k buzení sugesce jsou různé. Jejich vhodnost záleží na osobě, již má být sugerováno, a na obsahu sugerovaného. Řečník snažící se získat lidi pro svůj účel si musí počínat jinak na táboru lidu a jinak v intimním kroužku intelektuálů. Nevystihne-li to správně, docílí praveho opaku — repudie.

Nejúčinnějším prostředkem je mluvené slovo provázené modulací hlasovou a příslušnými gesty a mimikou.

Slovo psané postrádá tyto možnosti, a proto musí být věnována mnohem větší péče obsahu, aby působilo sugestivně. Ale ani ono není prosto jiných prostředků. V novinách je to výrazné umístění, velikost tisku atd. Jinak působí zpráva tučně vytištěná, umístěná v čele listu, jinak zpráva vytištěná drobným tiskem na třetí straně.

Scéna pro sugesci musí být dobře připravena, musí působit ve smyslu nálady, kterou sugesor potřebuje. Svádějící donchuán užije ve své garsoniére intimního osvětlení červeného nebo žlutého, nikdy zeleného nebo modrého. Čaroděj primitivů se k obřadům oblékne a vezme si děsivé masky.

Nejsugestivnějším prostředkem je ovšem příklad. Verba movent, exempla trahunt, ať již je to placený klakér, anebo člověk přesvědčený a zanícený.

Příklady sugesce:

Autosugesce jednotlivce: Typickým příkladem účelného užití autosugesce je probuzení v určitou předem stanovenou hodinu. Tabu, které je získáno heterosugestivně, vykonává pak hrubý sugestivní vliv na subjekt, ježž můžeme označit za autosugestivní v některých pří-

padech, např. u sexuální repudiace ascendentů, descendentů a sourozenců. Vyskytuje se psychická impotence muže, která se dostavila po náhodném selhání potence. Mnoho lidí má svůj osvědčený prostředek, kterým s úspěchem léčí řadu svých obtíží. Naopak zaujetí proti léku je stejně časté. Viděl jsem pacientku, která prohlásila, že každý lék jí škodí. Předepsal jsem jí sacharum 0,3. Opět hlásila stereotypně, že jí lék působil řadu obtíží, takže jej nemohla dále užívat.

Držíme-li v ruce nit improvisovaného kyvadla a přejeme-li si, aby kyvadlo kývalo určitým směrem, za chvíli začne tím směrem kývat. Propůjčili jsme mu nepozorovatelnými pohyby směr.

Po prkně na zemi snadno přejdeme, nikoli po témže prkně umístěném jako lávka 1 m nad zemí. Vzniká v nás myšlenka, že bychom mohli spadnout, sugesce nebezpečí, která blokuje naše pohyby. Patří sem autosugesce hypochondrů. *Heveroch* byl v mladých letech jednou v noci narychlo povolán ke známému medikovi, který bědoval, že mu praskla břišní aorta.

Patří sem obtíže účelových neurotiků a autosugestivní (primárně po nevhodné četbě bezcenných popularisačních spisů heterosugestivní) obtíže bývalých onanistů.

Někdy je těžko rozhodnout mezi autosugescí a heterosugescí. Je tomu tak u osob enormně sugestibilních, s pozorností introvertovanou na vlastní tělo. Myslím, že u této supersugestibility můžeme mluvit o *zvýšené autosugestibilní pohotovosti*. Jde o individua, jímž stačí číst v novinách o smrti chorobou, na niž jsou zaostřeni, nebo o této chorobě, aby se domnívali, že jsou touto chorobou stíženi, neboť je vyvolán kvantitativně zcela nepatrnými podněty, které pro všechny ostatní jsou bez jakýchkoli sugestivních konsekvencí.

Patří sem obtíže účelových neurotiků a autosugestivní (primárně, aby se nezačervenal, snaží se začervenání potlačit, zamítá začervenání a vše, co k tomu vede, a zatím se červená stále více a více.

U některých se dostavuje nutkání k mikci a defekaci právě v nevhodnější době, jde také o repudiaci s paradoxním účinkem.

Paradoxní repudiací vedle výše zmíněných dvou příkladů je obsese rouhavých myšlenek, zvláště v kostele a při modlitbě, dále neobrátlost a rozbití zvláště choulostivých předmětů, při nichž subjekt manipulující např. drahým porcelánovým přiborem si říká: Musím dát pozor! Jen abych to nerozbil! Tím si blokuje pohyby, automaticky stanou se vědomými, to jest přestanou být automaticky, fungují hůře a tím spíše přibor rozbije. Trémování, tréma je důsledek autosugesce, heterosugesce nebo obojího. Tréma, která se stupňuje na jevišti nebo při zkoušce, je autosugestivní a heterosugestivní. Tréma, která na jevišti a při zkoušce přestane, je jen autosugestivní. Výkonem nastane taková absorpce pozornosti, že pro trému není místa.

Heterosugesce jednotlivce

1. Vlivem situace. Pouštění vody z vodovodu vyvolává sugestivně nutkání k mikci. V cizím místě, na cestě dostavuje se zácpa, poněvadž chybí defekačně sugestivní domácí prostředí. Patří sem svědění, které se dostaví, když se začne někdo ze společnosti drbat, zívání, když někdo v okolí zívá.

Kam až může vést heterosugesce padlá na vhodnou půdu a vyvolávající ještě autosugestivní momenty, toho pěkným dokladem je příklad hematomu čípku.

Bláha a Petráň (3) publikovali případ 30leté ženy, která navštívila představení v biografu, kde se promítala kreslená groteska „Palečkovy příhody“. Paleček se octl v seně, přiběhla koza a se senem by byla požřela i Palečka. Na celé ploše plátna se objevil obraz kozí tlamy s čípkem, kterého se Paleček křečovitě držel, aby ho koza nespolkla. Tento výjev působil na pacientku nepříjemně, takže se chvíli ani na plátno nedívala. Za týden při svačině chtěla vyprávět manželovi obsah filmu. Představila si obraz kozí tlamy s čípkem, kterého se Paleček držel. Pomyslí si, jak by bylo nepříjemné, kdyby se jí něco podobného stalo. Náhle pozorovala při polknutí pocit překážky v krku. Zprvu soudila, že jde o zbytek jídla, a požádala manžela, aby se jí podíval do krku. Ten zpozoroval krvavě červený čípek. Čípek rychle zduřoval, až nabyl velikosti temně rudé třešně. Šlo o hematoma na přední straně čípku. Druhý den se počal hematom resorbovat.

Z toho je patrné, že sugesce lze naopak dobře využít i terapeuticky.

Vzpomínám paradoxního případu, jehož jsem byl svědkem. Když se po první světové válce u nás zaváděl pneumothorax, Lubojacký demonstroval na Syllabově klinice použití svého přístroje. K demonstraci byla použita tuberkulosní žena. Lubojacký provedl náplň. Když jsem se pak ženy tázal, jak se jí dýchá, odpověděla, že se jí dýchá mnohem lépe. Zde nebylo nic sugerováno.

2. Vlivem osob.

a) Chtěná, úmyslná.

Individuální heterosugesce otvírá se v terapii ohromné pole, které zpravidla nebývá ani náležitě využito. Je známo, že obtíže pomíjejí při vstupu do ordinace. Jistě každý zaměstnanější praktik má v anamnése několik zázračných uzdravení. Sám vyléčil několik pithiatických afonií laryngoskopickým zrcátkem a různé nervové pithiatické projevy hypokineticke a hyperkineticke faradickým štětcem.

U nás působilo několik zázračných lékařů bez diplomu.

Patří sem část psychoterapie, zvláště persuaše a couéismus. Je škoda nevyužít sugesce a nepočet lék s dostatečným sugestivním nábojem.

Zajímavé duševní stavy pozorujeme v rodinách, kde se vyskytne

(3) *Bláha a Petráň*: ČLČ 1942, 97.

duševně nemocný. Trvá velmi dlouho, než rodina vezme na vědomí, že jde o duševní chorobu. To je značná refrakternost proti akceptování skutečnosti. Někdy k tomu však přistoupí taková sugestibilita pro projevy nemocného, že se vyvine *indukovaná psychosa*. Známé v tomto směru jsou folie à deux u sourozenců a manželů. Ne-li úplně, tedy alespoň částečně podléhají manželky bludům manželů kverulantů.

Patří sem zmíněné již produkce fakirů a eskamotérů. U posledních je pozornost sugestivně odvrácena k něčemu jinému, např. eskamotér vystřelí, obecnostvo sleduje jeho přípravu k výstřelu, mírně se i děsí této přípravy a mezitím se provádějí na scéně potřebné změny nebo výměna předmětů.

Zvláštní kapitolu tvoří sugesce smrti. Mohli bychom ji nazvat *thanatobolie* (*thanatos* = smrt, *balo* = házím).

Že se *thanatobolie* může vyskytnout, toho dokladem je příklad, který byl pozorován na I. interní klinice. Za sdělení vděčím kolegovi Vladimíru Jedličkovi.

Šlo o tento případ: Poslal jsem na kliniku nemocnou krevní chorobou. Tam byla zjištěna celkem benigní trombopenie. Pacientka byla uložena na lůžko vedle lůžka ženy s těžkou lipidní nefrosou. Mezi oběma vznikla antipatie, vyvinulo se zřejmé nepřátelství a docházelo k hádkám. Jednou žena s lipidní nefrosou, jejíž stav se stále horšil a která si byla vědoma blížícího se konce, slavnostně prohlásila: „Já vím, že musím umřít, ale já si pro vás za 24 hodin přijdu.“ Jednoho dne po poledni zemřela. Pacientka s trombopenií byla pak velmi neklidná a úzkostná. Druhý den po poledni vykřikla: „Ježíšmarjá, už si pro mne jde!“ Zakrátko zemřela. Pitvou byl zjištěn cerebrální hematom. O pravém stavu věci se dověděl lékař až po tomto exitu, takže nebylo možno izolací obou neblahému výsledku zabránit.

b) Nechtěná, neúmyslná.

Sugestor zde nepůsobí volně, nýbrž jako situace. Síla jeho osobnosti má vliv na jiné.

Sem patří napodobování slavných osob. To se vyskytuje hlavně mezi mládeží okolo puberty, ale podléhají mu i dospělí. Nosí se úprava vlasů, vousů, šatů podle význačné osoby. Filmové hvězdy udávají účesy. Při vyprávění ve společnosti se stane, že vypravující mimovolně upadá do způsobu jiného, předtím mluvícího vypravěče.

Též mimovolné napodobování učitele je časté. U nás ještě mnoho let po Pavlíkové smrti se někteří přednostové klinik snažili napodobovat jeho grandseigneurství, ale bohužel zároveň i jeho způsob styku s podřízenými. Po vydání Goethova „*Werthers Leiden*“ vypukla pravá epidemie sebevražd mladistvých. *Wertherismus* se rozšířil.

Příklad zařazuji do této skupiny, neboť jde o sugesci řady jednotlivců indukovanou spisem, tedy působením sugestora jednotlivce na sugerenda jednotlivce. Podpurným momentem byly pak ovšem ještě sebevraždy jiných, již podlehnulších sugesci spisu.

Heterosugesce davu

Sem patří středověcí mrskači, dětská křížácká výprava, hromadná posedlost ženských klášterů, epidemie tanců, skupiny čarodějnic. V Rusku se ještě v r. 1896 dalo 30 osob za živa pohřbit. Stačí, když někdo v návalu vykřikne hoří, a dochází k panice, aniž jednotlivci zkoumají, zda je to pravda, zda hrozí skutečné nebezpečí. Drobné hříčky, úsloví, hry atd. se lavinovitě rozšíří, aby po určité době nedlouhého života zase zanikly. Móda a reklama jsou jevy davové heterosugesce.

Heterosugesce je prokázána mnoha zajímavými experimenty. Jeden provedl Slosson.(4)

Přinesl do posluchárny láhev s destilovanou vodou, pečlivě zabalenou do vaty, a postavil ji opatrně do krabice. Provedl několik jiných experimentů. Pak vzal láhev a oznámil posluchačům, že chce učinit pokus o šíření se zápachu. Vyzval posluchače, jakmile někdo ucítí pach, aby zvedl ruku. Nalil z láhve na vatou trochu vody. Při tom držel láhev daleko od těla a odvracel hlavu, jako by tekutina silně páchla. Spustil kontrolní hodiny. Přitom poznamenal, že doufá, že žádnému z posluchačů nebude tento zvláštní zápach nikterak nepříjemný. Během 15 sekund „rozšířil se zápach“ po celé posluchárně a $\frac{3}{4}$ posluchačů oznámilo, že cítí zápach. Patrně by byli všichni podlehlí sugesci, ale za minutu musil pokus přerušit, neboť někteří z prvé lavice jevíli známky nevolnosti a chystali se odejít.

Podobný pokus provedl Seashore.(5)

Na konci velmi tmavého koridoru zavěsil perlu. Pokusné osoby postupovaly koridorem a měly udat, kdy po prvé postřehly známky lesku perly. Pak byla perla odstraněna a $\frac{2}{3}$ pokusných osob udávaly, jako by ji viděly.

Římané znali změnu psýché davu a říkali: Senatores boni viri, senatus mala bestia.

Le Bon řekl, že rozhodnutí shromáždění vynikajících, ale různorodých mužů neliší se příliš od shromáždění hlupáků.

Friedrich Veliký řekl jednou d'Alembertovi, že jen jednou v životě shromáždil válečnou radu velmi rozumných mužů, ale když slyšel pronášené hlouposti, zařekl se, že tak víckrát neučiní.

Bismarck se pozastavil nad tím, jaké sprostoty je schopen člověk říci z řečnické tribuny před shromážděním svému důstojnému protivníkovi. ačkoli jinak v soukromém životě by se iich nikdy neodvážil. Při hromadném stravování stačí, když někdo něco jídla vytkne, a ostatní přestanou jíst a revoltují. třebaže jim jídlo chutnalo.

Ve Wildenspuchu v curyšském kantonu se mezi 12. a 15. březnem

(4) Cit. podle Bumkeho: Gedanken über die Seele. Cit. podle Hilgera.

(5) Cit. Bumke: Tamtéž. Cit. podle Jasperse, Z. Neurol. 4, s. 5.

1823 odehrála tato hrůzná hromadná sugesce deseti lidí, otce, dětí a služebnictva. Sugestorem byla dcera Markéta.

Několik dnů trval boj Markéty se satanem; konaly se modlitby, rozbití předmětů a vzájemné týrání, což vyvrcholilo posledního dne. Poslední den shromáždila Markéta všechny ve svém pokoji a zvěstovala, že musí téci krev, aby mnoho duší bylo zachráněno, především duše jejího bratra Kašpara. Rozkázala tlouci se pěstmi do čela a do prsou. Dala přivést bratra Kašpara blíže k sobě a promluvila k němu: „Vidíš, Kašpare, zlý nepřítel chce tvou duši.“ Přitom ho udeřila železným nástrojem do prsou a do hlavy, volajíc: „Odejdi, satane!“

Bratr Kašpar, ač zbrocen krví, vše bez odporu snesl. Markéta volala, že ďábel vystřkuje rohy hlavou a prsy Kašparovými. Ostatní to viděli s ní.

Pak se obrátila k své sestře Alžbětě. Ta prohlásila, že je ochotna pro spásu Kašparovu zemřít. Hned nato ji Markéta udeřila do hlavy. Pak přišli na řadu Uršula Kündigová a Jan Moser, které několikrát udeřila do hlavy dřevěnou palicí a při tom je těšila, že po ranách nezemrou, ale že budou žít. Oni se z toho velmi radovali, že jsou hodni pro Ježíše Krista tyto bolesti vytrpět.

Touto krví se však Markéta nespokojila a pravila, že k záchraně duší jí musí vytéci mnohem více. Všichni byli ochotni zemřít, ale Markéta jim sdělila, že oni nemusí, že však musí zemřít její sestra Alžběta. Alžběta s tím souhlasila. Sama se několikrát udeřila palicí do hlavy, položila se napříč lůžka a prosila, aby jí zabili. Markéta ji tloukla kladivem do hlavy a vybídla Uršulu Kündigovou, aby Alžbětu dobila. Uršula Kündigová se však zdráhala. Markéta ji ujistila, že sestru třetí den vzkřísí. Bůh to žádá. Po tomto ujistění vzala Kündigová železný kyj a Alžbětu utloukla. Alžběta při tom promluvila: „Dávám život za Krista“, a neprojevovala žádnou bolest. Utlučením Alžběty se zúčastnili ještě dva jiní přítomní.

Markéta seděla vedle své umírající sestry na těžké posteli a bila se do levé poloviny hlavy železnou tyčí, volajíc, že musí téci ještě více krve. Žádala Kündigovou, aby jí také tloukla železem do hlavy. Ta zprvu odmítala, potom však svolila. Načež došlo k vrcholné scéně. Markéta poručila, aby jí nožem udělali řez na čele a kruhový řez na krku. Při tomto týrání volala: „Bůh posiluj tvou ruku!“ Pak nařídila, aby byla ukřižována. Způsob ukřižování si sama dirigovala. Při tomto strašlivém mučení nedávala najevo ani stín bolesti a promlouvala k ostatním: „Bůh posiluj tvé rámě. Necítím žádnou bolest.“ Její tělo bylo pokryto ranami. Po nějaké době požádala, aby jí byla roztržena hlava, což Kündigová s Moserem společně provedli.

Po skončení všeho si Kündigová uvědomila, že dělala něco, co neměla, ale později ve vězení byla jako ostatní přesvědčena, že konala svou povinnost, že byla nástrojem, který zachránil řadu duší.

Myslím, že tohoto případu, který je znám ze soudních akt, použil *Hans Heinz Evers* ve svém románu *Učeň čarodějův*.

Psychická infekce je název pro ne zcela přesně ohraničenou skupinu heterosugescí. Kdybychom chtěli být přesní ve výkladu, počítali bychom sem jen případy heterosugesce neúmyslné, tj. takové, kde sugestor nemá v úmyslu druhému něco vsugerovat. Tedy např. psychickou infekci zívání, drbání, kašláním, zvracením, jaké je časté na lodi, dět-

ských nezpůsobů, choreatických pohybů, dále psychickou infekci veselé a smutné nálady. Jsou známi lidé, kteří nakazí všechny svou veselostí, a zase „otravové“, kteří „otraví“ celou společnost. Dále bychom sem počítali dětskou onanii, pokud je odpozorována, nikoli navedena, tedy imitování, ne svedení.

Někteří sem počítají i indukované psychosy. Kverulant, parafrenik i jiní psychotici se však snaží své okolí přesvědčit o reálnosti svých bludů a halucinací. Působí tu tedy volní heterosugesce a nejde vlastně o pouhou psychickou infekci.

Někdy bychom mohli být na rozpacích, ovšem jen u člověka, co označit jako podмінěný reflex a co jako sugesci.

Lehkověrnost je lehká a snadná sugestibilita. Nepoškozuje hlouběji osobnost, lze ji však považovat za infantilní projev. Vyskytuje se ovšem i u stavů vysloveně patologických, u oligofrenií a demencií.

Nadměrná sugestibilita zužuje vědomí, blokuje vůli a alteruje osobnost.

U sugestibility musíme rozeznávat zejména dva momenty, totiž jak snadno subjekt sugesci přijímá — *resistenci proti sugesci*, a jak dlouho subjekt sugesci podržuje — *adhesivnost sugesci*.

Jsou biotypy málo resistantní s velkou adhesivností, málo resistantní s malou adhesivností, velmi resistantní s velkou adhesivností, velmi resistantní s malou adhesivností. První je nejsugestibilnější, poslední nejméně sugestibilní.

Můžeme mluvit o sugestibilitě konstituční a sugestibilitě kondiční.

Konstitučně sugestibilní jsou ženy, hyperthymikové, oligofrenikové, infantilové, někteří hysterici. Kondičně sugestibilní jsou děti, zvláště do 12 let. Mládí je rozhodně sugestibilnější než zralý věk. Staří lidé ne vždy; někdy se u nich naopak jeví zvýšená repudiace, jindy velká odolnost proti sugesci, ale nejen proti sugesci, nýbrž i proti logickému rozboru — stařecká paličatost. Sugestivní jsou ne dosti civilisované kmeny, primitivové, méně vzdělaní, lidé s malou životní zkušeností, nemající následkem toho zkušenostně vypěstovanou kritiku.

Momenty stupňující sugestibilitu:

1. Zvláštní úloha zde připadá *víře*. Podstatnou částí noetické heterosugesce i autosugesce je víra. Sugescí vzniká víra a víra podporuje vznik sugesci. Víra vyřazuje kritiku, proto ve všech náboženstvích se žádá hlavně víra. *Luther* praví: „Pecca, fortiter pecca, tamen crede.“

Víra sama o sobě znamená, že není jistoty. Kde je jistota, není třeba víry. Nevěřím, že dvě a dvě jsou čtyři, já to vím, jsem o tom přesvědčen. Člověk náboženský však věří, že bude spasen, ačkoli to neví.

Víra je důsledek sugesci nebo autosugesce. Je to také důsledek přá-

ni, je tedy katathymní. Dobrým zprávám se spíše věří než špatným.

Víra je subjektivní považování za pravdu něčeho, čemu dostatečné objektivní odůvodnění chybí. Autoritativní víra se opírá o skutečné nebo domnělé autority, rozumová víra o skutečný nebo domnělý rozum. I Kant ukazuje na to, že oblastí víry zůstává budoucnost a ideál, kdežto minulost a přítomnost patří vědě a jejím hypothesám.

Schiller napsal: „Větší část lidstva je bojem a bídou příliš vyčerpaná a unavena, než aby chtěla podstoupit nový a těžší boj s omylem. Je spokojena, když je ušetřena obtížné námahy myšlení. Dává se a své pojmy ráda ovládat jiným a s žízňivou vírou sahá po formulích, které stát a kněží mají pro ni připraveny.“ Scudím, že víra je emoce, která je dána vůlí. Bez vůle není víry. Věřím, jen chci-li věřit, nechci-li, nevěřím.

2. Klesání soudnosti z jakékoli příčiny. Dostavuje se přirozeně hlavně emocí, zlostí, ale i citem, láskou atd.

3. Změna pozornosti. Pozornost málo vigilní, viskosní, fixovaná určitým směrem, od daného směru ovlivňovaného sugescí odvrácená, nebo naopak očekáváním napjatá pozornost způsobuje sugestivní špatnou interpretaci nastalých jevů.

4. Dominantní a ovládací představa nebo idea.

5. Náhlé proniknutí soudu nebo představy delší dobu připravované (podezření, žárlivost).

6. Ospalost.

7. Únava tělesná a zvláště duševní.

8. Intoxikace například hypnotiky, intoxikace alkoholová. Intoxikace farmakem je využito psychoterapeuticky.

9. Nemoc tělesná a duševní.

10. Rekonvalescence, celkové oslabení organismu.

11. Afekt sám, zvláště strach.

12. Očekávání mění objektivní skutečnost.

13. Panika.

14. Vnější okolnosti, vzhled sugestora. Vysoká postava, vous, nápadný vzhled, srostlé obočí, obleky a masky kouzelníků primitivů, instrumentarium čarodějnic a zejména osvětlení a hudba.

15. Společnost, dav.

16. Tempo rychlé nebo příliš pomalé.

Momenty sugestibilitu snižující:

Málo sugestibilní jsou muži zralého věku, vysokého intelektu, bystré inteligence, velikých vědomostí a životních zkušeností. Sugesci dobře vzdorujeme v dobré pohodě duševní a tělesné, při průměrném adekvátním tempu, dobré pozornosti, a zvláště uvědomíme-li si, že nesmíme podlehnout sugesci, tedy při zvláště zburcované kritičnosti.

Stavy sugestibilní chorobné:

Patří sem katalepsie, flexibilitas cerea, automacie povelová, echolalie, echopraxie, negativismus. Jde ovšem jen o parciální sugesci. Kromě konstituční sugestibility oligofreniků, o nichž jsme se zmínili, patří sem sugestibilita dementních (arteriosklerotiků, senilně dementních, paralytiků, alkoholiků, intoxikovaných). Tito nemocní snadno provedou pod lehkou sugescí nežádoucí čin, jež se pak stane předmětem soudního jednání.

Při zkoumání duševní zdatnosti toho, kdo činil poslední pořízen, nutno přihlížet i k jeho sugestibilitě, tj. zejména k tomu, zda se jeho vůle vyjádřená v posledním pořízen podstatně neodchyluje od jeho životní linie a jeho dřívějších tendencí.

Hysterie, ať již psychopatie hysterická na jedné straně, nebo přechodná hysterisace na straně druhé, jsou svým způsobem velmi sugestibilní. Proto francouzští autoři navrhli název pithiatismus, to je stav, který lze odstranit přemlouváním.

Při deliriu tremens a u alkoholových psychos nacházíme někdy sugerovatelné halucinace. Ty se mohou objevit i u jiných intoxikací.

Někdy naopak u psychos, u nichž by povrchní pozorovatel očekával možnost snadného nasugerování, setkáváme se s dobrou kritikou a resistencí. Melancholikové, kteří prohlašují, že budou popraveni, že jejich děti podřezané leží na zahradě, nedají si totéž nasugerovat. Např. matka tvrdí, že již ztratila děti, že jsou zabitě, že leží venku před ústavem, a když s ní lékař souhlasí — ano, viděl tam zabitě děti, jsou to její — ohradí se, že to není pravda.

Uplatnění sugescie je mnohonásobné.

Móda je velmi sugestivní. Dovede prosadit i nejbizarnější tvary, které se nám na počátku zdají nepříjemné, ale po čase naopak docela přirozené, a dřívější formy, které jsme považovali za vhodné, zdají se směšné a nemožné. Stačí listovat v rodinném albu nebo v starém obrázkovém časopisu. Komický dojem vzbuzují zvláště módy některých období, ty, které jsou formou od právě akceptované módy nejvzdálenější.

Reklama je heterosugescie situační i osobní.

Sugesci pracuje i propaganda i tisk.

Drezúra zvířat je vlastně podrobení zvířete sugesci krotitele, používá i podmíněných reflexů.

Učení někoho se neobejde bez sugescí, úplně bez sugescie si je ani nelze představit.

Výslech, má-li někoho usvědčit z věci, o níž je jisto, že ji spáchal, může být sugestivní. Výslech svědků, hledající objektivní pravdu, nesmí být sugestivní, stejně jako nesmí být sugestivní anamnesa. Podle

toho je nutno volit otázku. Máme otázky různého stupně sugestibility (Kretschmer(6)).

1. Povídejte, proč jste ke mě přišel?
2. Máte bolesti, nebo nemáte žádné?
3. Máte bolesti?
4. Zajisté, že máte bolesti?

První je úplně bez sugesce. Druhá je alternativní, třetí pasivně sugestivní, čtvrtá aktivně sugestivní. Nejvýhodnější a časově nejúspornější pro anamnesu jsou otázky alternativní, pokud možno s mnoha alternativami. Většina lidí není schopna udat správnou anamnesu, a necháme-li je povídat, úplně odbočí.

Poslední dvě otázky příliš svádějí pacienta — buď z pohodlnosti, nebo aby se zavděčil — ke kladné odpovědi.

Teď pro první orientaci a u zvláště inteligentních pacientů můžeme užít otázky první, jinak hlavně užíváme otázky druhé, otázce třetí se raději vyhýbáme, otázky čtvrté používáme k odhalení simulace a agravace. Stejně ovšem můžeme někdy použít otázky třetí. U posudků, nemůžeme-li z vyšetřovaného dostat anamnesu, je radno při použití třetí otázky poznamenat, že výslovně dotazován udal závratí, bolesti hlavy atd.

Ucházení se o něco, zvláště o přízeň žen, je řetězem volních heterosugescí. Úspěch donchuánů záleží v jejich sugestivnosti.

Psychoterapie je určitou doménou sugesce pro lékaře. První podmínkou je navázání vhodného raportu. Bylo by chybou, kdyby lékař v terapii nevyužil sugesce. Ovšem musí se tak stát obratně, aby se vyvaroval směšností a repudiace. Dnešní psychoterapie má tolik metod, že nelze zacházet do podrobností. Autogenní trénink je hodně autosugestivní, jen formy individuální psychoterapie a zvláště skupinové jsou poměrně málo sugestivní.

Při každé ordinaci je zbytečným nevyužitím terapeutické možnosti, nepodáme-li pacientovi lék se současným sugestivním nábojem.

(6) Kretschmer, E.: Medizinische Psychologie. Leipzig, G. Thieme, 1922.

NĚKOLIK POZNÁMEK K PROBLÉMU CHTĚNÍ A VŮLE

(1944)

Příčinou motorických projevů zvířecích organismů jsou taxy, reflexy a pudy. U člověka, u něhož se s vývinem předního mozku vyvinulo myšlení, vyvinulo se i chtění, které přistoupilo k předchozím.

Intelekt a inteligence nejsou vždy pudům nadřazené, nýbrž někdy jsou ve službě pudů. Stejně chtění. Chytá-li vlašťovka hmyz nebo jde-li slečna k cukráři pro cukroví, obojí je konání pudové, stejně jako zpěv kosa v křoví.

Existenci chtění jakožto nesprávný aspekt nebo chybnou konstrukci a interpretaci celé školy popírají, kdežto jiné na ní pevně stavějí. Soudím, že v lékařské psychologii se zatím bez pojmu chtění a vůle obejít nemůžeme.

Chtění je nepřístupné introspekci jak simultánní, tak vzpomínkové.

V psychologii je možno slova chtít správně použít jen tam, kde dosažení objektu závisí na subjektu. Nelze tedy říci „chci, aby přišlo“, ale lze říci „chci dokončit práci“.

Chtění je jen pozitivní. Řeknu-li nechci, má toto slovo filologicky dvojí význam: 1. nevyvíjím chtění, dotyčná věc není objektem mého chtění; 2. vyvíjím chtění ve smyslu záporném, bráním se něčemu. Psychologicky přípustné je jen užití první. Negativní chtění neexistuje. Nechci znamená chci, aby ne. Nechci tam jít znamená chci tam nejít, to jest chci zůstat, kde jsem.

Chtění je činnost *vůle*. Vůle je schopnost chtít.

Definice vůle nacházíme různé. *Wundt*, voluntaristický psycholog, praví: Vůle je afekt, který pudí k činnosti, čímž dochází k uvolnění. Chtění je vědomí vyplněné představami a pocitovým přízvukem týkajícím se věcí budoucích, které pomocí inervace motorických nervů mohou být realizovány. — *Herbart*: Vůle je žádost spojená s předpokladem dosažení žádaného. — *Ziehen*: Když něco chci, je můj psychický obsah proti ostatním psychickým obsahům mně vyznačen, že představá chtěného pohybu, provázená pozitivním pocitovým přízvukem, je obsažena již implicitně nebo explicitně v mém okamžitém pocitování a představách. — *Ach*: Fenomenologický akt, sestávající z pocitu napětí s určitou cílovou představou. — *Mareš*: Chtít znamená vědět o svém cíli nebo účelu, znát prostředky a přičinit se o jeho uskutečnění. Chtít je chtít jednat. Chtění může být jen jednáním uskutečňujícím účel, a to ještě s podmínkou, že toto uskutečnění je možné.

Nemožné nemůže být chtěno. Chtění přestává, jakmile se pozná ne-
možnost uskutečnit chtěné.

Chtění je činné usilování o jasně představený cíl známými pro-
středky. Je určité, rozhodné odhodlání k činnosti. Je pozorné a rozváž-
né, je klidné a tím pevnější proti rozčilenému „snažení“.

Někteří rozeznávají dále působnost vůle vnitřní a vnější. Vnější
působnost vůle se vztahuje na tělesné výkony, zejména pohybu.

Chtění definuji takto: *Chtění je projev, výron, centrifugální funkce
naší osobnosti v určité vrstvě této osobnosti, jednak usměřňující a
regulující duševní dění a jeho projevy, jednak schopný vyvolat proje-
vy našeho těla, uskutečňované zejména pomocí svalstva příčně pru-
hovaného (pohyby), které mají způsobit, aby něco nastalo, nebo naopak
nenastalo.*

Je nutno souhlasit s *Bleulerem*, že je těžké oddělovat chtění od ko-
nání a jednání. Bez chtění není konání ani jednání, ovšem existuje
chtění bez konání. Chtění obsahuje svými *cílovými představami* plán,
návrh pro příští konání a jednání a zároveň impuls k němu, pokud
dochází k realizaci chtění.

Chtění bez realizace své cílové představy, to jest bez konání, je pro
okolí latentní, nezjistitelné, a je manifestní jen pro subjekt, neboť ten
je prožívá*). Chtění je stále přítomno v našem vědomí, stále vzniká,
mění se a zaniká. Duševní mohutnosti — vnímání (lépe řečeno pociťo-
vání), citění, myšlení, chtění a konání — nelze od sebe oddělovat. Činí-
me-li to, děje se tak jen z důvodů didaktických.

Můžeme rozlišovat tyto stránky chtění a vůle: 1. dráždivost, 2. to-
nus, 3. aktivitu, 4. trvání, 5. resistenci.

1. *Dráždivostí* rozumím vlastnost, která určuje, jak intenzivního
podnětu je třeba, aby bylo vzbuzeno chtění. Někdo má dráždivost
malou, jiný větší, jiný velikou. U prvního je třeba velkého podnětu, aby
bylo vzbuzeno chtění. Dráždění se děje vzruchem, který může přijít
z vnějšku, nebo vzruchem z vnitřku, z představy. Mnoho představ má
atribut volní.

Například: nepříjemnost, v níž se subjekt ocitne, musí být dosti ve-
liká, aby se jí chtěl zbavit a z ní uniknout. Lákavost něčeho musí být
značně veliká, aby toho chtěl dosáhnout. Někdo něco vidí, zalíbí se
mu to a již toho chce dosáhnout, hlavně děti.

Utitz se domnívá, že chtění ruší myšlení, nevyčkává náležitého zrá-

(*) Konání je realizované chtění, realizování cílové představy, jevící se
jako motorický projev. Jednání je složitě konání ve větším úseku časovém,
je to řetěz motorických projevů, vycházející z určité vrstvy naší osobnosti,
vzbuzený a dirigovaný naším chtěním za určitým cílem.

ní myšlení. To ovšem nelze říci všeobecně, platí to jedině pro zvýšenou iritabilitu vůle.

2. *Tonus* je vnitřní síla, napětí obsažené ve chtění. Je to jakási potenciální energie ve chtění obsažená, která se tak snadno volními impulsy, jejími to výboji, když nevedou k cíli, nevyčerpá. Někdo chce rozvázat uzel, přehodit provaz přes trám, rozluštit křížovku atd., nedaří se mu to, a on to přece pořád chce učinit, nedá se odstrašit nezdarem. Jeho vůle má dobrý tonus.

Slovo trpělivost etymologicky ukazuje jinam, obsahově sem. Trpělivý člověk musí mít dobrý tonus své vůle.

3. *Aktivita* vůle vede k realizaci chtěného. Někteří lidé si celý svůj život chtějí koupit domek a nikdy tak neučiní, třebaže by jinak mohli; chybí jim dostatečná aktivita vůle, jež by produkovala volní impuls, který by vedl k realizaci.

Někdo plánuje, ale když může už své plány uskutečnit, nic nepodnikne. Chybí mu aktivita vůle, podnikavost.

Poslední projev aktivity a to, co činí aktivitu aktivitou, je produkce volních impulsů, které jsou adekvátním psychickým podnětem psychomotorických center.

4. *Trvání*. Důležitou stránkou chtění je trvání. Chtění trvajícím krátce stačí k jednotlivému konání, ale nestačí k dlouho trvajícím jednáním. Známe lidi, kteří se do něčeho pustí, ale nedokončí to, „utekou od toho“. Jejich chtění nemá dostatečné trvání. Samo bez vnějšího zásahu přestává.

Má-li chtění dostatečný tonus, mívá zpravidla i dostatečné trvání, ale nemusí tak být vždy.

Někdo silně a intenzivně chce něco provést, má dobrý tonus chtění, jeho chtění je aktivní, vysílá volní impulsy, které vedou k realizaci, ale chtění nemusí mít dostatečné trvání.

Někdo se rozhodne pořídit si krásnou zahradu, vynaloží na to značný náklad, zkopec obtížný terén, zahradu pořídí nebo téměř pořídí, jeho chtění ochabne a on nechá zahradu zpustnout.

Lze rozeznávat kontinuální chtění a intermitující chtění, možno říci oscilující chtění, přičemž chtění povoluje na určitých predilekčních místech vyloučení.

5. *Resistence*. Resistencí chtění rozumíme jeho odolnost proti různým vlivům stavějícím se v cestu. Tyto vlivy jsou jednak vnitřní, v subjektu, jednak vnější, mimo subjekt.

Vnitřní vlivy jsou jednak brzdy a zábrany, jednak zapomnění. Brzdy mohou být různého druhu. Censura duševní, afekt strachu apod.

Je možno zapomenout chtít, stejně jako je možno zapomenout myšlenku, vzpomínku nebo představu.

Zapomnění chtění je dvojího druhu, buď subjekt vůbec zapomene

chtít, to jest zapomene, že chtěl jít na návštěvu, do divadla apod., anebo zapomene jen cílovou představu, přičemž vědomí chtění trvá.

Subjekt si chce přinešt knihu ze sousedního pokoje; než dojde do sousedního pokoje, zapomene cílovou představu a říká si: „Co jsem vlastně chtěl?“ Ví, že chtěl, ale neví co. Zůstala mu vzpomínka na chtění, popřípadě chtění trvá, ale bez cílové představy.

Vlivy mimo subjekt jsou překážky stavějící se v cestu jeho konání a jednání, které zpětně působí na chtění. Mnoho lidí se dá odradit překážkami; nejde-li vše hladce, zanechají věci, jejich chtění zanikne, mělo malou resistenci.

U volního aktu rozeznáváme: 1. subjekt, kdo chce, 2. objekt, co chce, 3. kausu, proč chce, 4. modus, jakým způsobem chtěného dosáhnout.

Bostroem rozeznává motivy, které vedou k rozhodnutí, čili k volnímu aktu, z něhož vyplývá volní konání. Podle mého názoru nelze mezi rozhodnutí a volní akt položit rovnítko. Rozhodnutí je jen vytvoření cílové představy, popř. ani to ne. Někdo se rozhodl, že pojedje na dovolenou, ale neví ještě kam; rozhodl se třeba v zimě. Mezi rozhodnutím a volním konáním může uplynout velmi dlouhá doba.

Bezpodmínečným postulátem pro chtění je samozřejmě *subjekt*. *Objekt* nemusí být jasně formulován, mluvíme-li o cílové představě. Někdy chtění nemá cílové představy. Lidé říkají, já bych chtěl a neví co.

Kausa, příčina našeho chtění, může být jedna, nebo je jich několik. Může vycházet z citu i z rozumu. Podle *Wundta* přímé příčiny chtění jsou vždy vnitřní a náleží k všeobecné psychické kauzalitě. Nelze chtít bez motivu, není motivu bez citu. Volní je vždy afektivní. *Wundt* tedy připouští jen citové motivy, jiní i intelektuální.

Někdy je nám motiv chtění znám, někdy se domníváme, že jej známe, zatím však vlastní motiv je endosférický, podvědomý, našemu já neznámý. Někdy jej vůbec neznáme a nedovedeme říci, proč jsme něco chtěli.

Kretschmer mluví o *hypobulických mechanismech*. Není to šťastné pojmenování, ve slově hypobulický cítím tak, jak jsme zvyklí při předložce hypo, že něco je málo intenzivní, kdežto zde naopak bulické je velmi intenzivní, vede k energickým akcím, ovšem ne zcela uvědomělým.

Modus je cesta, po které se subjekt míní ubírat, aby došla splnění cílová představa. Modus si subjekt může představit a pak vzniká *představa způsobová, představa modální*. Tato představa není nutná pro existenci chtění. U některých chtění je nepatrně vyjádřena, u některých komplikovaných jasně vypracována.

Rozeznáváme dvojí chtění: 1. *aktuální, provozní* a 2. *potenciální*.

První vede k aktům, které bych nazval bulické, druhé k aktům *voluntárním* (voluntas).

V denním životě se stále setkáváme se situacemi, které je nutno řešit okamžitým chtěním. Chůze po ulici, přecházení křižovatky, obědování, mytí atd. Používá se připravených automatismů, které se bulicky uvádějí v činnost, ponechává se průběh reflexnímu dění a tu a tam se zasáhne volním impulsem. Automatismy se zastaví nebo se nahradí plně vědomými pohyby, to je kompetence bule.

Voluntas potenciálně připravuje složité akty před jejich spuštěním a řídí je, jak byly uvedeny v chod.

Stručně a zhruba lze říci, že bule dává podnět pro naše konání, voluntas pro naše jednání. Psychomotorická centra našeho mozku odpovídají jak na podněty adekvátní, tak na inadekvátní. Adekvátním podmětem je volní impuls, inadekvátním elektrické, mechanické nebo chemické dráždění. Výsledek může být u jednoduchých pohybů stejný, ať byl pohyb vzbuzen tak či onak. Komplikované účelné pohyby však nelze tak snadno vzbudit inadekvátním podnětem.

Bezprostřední příčinou (podmínkou posléze splněnou) *volního pohybu je změna impulsu volního v impuls inervační*.

Impuls volní je volním nábojem představy, která se pak stává představou cílovou. Taková představa se liší od ostatních právě tímto nábojem. Vzpomínková představa na zemřelého dědečka nemá volní náboj; představa, že si zapálím cigaretu, má volní náboj, který je v určitém okamžiku přiveden k explozi, to jest změnil se v impuls inervační a já si skutečně cigaretu zapálím.

Melancholik stuporosní a nemocní s některými lésemi frontálního laloku téměř neprodukují volní impulsy, nebo v míře jen nepatrné.

Parkinsonik podle případu produkuje málo volních impulsů a po jejich změně v impulsy inervační klade jim extrapyramidová lése odpor v motorické realizaci.

Člověk s apraxií produkuje správně impuls volní, ale vzniká nevhodný impuls inervační, neschopný realizovat impuls volní.

Hemiplegik produkuje správný impuls volní, ale proximální porušení dráhy znemožňuje šíření impulsu inervačního, stejně jako distální porušení dráhy znemožňuje realizaci u periferní pasesy.

Amputovaný produkuje správný impuls volní i inervační a chybění výkonného orgánu brání realizaci, nicméně často prožívá pocit, že pohyb činí.

V Mingazziniho poloze se domnívá *lehký hemiparetik*, že volním impulsem udržuje obě končetiny ve stejné výši, zatímco jedna klesá.

Volní impuls skotomisuje subjekt, takže informace tělových pocitů není akceptována (nedochází k percepci).

V našem mozku se nepřetržitě odehrávají chemické a fyzikálně chemické procesy, provázené změnami bioelektrickými, a náš mozek je transformátorem energií. Transformace se děje obojím směrem. Energie psychická se mění ve fyzickou při pochodech centrifugálních a naopak je tomu při pochodech centripetálních.

Podle náboje volního, podle toho, jak daleko má k explozi, to jest ke změně v impulsu inervační a tím k realizaci cílové představy, můžeme rozlišovat různé stupně chtění, jejichž pojmy jsou nám dány mluvou.

Přání. Kantovi je přání bažením (Begehren) bez použití síly k uskutečnění objektu. Isserlin považuje za přání tu žádost, která není realizovatelná; s tím nesouhlasím úplně. Doplnuji: jejíž realizovatelnost nezáleží na nás. Přejeme-li si něco, chybí vlastně úplně chtění, přát si jinými slovy vyjádřeno znamená být rád, kdyby to nebo ono, co je mimo možnost mého působení, nastalo nebo nenastalo. Přeji si, aby nepršelo, aby bylo hezké léto, abych byl zdrav, dlouho živ atd.

Touha. Je-li přání vlastně čistým citem, tvoří touha již přechod mezi cítěním a chtěním, touha má kromě složky emoční složku volní. Subjekt má thymickou relaci k objektu, který je časově nebo místně vzdálen, ale v této relaci je větší nebo menší náznak chtění. Chtění však není intenzivní, nemá velkou aktivitu, poněvadž by nebyla nic platna, neboť se stavějí do cesty překážky, které brání realizaci chtění. Chlapci mají touhu spatřit zámořské kraje, touhu být slavným spisovatelem, vojevůdcem atd. Některé sny ve bdění jsou přání, některé jsou touhy. Touha však musí být — třeba těžce — přece jen realizovatelná; nemůžeme toužit po zemřelém, nemůžeme toužit, aby se nám navrátilo mládí. Realizovatelnost touhy je do jisté míry závislá na nás.

Kant označuje touhu za prázdné přání moci zničit čas mezi bažením a dosažením.

Úmysl je formulované chtění, o kterém není jisto, dostane-li se mu volního impulsu.

Záměr je slabší než úmysl. *Plán* je přesně do detailů formulovaná cílová nebo i modální představa, o které však není jisto, zda se jí dostane volního impulsu.

Proposice, rozvrh, je nastíněný časový postup budoucího jednání bez účasti chtění.

Tendence. Má-li subjekt široký, třeba jen mlhavý, nepřesně ohraničený objekt chtění, bez určitých cílových představ a úplně bez modálních představ, mluvíme o tendenci. Jsou tendence vědomé a podvědomé; druhých si subjekt není vědom, a přece mají mocný vliv na

jeho konání, jednání a chování. Podvědomými tendencemi působí zejména pudy sebeuplatnění, ale i ostatní. Tendence čekají na své příležitosti. Pudových tendencí se dá znamenitě využít k ovládnutí masy.

Snaha je rámcové zaměření chtění. Je to vlastně termín nepřesný, jeho význam leží asi mezi tendencí a vlastním chtěním. Jednání je zařizováno takovým způsobem, aby se přiblížilo splnění objektu chtění. Subjekt má snahu se zavděčit, uškodit, prospět společné věci, vyniknout nad ostatní, zalíbit se, zabezpečit svou budoucnost atd. Jednání subjektu je tím poněkud modifikováno. Vypadalo by jinak, kdyby nebylo příslušné snahy. Jde tu vlastně o druhou cílovou představu. Snaha působí ve větším časovém úseku, ovlivňuje kromě myšlení i samo chtění, v něčem je povzbuzuje a v něčem brzdí.

Vlastní chtění, mající svůj objekt, které volným impulsem uvedlo v činnost konání nebo jednání, je volným aktem. Volní akt se týká splnění jediného objektu chtění, má jednu určitou cílovou představu.

Než je vydán volní impuls, jenž uvede celý prováděcí stroj v chod, nastane přesná formulace chtění v podobě cílové představy a vnitřní přesvědčenost, že subjekt vydá volní impuls k realizování cílové představy. Tato fáze volního aktu je rozhodnutí, jež podle *Acha* je zvláštní prožitek, odlišný od ostatních. Mezi pojetím rozhodnutí a vydáním volního impulsu může uplynout delší doba. Nutno rozlišovat rozhodnutí, že něco udělám vůbec, někdy, jednou, a rozhodnutí, že něco udělám teď, ihned.

Subjekt se rozhodne, že navštíví své příbuzné, srovná psací stůl, koupí nový klobouk, ale než k tomu dojde, může uplynout několik dnů nebo i měsíců. O rozhodnutí by se vlastně mělo mluvit jen tehdy, nastane-li splnění. Toxikoman se nesčetněkrát „rozhodne“, že zanechá své toxikomanie, ale nikdy k tomu opravdu nedojde. Nešlo tedy o pravé rozhodnutí, nýbrž o pouhá předsevzetí, jimiž, jak praví přísloví, je dlážděna cesta do pekel. Slovo předsevzetí samo o sobě již naznačuje, že není jisto, bude-li vydán volní impuls, bude-li realizováno.

Vlastní chtění má svůj vznik, své trvání, a přejde-li k vytvoření volního impulsu, který pak vede k realizaci, přestává. Dojde-li k vytvoření volního impulsu, který nevedl k cíli, může chtění zaniknout nebo trvat dále.

Usilování znamená chtění velkého tonu, aktivity, trvání a resistance plus konání, resp. jednání. Je to využití každé příležitosti k dosažení cíle, k realizování přesně formulované cílové představy. Přitom objekt je těžce dosažitelný, je nutno vynaložit velkou námahu, sílu a překonat velké překážky. Již v slově samém je etymologicky obsažena síla.

Dosažitelnost objektu chtění a splnění cílové představy může být závislé jen na subjektu, nebo částečně či úplně též na jiném člověku. V tom případě je nutno přenést své chtění na druhého, provést aktivní transfer svého chtění na jinou osobu.

To se může stát několikerým způsobem. Nutno však v osobě vzbudit takové představy, aby se staly cílovými představami, aby bylo indukováno chtění. Toho se nejlépe dosáhne s pomocí thymických fenoménů, vzbuzením emocí nebo persuasí, nebo předestřením logické dokumentace.

Chtění je buď *extravertované* nebo *introvertované*. Prvé směřuje ven pomocí motorických projevů, realizuje cílové představy, druhé působí jako pořádací element uvnitř, navazuje aktivní pozornost, reguluje směr myšlení, určité asociace vybírá, určité zamítá, jediné vnímání (pocitování) kromě indirektního vlivu volně vzbuzené pozornosti vy- myká se z působení chtění.

Chtění je neodlučitelné od emocí a představ. Každá představa má svůj emoční a mnohé též volní náboj. Přece však může existovat chtění bez cílové představy: „zapomněl jsem, co jsem chtěl“. Mezi emocí a chtěním je plynulý přechod (viz touhu).

Kdybychom chtěli s *Wundtem* považovat chtění za emoci, musíme připustit, že je to emoce zcela specifická, sui generis. Při emoci smutné dochází někdy k pláči, při emoci veselé někdy k smíchu; při chtění dokonaném vždy k určitému resultátu, buď při chtění introvertovaném v duševním dění k usměrnění myšlenek, nebo při chtění extravertovaném k motorickému projevu. Pro to, že chtění není emoci, nýbrž specifickým psychickým fenoménem sui generis, mluví zkušenost u melancholie. Melancholik má trvalou smutnou emoci a často touhu po smrti. Je-li aktivita jeho chtění dostatečná, je sebevražda realizována, není-li dostatečná, nepokouší se o sebevraždu. Teprve když hypobulie mizí a nastupuje normobulický stav, dochází k suicidiu. Totéž se může stát po podání farmaka zvětšujícího nedostatečnou aktivitu vůle, jakým je například Centedrin nebo Psychoton. Nelze říci, že by v takovém případě toto farmakon odstranilo smutek, neboť kdyby tak učinilo, nedošlo by k sebevraždě. Sebevražda je důsledek smutné emoce, ale chybělo cosi, aby k suicidiu došlo, a toto cosi je právě chtění, totiž jeho určitá stránka nebyla dosti vyjádřena, tj. aktivity vůle.

Představy vyvolávají chtění a chtění užívá představ. Emoce, afekt popřípadě dodává pohon. Ke konání nestačí pouhé logické vyplynutí, soud. Zjistí-li hospodyně, že mouka došla, a poněvadž je mouky nutně třeba, vyplývá z toho, že mouku nutno opatřit. Tato kalkulace však nestačí k opatření mouky. Hospodyně musí chtít mouku opatřit, tedy soud sám nestačí, musí vzbudit specifickou duševní mohutnost chtění.

Podle dráždivosti, tonu, aktivity, trvání a resistance bylo by možno provést velmi detailní rozdělení typů vůle, které by však pro početnost eventualit bylo příliš složité.

NĚKOLIK VĚT O EMOCÍCH

(1969)

Kdyby se mne kdokoli kdykoli zeptal, co považuji pro člověka za nej-důležitější, bez váhání bych odpověděl: „Poznání a emoce.“

Slovo emoce je odvozeno od latinského *emoveo*, které má několikery význam, vzdalují, odklízím, ale také otrásám.

Každý vjem, který vstupuje do našeho vědomí, ať z vnějšku, ať z vnitřku, tj. z našeho těla nebo naší psychiky, má emoční přízvuk, který jen když je velmi nepatrný, působí, že vjem se jeví jako indiferentní; jinak je každý vjem provázen určitou „mikroemocí“, pocitem libosti nebo nelibosti, stejně jako každá myšlenka, vzpomínka, každý tělový pocit. Hlad, žízeň, mikční a defekační nutkání, stav postdefekační a postmikční, bolest, stav po odeznění bolesti, nausea, závrať, svědění a jeho ukojení škrábáním je vjem, respektive komplexní vjem, je provázen emočním přízvukem, popřípadě i vyvolává emoci. Tato emoce kotví buď 1. v biochemismu onoho tělového pocitu (velká hypoglykémie vyvolává hlad a současně mrzutost, zlostnost, netrpělivost), nebo je 2. psychickým atributem (strach při defekačním nutkání v nevhodném čase a na nevhodném místě), anebo 3. tělový pocit je důsledek emoce jinak vzniklé (např. strach z úředního jednání vede k defekačnímu nutkání).

Zvláštním výrazným případem maximální emocionality je sexus a vše, co s ním souvisí.

Sexus lze nazírat z mnoha aspektů. Má např. stránku duševní, v této oblasti se odehrává „láska platonská“, a stránku somatickou, kde se odehrává ukojení detumescenčního a receptivního puđu.

Orgasmus je snad největší normální emoční a vegetativní bouří jedince. Tělové a „psychické“ pocity se v orgasmu prostupují. I v psychické sexualitě platonské může jedinec dosáhnout nejvyššího myslitelného blaha, ale i propadnout se do největšího myslitelného pekla, vedoucího k vraždě a sebevraždě. Obojí se někdy prolíná a vyúsťuje v žárlivost nebo jiné konflikty, vyvolávající různé emoce, což je vítanou tematikou umělců a spisovatelů všech dob.

Sexus je labyrint dynamiky zápasu hodnot, z něhož resultuje celé bohaté spektrum emocí. Genitál je zároveň přitažlivý a odpudivý, je klasickým příkladem emoční ambivalence. Pro někoho je to do jisté míry i koitus.

Sexus je jeviště, na němž vystupuje tabu, jiné zákazy, censura, idolisace, hnus, mysofilie, oscilující ambivalence, bloudění v předmětu a způsobu, nepřemožitelné nutkání, stud před aktem, jiný při něm a jiný po něm, autoakusace, muka z přemáhání pudu vlivem nejružnějších motivací, zdrženlivost i bezuzdnost.

Bez některých emocí by život nestál za to, aby byl žit, a některé emoce vedou k tomu, že člověk život odhazuje. Emoce vedou k podmíněným reflexům a k učení. Emoce vedly ke kulturnímu a civilizačnímu vývoji člověka. Jsou motivací k jednání opatřujícímu emoce příjemné a k jednání vedoucímu k ochraně před emocemi nepříjemnými.

Kladné emoce jsou absolutní nezbytností zdárného vývoje dítěte. Dítě vyrůstající bez „lásky mateřské“ nebo její dokonalé náhražky vyrůstá v deformovanou osobnost.

Emoce jsou kritériem existence. Neplatí „cogito ergo sum“, neboť lidé stížením nihilickým bludem si myslí, že nejsou. Subjektivní kritériem existence je „patior ergo sum“. Kdo trpí, cítí, že existuje. Kdyby nebyl Homo patiens, nebyl by Homo sapiens, který žije ze zkušeností prvního.

Člověk je sám jediný proti celému vesmíru. Ubohé já proti vesmírnému nesmírnému nonjá. Několik desítek kilogramů živé hmoty proti prostoru milionů světelných roků, vyplněnému miliony galaxií. Od narození odsouzený k smrti. On o tom ví, ortel je vyneseno, jen datum popravky je neznámo. Kdo by to snesl, kdyby nebylo kompensujících emocí! Žádný kult vlastního já, žádná fabule o nadčlověku by nepomohla.

Jediná záchrana je povznesení se od „jáství“ k „tyství“. Milovat druhého, indukovat v něm tentýž pocit a prožívat pak „býti milován“, toť únik ze samoty.

Emoce zachraňují člověka před samotou a opuštěností. Jiné emoce jej ženou ze společnosti do samoty, v patickém případě až k idolisaci sebe, k narcismu, popřípadě až k automonosexualismu.

Jakmile se jedinec sdruží s jinými jedinci, vznikne emergenta, jež je pařeníštěm množství emocí kladných i záporných, přátelských i nepřátelských. Emoce ve společenských celcích motivují revoluce. Emoce dávají vzniknout hodnotám. Získávání, ztracení, nebo urážení hodnot je spojeno s emocemi. Touha po zmenšení příležitosti ke strachu o bezpečí dala vzniknout právnímu řádu, předpisům vůbec. Tato touha po bezpečí staví obydlí, ochranné hráze, instaluje hromosvody, vytváří protiletectkou obranu atd.

Emoce strachu před trestem má chránit společnost před zločinností, bohužel tento předpoklad dosti často selhává, ale potrestání viníka uspokojuje postiženého, ukájí ho, ať už je získáno pomstou nebo před soudem. Uspokojuje i ostatní jedince, neboť uspokojuje touhu po sprá-

vedlnosti. Trest smrti viníka je psychoterapie pro řadu rozhořčených občanů.

Jsou zážitky, jež mají značný emoční náboj, který se ihned aktivuje, když vtisk vstoupí do vědomí, jsou to bomby uložené ve sklepech, o něž se nesmí zavadit. I uražené hodnoty modelují osobnost. V mládí získané traumatizace působí až do stáří. Hodnoty a hodnocení výchovou se přenášejí na další generace. Tak vznikají, bují a persistují misoxenie.

Misoxenie — nacionální, náboženská, rasová a jiná nenávisť existují, jedinec je cítí, ale mnohdy již nedovede vyložit, proč nenávidí.

Je jen málo vzpomínek bez emočního náboje. Hezké vzpomínky, toť soukromé příjemné divadlo, potěšující zvláště nemohoucí opatřit si jiné divadlo.

Emoce léčí a emoce zabíjejí. Zabíjejí několikerým způsobem: smrt v afektu, sebevražda z afektu, vražda z afektu, nemoci z emocí, dlouho trvající a vedoucí k smrti.

Je samozřejmé, že se emocemi musí zabývat lékaři, ale musí se jimi zabývat i psychologové, pedagogové, právníci, kriminalisté, a také všichni kdo rozhodují na pracovištích, v jakékoli výrobě, v dopravě atd.; v neposlední řadě by měli chápat jejich důležitost a znát je velitelé vojsk, politici, státníci a vládci, ale i všichni lidé drobní i významní.

Cesta od kolaboranta k mučedníkovi přes opatrníky střední části Gaussovy křivky je cesta daná emocemi. Jedinou zbraní otroka je zrada, a i to je cesta emoční. Šťastný člověk je většinou hodný, nešťastný člověk má spíše sklon být zlý. Spokojený člověk nedělá státní převraty. Na bajonetech se nedá sedět. Hromadné popravy odpůrců pacifikují jen zdánlivě.

Jak strhnout lidi k něčemu? Nejlépe sliby, nadějí na šťastné emoce. Mesiáš, osvoboditel, spasitel měl, má a bude mít vždy dobrý kurs. Někteří slibovali blaženost zde, jiní až po smrti, a dokonce věčnou. Za hříšný život věčné zoufalství. Matematicky to sice nevychází, ale emočně to působilo, ovšem hřešení pro libé emoce vezdejší nedovedla zabránit ani hrozba věčnou strašnou emocí.

Lidé si představovali a představují blaženost různě, buď jako aktivitu, pozitivní prožívání štěstí, nebo jako pasivitu, klid, nerušenost, ataraxii, nirvánu. Štěstí je různého druhu, adekvátní, dané vnějšími příznivými okolnostmi nebo vnitřním klidem, získaným filosofickým stanoviskem nebo jinak, a neadekvátní: chemické, dosažené drogou, nebo anatomické, dané lesí určité části mozku.

Bez emocí by nebylo rodinného života. Emoce rodinu upevňují, ovšem emoce rodinu také rozvracejí.

Emoce vedou ke krajnímu sebeobětování, k nejušlechtlejším činům, a emoce vedou také k nejstrašnějším zločinům.

Emoce nutí umělce všech oborů k vytváření uměleckých děl a umě-

lecká díla (tj. opravdu umělecká díla) budí v divácích, posluchačích a čtenářích emoce někdy až extatické.

Emocím nelze uniknout. Od rána do večera prožívá člověk stále nějakou emoci. Nechrání ho ani spánek. Člověk má krásné sny, ale má i děsivé sny, smutné sny, které zanechávají svou emoční stopu i několik hodin do dne.

Živá hmota je v řádu mnohem vyšší než neživá, je to vítězství nad entropií, negentropic, uspořádanost. Rostlina je vývojový pokrok, ale daleko větší vývojový pokrok je zvíře a zvláště člověk. Člověk prožívá svou existenci emočně, někdy s euforií, někdy s kakoforií. Bojí se o svou existenci, dovede ji však obětovat. Emoce jsou motivem k dalšímu žití, k udržování života, ale i k ukončení života.

Dovedeme sestrojít stroje, jejichž arteficiální inteligence je mnohonásobně větší než lidská; tyto stroje nemají emoce. Inteligence člověka neobdařila tyto protězy lidské inteligence emocemi, neboť člověk sám o ně pečuje, ony se nepotřebují strachovat před nepřítelem, před nedostatkem elektrické energie atd. Člověk je chrání, ošetřuje a napájí. Snad jednou člověk do programu volně pohybujiícího se computeru vloží „emoce“. Obávám se, že to bude computer sloužící k válečným účelům s programem zachovat sebe a zničit nepřátelské computery, nebo i nepřátelské lidi.

Čapkoví roboti se nakonec dopracovali k emocím, a to k emocím lásky, ale to byli biochemičtí roboti.

Člověk stále bojující o svou existenci potřebuje emoce. Integrální součást psychického dění emoce je somatický, vegetativní proces, dění neurohumorálně nastartované, je to proces připravený podle kvality emoce, jiný ve strachu, jiný ve zlosti, jiný v radosti. Ovšem somatické je často neekonomicky přehnané, stejně jako emoce může být přehnaná, vyvolávajícímu podnětu neadekvátní, ba vedoucí k zániku individua.

Prevence poškození jedinců z emocí je studována mentální hygienou. Mentální hygiena je vlastně hygiena emocí.

Lékař a zvláště psychiatr se setkává s emocemi na každém kroku, jako s etiopatogenesí, symptomem i následkem onemocnění. Mohou nastat tyto situace:

1. určité dlouho trvající emoce mohou u někoho cestou spasmů cév a snad porušením troficity vyvolat hrubě organické psychosomatické onemocnění;

2. emoce mohou narušit autosanační pochody organismu a způsobit zhoršení stávajícího onemocnění, kladné emoce ovšem naopak mohou působit na autosanační pochody příznivě;

3. emoce se může stát příčinou duševní nemoci, např. reaktivní deprese;

4. emoce může způsobit zhoršení stávající duševní choroby, neurosy, reaktivní deprese;

5. emoční nemoc, tj. emoční psychosa může vzniknout z tělesných dosud ne zcela probádaných příčin — endogenní deprese;

6. vrozené dysfunkce produkce emocí, které se vyskytují u anormálních osobností a psychopatů, mohou se projevit ve smyslu hyper-, hypo- a dys-.

U psychopatů jsou i dekompenzace. Jsou i zvláštní neočekávané a nepředvídané emoce, které nejsou ve zvyklé linii osobnosti do té doby nepovažované za psychopatickou. Dostane se ke slovu skrytý „temný bratr“, „náš stín“, „pan Hide“, „d'ábel v nás“. Dojde např. někdy k překvapivým sexuálníím zločinům nebo k strašné pomstě.

Postoj člověka k nemoci je zkreslen, deformován, člověk je v daném případě příliš zainteresován, než aby mohl být objektivní. Každá nemoc vyvolává emoční reakci, která může být adekvátní, nebo patická (příliš anxiousní, hypochondrická apod.).

Nemoc je přirozený děj. Požije-li někdo určité pro něho nadměrné množství alkoholu, je přirozené, že se opije. Vystaví-li tělo vysoké teplotě, je přirozené, že se popálí. Vnikne-li do organismu za určitých okolností virus nebo mikroby, je přirozené, že vypukne nemoc.

Norma je produkt lidského myšlení. Normu stanovili lidé, je to konvenční dohoda. Zdraví (co je to zdraví? To zde nebudu rozprádat.) je označeno za normální, nemoc za nenormální.

Někdo nevyhovuje normě schopnosti k vojenské službě, schopnosti k řízení prostředku hromadné dopravy, ale vyhovuje normě schopnosti řízení osobního vozidla a kancelářské služby.

Pochopíme, že je těžko říci, která emoce je ještě „normální“ a která již „patická“. Je to hodně subjektivní.

Nioba, Oidipus, Elektra, Othello měli emoce silné, ale podle mého soudu normální.

Jsou patické emoce izolované, jednorázové, jsou emoce protrahované, s vegetativními příznaky méně nebo více vyjádřenými. Subjekt neví, je-li nešťastný, nebo nemocný. Nálada je neurosa v malém, neurosa je nálada ve velkém. Je neurosa vlastně nemoc? Postižený hledá pomoc, dříve to byl kněz, kam se utíkal, přítel, osoba, jíž si vážil. Mezi tzv. normálem a tzv. patickým, které patří psychiatrovi, je „země nikoho“. Bude dobře, když tuto zemi nikoho obsadí representanti věd psychologicko-psychiatrických, což se už vlastně děje.

Jsou chorobné duševní stavy, při nichž emoce obzvláště vystupují do popředí (maniomelancholie, neurosy, psychopatie), ale není žádná duševní nemoc, při níž by emoce nehrála alespoň v symptomatologii nějakou úlohu (oligofrenie, cerebrální atrofie a z nich resultující různé

druhy demencí, schizofrenie, intoxikační psychosy, generační psychosy atd.).

Postoj společnosti k emocím komplikuje nemoci s emocemi související. Dítě a člověk primitivní, který byl dříve zván „divoch“, nestarají se o své emoce a projevují je většinou bez zábrán. Se stoupající kulturou dostavuje se tendence ke skrývání emocí. Ale i u primitivních kmenů byla ceněna schopnost potlačovat za určitých okolností určité emoce. Při iniciačních obřadech jsou ti, kteří jsou přijímáni mezi dospělé, podrobováni někdy velmi nepříjemným a bolestným zákrokům a žádá se od nich, aby nedali najevo bolest. Naopak při oplakávání mrtvého žádaly se projevy emocí co nejdrastičtější.

Společnost, která si o sobě myslí, že je vyspělá, považuje nebrzděné projevování emocí za barbarství. Je předepsána společenská přetvářka a dovoleny jen úsměvy v radosti a modulace hlasové vyjadřující smutek. Byly sestrojeny stereotypní zdvořilostní fráze pro různé společenské situace. Těch frází je tolik, že dá námahu vymyslet něco originálního a projeviti skutečně cítěnou emoci zdvořilou formou.

Civilisace naučila lidi žít v masce, je to nutné, ale zdravé to vždy není.

Uplatňují se tu společenské normy, censura společenská i vlastní, částečně přejatá, částečně subjektem vytvořená, a jiné vlivy. To vše modifikuje způsob, jak subjekt hraje své role.

STÁŘÍ Z HLEDISKA PSYCHIATRIE

(1971)

I.

Každé období lidského života má své problémy, mezi nimi je mnoho problémů psychologických a psychiatrických. Stáří jich snad ani nemá více, ale bijí více do očí a jsou naléhavější.

O stáří se napsalo mnoho knih (např. v r. 63 př. n. l. *M. T. Cicero: Cato maior de senectute*), knih filosofických i lékařských, většinou to byla v nejrůznější formě podávaná psychoterapie pro staré lidi. Poznání nutnosti je jistá útěcha. Nuže stáří je nutnost, biologická nutnost.

Stárnutí je všeobecná vlastnost všeho existujícího, je to jednosměrný ireversibilní proces. Stárnou sice i hmoty anorganické, i celý vesmír, ale zvláště typické je stárnutí pro organismy. Život se mění. *M. Bürger* označuje — myslím, že celkem správně — stáří jako biomorfosu.

Stálou změnu poznal již *Herakleitos*, který řekl, že vše teče, nic nezůstává.

Uran stárne tisíceletí a je z něho nakonec olovo. 0,1 g olova v uranu znamená 100 milionů let. 3300 milionů let uplyne, než se 1 % rubidia rozpadne.

Organismy stárnou rychleji.

Biomorfosa stárnutí je dána změnou struktury živé hmoty a změnou její funkce. Každý organismus je metabolisující a různé funkce provádějící organický celek s předem danou životností, jako akumulátor, baterie, stroj s určitou zásobou benzínu, natažené hodiny (všechna přirovnání kulhají), ale málokterému, lépe řečeno skoro žádnému není dopřáno vyčerpat danou energii. Většinou hyne mnohem dříve vlivem vnějších okolností.

Je zajímavé, že celkem *cum grano salis* lze říci, čím větší organismus, tím déle je živ. Některé blahovičnický přežily 5000 let a zdá se, že velryby žijí více než 100 let, jak ukázaly datované harpuny v jejich tělech; ani želvy se svými 100 lety na tom nejsou špatně. Lidský věk se podle některých optimistů podaří prodloužit na 150 let, podle jiných optimistů bude průměr jen 100 let.

Člověk je oproti zvířeti v nevýhodě, neboť ví, že zemře. Čím starší člověk, tím bližší je smrti; na štěstí strachu ze smrti věkem ubývá, takže se s ní většinou počítá jako s nepříjemným, nikoli však hrůzným faktem.

Smrt je nutný biologický fenomén: souvisí s životem právě tak jako zrození. Smrt je činitel pokrokový, odstraňuje staré, aby upravila místo pro nové, aby se pohodlně žilo, zamezuje přemnožení. Nezbyvá než ji pokorně přijmout.

Člověk se ovšem s faktem smrti nikdy nesmíří. Mytologie jsou nejlepší zrcadlo přání, tužeb, psychických reakcí lidstva, zejména racionalisace.

Židovská mytologie v první knize Mojžíšově vypráví, že Adamovi byly 103 roky, když zplodil prvního syna Seta, pak plodil další syny a dcery a zemřel v 930 letech. Patriarchové plodili ve vysokém věku 60—100 let i více a dožívali se okolo 800 let a více. Nejstarší byl známý Methuzalem, který žil 969 let. Všichni zemřeli, až na jednoho, Enocha, otce Methuzalema. „I bylo všech dnů Enochových 365 let. A chodil Enoch stále s Bohem a nebyl více viděn; nebo vzal ho Bůh.“

Prorok Eliáš nezemřel, ale vjel v ohnivém voze na nebesa, matka Ježíšova — podle dogmatu proklamovaného před několika lety — nezemřela, ale vstoupila na nebesa.

Janovi („miláčkovi Páně“) slíbil podle pověsti Kristus nesmrtelnost. Jan odešel na východ, kde založil říši kněze Jana, na niž se dlouho věřilo.

Lidstvo, vidouc nemožnost nesmrtelnosti, provedlo si racionalisaci a změnilo nesmrtelnost v hrůzu, trest, kdežto smrt byla laskavá, vysvobozující. Thanatos, smrt, byl u Řeků zobrazován jako sličný mladík, který se zřejmou lítostí zatlačuje pochodeň života do prachu země.

Touhou lidstva nebylo ani tak věčně žít jako starý člověk, ale být věčně mlád, nebo alespoň dlouho mlád, a za několik let mládí prodávali starci svou duši ďáblu k věčnému zatracení, jak to líčí faustovské legendy. Alchymisté hledali prostředek trvalého mládí.

V roce 1223 se objevuje pověst o Ahasverovi, věčném židu, mnohokrát literárně zpracovaná. Ahasver se objevuje v různých pověstech pod různými jmény, např. jako Jan Buttadeus aj. Kopl Krista nesoucího kříž a za to byl potrestán tím, že nebude moci nikdy zemřít.

Podobná postava je Van der Decken, který v roce 1600 chtěl obeplout mys Dobré naděje, nějak se mu to nedařilo a se strašným zaklením prohlásil, že to musí provést, i kdyby to měl dělat věčně. Bylo to dokonce na Velký pátek. Jeho loď pak bloudila po mořích, plula i za největší bouře s plnými plachtami. Tato námořnická pověst byla zaznamenána až v r. 1830. Trest byl zmírněn možností vždy v intervalu sedmi let být vykoupen nevinnou dívkou, jež mu zachová věrnost do smrti. *Richard Wagner* to zpracoval v operu.

Vyprávělo se, že dva zajímaví dobrodruzi Saint Germain († 1784) a Cagliostro (1743—1795), kteří skutečně žili v 18. století, nezemřeli a žijí věčně.

Odporným a nežádoucím způsobem jakéhosi života i po smrti bylo stát se upírem. Upíři ve dne spali v hrobě, v noci vycházeli jako živí lidé, sáli krev spícím lidem a tím se udržovali.

Lidstvo se nemohlo smířit s myšlenkou, že smrtí vše končí, všechny mytologie předpokládaly a předpokládají posmrtný život v různé formě.

Zvláště aktuální je tato otázka pro staré lidi. Nejpobožnější byli vždy staří lidé.

Ani někteří vědci slavných jmen nebyli uchráněni víceméně skryté touhy po posmrtném životě.

Hans Driesch ve svých „Erinnerungen“, psaných na počátku 8. deenia, píše: „Wäre das Lebensdrama mit dem Tode zu Ende, so wäre es, trotz des im ganzen glücklichen Verlaufs, eine Tragödie. Vielleicht ist es keine Tragödie, sondern ein Drama — ohne Ende.“

Bylo by zajímavé udělat anketu mezi starými, zda by hlasovali pro konec, věčný spánek beze snů a bez obtěžování jástvím, či pro jakoukoli formu pokračování existence.

Zatím je určité „přežít“ vlastního života jen v našich dětech, v našich dílech a ve vzpomínkách lidí. Skutečná nesmrtelnost je chemická, naše hmota nikdy nezanikne. Dále je nutno mít na zřeteli skutečnost, že kdo jednou žil, zasáhl do řetězu podmínek a příčin a spoluformoval veškerenstvo. Ostatně co „bylo“, nikdy nelze vymazat tak, aby „nebylo bývalo“, má věčnou „existenci“.

Když již není možno věčně žít, tedy alespoň žít co nejdéle. Byly připravovány různé nápoje, jeden elixirium ad longam vitam byl dokonce oficinální. Skoro každý z nich obsahoval aloe. Vznikla „věda“ makrobiotika, nauka, jak učinit lidský život dlouhým a příjemným. Jsou to směsi užitečných, všeobecně známých fakt a různých nesmyslů.

Nejnámější a nejslavnější byla makrobiotika, kterou v první polovině minulého století napsal *Chr. Wilh. Hufeland*. Je celkem rozumná a obsahuje většinou rozumné a samozřejmé rady. Pro zajímavost uvedu některé. Od počátku života se nemá vyvíjet příliš intenzivní činnost. Je třeba žít pomalu. Nehrát roli, která nám nenáleží, nedělat ze sebe něco jiného, než jsme. Je to příliš namáhavé. Je třeba mít lékaře, který je zároveň našim přítelem. Ve stáří je třeba dodržovat pravidelnost života a své zvyky; dnes bychom řekli dodržovat stereotyp.

I ve stáří plánovat budoucnost, ve fantasii snít o budoucnosti. Konkrétně to projevovat a zakládat nové podniky a věci, např. zahrady. Mít klid v srdci a provádět užitečnou činnost.

Nejen nesmrtelnost, ale i stáří samo zaujalo zajímavé místo v mytologiích. Stáří má zkušenost a moudrost, je nositelem tradice, spojnicí generací, má na zřeteli zájem rodu, ochraňuje ho za života, ale i po smrti. Někde to bylo zvláště vyjádřeno, u Římanů (Larové = bůžkové rodiny), Číňanů, Slovanů. Starci byli spíše dobří, staré ženy spíše zlé

— baba Jaga, ježibaba, čarodějnice. *Jan Neruda* dělil staré ženy na báby (hodné) a baby (zlé).

Naproti tomu řada našich pacientek s hysterickými visemi viděla zlé, odporné starce.

Podstata procesu stárnutí je mnoho studována. Je přes 100 teorií stárnutí. Základní pravdu vyslovil náš biolog *L. Růžička*, že podstatou stárnutí je hysteresse koloidů. *H. T. Blumenthal* vidí příčiny stárnutí v poruše dělení buněk, v molekulární degeneraci koloidů, v zániku a chátrání buněk, což se projevuje zejména při stárnutí ústřední nervové soustavy.

Perez a Moore zdůrazňují, že při stárnutí ubývá RNA, nikoliv DNA, zmenšuje se syntéza proteinů, klesá aktivita celé řady enzymů a přibývá některých složek lipidů. Rozhodující pro stárnutí je buněčná smrt; než k ní dojde, funkce postižených buněk progresivně uhasíná (*N. Shock*).

Stárnutí jednotlivých systémů organismu není synchronní, oceňování komplexního stárnutí je relativní. Dalo by se říci, že stárneme od početí, neboť bouřlivé dělení buněk, které nastává po oplození, se rychle zpomaluje.

Vajíčko váží méně než 4/1000 miligramu, novorozenec cca 3000 g; zvětšila se tedy váha cca miliardkrát. Hlavní část vývoje a růstu se děje v děloze, mimo dělohu je růst do dospělosti padesátimilionkrát pomalejší. Kdyby se dítě vyvíjelo rychlostí růstu v děloze, dosáhlo by v půltřetím roce rozměrů zeměkoule.

Jakýsi bod orgánového stárnutí je okolo 20 let, kdy nastává přesun kalia.

Páteř stárne od třiceti let.

Hranice stáří, které jsou ovšem individuálně velice různé, se také různě udávají. Za vhodné považují toto rozdělení: 20—30 raná dospělost, 30—45 zralý věk, 45—60 involuce. 60—75 rané stáří, od 75 vysoké stáří.

Pojem stáří je relativní, je několik hledisek pro jeho posuzování:

1. matrikální stáří, vyjádřené číslem, 2. biologické stáří, vyjádřené funkcí organismu, 3. konvenční stáří, kdy lidé v určité kulturní epoše považují člověka za starého, 4. úřední stáří, dané normou zákona.

Biické stáří je proces, ale nikoli nemoc.

Stárnutí člověka přináší řadu problémů psychologických, sociálních, lékařských, administrativních, ekonomických, etických a pro někoho i metafysických.

Všechny klinické obory lékařské (kromě pediatrie) mají svou gerontologii a gerontoiatrii. Gerontoiatrie jako samostatný obor specialisační je pro svou rozlehlost a různorodost nemožná. Jako kongresové thema je vzájemná výměna zkušeností hraničních oborů velmi užitečná.

Stáří působí řadu nemocí pro stáří typických. Ostatní nemoci pro

stáří netypické, ale ve stáří propuklé specificky modifikuje. Psychická reakce na nemoc je ve stáří většinou odlišná od ostatních životních období.

Normální zdravé stáří má své problémy psychologické, které se ve své intenzitě nebo kvalitě mohou stát patickými; jedním z nich, u někoho důležitým faktorem, je blízkost smrti.

Smrt, klinická i biická smrt je vždy smrt mozku.

Smrt mozku je jen v některých případech dána mozkovou chorobou, většinou jde o důsledek poruchy oběhu krevního, buď primární z oběhu samého, nebo sekundární z jiné poruchy, která poškodila oběh.

V současné době jsou největšími nepřáteli dlouhověkosti zhoubné nádory a choroby oběhové. První mají poměrně menší odezvu zajímavější psychiatrii, druhé ohromnou.

Čím vyššího stáří se kdo dožije, tím klidněji umírá.

Každý živý organismus přijímá a vydává informace. Jedním z biologických projevů stáří je ztížené, zpomalené a porušené přijímání a vydávání informací.

Toto narušení informací ve stáří je způsobeno mnoha faktory. Jsou to normální atrofické procesy, které se mohou zvrhnout v patické, v senilní atrofii; jsou to dále degenerativní změny gangliových buněk, oběhová insuficience ze stárnutí nebo onemocnění oběhového systému, metabolické změny všech složek, tedy i vody a minerálního metabolizmu, na což se rádo zapomíná; hypofunkce nebo disfunkce endokrinního systému, z čehož vzniká klesání dynamogenie a zájmů, působené i dříve ve jmenovanými složkami.

Rozhodující je primární kvalita mozku, jak se mozek dovede bránit biomorfose. „Dobrý“ mozek je odolný proti stáří i proti oběhové insuficienci lehčího stupně.

Rozhodující je konstituce, introvert stárne lépe a příjemněji než extravert.

Dále rozhoduje celá historická base osobnosti. Co vše prožil a jak zpracovává své prožitky. Jaké má vzpomínky a jak je „metabolisoval“. Jak zpracovává momentální zážitky a blížící se smrt. Jaké psychické reakce na neduhy stáří produkuje. Zda se u něho objevila hypochondrie, zvláště na trávení. Jak se utvářel jeho poměr k lidem apod.

Psychické změny ve stáří se nejlépe studují na lidech, které mnoho let známe, tedy longitudinálně. Dobrým zdrojem poučení je objektivní pozorování chování a subjektivní konfese. Mnoho starých lidí rádo mluví o svých nemocech tělesných, stěžuje si na okolí, nevděk a křivdy, ale nerado mluví nebo je neschopno vyjádřit to, co by nás právě hlavně zajímalo, prožívání stáří, a většinou je peiorisuje.

Lidský mozek je nejdokonalejší věc, kterou známe; ovšem i on podléhá stárnutí a opotřebením. Výkon lidského mozku je pozoruhodný.

V mozkové kůře je prý asi 12—14 miliard gangliových buněk. Příroda je plýtvavá a velkým počtem se zajišťuje. Gangliové buňky odumírají ve velkém počtu, přece jich však dost zbývá.

Intelektuální činnost člověka lze těžko kvantifikovat. Nejlépe se k tomu hodí řeč. Vyspělejší zvířata mají rejstřík několika desítek (30—60) dorozumivacích zvuků. Člověk užívá mnoho tisíc slov. Člověk bez vyššího vzdělání asi 30 000, člověk s vyšším vzděláním asi 60 000 slov. Ččština má asi milion slov. Užívání slov, zejména podstatných jmen, zvláště méně obvyklých, ve stáří vázne.

Těžko odhadnout fatický výkon člověka během života. Kdyby člověk mluvil do svých 60 let denně souvisle jednu hodinu a ostatní čas mlčel, vydalo by to 200 milionů slov. Kdyby se to vytisklo, tvořilo by to 1000 svazků po 400 stránkách. Někteří lidé mluví více.

II.

Každý zestárne, ale u každého se projeví duševní stáří kvantitativně a kvalitativně jinak.

1. Velmi málo lidí neprojeví ve stáří žádnou psychickou změnu (výjimečný geron, starý člověk výjimečného stavu).

2. Většina projeví psychické změny, statisticky pro ten který věk typické (průměrný geron, průměrný starý člověk).

3. U některých se psychické změny vyššího věku projeví už v nižším věku. Biické stáří antepouje matrikální věk. Mluvíme o senilitě (progeron, senilní geron, stařec).

4. U někoho se projeví psychické nemoci stáří (psychicky nemocný geron, duševně nemocný stařec).

Syndromy, s nimiž se ve stáří setkáváme, jsou tyto:

1. neurotický, anxiousní, poměrně vzácnější, ale vyskytující se; 2. neurasthenicko-hypochondrický, 3. depresivní, 4. paranoidní, 5. paranoidně halucinační, 6. amentní, 7. amentně-deliriosní, 8. jen s poruchou paměti, 9. deteriorační až dementní, 10. s poruchou gnosíí a praxií, 11. epileptický, 12. dekompenovaná psychopatie.

Tyto syndromy se většinou různě vzájemně kombinují.

Když člověk dosáhne určitého vyššího věku, je největší pravděpodobnost, že zemře buď zhoubným nádorem nebo nemocí oběhu krevního.

První eventualita kromě metastas do mozku, karcinofobie a reaktivního stavu na vlastní onemocnění nemá zvláštní psychiatrický dosah. Druhá má naopak v psychiatrii značný význam.

Psychika stáří je dána:

1. atroficko-degenerativními změnami CNS, gerontickými, 2. změnou oběhu krevního a zásobování CNS krví a O₂, 3. psychickými reakcemi na poruchy vlastního organismu a na působení zevních okolností.

Atroficko-degenerativní změny a změny oběhu krevního mohou být facilitovány a akcelerovány faktory fyzickými, chemickými, sociálními, primárně i sekundárně psychickými. Těžká arteriosklerosa může vést sama o sobě k atrofickým změnám. Těžká atrofie s demencí může být a bývá provázána arteriosklerosou mozkových cév, která se ostatně vyskytuje skoro u všech starých lidí. Mohou tak vznikat smíšené syndromy a situace, kdy je těžko rozlišit mezi arteriosklerosou a senilní demencí. Arteriosklerotická demence je ostrovovitá, některé úseky intelektových schopností mohou fungovat překvapivě dobře. Je proměnlivá co do intenzity podle zásobování kyslíkem. Je to jediná choroba, která téměř stoprocentně splňuje pojem starých právníků „lucida inter-valla“.

Je otázka, máme-li vůbec právo při pouhých izolovaných poruchách mnestických mluvit o demenci.

Hlavní charakter demence je nesprávné, vadné tvoření úsudků, naprosto nesprávné zpracování informací, z nichž jen málo vstupuje do vědomí, rozsáhlé defekty paměti. Z toho plyne nesprávná orientace o sobě, času a prostoru. Dementní myslí, že je leden, a ani pozorování zelených stromů, lehce oblečených lidí a velkého tepla jej nepoučí, že je červenec.

V obrazu a pojmu demence je též zahrnuta její progresivita a ireversibilita.

Deteriorace je jen mírné narušení intelektuálních pochodů, myšlení, nemusí být progresivní ani ireversibilní. Lehce deteriorovaný může vykonávat lehké nezodpovědné zaměstnání, dementní nikoli; dementní již neobstará vždy a všude své životní potřeby a může se stát sobě i okolí nebezpečným (voda, oheň, plyn, elektrika, úraz na ulici apod.). U deteriorovaného je také jisté nebezpečí z nepozornosti, zapomnělosti, neuváženosti, ale jen o něco vyšší než u „normálního“.

Je rozdíl mezi desorientací amentního a dementního. Amentní má mnoho schopností duševních zachováno, má poměrně dobré souzení, ale jeho kvalitativně změněné vědomí mu znemožňuje plné zaregistrování a správné zpracování informací došlých z vnějšího světa, neboť jsou interferovány informacemi přicházejícími ze světa vnitřního. Dementní má docela jinak porušené pochody gnostické, kvalitativně i kvantitativně.

Dementní vidí postele ve velké místnosti, někdy ani nepoznává, že to jsou postele, nedovede z toho udělat úsudek. Amentní poznává postele, místnost je ložnice, ale neví, proč je tady, jak se sem dostal, snad je to vězení apod. U amentního převládá změna interperetace, u dementního porucha gnosie.

Velmi častým omylem nejen nepsychiatrů, ale bohužel i psychiatrů je hrubá diagnostická chyba, totiž záměna sensorické afasie za amentní

syndrom. S amentním se lze dorozumět, se sensorickým afatikem nikoli.

Paměť je jedním z nejdůležitějších faktorů umožňujících co nejdelší zachování existence jedince. Paměť umožňuje orientaci jedince o sobě, okolí, čase a prostoru, je podkladem pro podmíněné reflexy i jakoukoli složitou akci.

Nejcharakterističtější známkou stárnutí je horšení paměti po všech stránkách, nejdříve a nejvíce trpí výbavnost, dále všípivost, fixace i konzervace.

Podle současného názoru (*O. Kleine*) máme tři paměti: 1. genetickou, 2. imunologickou, 3. paměť mozku, řekněme cerebrální. První dvě jsou nedůležitější a jejich mechanismus je celkem znám. Třetí má mechanismus pro nás dosud velmi nejasný. Lze ji rozdělit takto: 1. vrozená (instinkty a některé způsoby chování), 2. získaná a) krátkodobá, provozní, b) dlouhodobá, ukládací. Jde nejpravděpodobněji o problém chemický. Důležitou úlohu tu hraje presynaptická a postsynaptická membrána, proteiny, glykoproteiny a enzymy. Pracuje se s trinárním kódem, je tu vybavení stereochemickými poznávacími mechanismy. Jsou látky, které dovedou tlumit biochemickou paměť, např. puromycin a acetoxycycloheximid.

Lze si představit, že biomorfosou stáří se desintegrují stereochemické poznávací mechanismy, že vznikají látky tlumící paměť a snad i kvantitativně počet potřebných elementů se zmenšuje, a tak biochemické procesy paměti vážnou.

Cévní řečiště se ve stáří značně mění; vznikají nejrůznější změny, z nichž některé, např. již *Cerlettim* v r. 1910 popsané „Gefäßegebündel“, nemají patologický význam (*J. Beckow, O. Hassler, J. O. Ottoson*).

Cévních onemocnění mozku zhoršujících zásobování krví je ovšem mnoho. Je proto správnější mluvit o ischemickém onemocnění mozku. Přebývá mezi nimi atherosklerosa, která je obvykle označována spíše jako arteriosklerosa, a mnoho lékařů pod pojem arteriosklerosa zahrnuje neprávem všechna cévní onemocnění mozku.

Arteriosklerosu měli již faraonové a ve střední Evropě jí trpí skoro každý geron a každý by se jí „dostárnul“, kdo ji v 60 letech ještě nemá. Vzhledem k této častosti je možno označit demenci při arteriosklerose za poměrně vzácnou.

Lékaři se často dopouštějí chyby, že u geronta vše svádějí na arteriosklerosu a s její pomocí vše vykládají. Kdo má arteriosklerosu, může dostat endogenní depresi nebo reaktivní depresi naprosto nearteriosklerotickou.

U. Wenzlaff schematisoval ve zkratce oběhové poruchy CNS. Oběhové poruchy se projevují jednak subjektivně (cefalea, vertigo, poruchy spánku), jednak objektivně (porucha paměti, snížení intelektuálních

funkcí), nastává změna osobnosti (akcentace a rigidita), dojde-li k psychické poruše, je to syndrom depresivní, paranoidně-halucinační nebo amenní, posléze dochází někdy k degradaci osobnosti (demence).

Arteriosklerosa je choroba metabolická, daná z velké části geneticky, a není výlučnou chorobou stáří, mohou jí onemocnět i mladí lidé i děti.

Není to choroba ani výlučně lidská, civilisační, ačkoli civilisace ji facilituje. Vyskytuje se i u zvířat, mnohem více u ptáků, zvláště některých, než u savců. Z pitvaných ptáků má 25 % arteriosklerosu, u ptáků starších než 10 let dokonce 60 %. Jsou to hlavně husy, kachny, labutě — až 80 %, poměrně málo jsou postiženi tučňáci, asi v 15 %. U savců jsou postiženi hlavně primáti, méně ovce a prasata, nejméně klokaní. Někteří udávají vysoké procento arteriosklerosy u těch zvířat, která si živí olejnatými semeny. Více bývají postiženi samci než samice.

Je zajímavé, že výskyt arteriosklerosy nejde paralelně s hladinou cholesterolu. Plazi mají vysokou hladinu cholesterolu, hadi až 800 mg %, ale arteriosklerosou netrpí.

Facilitující faktory tvoří dosti početnou skupinu, ale o některých není mezi autory shody. Někteří autoři považují dokonce otylost a stress za sporné faktory. Kouření (*J. Horák*) urychluje stárnutí. Podle *J. Berksona* jsou kuřáci biologicky starší než nekuřáci a snáze podléhají chorobám stáří. Kouření ohrožuje život. Skutečná úmrtnost kuřáků je mnohem vyšší než úmrtnost nekuřáků. Nesporně vyvolává ca plíc a močového měchýře, bronchitidy a emfysem, ale jeho atherogenní působení je sporné, ba podle některých ojedinělých sdělení i vliv na ischemickou chorobu srdeční. Vypuknutí arteriosklerosy urychluje nedostatečné zásobování O_2 a tu zakouřené místnosti a dýchací méněcennost kuřáků, jakož i větší přísun CO může hrát určitou roli. Transkulturní medicína ukazuje civilisační facilitaci arteriosklerosy při srovnávání různého způsobu života různých národů. Ovšem černý Afričan dovede i bez arteriosklerosy náhle zemřít strachem z džu-džu. Alkohol škodí všestranně jinak, ale nezdá se, že by facilitoval arteriosklerosu, spíše naopak, ovšem těžcí alkoholicí se nedožívají svého vypuknutí arteriosklerosy.

Podle výsledku výzkumu SZO je počátek risikových faktorů pro vznik atherosklerosy od největšího k nejmenšímu tento: 1. genetické faktory, 2. nadměrná výživa, 3. hypercholesterolémie, 4. psychický stress, 5. kouření, 6. tělesná nečinnost, 7. hypertenze, 8. diabetes, 9. dna.

Jak jsme již uvedli, záleží na zdatnosti CNS, jak se vypořádá s oběhovou poruchou; i při těžké arteriosklerose některé mozky fungují dobře.

Klesne-li přívod O_2 v akutní situaci pod 20 %, nastávají ireversibilní změny a k této situaci dochází při některých příhodách srdečních. Po-

kles zásobování mozku O₂ může nastat i při správném oběhu při větší anémii; na to se někdy zapomíná.

Při chronické poruše cirkulace CNS je kardiotonikum základním kausálním lékem, psycholeptikum zbytečným, někdy škodlivým a někdy přípustným symptomatickým lékem.

Prokrvení mozku je dáno řadou faktorů. Jsou to: všeobecné poměry humorální, minerální a vodní hospodářství, viskozita krve, regulace nervová, vlastní regulace cévní, stav krevního řečiště, šíře cév, jejich pružnost, intracerebrální tlak a výše tlaku krevního.

Příroda se pokusila zajistit plynulé zásobování mozku pomocí circulus willisii, bohužel se jí to stoprocentně nepodařilo. Nebezpečí hrozí nejen od carotis interna, ale také od vertebrálek. Spondylosa krční páteře je tak hojná a často alteruje vertebrálky. R. E. *Schlangenhauff* a S. N. *Negahed* pozorovali při insuficienci vertebrálek nauseu, vomitus, poruchy zraku, paroxysmální pocení, synkopy, bolesti hlavy, závratě a změny na EEG.

Někteří kardiologové a angiologové zastávají stanovisko, že proti arteriální hypertensi je nutno bojovat vždy. Někteří psychiatři, k nimž patří i naše škola, a někteří okulisté ze svého hlediska nepovažují přílišné a zvláště rychlé snížení TK při rigidním řečišti za výhodné. Prokrvení mozku se zhorší a tím i duševní funkce, zvýší se nebezpečí malacií (infarktů mozkových), ke kterým dochází hlavně v ranních hodinách, kdy TK u každého obyčejně poklesá.

Vysokotlaká arteriosklerosa je psychiatricky příznivější. Na naší klinice pacienti stížení arteriosklerotickým psychosyndromem byli většinou normotonicí nebo hypotonici.

H. E. *Brodie*, S. *Flood* a R. S. *Dow* doporučují k dobré orientaci o krevním zásobování CNS ofthalmodynamometrii. Normální hodnoty jsou 60—75/25—40. Tlak oční stoupá při hypertensi krevní a likvorové, klesá při hypotensi. Diference mezi oběma očima svědčí o ucpání arterie jedné strany apod.

Velmi zajímavý a poměrně málo všímaný je výskyt neuropsychiatrického syndromu a srdečního infarktu (SI). SI, jehož určitá skupina je počítána mezi psychosomatické čili cerebroviscerální choroby, vzniká někdy z psychických příčin a má za následek přímé organické neuropsychické změny a druhotné psychické reakce funkční.

Při SI často vzniká různě dlouho trvající cerebrální ischemie. Situace je tím horší, je-li vedle arteriosklerosy koronární dosti vyjádřena i arteriosklerosa cerebrální.

Kromě jiného záleží na reaktibilitě sinus caroticus. Pokles TK při SI skrývá v sobě cerebrální nebezpečí a může dojít buď k prchavému nebo k trvalému mozkovému porušení.

Lehké, prchavé příznaky se projeví paresami, hemianopsií, závratěmi, nauseou aj.

Při silně vyjádřených příznacích mluví *Kyaergaard* o cerebrálním typu SI. *Chini* to nazývá koronárně mozkový syndrom a *Hittmair* a *Tuba* kardiocerebrální syndrom.

Různí autoři nacházejí tento syndrom u 5—26 % infarktů. *Heino* zjistil u pitvaných SI, že ze 40 % probíhal SI s cerebrálními příznaky.

Gormsen vyšetřoval 202 pacienty s různými cerebrálními příznaky a zjistil u 15 SI, tedy přibližně u 7 %.

H. Julich, *K. Stossel* a *J. Schönfelder* pozorovali u 70 SI ve 44,4 % příznaky neurologické a psychiatrické. Bohužel mluví o nich příliš všeobecně jako o amentních, psychotických stavech a „Dämmerzustände“. Tam, kde se objevil cerebrální syndrom, byla prognosa horší, úmrtnost větší.

Závažnost SI je daleko větší ve středním věku a v involuci než ve stáří. U gerontů při SI nastane někdy ihned mihání komor, které vede k náhlé smrti; je to *suavis exitus*, nejpříjemnější zakončení života. Při včasné pomoci koronární jednotky lze *exitus* odvrátit. Nenastane-li smrt, bývá průběh poměrně lehký. Mnoho lidí prodělá SI, aniž o tom ví, a pak je SI náhodným nálezem pitevním.

Léčení SI, zvláště u starých lidí, je i psychiatrický problém. Vedle nebezpečí absolutního klidu na lůžku (trombózy, dekubity, pneumonie atd.) je zde značná traumatizace psychická a nebezpečí psychosyndromu.

Některé nemoci dovedou předstírat arteriosklerosu CNS nebo u lehkého onemocnění předstírají jeho tíž. Je to involuční deprese, která je „lupou“ pro řadu subjektivních obtíží jiného původu. Zvláště některé formy, kde více vystupuje snížená dynamogenie a syndrom „depressivní deteriorace“ než dysforie.

Dále cervikokraniální syndrom se závratěmi, bolením hlavy, nespavostí, značnou neurotizací. V mnoha případech jde ovšem o organický podklad ztížení průtoku v obou vertebrálních arteriích.

Cévní onemocnění vedou k příhodám cerebrálním, k malým i velkým iktům (hemoragie, malacie z trombózy nebo z embolie, dnes nazývaná též infarkt mozkový, MI). Po každé příhodě, neboť ta má vždy za následek edém okolo ložiska, vzniká postapoplektický psychický syndrom. Někdy „minipsychosa“ co do kvality, kvantity a trvání. Ta většinou uniká pozornosti ošetřujících lékařů — nepsychiatrů.

U senilních gerontů se vyskytují náhle se dostavující amentní stavy, někdy silně paranoidní, někdy se značnou agresí krátkého trvání, 2—3 dnů. Jde vesměs o drobné ikty, neurologicky němé.

Geron je velmi citlivý na různé faktory, které si někteří lékaři ani neuvědomují. Noxa může vést ke vzplanutí somatické nemoci, k smrti, psychosyndromu, zhoršení sotva patrné deteriorace, která se pak pro-

jeví jako masivní demence. Jsou to interkurentní onemocnění, zvláště virová onemocnění „chřipky“, traumata, operace jakéhokoli druhu. Indispozice žaludeční se zvracením, poklesem TK může vyvolat SI i MI. Stačí převedení do nového prostředí, zvláště bez naděje návratu. *Markus a spol.* našli zvýšenou mortalitu u mužů se známkami deteriorace, kteří žili ve velmi špatných poměrech hygienických, když byli převedeni do moderního hygienického ústavu pro staré lidi. Tato zkušenost je ostatně i u nás většinou známa, v domově důchodců někteří gerontí rychle deteriorují. Je proto důležité, pokud to lze provést, ošetřování v denním stacionáři, v jakýchsi jeslích pro staré, jak to provádějí zejména ve Velké Británii.

Je zajímavé, že ztráta celoživotního partnera nebo dětí, díky rigidnímu egocentrismu gerontickému, nemívá tak deleterní vliv.

Potenciální nebezpečí v životě geronta znamenají farmaka, jež jsou ovšem zároveň velkým dobrodiním. Jsou zde značné individuální rozdíly, většinou se traduje, že gerontí špatně snášejí barbiturany, ale to daleko neplatí všeobecně. Dobře snášejí morfinové deriváty.

Velmi může překvapit jak akutní reakce na některá psychofarmaka, tak následky dlouhodobého užívání.

Psychofarmaka mají řadu nežádoucích vedlejších účinků, jsou-li některé ireversibilní, dosud nevíme; tyto účinky se někdy mylně považují za projev základní nemoci.

O tomto tematě je bohatá literatura naše i cizí. *H. Helmchen* a *H. Hippus* označují psychické alterace z psychofarmak jako akutní exogenní reakční typy (ve smyslu *Bonhoeffer*); jsou to deliria, amnestické stavy, „Umdämmerung“ a jednoduché poruchy vědomí. Záleží na farmaku, na povaze nemoci, individuální dispozici a věku.

Autoři krátce trávající nežádoucí epizody označují jako „Durchgangssyndrome“ a ty mohou být depresivní, manické, paranoidní, paranoidně halucinační. Na samo léčení mohou vznikat reaktivní stavy protestní, depresivní. Základní nebezpečí dlouhodobého podávání psychofarmak u gerontů je snížení TK, které může mít za následek mozkovou příhodu nebo alespoň snížení funkce a zdatnosti CNS.

Tu a tam se vyskytne u gerontů více než u mladších paradoxní účinek, místo uklidnění anxiosita a neklid.

Patogenní pro obyvatele střední Evropy mohou být některé kombinace psychofarmak. Vedle již všeobecně známé neblahé kombinace blokátorů MAO a thymoleptik je to někdy kombinace antidepresiv a některých neuroleptik. Antiparkinsonikum v průběhu neuroleptické léčby podané zvláště ve 3. týdnu může vyvolat deliriosní stav. Též hypnotika potencují někdy psycholeptika k somnolenci, soporu a kómatu. Letálně může skončit kombinace blokátorů MAO a reserpinu; vzniká divoká vegetativní krize, podobná „cheese reaction“ po požití některého sýra.

Fenothiazinová psycholeptika, tricyklická antidepresiva a léky obsahující piperazin (anthelmintika) jsou inkompatibilní, vznikají někdy deliriosní stavy.

Že podávání psycholeptik může vyvolat depresi (jako reserpin), je dnes již všeobecně známo a bylo již před mnoha lety publikováno z naší kliniky. Někdy jen apaticko-abulické syndromy, které mají i ztrátu afektivní resonance a zúžení zájmů.

Podle *H. Helmchena* a *H. Hippia* deliriosní stavy jsou způsobeny převážně farmakogenně, kdežto stavy amentně amnestické dekompenzace převážně individuální dispozicí. Hlavně u mužů starších než 50 let, mají-li v anamnése trauma hlavy nebo mozkovou příhodu.

Farmakogenní deliria mohou vzácně skončit letálně, ale u organiků mohou zanechat trvalé poškození. Trvalá hypotense navozená farmaky může být pro geronty, jak již bylo řečeno, nebláhá.

Je povinností lékaře starat se u geronta o udržení dobré saturace CNS O₂, což se děje kardiotoniky digitalisového typu. Ty se ovšem mohou předosovat a vést k digitalisové intoxikaci s psychosyndromem rázu amentně halucinačního, s xantopii, anorexií, nauseou, vomitem a průjmy. U někoho citlivého může nastat digitalisová intoxikace i při malých dávkách. Amentní nebo amentně halucinační syndrom se může dostavit i po energetické diurése při ochuzení organismu o draslík.

Organismus gerontů je velice fragilní. Pocit žízně je u nich značně snížen, takže dojde snadno k dehydrataci organismu. Je sníženo i vnímání bolesti, což diagnosticky máte, zvláště u takové nemoci, jako je apendicitis. Úloha lékaře je velmi odpovědná, někteří geronti jsou plni stesků, což svádí k bagatelisaci, a právě některý z nich může být závažný. Poměrně nepatrný úder do klenby lební může způsobit subdurální hematom, velké a prudké nebo déle trvající sehnutí mozkovou hemorhagií. *O. Appenzeller* a *J. E. Goss* pozorovali, že po podání 75 g glukosy nastane porucha reflexní regulace TK. Upozorňují na to, že u gerontů mohou po jídlech velmi bohatých cukry eventuálně nastat cerebrovaskulární apoplexie.

V lidské patologii se objevují stavy buď celkově nebo parciálně upomínající na stáří, ale předčasné, jde tedy o progerontii. Charakteristický je patický stav boxerů, o němž byla napsána rozsáhlá literatura. V jedné z nedávných prací se otázkou zabývají *F. Unterharnscheidt* a *K. Sellier*. Jde o následky řady komocí a velkého množství subkomocí. Boxeři se stávají senilními již v mužném věku. Jejich okolí říká, že se mění, že „mėknou“, poruchy paměti se zvětšují, vyvíjí se demence. U některých se vyskytnou i epileptické záchvaty jacksonské i grand mal. U některých se vyvinuje progredientní traumatická encefalopatie s příznaky pyramidovými a extrapyramidovými a s psychosyndromem

jevícím se jako euforie, dysforie, špatné hodnocení situace, chvástavost, degradace a deprivace osobnosti, demence.

Též psycholeptika dlouho a ve velkých dávkách podávaná dovedou vyvolat extrapyramidové příznaky hyperkinetické zejména v krajině orální, o nichž se původně myslelo, že jsou ireversibilní i po vysazení, což se však ukázalo jako omyl. Ostatně nejsou tak velkou životní komplikací.

III.

O stáří samém bývají někdy i u lékařů, kteří ho dosud sami nedosáhli, nesprávné představy.

Ideál moderního člověka je naprostá soběstačnost (kempink, chata, stan atd.). K tomuto ideálu je do jisté míry nucen i okolnostmi, neboť získání některých služeb je někde stále obtížné. Ve stáří soběstačnost klesá, potřeba cizí pomoci stoupá, ale finanční prostředky se většinou starým lidem značně zmenšují.

Sociální homeostasa (*R. Bureš*), tj. stav rovnováhy mezi potřebami člověka a prostředím, jeho životními podmínkami, je narušena.

Když je soběstačnost, schopnost vyrovnat se se všemi nároky prostředí porušena, potřebuje geron často alespoň radu, jak co zařídit. Soběstačnost se mění v závislost.

Těžko a nebo vůbec není schopen uspokojit potřeby (*D. Stránská*) jak elementární, vitální, tak humánní (kultura, společnost aj.). Geron potřebuje vhodné mikroklima, jehož součástí je také ochrana proti risikům a možnost dovolat se rychle pomoci (telefon!).

Jednou z nejzávažnějších nepříjemností stáří je odcizení současnosti. Staří přátelé zemřeli nebo deteriorovali, nebo jejich osobnost se tak změnila, že neharmonuje s eventuálně rovněž změněnou osobností subjektu. Mezi gerontem a mladými je generační propast, kterou si autokritický geron uvědomuje a těžce nese deprivaci mladších, protože styk s mladšími a mladými, třeba povrchní, mu přináší uspokojení.

Většina gerontů potřebuje soukromí, rozsáhlé soukromí, nikoli však samotu, izolaci. Geronti rádi pozorují život, sedají u okna, u silnice. I to, že během dne prohodí s někým několik třeba bezvýznamných slov, je dobrou komunikací, udržující pohodu.

Molimina senectutis jsou mnohá. Jak již bylo řečeno, významnou úlohu tu hraje narušené přijímání a zpracovávání informací, jejich ukládání do paměti a vybavování podle potřeby. Poruchy zrakové ztěžují čtení, nahluchlost činí společenský styk obtížným, pro stařecké ušní změny i naslouchání hudbě ztrácí na atraktivnosti, neboť hudba je zkrasleně vnímána. Zpomalené vnímání, „psychická nedoslýchavost“, celkové gerontické zpomalení, bradypsychismy ztěžují společenský styk a řešení situací.

Hybnost je porušena v mnoha složkách; eventuální insuficience oběhová, neobratnost, atrofie svalová, ztráta síly svalové, lehké cerebrální závratě, nejistota končetin, daná jednak stařeckými onemocněními zadních provazců, jednak arthrosami, ztěžují jak chůzi, tak manuální výkony. Tato ztížená pohyblivost velmi komplikuje život zvláště některých gerontů a vyřazuje je z řady kladně působících zážitků. Při zákrocích na dolních končetinách musí chirurg uvážit, zda se pacient opět naučí chodit! (*E. Wondrák.*) Sehnutí se stává problémem, rovněž povstání z nízkého sedadla. Zvýšení unavitelnosti působí i zřikání se zábav, které dříve těšily. Televise je tu velkým dobrodiním. Do chůze se ovšem musí geron nutit!

Tělo obtěžuje všemožně. Stará kůže svými prurity, močové ústrojí, eventuálně tlačící nebo padající zubní náhrady, citlivost trávicí trubice působí, že geronti již nesnášejí oblíbená jídla. Žvýkání unaví. Hubení geronti mají krajní nepohodlí při sezení na tvrdých židlích a ležení na tvrdém lůžku, což vše vyúsťuje v životní nepohodlí. Denní život, nákupy, fronty, tramvaj apod. se stávají příliš náročnými a vyrůstají v denní tragédie.

Je přirozené, že to vše dovede neurotisoivat. K tomu přistupují obsedantní projevy a anankasmy různého stupně, které patří k projevům stáří a jež jsou do jisté míry i součástí rigidního senilního stereotypu, kterým však pro různé frustrace nelze vyhovět. Měl by udělat to a to, ale není dostatek vlastní energie a příliš mnoho překážek skutečných nebo zdánlivých. Měl by napsat, měl by dojít — z toho vznikají autoakusace. Některé geronty souží naprostá nerozhodnost, takže tahají papírky, co mají obléci, co mají udělat.

Jsou ovšem i kladné stránky stáří a není jich málo. Stáří přináší lepší pohodu pro introverty a těch je více než extravertů. Velká životní zkušenost, množství nasbíraných informací, s nimiž umí manipulovat při pomalém rozhodování, přináší jistotu a uspokojení. Emoce ztrácejí svou nepříjemnou expansivnost v osobnosti. Psychopatické rysy se kompensovaly, hrany se obrousily, ovšem při patickém procesu se mohou opět dekompenzovat. Sexus ve své zředěné a transformované formě ztratil svou naléhavost a mučivost. Pocit oprávnění většího odpočinku a příjemnosti života je vnímán příjemně. Mnoho gerontů se dívá svému matrikálnímu věku a necítí se vůbec starými, mají docela chlapecké a dívčí nápady. Kus dětství a jinošství zůstává v lidech po celý život, ovšem čím je člověk starší, tím více to musí před ostatními skrývat. To, čemu říkají lidé „zdetištění“, nemá s tím nic společného. Zvláště to bývá vyjádřeno u typu uměleckého a u umělců. Jejich stálá puberta je jejich štěstím i neštěstím. Šťastné stáří lze srovnat s návštěvníkem obrazárny, který je v dobré pohodě, usedá na pohodlnou pohovku a se zájmem si prohlíží rozvěšené obrazy. Líbí se mu krajiny, akty, zá-

tiší, obrazy bitev a s úsměvem nazírá i moderní změť čar, naplácání barev, někdy neumělé infantilní projevy, označené jako naivní umění, kterým sice zcela nerozumí, ale v duchu si říká tolerantně: „Snad i tak možno.“

Jsou ovšem i nesmiřitelní „zlí“ geronti, kteří nemohou odpustit a zapomenout na utrpené příkoří a znovu a znovu upadají do zlobného afektu s agresivními tendencemi.

Deprese v seniu je někdy intensivnější a mučivější než deprese v dřívějších životních obdobích. Autoakusace a negativní bilancování života bývá spíše v involuci, ale ani stáří jich není uchráněno. Mučivost některých vzpomínek, autoakusace a bilancování života se ve stáří u někoho občas dostavuje i bez deprese.

Zajímavý příznak u senilních psychos při paranoidně halucinačním syndromu je stížnost pacientů, že jim někdo vyměňuje věci. Jde patrně o emočně navoděné ilusivní vnímání, dané též zhoršenou gnosí a zhoršeným pocitem známosti.

Dlouho trvající demence neohrožuje život. Jestliže se u geronta vysokého věku dostaví náhle demence a rozpad osobnosti, je to signum mali ominis quoad vitam, během několika týdnů nastane obyčejně exitus.

Geron si poměrně snadno zavíní zhoršení nemoci nebo smrt svým poměrem k nemoci a svou osobností geronticky deformovanou. Spoluúčast na tom může mít i lékař jiných oborů, který není s těmito činiteli dostatečně obeznámen. Je to snížená reakce na orgánovou bolest, nosoagnosie, disimulace (někdy ovšem i agravace), strach z hospitalisace, svéhlavost, osobité názory na léčení, indolence (*E. Wondrák*).

I pro stáří přirozeně platí základní zásady neurosologické, tj. touha po bezpečí, sympatické odezvě u druhých, pohodlí a po uplatnění. Jestliže některá nebo více těchto složek je frustrováno, stává se geron nešťastným, trpícím člověkem.

Některé sebevraždy gerontů jsou bilanční. Nešťastný geron není ovšem nemocný geron. Může však dojít i k denormalisaci. Pokud nevznikne depresivní syndrom, může vzniknout neurotický syndrom, kerý je sice ve stáří řidší, ale může se vyskytnout. Facilitující okolností je stav, kdy touhy zůstávají a možnosti se zmenšují. Kde mizí touhy, vzniká apaticko-abulický syndrom.

Gerontů přibývá, význam gerontopsychiatrie stoupá. Úkolem klinické gerontologie je zabývat se psychickými změnami v normálním stáří, postojem pacienta k němu, patickými psychickými projevy a duševním onemocněním stáří, postojem k nim, postojem k tělesným chorobným projevům a postojem k blížící se smrti. Je důležité, aby i lékaři ostatních oborů měli alespoň základní znalosti z gerontopsychiatrie.

Lidstvo stárne v dobrém slova smyslu. Lidé se dožívají delšího věku. Snad je úkolem gerontů chránit kulturu před výstřelky mladého a středního věku. Vzniká přirozený požadavek, aby prodloužení života bylo odměnou, ne trestem, aby bylo štěstím, ne hrůzou. Svět se díky úspěchům medicíny pomalu ale jistě stává světem s rostoucím počtem starých lidí; v Praze je t. č. jedna čtvrtina obyvatel ve věku důchodců. Kulturní vyspělost národa se měří různými dílčími, někdy poněkud komickými měřítky, spotřebou ústních vod, mýdla, papíru, vody apod. Nejlépe je však mezi jiným dokumentována tím, jak se stará o geronty a jaké je stáří gerontů toho kterého národa.

VĚDOMÍ A JEHO PORUCHY

(1971)

Slova vědomí se užívá v různém významu. Zejména filosofové ho rádi užívají. Říkají např. idea ta a ta je nebo má být trvale ve vědomí lidí apod. Pojetí lékařské se od tohoto pojetí podstatně liší. My přisuzujeme vědomí dvě základní kritéria, bdím a uvědomuji si, a tak nám vyplývají čtyři základní stavy: 1. normální stav bdělosti, obě kritéria jsou pozitivní; 2. bdím, ale neuvědomuji si řadu věcí (např. dva lidé se perou, jeden již má nůž v zádech a neví o tom, je ve stavu zúženého vědomí); 3. nebdím, ale uvědomuji si, tj. spím a sním, jsem ve stavu spánku; 4. nebdím a neuvědomuji si, jsem ve stavu bezvědomí; toto bezvědomí může být mělké s reakcemi, nebo hluboké bez reakcí.

Je zajímavé, že poměrně dlouho trvalo lidstvu, než si uvědomilo, že vědomí souvisí s mozkem. Na to přišel, respektive to uvedl ve známost teprve *Galenos* (129—asi 200), řecký lékař v Římě, který si uvědomil souvislost, že po úderu do hlavy člověk ztrácí vědomí. Byl to chytrý lékař a první metodolog. Napsal též *Logiku* vztahů.

Náš mozek je stále bombardován velkým počtem informací, přicházejících jak z vnějšku, tak z vnitřku, tj. jednak z organismu samého, z našeho těla, jednak z našeho duševního života.

Při normálním vědomí se správně zpracovávají došlé informace, jedinec je správně orientován v čase, prostoru, o své osobě, správně interpretuje a vyzná se v situaci. Vědomí se stále mění jako moře za přílivu a odlivu, a to jak co do stránky bdělosti, tak uvědomování si. Hladina bdělosti stále kolísá, zvláště např. u neurotiků. Šíře vědomí se mění únavou a jinak. Změny vědomí jsou jednak biické, jednak patické. Biické změny vědomí jsou spánek, hypnotický stav a extase. Pozornost a vědomí jsou dva faktory vzájemně se ovlivňující.

Poruchy vědomí můžeme třídit: 1. podle formy, 2. podle příčiny. Podle formy rozeznáváme poruchy kvantitativní a kvalitativní. Pro psychiatrii jsou důležité obojí. Ovšem rozdělení není přesné, neboť kvantita mění kvalitu. Někdy lze vůbec těžko rozhodnout, zda jde o kvantitativní nebo kvalitativní poruchu. Dosti typické kvalitativní poruchy jsou deliriosní a amentní stavy.

Podle příčiny jsou poruchy vědomí traumatické, toxické atd.

Vědomí si lze představit jako plochu, jejíž jednotlivé části jsou chvílemi více nebo méně osvětleny světelným kuželem pozornosti.

Pod touto plochou jsou v různé výši různé vrstvy, jsou pod vědomím,

tudíž můžeme mluvit o podvědomí. To má také vliv na kvalitu vědomí. Balvany jindy pod hladinou, když klesne výška vody v řečišti, stanou se patrnými. Vedle toho je ohromné množství našich prožitků, které jsou v mimovědomí, ale naši vůli nebo mimo vůli, ba i proti vůli mohou se někdy z různých příčin dostat do vědomí. Jistě nikdo z vás čtenářů této knihy v tomto okamžiku nemyslí na velrybu. Čte-li však velryba, rázem se tento pojem z jeho mimovědomí ocitne v jeho vědomí.

Thema vědomí je příliš rozsáhlé, než aby bylo možno je vyčerpat v tomto článku, nebo i jen se zmínit o všech fenoménech sem patřících. Sdělení je určeno jen pro zběžnou informaci čtenářů, popřípadě jako podnět k přemýšlení a vzbuzení zájmu.

Čtenářům, kteří se chtějí dozvědět více o tomto tématu, doporučuji, aby se obrátili na některé z uvedených spisů. Všechny tyto knihy jsou velmi zajímavé a poučné. Pokud se chcete dozvědět více o tomto tématu, doporučuji, aby se obrátili na některé z uvedených spisů. Všechny tyto knihy jsou velmi zajímavé a poučné.

Čtenářům, kteří se chtějí dozvědět více o tomto tématu, doporučuji, aby se obrátili na některé z uvedených spisů. Všechny tyto knihy jsou velmi zajímavé a poučné.

Čtenářům, kteří se chtějí dozvědět více o tomto tématu, doporučuji, aby se obrátili na některé z uvedených spisů. Všechny tyto knihy jsou velmi zajímavé a poučné.

Čtenářům, kteří se chtějí dozvědět více o tomto tématu, doporučuji, aby se obrátili na některé z uvedených spisů. Všechny tyto knihy jsou velmi zajímavé a poučné.

Čtenářům, kteří se chtějí dozvědět více o tomto tématu, doporučuji, aby se obrátili na některé z uvedených spisů. Všechny tyto knihy jsou velmi zajímavé a poučné.

Čtenářům, kteří se chtějí dozvědět více o tomto tématu, doporučuji, aby se obrátili na některé z uvedených spisů. Všechny tyto knihy jsou velmi zajímavé a poučné.

SPÁNEK A JEHO PORUCHY

(1971)

Spánek je periodicky se dostavující změna vědomí. Je zajímavý tím, že nebdíme, ale jsme si vědomi svých snů.

Jednu třetinu svého života prospíme. Lidský spánek je v ohromné většině monofázický a používá noci. Má dvojí poslání, somatické (vegetativní, anabolické) a psychické. Ve spánku jsou sny. Každý člověk sní a toto snové zpracování zážitků má pro duševní život jedince veliký význam. Ve snech je zvláštní způsob myšlení — myšlení aglutinující. Lidstvo od svých začátků pochopilo nesmírný význam spánku. Poměr raného lidstva k věcem a děním se nejlépe projevuje v mytologiích.

Židovský bůh jen odpočíval, nikdy nespal. Řečí bohové také odpočívali, ale síla boha spánku Hypna byla taková, že uspal i samého Dia na rozkaz Héry, aby mohla pomoci Achajským.

Egyptané měli boha jménem Bes, který měl různé úkoly a mezi jiným obhospodařoval spánek. Byl to veselý, směšný trpaslík.

Řecký bůh spánku Hypnos byl synem bohyně noci a bratr boha smrti Thanata. Šel každou noc se svou matkou po zemi a po moři, vše živé uspával a zbavoval je tak utrpení, sesílal také sny a byl obklopen družinou snů. Podle jedné báje sídlil v podsvětí, podle druhé až u dalekého Okeanu. Měl tři syny, v nich jsou personifikovány projevy spánku a snů. Morfeus na sebe dovedl vzít jakoukoli lidskou podobu, Fobetor děsil v podobě zvířecí a Fantosos se proměňoval v nejrůznější fantastické věci.

Spánek připomíná lidem smrt, vyskytnou se neurotici thanatofobové, kteří nechtějí spát z obavy, aby ve spánku neumřeli. Noc je děsivá svou tmou. Má svou fyziologii a patologii. Známe vegetativní krizovou dobu okolo 2. hodiny. V noci přicházejí chmury, vše se zdá horší a nebezpečnější. Kohout, vítající východ slunce již v noci, zapuzuje přízraky svým kokrháním. S rozbřeskem dne odcházejí všechny noční přízraky.

Člověk se modlil před jídlem a po jídle, před spánkem a po probuzení. Hypnagogium, méně hypnagogium, je období upomínající — zvláště u někoho — na duševní poruchu. Spravedlivý prý spí klidně a příjemně, takže se říká spát spánkem spravedlivého. Spánek si i dnes zachovává určitou magickou aureolu, neboť lidé stále věří ve věstecké a varovná sny. Naivní snáše minulých let radily, jaká čísla vsadit. Zajímavý je etymologicky decentní, ale obsahově nesmyslný spoj spánku se sexua-

litou v češtině i v němčině: „vyspat se s někým“. Kdyby muži a ženy spolu jen spali, lidstvo by brzy vyhynulo.

Mezi lidmi jsou konstitucionální spáči a nespáči, kteří se nikdy navzájem neshodnou. Podle spáčů to ranní ptáče vždy odskáče.

Když někdo přestane spát, velmi ho to vyděsí. Nespavost jako příznak je neobyčejně častá, velmi obtěžuje pacienta, a to dvojitým způsobem: Jednak přímo narušením vegetativních a metabolických pochodů, jednak druhotně, reakcí pacienta na tuto nespavost, jeho strachem. Přílišná spavost je rovněž nepříjemná, chorobná a ohrožuje sociální existenci pacienta. Lékař se musí s nespavostí i spavostí pacienta nějak vypořádat.

SNĚNÍ

litoj v češtině i v němčině: „vždy a někdy“. Když muž a žena spolu jen spali, lidské by byly vyplynulo.

Mezi lidmi jsou konstituční spáči a nespači, kteří se nikdy navzájem neshodnou. Podle spáchu to není ptáče vždy odkašle.

(1973)

Když někdo přestane spát, velmi ho to vyčerpá. Nezapovst jako příznak je neobvyčejně časté, velmi obtěžuje pacienta, a to dvojnásobně: jednak přímo narušením vegetativních a metabolických pochodů, jed-

žijeme ve světě vnějším a vytváříme si svůj svět vnitřní. Vnější svět se obráží v našem duševním životě pomocí informací, které z něho dostáváme. Tyto informace „metabolisujeme“, přetváříme a ukládáme. Vnitřní svět vzniká zpracováním informací z vnějšího světa, z našeho těla a z již vytvořené naší psychiky a vzájemným působením těchto činitelů.

Pomocí čelního laloku některé fixované informace abstrahujeme a z abstrahovaných prvků znovu skládáme nové útvary, vytváříme si své montážní představy. Budujeme si své individuální schéma hodnot, duševní censuru, vytváříme si spoje a symboly, idoly a horory.

Nejen svět vnitřní, ale i prožívání světa vnějšího je u každého člověka jiné, neboť vytváření obrazu vnějšího světa je ovlivněno vnitřním světem. Vnější svět paranoidního pacienta je jiný než depresivního apod.

Nemůžeme nemyslet! Myslíme jednak v představách, jednak ve větech. Někdo myslí více prvním, imaginačním způsobem, někdo více druhým, fatickým způsobem.

Myšlení je buď vůlí pevně řízené a pak pozorností kontrolované vybavování a spojování asociací a představ, anebo víceméně bez velké účasti vůle, nebo dokonce proti vůli se dějící jejich vynořování a spojování.

Nás v tomto případě zajímá bez usilovné vůle se dějící vynořování představ, čili snění a evokování a tvoření představ na podkladě emočním, které vytváří v našem vnitřním světě oblast přání, popřípadě již i jejich splňování ve fantasii.

Naše produkty fantasmie mají zvláštní druh existence. Dějí se na hmotném substrátu, samy jsou nehmotné, ale mohou měnit životní procesy a ohrozit naše zdraví.

Anton Pavlovič Čechov napsal novelu *Černý mnich*, v níž se hrdinovi halucinačně zjevuje černý mnich, který mu jednou řekl: „Já existuji ve tvé fantasii a tvá fantasmie je část přírody, to znamená, že existuji také v přírodě.“

Někteří lidé mají veliký sklon ke snění. Všichni si zvláště v mladším věku budují v mysli svou budoucnost, plánují. Vidí sebe ve funkcích, jichž, jak sami vědí, asi nikdy nedosáhnou. Hrají si se svými myšlenkami. Představují si své vysněné ráje, situace, k nimž nikdy ne-

dojde, popřípadě by ani nechtěli, aby k nim došlo, jsou to situace sexuální i nesexuální.

Takové myšlenky nazýváme sny ve bdění. Německá psychiatrie mluví o Wachträume a Wunschräume.

Jde o jev normální, chorobným se stává, když se stupňuje do té míry, že odlákává od skutečného života. Subjekt se svým snům oddává nemístně, nedá se ze svého snění vytrhnout, ba někdy již nedovede rozoznat své sny od skutečnosti. Pak mluvíme o autismu, což je úplné stažení se do sebe, extrémní introverze, vedoucí až k sociální izolaci od vnějšího světa.

Eugen Bleuler popsal myšlení, které zprvu nazval autistické, později dereistické. Je to myšlení katathymní, unášené fantasií bez ohledu na skutečnost a vlastní zkušenost. Subjekt si buduje své „vzdušné zámky“. Autistické myšlení tvoří obsáhlou kapitolu. Může být u normálních i u nemocných. Sehrálo svou úlohu v dějinách. Vyskytuje se v běžném životě, ve vědě, v umění i v politice.

Představy někdy nabývají neobyčejné živosti, téměř halucinační, že se jich subjekt až ulekne, jsou to většinou fenomény zrakové, vise, mohou to však být vzácněji i fenomény ostatních smyslů, tj. akuse, olfakce a haptické sense. Tvoří vlastně přechod k šalebnému vnímání, k pseudohalucinacím. To se stává zejména u eidetiků. Podle nových zjištění mnoho lidí zůstává eidetiky i v dospělém věku.

Mezi normální představou a normálním vjemem je veliký rozdíl. Tento rozdíl způsobuje zejména sensorialisace a objektivace. Sensorialisace, pocit, že něco vnímáme smysly, vždy nestačí. Pseudohalucinace mají sensorialisaci, ale subjekt přece poznává, že to není skutečnost. Teprve když nastane objektivace (*Nevole*), tj. dojem skutečnosti, subjekt začne považovat představované, produkt své fantasie, za objektivně vnímané a skutečné.

Naše duševní činnost je naprosto komplexní. Současně vnímáme, myslíme, cítíme, chceme. Duševní procesy jsou neoddělitelné. Vnímáme, že myslíme, cítíme, že vnímáme, vnímáme, že cítíme. Při poruchách tohoto komplexu vznikají různé formy depersonalisace, rozštěpení osobnosti a různé patické fenomény. Vznikají zkreslené obrazy vnějšího a vnitřního světa, oba světy se mísí, vznikají syndromy amentní a deliriosní.

K záměrnému modifikování vnějšího světa vnitřním dochází u dětí při hře s něčím a na něco a u dospělých histriónů, kteří si také hrají „na něco“. Přisvojili si roli záhadného hrdiny, velkého umělce apod. Někteří autoři to nazývají motorická fantasie na rozdíl od sensorické fantasie, kdy zůstává jen při myšlení a nedojde k jednání.

Mezi histriónem hrajícím si na něco a psychotikem je však ještě

veliká propast. Histrion ví, že je to „jakoby“, kdežto psychotik je nevyvratně přesvědčen o realitě.

Děti verbalisují produkty své fantasmie a líčí věci, které se nestaly. Ony v tomto případě nelhou!

Pravá pseudologia phantastica, bájevá lhavost, není také vlastně lhavostí v pravém slova smyslu, ale verbalisovaným sněním, pokud ovšem nejde o účelové lhaní.

Snění ve bdění je příjemné, a proto lidé vyhledávají látky, které by je usnadnily a potencovaly. K těmto látkám v nepatrné míře patří snad i tabák, více alkohol, ale hlavně z nových látek LSD a ze starých cannabis (hašiš, hmota připravená z květů, a marihuana, sušená celá rostlina), opium a jeho alkaloidy, kokain aj. Pro látky, které masivně podporují snění, užívají někteří název fantastika, halucinogeny, méně správně delirogeny.

Fantasmie je schopnost z toho, co člověk zažil, a ze všeho, co může vstoupit do jeho vědomí z jeho mimovědomí, vytvářet postavy, situace a děje ve formě plánů nebo jen přání nebo pro okamžitý příjemný pocit si pohrávat s představami, ovšem složka přání je vždy, i když třeba jen nepatrně přítomna. Někdy je to privatissimum subjektu, které nesdělí ani svému psychiatrovi.

A. H. Schwartz a E. Slaby zjistili u amerických mediků, že ti, kteří mají velkou fantasmii, vykazují větší morbiditu psychickou, více suicidálních pokusů a nespokojenost s lékařským povoláním. Problém fantasmie je příliš složitý a nutno jej řešit velmi pečlivě a široce. Základní otázka je nejen kvantita, ale hlavně kvalita fantasmie.

Čím nižší hladina bdělosti, tím více se myšlení zatoulává od reality k imaginaci.

Hypnagogium, usínání, je období velmi příznivé šalebnému vnímání až halucinacím a již snovým útvarům. Ty nazývá Široký oneiroidy. Studoval jejich zákonitosti a zjistil, že se již podobají snění. Oneiroidy jsou něco mezi myšlenkou a snem.

V hypnagogiu pseudohalucinačně prožíváme to, co jsme ve dne intenzivně dělali, často až nepříjemně, např. hledání hub, mikroskopování, jízdu vlakem apod. Usínající ví, že se mu to „jen zdá“, část bdělosti je ještě zachována.

Za horečky, v intoxikaci, u toxikomanů tyto tzv. Kandinského pseudohalucinace vystupují s neobvyčejnou živostí. Dostí typické pro toxikomany je, že subjekt vidí blížít se k sobě ohyzdné obličejové a vytrhne se z usínání. Snad bychom mohli říci, že jde o halucinační oneiroid.

Spánek, jak známo, skládá se hlavně ze dvou fází spánkových. Je to ortodoxní, telencefalický, non REM spánek a paradoxní, rombencefalický, REM spánek, který se více blíží bdělosti. V ortodoxním spánku sny nebývají, a vyskytnou-li se, tedy jsou klidné, neemoční. V paradox-

ním spánku jsou sny hojné, živé, emoční. Když je osoba vzbuzena v období paradoxního spánku, dovede sen povědět až v 90 %; během dne se obvykle sny zapomínají. Někteří lidé je zapomínají ihned, takže se domnívají, že spí beze snů, což není pravda. Sny má každý.

Sny jsou černobílé nebo barevné. Někdo má jen černobílé, někdo obojí. Na velmi odpovědná místa (kosmonauti) jsou spíše vybíráni lidé jen s černobílými sny.

Nerušený spánek je zakončen normálním probuzením, hypnagogiem, které má podobné vlastnosti jako hypnagogium, ale v míře mnohem menší.

Materiál pro sen tvoří jasné i nejasné (podvědomé) dávné vzpomínky, zážitky téměř bezprostřední, momentální působení vlivů okolí a vlastního těla, budoucnost, o které spící v bdělém stavu uvažoval nebo které se bál, tedy jakési „vzpomínky na budoucnost“.

Některé sny vyjadřují přání různým způsobem znázorněná. Jsou přání vyjádřená zcela nezakrytě, přání vyjádřená zakrytě, tj. funkční censury, vyjádřená symbolicky, poněvadž subjekt se k nim nechce hlásit. To jsou některé běžné normální sny. Dále jsou sny vyjadřující sice nezakrytě přání, ale taková přání, ke kterým se nechce subjekt hlásit, to jsou sny úzkostné.

Myšlení snové je často jen aglutinační, bez ohledu na logiku, a přitom logickými nehoráznostmi není spící překvapen, považuje je za zcela přirozené.

Před lety jsem si mnoho měsíců hned po probuzení psal své sny, které jsou většinou barevné, a pak je ve dne analysoval. Je zajímavé, jaké množství složek, tj. zážitků dávných i nedávných, téměř nepovšimnutých spolu s okamžitou psychosomatickou kondicí vytváří sen.

Ve spánku existuje zajímavá ochrana jedince před doléháním nepřijemných emocí. Říkám tomu snová bariéra. Když má někdo velké duševní utrpení, ve snech se to dlouho neprojeví, až při určité značné intenzitě a déle trvání se prorazí snová bariéra a utrpení se projeví i ve snech.

Sny mohou být tak živé, že někteří lidé zaměňují sen a skutečnost a ve vzpomínce nevědí, zda se něco skutečně stalo, či zda se jim to jen v noci zdálo.

Je přirozené, že sny zajímaly lidi od prvopočátku. Lidé věřili, že některé sny jsou od boha. Spali v chrámě a sen, který měli, považovali za seslaný od boha. Věřili na věštecké sny. Dnešní psychotronici věří, že ve snu může dojít k telepatickým sdělením. Od nepaměti byli vykladači snů. Josef Egyptský vyložil faraonovi sen o sedmi kravách tučných a sedmi kravách hubených. Lidé věřili ve svou lidovou snovou symboliku. Před 100 lety, ale i později byly používány egyptské snáře s návodem, jaká čísla vsadit do c. k. rakouské loterie, hovorově nazvané „lotynka“.

Při výkladu snů často řlo o konkrénní představy. Výkaly znamenaly peníze, svatba pohřeb apod. V roce 1861 vydal PhDr. Scherner monografii „Das Leben des Traumes“, v níž mluví rozsáhle o pohlavní symbolice snů. Freud to převzal a poněkud přehnal. Podle psychoanalytiků staré školy všechny podlouhlé předměty (hole, deštníky, pušky, pistole, telegrafní tyče, věže) jsou penisy změněné duševní censurou ve své symboly a všechny předměty kapsovitě (brašny, tobolky, jámy, tunely) jsou stejným způsobem změněné ženské genitály.

Jsou ovšem i další, nesexuální symboly, např. odjezd je symbol úmrtí apod.

Sen jako anamnestická diagnostická pomůcka je znám dlouho. Některé nemoci, které ve stavu bdělém nepůsobí ještě obtíže, mohou se již v noci, v období nadvlády parasympatiku projevit snem. Též okamžitá indispozice, např. zařívací, projeví se ve spánku sněním o odporném jídle apod. Cerebrální arteriosklerotici mívají sny frustrační a rozpačité, nemohou včas sbalit své věci, stihnout vlak, ocitají se v trapných společenských situacích apod. Epileptici sní o chutném jídle (K. Hener), ale také mívají sny katastrofické s převládající červenou barvou, září, ohněm, plameny. Zdá se jim i o vodě, padají do vody. Hysterikové mají velkou fantasií, a tak jsou jejich sny dramatické, vyskytují se v nich divoká zvířata, popraviště, pronásledování. Migrénikům se sny opakují, ocitají se opětovaně v téže krajině, nebývá to však krajina skutečná, kterou znají. Ojedinelý sexuálně deviantní sen nic neznamená. Opakování deviantních polučních snů téhož rázu mluví pro sexuální deviaci spícího.

O lékařském diagnostickém významu snů bylo již leccos napsáno, ale ještě nikoli zvláště soustavně a se zřetelem k zážitkům současného člověka. Pro všechny lékařské obory interní i chirurgické se tu otevírá zajímavé a snad dosti přínosné pole: sny před operací a po operaci, sny při nemocech interních, chirurgických, očních, ušních, kožních.

Sbírání snů pacientů není úloha snadná. Pacienti jsou neupřímní, stydí se za své nelogické sny, dělají si z vyšetřování snů žerty apod. Kdysi jsem se pokoušel prostřednictvím naší psycholožky sbírat sny pacientů různých klinik, ale nepodařilo se nám to. Nejlépe, když to dělá lékař léčící pacienta.

Dětské děsivé sny, které si někteří lidé pamatují celý život, tvoří zajímavou kapitolu a patří do obsáhlé oblasti dětské patologie noci.

Jedno naše přísloví praví: Ráno je moudřejší večera. Lidé říkají, že „je nejlépe se na to vyspat“. V mnoha případech se to osvědčuje. Jednak proto, že spánkem se odstraní únava a zlepší kondice CNS, jednak pro svou náplň paradoxního spánku, která přispívá k odreažování

emoční stránky toho, co nás znepokojilo, i když sny zapomeneme a celý proces nám zůstane utajen.

Souhrn

Zijeme ve vnějším světě a vytváříme svůj svět vnitřní. Pomocí čelního laloku abstrahujeme a produkujeme montážní představy. Někdo myslí více v představách, někdo ve větech. Člověk může snít ve spaní i ve bdění. Snění ve bdění je vynořování představ bez usilovné vůle řídicí myšlení. Sny ve bdění má každý, hlavně v mladším věku. Je-li snění přílišné a nemístné, mluvíme o autismu. Představy mohou někdy nabýt až halucinační živosti. Histrion dokonce své fantazie hraje. Čím nižší hladina bdělosti, tím více se zatoulává myšlení od reality k imaginaci. Při usínání se již objevují oneiroidy, které tvoří přechod mezi myšlením a snem. Ve spánku samém ve fázi ortodoxní je snů velmi málo a jsou neemoční, v paradoxní fázi je snů mnoho a bývají emoční. Někteří lidé mají sny jen černobílé, někteří barevné. Sen je dán mnoha faktory. Duševní censura formuje u některých snů jejich konečné utváření. Snová bariéra dlouho brání vniknutí velikých smutků do snů. Otázka diagnostického významu snů není bohužel příliš zpracována. (Víme ovšem, že cerebrální arteriosklerotici, migrénici, epileptici mívají sny určitého druhu.) Sbírat sny pacientů není snadné, pacienti jsou neupřímní, za některé sny se stydí, dělají si žerty ze sbírání snů. Pří- sloví „ráno je moudřejší večera“ má své oprávnění. Spánek způsobí biologickou rekreaci organismu a paradoxní fáze svým sněním metabolizuje přijaté informace a usnadní rozhodnutí ve bdění, aniž člověk postřehne ve vědomí, co se odehrálo v nevědomí.

PROBLÉM BLUDU

(Psáno 1970, vyšlo 1973)

Obecná psychiatrie se zabývá duševními fenomény, které se vyskytují při změně, od obvyklé normy odchýlné duševní činnosti.

Tyto fenomény jsou jednak kvantitativní, jednak kvalitativní. Jsou to poruchy vědomí, emoce příliš intenzivní, poruchy chování apod. Tyto kvantitativní poruchy se mohou ojediněle vyskytnout i u osoby, kterou ve svém souhrnu můžeme označit ještě za normální.

Naproti tomu jsou poruchy kvalitativní, které když se vyskytnou, signalisují většinou duševní poruchu. To jsou zejména halucinace a bludy. V této studii si povšimneme problému bludů.

Pro to, o čem budu psát, bylo přijato v češtině označení blud, v ruštině bred, v polštině urojenie, v němčině Wahn, v angličtině delusion, ve francouzštině delire, které zřejmě pochází z latiny. (V latině deliro = jsem pošetilý, potrhlý, deliratio = potrhlost, delirium = pošetilý, potrhlý, nesmyslný.) Rečtina má pro blud několikere pojmenování: dokesis, oiesis, hypolepsis. Bludnou víru nazývá pseudēs.

V podstatě se v psychiatrii setkáváme s dvěma názory na blud a jeho genesi. Jeden, zastávaný spíše staršími autory, považuje blud za poruchu myšlení, vyzdvihuje stránku kognitivní, druhý, novější, vyzdvihuje stránku emoční.

Emil Kraepelin (1909), zvaný otec psychiatrie, má tuto koncepci bludu: Je dvojitá cesta lidského poznání: 1. zkušenost, 2. volné samostatné vynajití („freie selbständige Erfindung“). Zde je místo pro tvoření bludu. V člověku je vědění (Wissen) a víra (Glauben). U primitivů a u dětí to jde společně ruku v ruce. Děti nedovedou oddělit prožitě (das Erlebte) a vybásněné (das Erdichtete). U primitivů pak vznikají mytologie, o jejichž pravdivosti jsou nevyvratně přesvědčeni. Mají víru a víra je emoce. Zkušenost bývá ovlivněna pověrou, kdežto pověra je proti zkušenosti dosti imunní.

Bludy jsou vždy ve vztahu k vlastní osobě, k vlastnímu Já. V bludech se zračí obavy a přání. Jsou vlastně fabulováním obav a přání.

E. Bleuler (1921, 1960) poukazuje na to, že v bludech se projevuje afektivně zdůrazněné komplexy nemocných. Pozorovateli se mohou jevit nesrozumitelné, ovšem pro nemocného mají smysl.

Nemocný má potřebu bludu (Wahnbedürfnis). Nemocný má Wahnstimmung, náladu vhodnou pro tvoření bludu. Aby blud vznikl a aby

se projevil, je třeba určitých zážitků a určitého stavu CNS. Pak nastane přijetí bludu, akceptování (Wahngewissheit).

Bludy jsou „krankhafte Verzerrung des Glaubens“ (chorobné znetvoření víry), jsou zvláštní formou dereistického myšlení. Afekty pro ně připraví půdu.

Afekt někdy vytváří blud, někdy blud vytváří afekt. Při depresi a mánii vzniká blud synthymní, odpovídající náladě, u schizofrenie vzniká i blud katathymní (např. schizofrenik „ví“, že je na něm vidět, že onanoval). Někdy vzniká blud vysvětlující, já bych řekl sekundární (nemocný je sledován, protože je významná osoba).

Paul Matussek (1950) soudí, že blud vzniká z poruchy „lidského setkávání se“ (Störung einer menschlichen Begegnung), ale klinicky se může všelijak projevit. Matussek stojí ovšem na platformě daseinsanalytické a antropologické psychiatrie.

W. Jahrreiss (1928) označuje blud jako subjektivní skutečnost. Je prožíván nemocným jako skutečnost, jako jistota. Je pro něho subjektivně skutečný i objektivně reálný. Proto přirozeně je nekorigovatelný.

K. Birnbaum (1928) věří, že jsou i bludné domněnky, „Wahnhafte Einbildungen“, i „psychogene Wahngebilde“, psychogenní bludné fenomény na zážitky a situace vyplývající z prostředí. Autosugescí nastane „Sich-hineindenken“ a „Sich-hineinleben“. Duševní eudaimonie působí, že nemocní bludem utíkají z neutěšeného života do svého ráje. Např. na mnoho let odsouzení trestanci vykládají, že budou co nejdříve propuštěni.

K. Schneider (1969) rozeznává Wahnwahrnehmung (bludné vnímání) a Wahneinfall (bludný nápad). Nemocný vnímá skutečnost. Tomuto vnímání skutečnosti je bez rozumného nebo emočního důvodu, kterému by zdravý mohl porozumět, příkládán abnormní význam a zjišťován vztah k vlastní osobě. *Zuckerův* nemocný použil zvláštního označení pro své bludy, řekl, že je to „vyšší skutečnost“. Jako bludný nápad označuje *Schneider* stav, kdy nemocnému napadá, že má politické, náboženské poslání, že je milován, pronásledován apod. Myslím že mezi oběma kategoriemi nelze vést pevnou hranici, pronásledování bych dal spíše do kategorie první.

P. C. Kuiper (1969) má z hlediska blízkého psychoanalytikům a existencionalistům, kteří se na bludy dívají odlišně, také dosti odlišné názory, pro nás naprosto nepřijatelné. Domnívá se, že neurosa a psychopatie působí subjektu ztíženou adaptaci. Připouští možnost bludu i u neurotiků(!). Psychosa, toť desadaptace. Psychotik přestane odlišovat svět vnější a vnitřní, takže mu splývá fantasmie a realita. Mnoho neurotiků a psychopatů si také neuvědomuje zcela, tj. kompletně realitu a může se u nich vyskytnout „Privatwahn“, jakýsi soukromý blud (*Lampl de Groot*).

- *Carl Jaspers* (1913) mluví o „wahnhafte Idee“ a „echte Wahnidee“, rozdíl mezi nimi není (příliš) srozumitelný. Moderní psychiatrie německého jazyka nepovažuje za vhodné užívat slova „Idee“ ve spojení s „Wahn“. *Karlusivnímu* jednání a k domněnce, že si člověka lidé více všimají, dochází někdy i u normálního, např. když jde poprvé v uniformě. U paranoika nastává gradace, lidé si ho všimají, lidé ho pozorují, lidé ho pronásledují. Vnímáme a hned dešifrujeme význam vnímaného. Vidíme nuž a, víme, i když si to neuvědomujeme, že je určen k řezání něčeho.

Skutečné je jen to, co vnímáme, „leibhaftig“. Skutečné je to, co nám klade odpor.

Blud se nedá definovat krátkou definicí. Blud může vzniknout jen tam, kde se myslí. *Jaspers* klade při genezi bludů důraz na rozdíl, vznikají-li bludy v důsledku vývoje morbidní osobnosti, nebo jsou-li dány procesem, který zdravou osobnost postihl.

- Pro *E. a M. Bleulera* má „Wahnidee“ tato tři kritéria: 1. mimořádnou přesvědčenost, 2. neovlivnitelnost skutečností, 3. nemožnost obsahu. S třetím nelze zcela souhlasit, neboť některé bludy jsou v rámci možnosti. Některé bludy se tvoří pomalu. Nemocný má svou „Wahnstimmung“. Vše má nový význam, vzniká nejistota, která vede k úzkosti. Jasně poznání, i když neblahé, přináší subjektu jistou úlevu. Ladění, tendence přechází ve stav, kdy již běžné a konstantně určité vnímané skutečnosti mají jiný význam. „Wahnvorstellungen“ se mohou vytvářet pomalu jako nové významy vzpomínek. Rekl bych, že nemocný přebudovává, přepisuje svou osobní historii, nebo naopak blud dostává náhle, jako náhlý nápad. Je synem královským. Místo nebo vedle bludných představ mohou vznikat bludné jistoty. Nemocný subjekt ví o světových událostech dalekosáhlého významu.

Gruhle (1963) upozorňuje, že je důležité vynoření se vztahu bez příčiny, které zahájí tvoření bludů.

- *Jaspers* mluví také o „Irren der Gesunden“, tj. bláznění „zdravých“, které je hrůdné a pro něž je mnoho dokladů v historii (hon na čarodějnice, různá hnutí náboženská a jiná).

B. Pauleikhoff (1967, 1969) se zabýval různými druhy bludů, zvláště zárliveckými a erotomanickými. Poukazuje na to, jak se bludy měnily, v moderní době úbylo hodně bludů megalomanických, inventorních, originárních, religiosních, ale nezměnila se početnost bludů erotomanických, jimž je dosud věnována poměrně malá pozornost. Vznik bludů se děje různými mechanismy. Při erotickém bludu dochází k splnění tajného přání. Vyskytuje se často u stárnoucích dívek.

- *Störing* (1963) vyslovuje zajímavé názory lišící se od ostatních a myslím, že správné, že totiž ovládává představa může vést k bludům a může se sama stát bludem. Na druhé straně některé „Wahnhafte Ideen“

např. klamně vzpomínky, nejsou ještě bludem. Afektivní, psychoreaktivní původ bludů nezdá se mu správný, neboť mnoho lidí mělo strašně afektivní zážitky a afekty, a přece se u nich nevyvinuly bludy. To ovšem není správný úsudek. Jaké budou bludy, záleží na biotypu. Pykničtí schizofrenici např. produkují poměrně dokonalé systémy bludů.

Blud může být indukován. To je však přijetí a zpracování cizího bludu. Folie à deux je nevhodný název, neboť u indukovaného nejde o stejnou folie.

J. Hunger (1970) soudí, že blud je apriorní poznání. To není omyl! Nemocný má osobní pravdu. Kognitivnímu přísluší při bludu jen malá úloha. Dovolává se N. Hartmanna (1949), podle něhož osobnost se dovídá o existenci předmětu v emocionálně transcendentních aktech. Ty jsou očekávání, doufání, prožívání, jednání, chtění, milování, trpění. Těmito akty je osobnost „uchopena“ („erfasst“). Pravda je souhlas předmětu poznání (Erkenntnisgegenstand) s obsahem poznání (Erkenntnisinhalt).

Francouzi (Ey, Bernard, Brisset 1963) mají zvláštní koncepci bludů. Celá francouzská psychiatrie se ostatně liší od střeoevropské. Bludy (idées délirantes) jsou poruchy osobnosti, které pramení z pojetí světa. Já, ego (Le Moi), je vázáno na svůj svět, z toho vzniká vnímání reality, pocit reality. Realitou je nutno rozumět svět fyzický, lidský s celým příslušným okolím i s psychickým světem (interieur du sujet). Ego (Le Moi) vypracovává systematicky hodnoty reality, které jej váží k jeho světu. Toto pouto je dáno vírou a určuje pro všechny fenomény světa jejich význam a stupeň reality pro ego. Odcizení ega působí inverzi raportů ega a jeho světa. Toto odcizení ega vede k bludům. Alienaci osobnosti nazývají psychoanalytici psychotické ego. V psychotickém egu vznikají dogmatické úsudky, postoje řízené vírou, vzniká „pravda subjektu“, nekorespondující s realitou, utvoří se bludný systém a neproniknutelný labyrint. Delirantní ideje jsou výrazem rozvrácení existence subjektu (Le bouleversement de l'existence; Dasein), tj. raportů ega s jeho světem. Buď nastává expanse ega, nebo retrakce ega, nebo jinak řečeno v diastole ega vznikají megalomanické bludy, v systole mikromanické. Klasická semiologie rozeznává delirantní intuici, delirantní interpretaci, delirantní fabulaci a delirantní percepci; poslední jsou iluze a halucinace.

Anglosaská psychiatrie má pole obecné psychiatrie poměrně málo obdělané a pojednává o bludech hlavně jako o symptomech určitých syndromů.

A. P. Noyes (1947) ve své tehdy moderní psychiatrii uznává dominantní ideje (overvalued idea, overdetermined idea), které subjekt zaslepují. Nesouhlasí s obvyklým názorem, že blud je falešná, nesprávná víra.

Při vzniku bludu postuluje emoci. Uvádí případ válečné vdovy, jejíž manžel padl v druhé světové válce ve Francii. Jeho identita byla ne-

sporná. Ona však nevěřila, poněvadž u padlého byly nalezeny milostné dopisy jiné ženy. Stále obtěžovala úřady tvrzením, že to nebyl její manžel, nýbrž někdo jiný, a chtěla, aby se usilovně pátralo po jejím manželovi, který jistě žije.

Blud megalomaničtý je kompenzační blud lidí zakřiknutých. Nejčastěji persequční blud je projekce vlastní nespokojenosti ven a z toho vzniká hostilita. *Noyesova* vysvětlení jsou vesměs psychologická a pro nás většinou těžce přijatelná.

A. H. Chapman (1967) celkem akceptuje názor střeoevropské psychiatrie. Blud je nerealistická, nesprávná víra, jež je vyvolána buď emočními poruchami, nebo organickými změnami mozgovými. Nemocný setrvává v bludu přes jeho nelogičnost a nesouhlas s objektivními skutečnostmi. K svému bludu má silný afektivní poměr.

Ruská psychiatrie přijala názory střeoevropské psychiatrie na blud. *I. P. Pavlov* (1953) definuje a vysvětluje blud jako zkomolený, nesprávný, zvrácený vztah ke skutečnosti na podkladě ultraparadoxní útlumové fáze, která působí, že záporné (neskutečné) podněty vyvolávají účinek a kladné (skutečné) podněty jsou neúčinné. Člověk chce něco zatajit a zdá se mu, že všichni o tom vědí. Ohnisko inertního podráždění vyvolává v okolní oblasti proces útlumový, rovněž inertní, což brzdí korigující procesy.

Česká psychiatrie hodně pěstovala obecnou psychiatrii, již *B. Čumpelek* se jí zabýval arazil pro „Wahn“ český výraz mam, což po stránce jazykové je pěkné slovo, „mámení“ je jasné ve svém obsahu. Slovo mam se udrželo jako slavomam, stihomam. Krásná a v lecčems dosud platná Obecná psychiatrie *K. Kuffnera* vyšla již v r. 1897. Otázku bludu se *Kuffnerovi* nepodařilo úplně vyjasnit. Mluví o matných představách, delirantních představách a bludných představách. Rozdíl je těžko postřehnutelný.

A. Heveroch (1904) ve své Diagnostice mluví již zcela určitě. Blud charakterisují falešný, nesprávný obsah a nezrušitelná, nedotknutelná přesvědčivost. Čím je nemocný vtipnější a vzdělanější, tím lépe bludy propracovává. Nemocný svůj blud třeba zatají, ale nikdy nezradí. Blud kalí duševní obsah. Rodí se v rozrušené náladě. Blud nemocný usoudil, domyslí, halucinace slyší, vidí, přeludy paměti pamatuje.

Z. Mysliveček (1947) ve své Obecné psychiatrii je v koncepci bludu již orientován hodně emočně. Píše výslovně, že nejdůležitější činitel při vzniku bludů je chorobný emoční stav nemocného. Je to úzkostná nebo expansivní nálada, z níž pramení bludy. Vznikají i nové bludy deduktivní, např. nemocný pochopí, proč je pronásledován. Je pronásledován proto, poněvadž ho čeká dědictví.

Ve slovenské psychiatrii *E. Guensberger* (1963) se kloní k těm, kteří

při vzniku bludu vyzdvihují stránku kognitivní, ale nezřídka se emočnosti docela. Vztahovačnost může vyplynout z emotivity.

Zamyslím-li se nad problémem bludu, jak jsem se s ním během let u nemocných setkával a co jsem o něm četl, dospívám asi k tomuto názoru.

Během padesáti let se mnoho v psychiatrii změnilo. Změnily se obrazy nemocí, tvar příznaků i názory psychiatrů. Některé bludy téměř vymizely, některé se staly vzácnějšími, některé nabyly nové tvářnosti podle pokroku civilisace, ale blud jakožto takový zůstal a vyskytuje se stejně často jako před padesáti lety.

Definovat blud krátkou definicí je obtížné. U svých nemocných se setkáváme s mnoha stavy, které mají s bludy mnoho společného, ale něčím se přece liší. Někdy nám pomůže zavedení nového slova, pojmenování, a má své oprávnění, upozorňujeme-li na nový pojem. Myslím, že můžeme mluvit o klasických bludech a o bludech „neúplných“. Blud je delirium a jemu podobný stav, ne však úplně, je deliroid.

Klasický blud má tyto znaky: obsah neodpovídá skutečnosti, nepřesvědčitelnost, stálost, tj. trvalost, vznik na podkladě zřetelně chorobném. Někdy může působit na jedince jako dominantní, někdy dokonce jako ovládací představa. U některých bludů se může vyskytnout jistá vtíravost. Nosoagnosie je absolutní.

Naš duševní život se děje, když „funguje“ vědomí. Vědomí je tok neoddelitelných fenoménů — vnímání, citění, hodnocení, myšlení, chtění — vzájemně se zase ovlivňujících.

Vědomí, toť zpracovávání informací v našem mozgovém computeru. Informací je veliká spousta. Přicházejí ze světa vnějšího, z vlastního těla a ze světa vnitřního, musí být jako takové poznány a klasifikovány. Je nutno je správně interpretovat a pak je možno správně „nazírat“ dění ve světě vnějším a ve světě vnitřním. Předpokládá to intaktnost celého systému. Důležitou úlohu tu hraje ultrasensibilita. Cítím, že vidím, cítím, že slyším, cítím, že cítím. Není-li správně rozpoznán vjem ze světa vnitřního a je-li považován za vjem ze světa vnějšího, vzniká halucinace. Je-li porušena ultrasensibilita myšlení, myšlenka je depersonalisovaná, cizí. V krajním případě není od subjektu, je někým dávana, vzniká jeden druh intrapsychických halucinací.

Subjekt vnímá, tj. vidí, slyší, čichá, hmatá atd., má pocit známosti vnímaného, nebo neznámosti, podobnosti, zařazuje, srovnává, dešifruje, chápe význam a smysl, hodnotí, poznává symboly, např. dopravní značky a podle nich řeší situaci, jak přejít ulici, má na zřeteli budoucnost blízkou i vzdálenou, má schopnost predikce, vzpomíná a řeší situace podle již dříve osvědčeného způsobu.

Normální zjišťuje, že po šestnácté hodině jezdí více aut, poněvadž se

lidé vracejí k domovům. Paranoický nemocný „ví“, že to něco znamená, něco se připravuje (dosti obvyklý blud). Vidí ležet nůž v pokoji na stole, to znamená, že bude zabit nebo že se má sám zabít. V rozhlase, v novinách jsou různé zprávy, píše tam o něm; jeho spolupracovník má černé šaty, což znamená, že on bude nosit smutek nebo sám zemře apod.

Subjekt svým „smyslům“, tj. vjemům, informacím věří, jinak by nemohl dobře existovat. Informace mající přesvědčivost budí přesvědčenost. Ta však není absolutní. Nová vhodná informace může vyřadit tuto přesvědčenost, vyvolat pocit omylu a korekci. Omyl je korigovatelný někdy lehce, někdy těžce. Zdravý mozkový computer má tedy vlastnost korigovatelnosti nesprávné manipulace s informacemi. Tato schopnost korigovatelnosti totiž zajištění správné funkce, může onemocnět, být porušena.

Někdy máme pocit nejistoty, pocit nesprávnosti něčeho, uplatňuje se zdravý skepticizmus, zajišťovací reakce nevěření, alespoň ne snadného uvěření. Patronem nevěřících je sv. Tomáš: „Nevěřím, dokud nevořím prst svůj.“ Patronem slepě věřících je Tertulianus: „Credo“, quia absurdum“.

Poruchou přesvědčenosti ve smyslu minus trpí někteří obsedanti. Mají pochybnost, zda zavřeli, zhasli apod. Poruchou přesvědčenosti ve smyslu plus trpí nemocní stížením příznakem klasického bludu. Přesvědčenost je duševní funkce, která hraje důležitou úlohu při sugesci a při řešení životních situací.

V mozku je asi zvláštní „zařízení“, které může onemocnět, a při vzniklé poruše se produkují bludy. Může být otráveno fenmetrazinem, sympatomimetiky vůbec, alkoholem, halucinogeny, vzniká blud pronásledovanosti, žárlivosti apod. Vzácně i epileptické mechanismy mohou vyvolat krátkodobé, několik dnů trvající paranooidní ataky, pozoroval jsem takové. Klasický případ je ovšem při difusní, patrně enzymové poruše CNS, jako je schizofrenie. U ztroskotaného CNS při progresivní paralýze bývaly bohaté, nainvni, někdy prchavé, někdy stálé bludy, hlavně megalomanické.

Aby vznikl blud, je třeba určité vyzrálosti CNS. U dětí do deseti let jsou bludy velmi vzácné. Děti si vymýšlejí historie z jakési hravosti, z jakési dětské literární tvořivosti, podobně jako někteří psychopati, ale nejsou to bludy v pravém slova smyslu.

Některé bludy se tvoří, budují pomalu. Zejména bludy vývojové, takové, kdy paranooidní osobnost dozrává k svým bludům.

Některé bludy i u paranoické osobnosti i u subjektu stíženého chorobou, procesem, vznikají náhle, jako intuicí. Heveroch (1904) definuje intuici takto: „Intuice je úsudek obsahem

nový, překvapující, provázený plnou přesvědčivostí o jeho správnosti, který se správným ukáže.“

Definici bludné intuice musíme pozměnit: Bludná intuice je poznání obsahem nové, překvapující, provázené plnou přesvědčeností o jeho správnosti, které je pro nemocného nevývratnou pravdou, které však neodpovídá skutečnosti.

Sensorialita je zvláštní pocitová kvalita, která nás poučuje, že se něco odehrává v našich smyslech, že smysly jsou při tom v činnosti. Představy nemají sensorialitu. Sensorialita sama však nestačí k prožití vnějšího světa a našeho těla jako skutečnosti.

V mezkalinovém opojení je sensorialita přítomna (*Nevoles 1949*), ale svět se zdá neskutečný, není tu asi objektivace. Každý normální vjem vede k úsudku o jeho realitě. Každý prožitek, jenž je vyznačen charakterem objektivit, má nutně vzápětí viru, že jde o skutečnost. Objektivace je funkce CNS, která může být porušena.

Myšlenky, city, snahy cítíme de norma jako své vlastní, tj. mají charakter jáství; není-li porušena ultrasensibilita, i patické myšlení, city, snahy cítí subjekt jako své vlastní a mají charakter jáství. Blud má charakter jáství. Bludná myšlenka má někdy charakter vzpomínky.

U pacienta stíženého bludem je mozkový computer špatně nařízen, popřípadě pracuje nesprávným algoritmem. Někdy přijímá nesprávné informace, tvoření závěrů není porušeno, ale poněvadž materiál poskytnutý informací je nesprávný, musí být i závěry nesprávné, jindy dostává správné informace, a je poškozeno tvoření závěrů, a pak jsou závěry ovšem také špatné, nebo je poškozeno obojí.

Každý blud je současně emoční a kognitivní, týká se hodnot, které jsou ohroženy, nebo naopak (méně často) které narůstají. Blud je prožíván jako danost. Je cítěn. Nemocný cítí, ví a věří. Blud může postihnout vnímání, jeho nazírání a interpretaci, dále myšlení, paměť, citění. Nemocný pociťuje, že je otravován, že o něm lidé mluví, že o něm píší v novinách. Nemocný myslí, že spojí dva světové názory milionů lidí, že učinil objev v oblasti některé z věd. Nemocný si vzpomíná na události, které se nikdy nestaly. Nemocný cítí, že je hříšník, jemuž nemůže být odpuštěno, nebo cítí, že je milován určitou ženou, kterou miluje.

Jsou malé bludy, řekl bych „minibludy“, bludy průvodné. Šalebné vnímání, aby se stalo halucinací, musí být provázeno bludem o skutečnosti vnímaného a bludem nosoagnosie, který z toho nutně resultuje.

Zvláštní příznak jsou solitární bludy. Celá osobnost je absolutně inaktivní a zůstává takovou. Blud je naprosto konstantní, má však mohutné druhotné působení na osobnost, stává se dominantní a často i ovládací představou. Pozoroval jsem takový blud trvající 25 let. Tento druh bludu je hlavně z oblasti dysmorfofobické: foetor ex vagina, ex

ano, kruhy pod očima apod. Kvůli poslednímu jeden můj pacient, šťastný otec rodiny, dobře sociálně zařazený, přece spáchal sebevraždu asi po dvacetiletém trvání solitárního bludu, který měl však náznak oprávnění. Někdo by u něho byl mohl při detailním pozorování objevit náznak „kruhů pod očima“. Blud se vyznačoval velkou dominantností.

Pacienti s dysmorfickým zápachovým bludem ojediněle dodatečně sami zápach cítí, ale většinou ne, prožívají však trapnou společenskou situaci danou tím, že páchnou. Myslím, že v tomto případě bychom snad měli oživit starý pojem paranoia a mluvit o paranoia dysmorphica. W. Pryse—Phylips (1971) mluví o „olfactory reference syndrom“ a radí jej k halucinacím, v našem pojetí ovšem je možné, že mezi českými a anglickými pacienty je rozdíl.

Naše pacientka, nyní 39letá, je přesvědčena o foetoru ex vagina. Trvá to přes 20 let. Nikam nechodí, jen do zaměstnání, ani nakupovat nejde, poslouchá doma rozhlas a dívá se na televizi. Většinou říká, že sama zápach necítí, neboť má prý špatný čich, ale určuje intenzitu zápachu podle chování lidí. Po Mellerilu se zápach značně zmírní. Páchne hlavně v létě, léčí se výplachy a koupelemi. Zápach cítí více muži, ti i na mnoho metrů. Udělala již i sebevražedný pokus. Když přišla tato nemoc, zanechala studia filosofie. Myslili jsme původně před dvaceti lety na schizofrenii, ta se však nepotvrdila.

Jsmo někdy na rozpacích, zda fenomén, s nímž se u nemocného setkáváme, můžeme zařadit mezi bludy, delira, či je-li to jen deliroid.

Někteří melancholici tvrdí, že budou popraveni, že jejich děti leží podřezány v zahradě apod. Udělal jsem několikrát experiment a řekl takovému nemocnému: „Ano, odpusťte, mýlili jsme se, budete skutečně popraven, ve 14 hodin přijde kat.“ Nemocný se vždy velmi ohradil, že je to nesmysl, proč by ho popravovali. Nejde tedy o pravý blud, ale nejvýše o deliroid.

Tvrzení, že bude popraven, je však spíše určitý druh komunikace s ostatními, snaha nemocného sdělit, jak strašnou má úzkost, jak trpí jako před popravou. Je to součástí smutečního ceremoniálu; tak jako se najímaly „plačky“ na pohřeb, tak tento „blud“ je součástí jeho lkání.

Někteří psychopati si vytvářejí svůj svět, hrají si svou roli a připravují si scénu se všemi potřebnými rekvizitami. Je jim v tom dobře. Chrání si to, ale když je „zatlačíme do slepé uličky“, doznají, že to není pravda, že je to „jen tak“. Viděl jsem několik takových. Léčil jsem např. anankastického těžkého homosexuálního psychopata, velmi inteligentního, který tvrdil, že se narodil na měsíci jako korunní princ tmavého krále. Byl unesen do Anglie, své nové vlasti. Jeho pražští rodiče nejsou jeho praví rodiče, ale měl je nesmírně rád, hlavně matku. Se svou ztracenou měsíční vlastí se dorozumíval hrou na varhany v kostelích.

Byl to velmi inteligentní učitel řeči, znal mnoho jazyků. Nejbližší měšiční řečí je prý portugalština, proto nejlépe znal portugalštinu a angličtinu, řeč své druhé vlasti. Při vhodně voleném rozhovoru doznal, že tomu nevěří, že si to vybásňuje.

Hypochondrický blud se vyvíjí pomalu a postupně získává všechny znaky klasického bludu. Začíná nosofobií. Nemocný má obavu, aby nedostal tuberkulosu, lues, malomocenství (i to jsem viděl) atd., má strach, že dostane, určitě dostane, snad už má, skoro má, už má zcela určitě onu obávanou nemoc a je o tom nevývratně přesvědčen. Lékaři mu to zatajují, poněvadž se to léčit nedá.

Involuční a zvláště senilní psychosy mají blud, že někdo ze sousedů je poškozujícím všemožným způsobem. Sousedé jim vnikají do bytu, vyměňují prádlo, nádobí, takové krásné nádobí, a když se vrátí z procházky, mají místo něho staré, otlučené, peří z perin je odsypáno apod. Jde snad o iluze vzniklé emočně pod vlivem bludu, o jejichž reálnosti jsou nemocní nevývratně přesvědčeni. Vlivem emoční skotomisace selhává tu pocit známosti, takže je narušen i gnostický proces.

Indukovaný blud není blud v pravém slova smyslu; indukovaný je přemluven, podléhá sugesci osoby, k níž má intensivní citovou vazbu. Systém korigovatelnosti omylu je u něho ochromen nebo vyřazen právě tak jako u příslušníků různých sekt a hnutí, jejichž these se pro ně stávají dominantními a ovládacími představami. Sem patří středověcí flagelanti, sekta skopců, řada naivních sekt náboženských a různých masových hnutí, jako např. uctívání hadů. Žití v bludu se podobá žití v omylu. Rozdíl je v tom, že v prvním případě kontrolní zařízení jsou úplně vyřazena, v druhém jen částečně.

Folie à deux, à trois... à million se sobě nápadně podobají. Někdy jsme u černých Afričanů byli na rozpacích, když tvrdili, že jsou očarováni nebo posedlí, zda jde o patický projev, či o běžný projev jejich víry. *Ari Kiev* (1961, 1966) upozorňuje, že u černochoů je nápadný a častý blud posedlosti, ale zároveň například na Haiti být posedlým, mít svého „loa“ je touha všech vyznavačů Voodoo.

Někdy je těžké rozlišit, jde-li o halucinaci či blud. Při intrapsychických halucinacích se nikdy nedozvíme, i když to nemocný říká, zda skutečně cítí, že se něco děje s jeho myšlenkami, na což navazuje sekundární vysvětlující blud, že mu je někdo bere, zveřejňuje, atd., nebo zda je pouze přesvědčen, zda jen ví, že mu berou myšlenky. Podobně je tomu u bludu otravovanosti. Je primární odlišné vnímání chuti jídla, jako to bývá při onemocnění temporálního laloku, nebo přesvědčením o otravovanosti nastala fokalizace na ústa a z toho změněné chutnání?

Chování mnoha pacientů při tělových halucinacích většinou neodpovídá udávané intenzitě líčeného utrpení. Je možné, že pacient cítí ně-

které vegetativní pocity, které se vlivem fokalisace dostaly nad práh vnímání a o kterých „myslí“, že mu je někdo dělá, že to je to propaiování vnitřností atd. Sukubus a inkubus může být vzpomínkový klam o noční příhodě. Bludy a halucinace jsou mnohdy od sebe neoddělitelné. Kde jsou halucinace, jsou i bludy, kde jsou bludy, nemusí být ovšem halucinace.

Sudič se rád soudí, jako někdo rád sází. Kverulant se soudí, poněvadž je nevyvratně přesvědčen, že má pravdu; někdy ji skutečně má, pak jde o deliroid. Námaha a vynaložený náklad není ovšem úměrný očekávanému výsledku. Nebo nemá pravdu, pak jde o blud. Hans Kohlhasse (v povídce *H. Kleista* Michael Kohlhaas) měl v r. 1532 pravdu.

Diferenčně diagnosticky je nutno od bludu odlišit:

1. Pseudologia phantastica, při níž nemocný lže ze záliby (přirozeně že někdy i účelově), někdy již si to splete tak, že neví o některých věcech, zda se staly nebo ne.

2. Konfabulaci starých dementních lidí, tedy organiků, kteří zastírají své defekty paměti líčením, co včera dělali. Stejně to dělají alkoholici při Korsakovově psychose. Aby si nezadali, trvají staří lidé na tom, co rekli, takže bychom to mohli označit nanejvýše jako deliroid.

3. Záměna osob u deteriorovaných organiků není samozřejmě bludem. Záměna osob, kde lékař je soudcem, ošetřovatel policistou, manželka podvržená, kde všechno je dvojité, praví a nepraví rodiče atd., bludem je. Záměna vyplývá z tabulace pacienta, kde informace přicházející z vnějšího světa dostávají se do služeb bludu, slouží k jeho potvrzení a utvrzení.

Při tvorbě a obsahu bludu hrají vždy důležitou úlohu hodnoty a hodnocení — pocit bezpečí, odezvy u druhých, lidská důstojnost, dobrá pověst, úhlednost těla, vlastní inteligence, zdraví, život, důležitost vlastní osoby, bohatství, ovšem týká se i drahých osob (celá rodina má být vyhubena atd.).

Hodnoty jsou buď ohroženy, ztraceny nebo je naděje na jejich zvětšení a zajištění, popř. narůstají do gigantických rozměrů.

Bludy jsou: 1. reálné, v mezích možností („přijde o všechno“), 2. imaginární, vysněné, ale ještě event. možné („stane se presidentem“), 3. ireálné, nemožné, („bohem vyvolený“).

Blud vzniká a je dán poškozením určitého systému se speciální strukturou zpracovávající informace. Po podání psychoplegik bludy ustávají nebo jsou alespoň méně naléhavé, čili tento systém lze léčit. Při operacích na kmeni mozkovém se někdy objevily megalomanické bludy. Při onemocnění temporálního laloku vzniká někdy blud, že všechno bylo předpověděno (vaticinatio ex eventu).

Při těžké arteriosklerose po iktech může se porucha gnosie, vedoucí k nesprávné orientaci místem, bludně zafixovat.

83letý, velmi inteligentní právník po mozkové příhodě myslí, že není ve svém bytě a že není na Karlově náměstí. Lze s ním mluvit o všem možném velmi přílehavě, ale svému lékaři občas řekne: „To přece není Karlovo náměstí. Jak se to stalo, že jsem jinde?“ Nelze ho přesvědčit. Blud či deliroid? Spíše deliroid. Ne zcela zhojená topagnosie není ostatními mechanismy korigovaná.

Diskuse a závěr

Za určitých okolností může v CNS vzniknout blud. Jaký to bude blud, záleží na tom, je-li mozek organicky zdravý, či je-li nemocný. Mozek může být nemocný difusně (progresivní paralyza, atrofie cerebrální, difusní arteriosklerosa), nebo lokálně (arteriosklerosa s ložiskovým postižením, nádor mozkový). Difusní onemocnění bez hrubých organických změn představuje nám schizofrenie, intoxikace určitými jedy, akutní procesy horečnaté. Zvláštní kapitolu tvoří některé encefalitidy. Může být vrozená, vývojová léze struktur mozkových, která zraje v paranoický vývoj.

Schizofrenní myšlení je značně odchýlné od normálního myšlení. Spíše porozumíme rozpadlému paralytikovi než některému schizofrenikovi. I normální lidé různě „nazírají“ určitou situaci. Když si necháme referovat od několika lidí o nějaké schůzi, referáty se často dosti liší. Různě tuto schůzi nazírali. Schizofrenik nazírá většinou zcela osobitým, nám nepochopitelným způsobem, proto někdy nemůžeme vůbec porozumět jeho bludu.

Mozek organicky naprosto zdravý po určitých zážitcích (skutečném sledování, pronásledování, náhodných, opravdu nápadných koincidenčních) může začít informace bludně zpracovávat.

Jestliže představa je vnímána jako vjem, vzniká halucinace, jestliže myšlenka, nápad je vnímán jako zkušenost, empirický soud, vzniká blud. I zdravý má někdy úzkost podobnou předtuše, cítí, prožívá nebezpečí, člověk s bludem prožívá někdy stav, že se něco podivného, nebezpečného děje.

Jedinou společnou vlastností všech bludů je jejich nevyvratitelnost. To, že neodpovídají skutečnosti, neplatí všeobecně, např. některé bludy dysmorfické, hypochondrické, žárlivecké mohou mít určitý podklad, ale vyvozené důsledky nesmírně přerostly skutečné důsledky. Nevyvratitelnost není však jen známka bludů, ale i fanatismu. Je mnoho druhů bludů lišících se obsahem, mechanismem vzniku a terémem, na kterém vznikly. Též jejich diagnostický a prognostický význam je různý. S bludy je to jako se symptomy v lékařství vůbec. Dostí významnou analogii ve vnitřním lékařství tvoří průjem. Ten se může dostavit po malé dietní chybě, psychogenně, může se zafixovat, může pak ohlašovat colitis ulce -

rosa, může být příznakem dysenterie, cholery, otravy rtutí, karcinomu nebo žaludeční achylie, pankreatitidy aj. Symptomatologie speciální psychiatrie je povolána, aby zhodnotila diagnostický a prognostický význam bludů.

Souhrn

Středoevropská psychiatrie se hodně zabývala obecnou psychiatrií a problémem bludu. Anglosaská psychiatrie věnovala bludu pozornost hlavně jen z hlediska speciální psychiatrie jako příznaku jednotlivých chorob.

Definice bludu, delirum, je obtížná. Uvedli jsme názory různých autorů. Jsou psychické fenomény, které se v mnohém, nikoli však ve všem bludu podobají. Ty bychom mohli označit jako deliroidy.

Abyste vznikl blud, je třeba určité zralosti CNS; u dětí pod 10 let jsou bludy vzácné.

Některé bludy vznikají ponaáhlu, některé náhle. U pacienta stíženého bludem je mozkový computer špatně nařizen, popřípadě pracuje nesprávným algoritmem. Někdy převládá spíše přijímání nesprávných informací, někdy spíše tvoření nesprávných závěrů.

Každý blud je současně emoční i kognitivní. Blud je prožíván jako danost, je cítěn. Nemocný cítí, ví a věří.

Blud se vždy týká hodnot, jejich mizení, ohrožení nebo naopak narůstání a má vždy vztah k osobnosti subjektu.

Blud může vyvěrat z oblasti vnímání jako změněné nazírání a změněná intepretace vnímaného z oblasti myšlení, paměti a cítění.

Salebné vnímání, aby se stalo pravou halucinací, musí být provázeno bludem o skutečnosti vnímaného a bludem nosoagnosie. Každá halucinace je provázena bludem, nikoli naopak.

Bludy jsou 1. reálné, jejich obsah je v mezích běžných možností (přijde o všechno) 2. imaginární, vysněné, jejich obsahem je neobvyklá, ale ještě představitelná možnost (bude prezidentem) 3. ireální, jejich obsahem je nemožnost (bohem vyvolený).

Blud je názor subjektu, který neodpovídá skutečnosti, který však subjekt nevyvratitelně a trvale za skutečnost považuje; tento stav je dán změněnou a od normálu odlišnou funkcí CNS, se všemi důsledky pro chování subjektu, neboť má vždy více nebo méně též charakter dominantní představy.

AGRESE

(1972)

Vše živé je vzájemně na sebe vázáno svým metabolismem. To znamená, že mnoho organismů potřebuje k udržení svého života hmotu jiných organismů: rostliny jsou požírány zvířaty, zvířata jsou požírána jinými zvířaty a pojídána člověkem. U některých druhů je dokonce kanibalismus.

Každé jídlo je vlastně agrese. V amygdalární krajině lidského mozku je area, struktura vybavující agresi, žvýkání, lízání a určité projevy erotické.

Základní obranné reakce organismů jsou dvě, útok a útek. V některých situacích někteří živočichové volí napřed útok, a když selže, tedy útek, slabý postupuje obráceně.

Před padesáti lety *Ernest Kretschmer* poukázal na některé biologické radikály, např. na jedné straně stavění se mrtvým, na druhé straně explozivní pohybovou. V ní je často obsažena agrese. Vedle toho existuje radikál čisté agrese u člověka a domestikovaných zvířat různě modifikovaný, u člověka sociálním uvědoměním různých dob.

Frustrace je selhání cesty k ukojení potřeby. Nejčastější reakce na frustraci je agrese.

Byly podány různé definice agrese. Naše definice agrese v nejširším slova smyslu je tato: Agrese je čin nebo činnost, nebo úmyslné odmítnutí činnosti, které vedou k poškození nebo snížení nějaké hodnoty. Sem patří např. nadávky, koprovalie, karikatura, epigram, anekdota, neobvyklá exhibice, porušení společenského pořádku a konvence, např. beztaktnost, požadování nepřiměřeného odškodného, ale i úmyslné zanedbání povinné péče, odmítnutí pomoci.

Agrese v nejužším slova smyslu je fyzické brachiální násilí nebo útok.

Na naší klinice jsme si zvykli rozeznávat čtyři stupně agrese: 1° — agresivní myšlenky, které se neprojeví navenek, 2° — slovní agrese, 3° — agrese proti věcem, bouchání dveřmi, rozbíjení nádobí, 4° — agrese proti zvířatům a lidem.

Kromě agrese nepřátelské existuje ještě agrese přátelství, lásky a sympatie. Subjekt zahrnuje objekt své sympatie lichotkami, mazlením, vnucuje mu určité chování, omezuje jej v osobní svobodě. V dynamické psychiatrii hraje nyní tato agrese důležitou úlohu. To jsou protektivní matky a manželky, zdroj neurotisace.

Rozeznáváme různé druhy agrese autoagresi a heteroagresi, agresi

sexuální a nesexuální, biickou a patickou. V přehledu jeví se nám agrese takto: agrese

I. přátelská: protektivní matka, manželka,

II. nepřátelská: 1. sexuální

a) proti sobě — masochismus,

b) proti jiným — sadismus,

2. nesexuální

a) proti sobě — autopunitivní postoje, sebemrzačení, suicidium,

b) proti jiným — heteropunitivní, útok až homicidium.

Lidstvo je velice mladé, překotně se vyvíjející, ale dosud nevyvinuté. Lidé nám podobní jsou na zemi teprve asi 40 000 let. Morální, etické schéma se vyvíjí pomalu. První počátky antiagresivní etiky jsou teprve asi 2500 let staré (*Buddha*, řečtí filosofové). Primární záliba v agresi u moderního člověka trvá a jsou vlny jejího stoupání a klesání. Století 19. bylo snad poměrně nejméně agresivní, to trvalo až do r. 1914. Kulturní historie lidské agrese, tj. římské hry, mučení, turnaje, iniciační obřady atd., vyplnila by několik svazků.

Mezi právníky a filozofy se mnoho diskutuje, má-li či nemá-li být zrušen trest smrti.

Jestliže někdo bestiálně z jakýchkoli důvodů zavraždí člověka, je nesporně pro pozůstalé částečnou psychoterapií, je-li viník popraven. Je to ritualisovaná a normovaná pomsta, z níž mravní schéma příbuzných zavražděného jim dovoluje jakési uspokojení, a tudíž působí psychoterapeuticky.

Nás zajímá agresivita z hlediska lékařského. Agresivita je zejména diencefalická, limbická, temporální. Některé stavy, o nichž se pojednává v psychiatrii, zvláště disponují k agresivitě, jsou to epilepsie, zvláště temporální, agresivní vrozené psychopatie, raptus melancholicus, některé formy schizofrenie, patická opilost, alkoholismus a některé toxikomanie.

U každého člověka za určitých okolností, např. za dlouho trvajících frustrací, může dojít k agresi. I ten nejroztomilejší chronický pacient může jednou po sestře hodit „bažanta“.

Proti projevům agrese máme psychofarmaka.

Moderní život přináší dva zdroje podporující vypuknutí agrese: je to předně televise sama o sobě, bez ohledu na program, a příliš hlučná hudba, zvláště některé její druhy.

Zprávy o epileptogenitě a provokaci agrese televizí přicházejí ze všech končin světa.

Agresivita všeobecně stoupá až do hrůzných forem v USA, ale i v některých zemích evropských a nabývá různé formy. Myslím, že lidstvo bude musit sáhnout k určité dietetice širšímu fóru poskytovaných komunikací, jako jsou televise, rozhlas, kino, divadlo a četba.

DELINKVENCE Z HLEDISKA PSYCHIATRIE

(1966)

Delinkvent se dopouští deliktu. Jméno je vzato z latinského delinquo, delinquere, deliqui, delictum = chybuji, provinuju se. Tedy správně delinkvent, ale delikt = provinění. V pojmu delikt je již obsaženo právní hodnocení nějakého činu.

Vědy psychologicko-psychiatrické přijaly tento pojem až druhotně, a to hlavně vlivem jednoho svého odvětví, soudní psychiatrie.

Vědy psychologicko-psychiatrické jsou zároveň vědami biologickými, psychologickými a společenskými.

Delikt je jev společenský, vyvěrá z příčin společenských, ale i psychologických a biologických.

Vědy psychologicko-psychiatrické mohou právní vědě v teorii i praxi být velmi užitečné, a to jak v právu trestním, tak civilním. Nás zde zajímá jen tematika trestní a z ní jen delinkvence a co s ní souvisí.

Z hlediska psychiatrického, z jednoho jeho dílčího aspektu je delikt výsledek poruchy chování. Studium poruch chování se zabývají vědy psychologicko-psychiatrické.

Soudce se ptá, zda si byl delinkvent vědom a mohl rozeznat společenskou nebezpečnost svého činu a zda se mohl ovládnout. Odpověď na to mohou dát jen vědy psychologicko-psychiatrické.

Od nepaměti mučí lidstvo otázka determinismu a indeterminismu, resp. přeraženo do jiného podlaží otázka svobodné vůle.

Jde o problém filosofický, který se dotýká i věd fyzikálních a matematických. Tyto vědy a filosofie se mnoho zabývaly problémem kauzality, principem neurčitosti, pravděpodobností, kondicionalismem apod.

Vzpomínám výroku jednoho orientálního mudrce, který přirovnal tzv. lidskou svobodnou vůli ke koze přivázené za provaz ke stromu, která se může pást jen v okruhu délky provazu.

Pro praxi potřebuje psychologie a psychiatrie vodítka; nemáme-li zatím určitou odpověď, je nutno usuzovat a jednat podle dohodnuté formule, „jako by“ již tato otázka byla rozřešena.

Při řešení problému determinace a indeterminace může právní vědě psychiatrie a psychologie hodně pomoci. Do podrobností nelze zacházet.

V praxi podle starého dělení delikt může být kulposní (neúmyslný) nebo dolosní (úmyslný). Při objasňování obojího může jak psychologie, tak psychiatrie pomoci.

Deliktem byly ohroženy, poškozeny, nebo zničeny nějaké hodnoty.

Každý člověk si vytvoří své schéma hodnot. Toto individuální schéma hodnot se může lišit od většinového konvenčního schématu, ale i od legislativního toho času platného schématu. Již samo schéma hodnot, jeho vytvoření, adaptace a maladaptace na platné normy je problém psychologicko-psychiatrický.

Vynořují se otázky úplné přičetnosti, částečné přičetnosti, úplné nepřičetnosti, jak někde bývají tyto stavy označovány.

Většina našich těžkých nemocných, zbavených svéprávnosti, dodržuje společenská pravidla slušného chování. Tato pravidla dodržují často i těžcí delinkventi. Zde se otevírá veliká série otázek, jimiž se zde nebudeme zabývat. Osobnost není skoro nikdy totálně porušena. Vždy zůstává nedotčen funkční soubor nebo řada funkčních souborů, z nichž se osobnost mosaikově skládá.

Vědy psychologicko-psychiatrické studují ze svého hlediska problém delinkvence a osobnosti delinkventa a mohou přispívat svými poznatky k zlepšení prevence delinkvence. Diagnostikují duševní poruchu, pokud je přítomna. Vysvětlují motivace a duševní stav v okamžiku provedení deliktu, a to jak z hlediska obecné psychiatrie, poruchy afektivity, pudu, vědomí, tak z hlediska speciální psychiatrie, diagnostikují, o jakou klinickou jednotku jde. jde-li u delinkventa o duševní nemoc. Zjišťují, zda je delinkvent schopen účastnit se soudního jednání. Odpovídají na otázku, zda si byl vědom a mohl rozeznat nebezpečnost svého činu a zda se mohl ovládnout. Odкрývají simulaci duševních nemocí. Léčí vazbové psychosy během vyšetřování a vězeňské psychosy během odpykávání trestu. Provádějí ochranné léčení. Erudují právníky a kriminology v hraničním oboru. Účastní se při tvoření některých návrhů zákona, popřípadě dávají podnět ke změně určitých zákonů.

Normy a hodnocení i hodnoty jsou v různých zemích různé a i v téže zemi v různých dobách různé. Homosexuální styk byl v některých zemích trestný, nyní je v týchž zemích netrestný. Příkladů ze současnosti i historie je mnoho. Část delinkvence je tedy měnivý a relativní pojem.

Častost delinkvence je mezi jiným dána též přísností zákonů samých.

Delinkvence, její povaha a rozšíření, jako každý jev, působí na duševní život lidí. Schéma hodnot působí, že osobnost cítí uspokojení, je-li delinkvent za všeobecně uznávaný delikt potrestán. Legislativní benevolence k některým druhům deliktů vyvolává nelibost a i hostilní reakce některých lidí proti justici a pocit ztráty nebo ohrožení hodnoty bezpečí.

Příliš přísné zákony naproti tomu neurotisují některé občany, vyvolávají pocit ohrožení hodnoty bezpečí, ochromují jejich činnost, ale

nejsou s to potlačit delinkvenci, jak nás o tom poučují strašné a nehumánní tresty dřívějších století.

Úloha zákonodárce je nesmírně odpovědná a obtížná. Správný zákon je veliké a záslužné dílo. Vědy psychologicko-psychiatrické mohou někdy zákonodárci úlohu usnadnit.

PATOGENETICKÝ A PATOPLASTICKÝ VÝZNAM POVĚRY Z HLEDISKA PSYCHIATRICKÉHO

(1967)

Pověra je zajímavý jev biologický, psychologický a psychiatrický ve svém vzniku i působení. Vzniká za určitých kulturních předpokladů a je nutným vývojovým stupněm, jímž musí lidstvo projít.

Pověra je takové přesvědčení, které bez respektování přírodních zákonů a denní zkušenosti věří v neexistující bytosti a neexistující zákonitosti na tomto podkladě a v možnost vzniku nebo zániku některých dějů a tím ovlivňuje jednání subjektu.

Nechci mluvit o pověrách z hlediska etnografického, sociologického, antropologického apod., nýbrž jen z hlediska psychiatrického.

Pověry vznikly ve *vnitřním světě* člověka vlivem působení *vnějšího světa*. Příčinou byla touha po ochraně vlastní a drahých, po bezpečí, spravedlnosti, touha po vysvětlení dějů příznivých i nepříznivých. U kolébky pověr stály emoce, zvláště strach, ale i patické stavy.

Strach, jak na to správně poukazuje G.Göllnitz, budí vše nejasně vnímané, nezařaditelné a osamocenost (Differenzierungsangst und Geborgenheitsangst). Strach z neznáma je některým dokonce příjemný, společné bání se může být sexuálně atraktivní a vyhledávané.

Člověk ve svém frontálním laloku abstrahoval a znovu „montoval“ abstrahované v *montážní představy* (okřídlený kůň, drak apod.). Tyto montážní představy vznikají a vznikaly jednak úmyslně vůlí, jednak neúmyslně a i proti vůli za stavů patických.

Vznikly bytosti, jímž se pověřčivý klaněl nebo jichž se bál. Jak vypadaly tyto bytosti, záleželo na kulturní vyspělosti a individuálním IQ.

Při vzniku pověr hrály asi významnou úlohu i psychosy. Je možné, že tělové halucinace schizofreniků daly vzniknout sukubům a inkubům. Prožívání sabatu byl následek otravy solanaceemi. Přiznání se k obcování s ďáblem byly bludy a halucinace schizofreniků, autoakusace melancholiků a psychická infekce hysteriků. Poruchy vnímání času a věštění byly často dány temporální epilepsií a nádory temporálního laloku. Pocity očarování, přemísťování věcí v bytě, jejich kažení bylo produktem paranoidních, zvláště senilních psychos. Byly to asi zvláště alkoholické halucinose tehdy tak rozšířeného alkoholismu, které pomáhaly vytvářet strašidla. Pseudologia phantastica hysterického středověku, konfabulace vyskytující se po traumatech hlavy (K. P. Kisker) daly vzniknout neuvěřitelným dobrodružstvím, bojům s draky a různými obludami aj. Projikování tělového schématu mimo tělo, které vzniká

při různých okolnostech, zvláště při encefalitidě při typhus exanthematicus, stvořilo dvojníka (*A. Leischner, E. Menninger-Lerchenthal*). I pouhé normální hypnagogium může být za stavů tělesné nebo duševní indisposice líhni neobvyklých magických zjevů.

V rámci tvoření pověr docházelo i k jakési racionalisaci. Odvěká touha po nesmrtelnosti byla korigována vytvořením postavy *Ahasvera* a *bludného Holanďana*, ukazujícími hrůzu nemožnosti umřít, což snad inspirovali melancholici, u nichž se s tímto bludem i dnes setkáváme.

Pověry byly, jsou a budou. Sehrály ohromnou úlohu v dějinách. Nejstrašnější kapitolou bylo čarodějnictví, které si vyžádalo miliony obětí. Věšectví a astrologie formovaly někdy dějiny. I oficiální medicína do konce 18. století byla většinou snůškou pověr v diagnostice, terapii a prevenci, o lidové medicíně nemluvě. Právníci počítali s fantasmaty, čili strašidly, jako s realitou. Byly vydávány zákony o prodeji a nájmu domů, kde straší (*A. Becher*). Mnoho vážných lidí v historii vidělo strašidla. *H. U. Ziolko* upozorňuje, že eidetickou vlohú má skoro každý. Živá představa může získat sensorialitu a jevit se jako skutečnost, zvláště za nepříznivých podmínek životních a v deprivaci.

Dnes snad více než dvě miliardy lidstva na zeměkouli mají kladný poměr k pověrám, nebo jim absolutně věří. Tato víra dodává pověrám realitu se všemi důsledky. Kdo věří, pro toho se fantasma stává skutečností a ovlivňuje jej jako kterýkoli jiný faktor.

V novele *A. P. Čechova* zvané *Černý mnich* říká hlavní postava: „Já existuji ve tvé fantasmii a tvá fantasmie je částí přírody. To znamená, že existuji také v přírodě.“

Nkrumah dobře vystihl situaci, když řekl: „Sám v kouzla nevěřím, tudíž nemohu být jimi ohrožen.“

V Africe se totiž stěhují celé vesnice mnoho kilometrů, aby se jejich obyvatelé dostali z okruhu čaroděje, jenž jim chce na dálku uškodit. Stav, který se u nich vyvine, je těžká anxiousní neurosa až psychosa.

Transkulturální psychiatrie nám skýtá různé doklady o nynějším stavu. Jsou zajímavé práce různých autorů, zejména *Ari Kieva* a jiných, týkající se situace v Africe, na Haiti a v Severní Americe (*Woodoo, Subud* aj.). Podívejme se však na Evropu.

C. Jacquél a *J. Morel* popsali psychosy s úzkým vztahem k víře v čarodějnictví, která je velmi rozšířena i u vzdělaných osob v Departementu de Lorne mezi Normandií a Bretaní. Ostatně ještě v 19. století se sloužily v Paříži černé mše, tak oblíbené ve století 17. a 18. Podle novinové zprávy připadá v Paříži dnes jeden lékař na 514 obyvatel, kdežto jeden jasnovidce na 120 obyvatel. Denně navštíví „ordinaci“ jasnovidců 60 000 Pařížanů a za předpovídání budoucnosti zaplatí prý Francouzi ročně 5 miliard zlatých franků.

Ve Velké Británii po zrušení zákona o čarodějství v r. 1951 byla

založena sekta čarodějů, kteří se pravidelně scházejí a provádějí magické operace.

Podle údajů UNESCO uveřejňuje asi polovina deníků vycházejících v USA, Velké Británii, Francii, Belgii a Švýcarech pravidelnou horoskopickou rubriku, která se bedlivě čte.

Moderní člověk má stále sklon a vůli k pověrám a snaží se vzbudit je i ve svých dětech, jak o tom svědčí nadílka dětem neexistujícími osobami (Mikuláš, Klaus, Knecht Ruprecht aj.). Viděl jsem u malých dětí několik dnů trvající neurotické stavy po příchodu Mikuláše s andělem a čertem.

Rozdělení pověr je těžké, zhruba je lze rozdělit na *vysvětlující* — jak vznikla nemoc, živelní pohroma, *zasahující* — vlastní čarování, kletba, *ochranné* — obrana proti očarování, zlému pohledu, nemoci, a pověry *věštící*.

Pověry nejsou jen negativním jevem, měly i pozitivní přínos. V oblasti kulturní vytvořením různých mytologií prospěly umění výtvarnému i básnickému. Řecká mytologie je nádhernou projekcí vnitřního světa a schématu hodnot antického člověka.

Řadě lidí přinesly pocit ochrany, bezpečí, když měli svého maskota nebo amulet. Ve středověku byl nejcennějším všelékem roh neexistujícího jednorozce, který jako nesmírně drahé placebo jistě mnohým pomohl.

Nás zajímá *patoplastický* význam pověr a mezi svými pacienty jsme měli dosti příležitosti se s ním seznámit. Naši pacienti dodnes halucínují své zemřelé příbuzné, mluví s nimi, vidí personifikovanou smrt, kostlivce s kosou, 56letá lékařka viděla smrt v plachetce, 52letý lékař toxikoman viděl při angíně smrt jako bledou ženu se zlýma očima. Vidí d'ábla, jemuž šlehá oheň z úst, d'ábel jim našeptává, d'ábel je chce odnést, zápasí s d'ablem. Je zajímavé, že halucinace anděla se téměř nevyskytují. Vidí postavy prostupovat stěnou tak, jak to dělají strašidla. Jedna nemocná se vtělovala v jezevčičku, jiný nemocný byl Werwolf, měnil se ve vlka a jako takový se vrhnul na lékařku, aby ji znásilnil. Jedna nemocná porodila tchoře a žábu, jak se stávalo po souloží s d'ablem. Ojedinelé jsou projevy vampirismu. Nemocná se bojí, že saje bohu krev. Něteří nemocní věští, někteří prožívají vše, co bylo předpověděno (vesměs organické lése spánkového laloku), někteří mají věštecké sny, náboženské zážitky, viděli ráj (epilepsie, nádory temporálního laloku), jsou v několikáté inkarnaci. Někteří v ptácích poznávají své syny, což upomíná na pohádku o sedmi havranech. Někteří rozumějí řeči zvířat, jiní vidí své dvojníky, duchy, drobné dušičky, sudičky, upíry, kteří je objímají svými křídly, ve vrátných vidí obry, vidí trpaslíky, sami se zmenšili na trpaslíky, vidí rusalky tančit na paloučku. Jedna nemocná se bála vod-

nika, proto nedovolila manželovi nosit šaty zelené barvy, aby jej vodník nestáhl do vody. Sukubové a inkubové navštěvují nemocné a souloží s nimi. Nemocní vidí na své kůži mystická znamení, která jiní nevidí, prožívají stavy nesmírné blaženosti. Jeden náš nemocný v pondělí — v den d'áblův — provedl s několika přáteli v lese na rozcestí evokaci d'ábla a vyvolal u sebe i u ostatních halucinaci takového hluku, že se všichni rozutekli.

Pověry však mohou působit i *patogeneticky*. Pověry jsou různé, regionální, nacionální, rasové, celosvětové. Jsou nešťastné doby, hodiny, dny, měsíce. Je-li pověřivý přinucen dělat něco v nešťastnou dobu, stává se anxiousním. Nedoporučuje se operovat v den, jež pacient považuje za nešťastný. Živé sny věšteckého charakteru vyvolávají úzkostnou náladu, neurosu z očekávání. Viděl jsem anxiousní neurosy po návštěvě profesionálních věštkyň, nebo i po věštění v mezích společenské zábavy. Lidé zesmutní nebo dostanou úzkost po ztrátě talismanu nebo maskota.

Kletba byla dříve oblíbený trestací prostředek. Kletby oficiální měly těžké sociální důsledky. Kletby církevní byly velmi dramatické. *Baruch Spinoza* byl dramaticky proklet v amsterodamské synagoze v r. 1656 za kvílení rohů a zhášení svící.

Mezi pacienty naší kliniky bylo v posledních dvaceti letech několik, a mezi nimi i lidé s vysokoškolským vzděláním, kteří po prokletí jinou osobou dostali těžkou anxiousní neurosu, nebo dokonce psychogenní reaktivní depresi.

V minulých stoletích se provádělo volání na boží soud do roka a do dne. Šlo o thanatobolii s dlouhou inkubační dobou. Na boží soud volali hlavně nevinně odsouzení, ze známých osob historických např. poslední templář *Jakub de Molay* (1314), u nás vůdce selské vzpoury *Jan Sladký Kozina* (1695). Historie tu ovšem často leccos modifikovala, aby to „vyšlo“.

Myslím, že je jasné, že pro nemocné cévním onemocněním srdečním nebo mozkovým, jsou-li pověřiví, kletba i thanatobolie může mít neblahé následky.

Pověry mají ještě třetí význam, možno snad říci *patosymptomatický*. Mluvil jsem o tom, že pověra může duševní nemoc způsobit, jinak vzniklou modifikovat, ale nemoc může vyvolat i „pověry“. Pak se pověra stává příznakem nemoci. Míním anankasmy. Někteří autoři se domnívají, a k těm patřím i já, že většina anankasmů má magické pozadí, někteří dokonce myslí, že všechny ankasmy mají magické pozadí. Většina anankastů je velikými, ale nešťastnými kouzelníky.

Pozorovali jsme řadu pozoruhodných magických anankastů.

Starý generál byl celý život týrán řadou anankasmů, ale největší trýzeň a ztrpčení života mu působil anankasmus stůj co stůj se vyhnout číslu 3, kte-

ré je posvátné, neboť značí nejsvětější trojici, a manipulace s trojkou je rouháním. Nikdy se nesměly tři předměty jedné kategorie ocitnout v blízkosti. Měl na to řadu ceremoniálů.

Jiný naopak se snažil seskupit předměty do skupiny po čtyřech. Jiný odstraňoval na cestě zkřížené větvičky, dřívka apod., aby se nešlapalo po křížích. Cesta domů mu trvala někdy až 6 hodin. Jiný, který měl nemocného syna, nesměl si vybrat cigaretu nějak pokřivenou, sice se syn nevyléčí. Když si vybral narušenou cigaretu, musil dělat opravné ceremoniály, když ho při chůzi napadla „zlá myšlenka“, nesměl jít dál, aby to synovi neuškodilo, a čekal třeba pět minut se zdviženou nohou jako čáp, až ho napadla myšlenka dobrá.

Jakákoli pověra se do epochy matematických strojů, kosmických letů, umělého sestavení bílkoviny atd. málo hodí, je inadekvátní, je anachronismem, je absurditou, a přece bují, nebo právě proto? Jako útěk před rozumem?

Pověra atakuje svobodu člověka, která je jednou z nejvyšších hodnot, a proto je nutno proti pověře vhodně a taktně bojovat. Nevhodný postup může vyvolat zbytečné hostilní reakce a reakce, které by mohly pověru dokonce posilovat, zejména u psychopatů. Fortiter in re, suaviter in modo.

Lékař musí k pověrám zaujmout určitý postoj a to není vždy lehké. U lidí pověřivých, zvláště neurotiků, musíme postupovat shovívavě, dobře s nimi prohodit situaci, je-li třeba jim i vyhovět, pokud se týče místa a času chirurgického zákroku apod. U psychických následků věštby a kletby je nutno postupovat taktně a podle inteligence pacienta. Je samozřejmé, že musíme rozlišit anankasmus od pověry a víru neurotika od bludu psychotika.

Souhrn

Byla definována pověra. O pověře se mluví v článku jen z hlediska psychologického a psychiatrického. Mnoho duševních nemocí a jejich projevů přispělo ke vzniku a formování pověr. Pověry jsou velmi rozšířeny i v Evropě. Působí patogeneticky, patoplasticky a u některých anankastických stavů se vyskytují jako příznak; známé je magické pozadí anankasmů. Poněvadž pověry omezují svobodu člověka, nutno proti nim taktně bojovat.

LITERATURA

Becher, A.: Disputatio inauguralis de iure spectrorum. Jenae literis christianis, F. Buchii 1745.

Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) 14, 1962, 4 : 121—128.

Göllnitz, G.: Über das Phänomen der Angst in der Kinderpsychiatrie
Jacquel, G., Morel, J.: Sorcellerie et troubles mentaux. Etude faite dans le Département de Lorne. Encephale 1965, 1 : 5—35.

- Kiev, Ari*: *Magie, Faith, and Healing*. The Free Press, New York. Second printing May 1966, Collier-Macmillan Limited, London.
- Kiev, Ari*: Spirit possession in Haiti. *Amer. J. Psychiat.* 118, 1961, 2: 133.
- Kiev, Ari*: Subud and mental illness. *Amer. J. Psychother.* 18, 1964, 1 : 66—79.
- Kisker, K. P.*: Zum Stellenwert konfabulatorischer Syndrome innerhalb akuter posttraumatischer Psychosen. *Nervenarzt* 31, 1960, 11 : 481—489.
- Leischner, A.*: Die autoskopische Halluzinationen (héautoskopie). *Fortschr. Neurol. Psychiat.* 29, 1961, 10 : 550.
- Menninger-Lerchenthal, E.*: Heautoskopie. *Wien. med. Wschr.* 111, 161, 44/45 : 745—756.
- Ziolko, H. V.*: Über den emotionellen Untergrund visionären Erscheinungen. *W. Psychother. med. Psychol.* 10, 1960, 6 : 238.

PSYCHOGENNÍ IATROPATOGENIE

(1964)

Člověk si během svého fylogenetického i ontogenetického vývoje vytvořil hodnoty. Nejvyšší hodnotu má vlastní život, přitom člověk ví, že zemře, ale normální člověk ve zdraví většinou na to díky ochranným mechanismům zapomíná. Nemoc mu to připomene. Hypochondrický nemocný se nedovede s anticipací smrti vypořádat, neboť u něho vedle jiných mechanismů nastává úplně tělesně orientované zjednodušení světového schématu (*W. Janzarik*).

Jiné, ale rovněž důležité hodnoty nemocí ohrožené jsou: zdraví, tělesná krása, síla, odezva sexuální i nesexuální u ostatních, bezpečí, zajištěná existence, ukojení pudových potřeb vůbec, příjemnosti, zachovávání zvyklého ceremoniálu, lidská důstojnost, jež je jednou z nejvyšších hodnot, a mnoho jiných.

Nemoc je porušení homeostasy somatické i psychické, porušení adaptace dosavadní a pokus o adaptaci novou, nemoc je vždy určitým stresem, zátěží.

Každá nemoc, pokud není provázena nosoagnosií, vyvolá psychickou reakci, adekvátní nebo inadekvátní.

Inadekvátních reakcí na nemoc je mnoho. Jsou reakce nosofilní, bagatelisující, panické, resignující aj.

Jsou preformovány v organismu, jsou dány neurohumorálně a organismus podle své životní anamnesy, podle toho, jak probíhalo jeho učení, je produkuje. Některé z těchto reakcí jsou opět stresem pro organismus se všemi důsledky, takže někdy vzniká kladná zpětná vazba.

Lékař má před sebou nemoc — reaktivní stav daný inadekvátní reakcí. Nevhodným psychickým zásahem zdravotníka se může reaktivní stav zhoršit a zafixovat.

Psychická reakce je reakcí emoční, má tudíž všechny vegetativní a metabolické důsledky emoce.

Těžiště celé otázky psychogenní iatropatogenie je v emocích, a to hlavně v anxietě a strachu. Strach má předmět, nebo si jej nalezne, je cílený. Anxieta nemá předmět, respektive předmět je v hlubších vrstvách vědomí, není formulován, subjekt by jej nedovedl verbalisovat, anebo je anxieta dána určitou vegetativní konstelací bez psychogenní příčiny. Každý člověk má svou specifickou anxiету a své strachy, tak jako má své hodnoty, své postoje a motivace. Každý se bojí svým způ-

sobem (*F. Riemann*). Někteří (zvláště *F. Alexandr*) věří ve specifitu emočních faktorů.

Snad je zdravější noradrenalinový vztek než adrenalinový strach. Velmi nepříznivý je smutek, ale velmi příznivá je radost, ačkoli ani ta není vždy bez nebezpečí.

Naše lékařské zásahy nemají být jen ochranné, tj. záležet v profylaxi strachu a anxiety, ale i tvořivé, tj. přispívat k tvoření radosti u pacientů.

Nejen vyvarovat se iatropatogenie (pathos = utrpení), ale podporovat iatro euthymogenii (euthymia = radost).

Po mém soudu správný termín pro vznik nemoci z lékařského zásahu je iatropatogenie. Iatrogenie znamená vše, co od lékaře nebo lépe řečeno od zdravotníka a ze zdravotnictví vychází, tedy např. uzdravení. Uzdravení může být spontánní nebo iatrogenické.

Iatropatogenie je jen zvláštní případ antropopatogenie, tj. zdravotního poškození od druhého člověka vůbec.

Iatropatogenie může být různá.

Nás zajímá iatropatogenie psychogenní. Slovem psychogenní rozumím mechanismus působení. Jestliže je zapomenut v břiše peán, předosován lék, perforováno rektum, je to iatropatogenie, ale ne psychogenní. Nastane-li neprozřetelným výrokem, je to iatropatogenie psychogenní, ale stejně může iatropatogenie psychogenní nastat špatným osvětlením, hlukem, špínou, neboť mechanismus působení je psychogenní. Jeho důsledkem je emoce. Emoce takto vzniklá ruší správné zpracování informací, správný raport se zdravotníky. Tato emoce je nežádoucím efektem a poškození se děje touto emoci.

Psychogenní iatropatogenie je dvojí: pozitivní, přímé uškození, a negativní, nepřímé uškození, k němuž došlo, poněvadž nebylo řečeno nebo nebylo učiněno, co mělo být řečeno a učiněno. Např. pacient se bojí své nemoci a lékař mlčí, nevysvětlí, nepotěší.

Iatropatogenie psychogenní je většinou negativ psychoterapie.

Co může pozitivně vést k psychogenní iatropatogenii? Jakákoli informace: slovo, symbol, gesto, odmlčení se, retardace odpovědi, modulace hlasu, přečtené v chorobopisu, v doporučení, v knize; viděné utrpení a osud druhého; nechutný lék, fádňá dieta; zápachy vlastní i cizí; nepříjemné pocity při vyšetřování a zákroku, ale i celé situace alterující stud a lidskou důstojnost, vyšetřování před více osobami, špatně uspořádaná demonstrace medikům apod.

Při hospitalisaci dochází k vytváření nových vztahů a ke změnám vztahů dosavadních. Tyto změny se mohou stát patogenními působením cerebroviscerálním, čili psychosomatickým. Pojmu psychosomatika se často zneužívá, jak na to poukazuje *M. Bleuler*. Každý si pod tím představuje něco jiného, jak se mu to hodí, a studenti memorují colitis

ulcerosa, ulkus gastroduodenální atd., ačkoli otázka je velmi složitá, mechanismy různé a nutno pečlivě rozlišovat mechanismy vzniku.

Psychosomatika platí nejen pro člověka, ale i *mutatis mutandis* pro zvířata, jak na to poukazuje např. *L. Chertok, M. Fontaine* a jiní. I u zvířat vznikají „psychosomatické“ poruchy na podkladě změny vztahů „interanimálních“ a „personoanimálních“.

Transport je velkým stresem pro dobytek, takže je nutno jej nechat před porážkou odpočinout, jinak maso není chutné. Mám dojem, že transport nemocných i lékařů by někdy potřeboval různá zlepšení, působí někdy fyzicky i psychicky traumaticky.

Člověka díky druhé signální soustavě lze zabít slovem, buď náhle, nebo pozvolna ubíjet, nebo časovaně. Zkazka o Kozinovi, je-li pravdivá, je toho dokladem. Kozina volá hraběte Lamingera do roka a do dne na boží soud, a ten hyne, patrně koronární příhodou, v týž den po roce. Ale není-li pravdivá, jsou toho dokladem příhody v některých částech Afriky. U málo vyvinutých kmenů, které jsou velmi sugestibilní, podaří se někdy čarodějovi slovy obět usmrtit nebo vážně poškodit na zdraví.

Hormon emocí adrenalin, jak na to poukazuje *J. Petrášek*, je jediný hormon, který dovede svého výrobce zabít. Nemá dosud poznaných antagonistů. Při zvláště silných podnětech se uvolňuje několik desítek mg katecholaminů během několika dnů, ale i malé stressy způsobují uvolnění několika mg.

Emoce je privilegium a kletba vyšších živočichů, je to generální mobilisace organismu, zachraňující jej před nebezpečím. Vzniká v CNS, odkud ji lze vyvolat i inadekvátně elektrickým proudem z diencefala, limbického systému nebo některých částí temporálního laloku. Tato generální mobilisace může ovšem churavý organismus někdy poškodit. Lékař má znát dietetiku emoce.

Slovo, symbol, dedukce je podnětem pro reakci člověka jako každý jiný fyzikální podnět. Tato reakce se v některých případech kvalitativně liší od reakce na fyzikální podnět a má někdy svůj specifický ráz.

J. Charvát správně říká, že společenské prostředí je po mnoha stránkách mocnějším patogenetickým činitelem než fyzikální prostředí. To platí pro zdravého člověka, co teprve nové nemocniční prostředí pro člověka nemocného s psychickou inadekvátní reakcí!

Lidský organismus se dosud „nenaučil“ vypracovat adaptační reakce adekvátní psychickým reakcím vzniklým ze sociálních příčin a interpersonálních vztahů. Reaguje stále archaickými adaptivními mechanismy, čili jde — vulgárně vyjádřeno — na mouchu s kanónem. Na projev zdravotníka nebo na nemocniční situaci reaguje jako pračlověk na pronásledování medvědem nebo na ohrožování kyjem druhým pračlověkem.

Jaká reakce nastane, závisí jednak na pacientovi, jednak na kvalitě podnětů.

Bylo by dobře, kdyby si lékaři nemysleli, že jejich pacient nikdy není primárně psychicky postižen.

Přístupujeme-li k pacientovi, musíme si uvědomit, zda jde o normotika (*Moreno*), tj. o člověka ještě v široké skupině normálu, anebo zda jde již o člověka v široké skupině patické.

Máme-li před sebou normotika, je třeba si uvědomit, zda jde o extraverta či introverta, schizothyma či cyklothyma. Není-li to normotik nebo jen akcentovaná nestandardní osobnost, je to anomální osobnost, psychopat, neurotik, či dokonce psychotik?

Dále je důležité zjistit, s jak velkou inteligencí pacienta lze počítat. *M. Bleuler* doporučuje, aby si každý lékař u každého pacienta orientačně vyšetřil inteligenci, aby věděl, do jaké míry je pacient schopen řídit se jeho pokyny. Lidí s IQ 120 není tak mnoho. Čím nižší inteligence, tím snáze dochází k vadné interpretaci, která je pak zdrojem nevhodných reakcí.

Setkal jsem se s těžce traumatizovaným pacientem s ideohypochondrickou reakcí, která vznikla, poněvadž slyšel, jak lékař diktuje sestře, že pacient má sklípkové dýchání, tedy dýchání „už jenom jako z malého sklípku“.

Nutno si uvědomit, zda přistupujeme k pacientovi, který je bez hypochondrických tendencí, či již s vyvinutou hypochondrickou reakcí, která podle *K. Leonharda* může být ideohypochondrická, tj. pacient si představuje, jaké má nebo může dostat příznaky a nemoc, nebo senohypochondrická, pacient má nejružnější pocity tělové, které interpretuje a z nichž dedukuje. Jednou z příčin může být fokalisace na orgán mimovolně zaviněná lékařem. Viděli jsme případ, kdy si pacientka přečetla nález, v němž bylo vysloveno podezření na endocarditis lenta. Šlo o srdeční onemocnění jiného druhu, které pominulo. Pacientka prostudovala odbornou literaturu o endocarditis lenta, přestala pracovat, ležela několik let většinou v posteli a intensivní psychoterapií na naší klinice se podařilo stav zlepšit jen asi o 50 %, nikoli vyléčit.

Trestuhodné je ovšem opačné jednání, na něž si stěžuje *B. Stára*, že „karcinofobové“ již s inoperabilním ca jsou posíláni k psychiatrovi, aby vyléčil karcinofobii. I na naší klinice jsme učinili podobné zkušenosti.

Jak vznikají iatropatogenní podněty?

Člověk, v tomto případě pacient, vytváří svým chováním, svými slovy projevy, všemi informacemi, které od něho vycházejí, jakési pole. Pole subjektu určuje do jisté míry reakce jiných na sebe. Subjekt si jaksi nosí před sebou své „počasí“, někdy svou studenou frontu, která když se střetává s cizím polem, vyvolává „oblačnost, srážky i bouře“.

Pacient se ocitá v nemocničním prostředí, jeho pole se střetává s polem primáře, sekundáře, sester, sanitářů, uklízeček, spolupacientů a

návštěvníků. Je vystaven řadě psychopatogenických situací, které lze rozdělit na zatěžující, frustrující a konfliktní.

Frustrace, jak známo, je znemožnění cesty k ukojení potřeby, tj. získání hodnoty. Bez frustrací by nebylo rozvoje lidské společnosti, civilizace a kultury. Jsou však frustrace nežádoucí, nosokomiální.

Pacient do té doby zdravý je stížen nemocí, podle jeho soudu patrně vážnou, která vyžaduje hospitalisaci. Nastává ztráta domova, domácího pohodlí, zhroucení dosavadního životního ceremoniálu. Jsou ohroženy hodnoty, život, pracovní schopnost, zevnějšek, atraktivnost, eventuálně služební byt, úspory atd. Vidí svou budoucnost v těžkých pacientech, vidí umírání, stavy po zákrocích atd. Další faktory jsou eventuálně nepohodlná postel, úplná ztráta soukromí, alterace lidské důstojnosti, defekuje se před ostatními, sestry se nelze dovolat, aby podala mísu. Řád je přísný, pouto s domovem je téměř přerušeno, návštěvy jsou dovoleny jen dvakrát týdně na dvě hodiny, někdy pro pohodlí zaměstnanců, kteří i s těmito řídkými návštěvami projevují nespokojenost. Musí se ležet popřípadě nehybně, chce se číst, ale není dost světla, ostatní pacienti ruší hovorem. Noc je dlouhá, není noční lampička, nesmí se svítit. Vodovod kape. Jídlo je jiné, dieta pacientovi nechutná. Je strach z budoucnosti, ze zákroků, které spolupacienti líčí barvitě a hrůzně. Ráno, když se na chvíli usne, budí v 5 nebo 6 hodin uklízečka. Na oddělení je naprostý pořádek, vše klapě. Pan primář nebo vrchní sestra jsou přísní. Na celém oddělení je vnitřní tense, patrná na všech zaměstnancích, která se přenáší na pacienty. Když někdo zdravý nedostane samostatný jednolůžkový pokoj v hotelu a musí v noclehárně spát se třemi nebo více lidmi, má zkaženou náladu. Všichni nemocní musí stonat kolektivně, ačkoli část by chtěla samostatný pokoj. Je známo, že i krysa se dříve uzdraví, je-li izolována od kolektivu ostatních. To ovšem platí jen pro určitý druh lidí. Někteří jsou šťastni, že mohou stonat v kolektivu a povídat si s ostatními.

Oddělení může být naprosto vzorné diagnosticky i terapeuticky, užívat nejmodernějších způsobů vyšetřovacích i léčebných, vzorně čisté, není-li však příznivé sociální mikroklima, nefunguje-li zcela správně zdravotnická mikroetika, pacienti se necítí dobře. Stačí jen reakce citová. Její deletérní účinky byly popsány u dětí v jeslích, ale platí i pro dospělé. I dospělý pacient potřebuje soucítění i vcítění se, úsměvy a sympatie.

Oligothymní zdravotníci musí alespoň konvenčně sehrát cit, ovšem nadměrnost projevu soucítění, jakási agrese přátelství, ochrany, dobročinnosti atd. může se pacientům velmi zprotivit.

Velmi závažným faktorem, na nějž nás zvláště upozornil *J. Charvát*, je anticipace a anticipační reakce. Člověk na rozdíl od zvířete ví, že existuje budoucnost, a pojem budoucnosti je pro něho vyhraněný.

Anticipační reakce z očekávání pomyslného nebo skutečného nebezpečí působí závažně na organismus, což se projeví změnami biochemickými a vegetativními. Již při pouhé anamnese stoupá systolický a zvláště diastolický TK. Při anamnese emoční mnohem více (G. Innes a spol.). Již pouhý odběr krve mění bílý obraz krevní, zvláště když bylo použito tupé jehly nebo několikrát pícháno. Opakovaný zákrok, ne příliš příjemný, je díky habituaci stále méně a méně traumatizující.

„Klid duše“ u pacienta má neobyčejně příznivý vliv a podporuje autosanaci. Během jogínské meditace „samadhi“ není rytmus alfa na EEG blokován zevními podněty, čili v CNS nastává funkční změna působením retikulární formace a kůry.

Zdravotní výchova přispívá k formování anticipace. Scestná zdravotní výchova vede k nežádoucím anticipačním reakcím a k nežádoucím psychickým reakcím vůbec.

Každý člověk má několik rolí, roli zaměstnance, manžela, otce atd., a ne všechny role hraje stejně dobře. Onemocní-li, dostává novou roli a je třeba, aby ji dobře sehrál. Zdravotní výchova má vychovávat i k snášení nemoci.

Jak působí iatropatogenický podnět? Většinou okamžitě vyvolá anxiету, smutek, hostilní reakci apod. různé dlouhého trvání. Někdy působí dlouhodobě, ba celoživotně. Vzpomeňme případu s endocarditis lenta. Při delším pobytu na oddělení může nastat chronické sumování podnětů (Treppenphänomen), nebo působí chronicky s intervaly, např. při střídání služeb sympatické a nesympatické sestry (H. Paul). Vegetativní příznaky provázející anxiету nějak vyvolanou mohou se zafixovat v tzv. „vegetativní dystonii“ (D. Eicke), čili vznikne trvalý syndrom.

Psýché není herbář, kde se ukládají všechna engramata (vtisky) neporušená a konservovaná. Psýché je vroucí kotel, pec, kde se přetavuje, psýché „tráví“ a „metabolisuje“ vtisky. Neblahý vjem je zneškodněn, ale naopak celkem indiferentní vjem se může přetvořit ve velmi anxiogenní představu, která může získat vtíravost a stát se velikou mukou pro pacienta.

Na tomto místě je ovšem nutno uvést, že nesmíme pacientům vše zcela věřit. Pacienti si výroky lékařů všelijak překrucují.

Nutno si uvědomit, že z neporozumění výroku lékaře, sestry, ale i psychickou infekcí nebo sugescí od spolupacientů může vyrůst fobie, tj. „abych nedostal“, která se u někoho, když prošla celým spektrem možné intenzity, formuje v dominující představu „nemám už“, „snad už mám“, až k bludné jistotě „mám“. Čili máme před sebou blud, s nímž se těžko zápasí. Výrok lékaře, zážitek z nemocnice může se uložit jako bomba, která po letech vybuchne, když náhle někdo omylem uvede její zapalování v činnost.

Existuje zvláštní druh libé emoce, jakýsi negativ fobie a anxiety, a

to je naděje. Anxieta je podvědomou a strach vědomou subjektivní predikcí chmurné budoucnosti. Naděje je vědomou subjektivní predikcí dobré budoucnosti.

Člověk žije nadějí. Když někdo úplně ztratí naději a schopnost doufat, obyčejně odhazuje život. Stejně odhazuje život ten, u něhož nastala existenční frustrace, tj. ztráta smyslu života (*Frankl*).

Velmi zlá pro duševní život je zklamaná naděje. Lékařská etika dovoluje, ba dokonce nařizuje užívat *pia fraus medica*. Tato *pia fraus*, má-li být účinná, musí být dobře připravena, musí to být v dobrém slova smyslu dobře organisovaný podvod. Nesmí být stupidní.

Nutno si dobře určit indikaci pro *pia fraus* a její formu. Jiná je *pia fraus* pro pacienta dříve či později zasvěceného smrti a jiná pro nezhoditelně nemocného, jehož život není ohrožen. U těchto nemocných nesmíme slibovat, to co nenastane, neboť pak je ze zklamání utrpení pacienta ještě větší.

Jsou pravdy dobré i zlé. Nemilosrdná pravda může být i podnětem k sebevraždě. Hygiena pravdy je dána hlavně formou sdělovací. Nemocnému nezhoditelnou nemocí nutno vyložit situaci, obtížnost léčení, snažit se co nejvíce pomoci, poukázat, že nemoc je schopna někdy nepředvídaných zlepšení, že život neohrožuje atd.

Dosavadní vzdělání lékařů ve vědách tímto problémem se zabývajících je stále neuspokojivé. Ze všech předmětů přednášených na lékařských fakultách je poměrně velmi málo času věnováno psychiatrii a lékařské psychologii.

I na nejlépe vedeném oddělení budou vždy nějaké iatropatogenické projevy z příčin, které jsem dříve uvedl. Lze doporučit, aby na každém interním a chirurgickém oddělení byla podle možností režimová léčba a psycholog, který by vedle jiného pečoval zejména o udržování dobrého psychologického mikroklimatu na oddělení a o vhodnou psychagogii pacientů.

I zdravotníci jsou lidé a mají svá pole, své reakční způsoby. I lékaři mají reakce na nemoc pacienta, buď bagatelisující, nebo starostiplnou. Čím přísnější a více bagatelisující lékař, tím více hysterických reakcí, agravace a simulace. Čím starostiplnější lékař, čím větší sympatická vazba pacienta na něho, tím více disimulace.

Lidé „obrážejí“ vnější svět po vnitřním zpracování všech informací, které přijali. Jsou-li spokojeni a šťastni, vyzařují pohodu. Jsou-li anxiózní, bojí-li se o budoucnost a o své hodnoty, jsou-li nespokojeni, zklamáni, ukřivdění, vytvářejí mentálně hygienicky nežádoucí pole okolo sebe. Na oddělení vzniká nepříjemná atmosféra, nepříjemné mikroklima, stoupá vnitřní tense oddělení. Zhruba lze říci, že úspěšné psychoterapeutické působení na pacienty a správná duševní hygiena je v přímém poměru k spokojenosti lékařů a zdravotníků.

Jedním z důležitých prostředků proti psychogenní iatropatogenii, tj. utrpení vzniklému od lékaře cestou psychickou, je zabránění a boj proti utrpení lékaře a zdravotníka, totiž patoiatrogenii.

Čím menší psychogenní patoiatrogenie, tím menší psychogenní iatropatogenie.

HUMOR, SMÍCH, KOMIKA

(1970)

Slovo humor znamená vlhkost a je původu velmi starého. Tehdy se věřilo na šťávy tělesné; kdo měl správnou směs šťáv, měl dobrou vlhkost, dobrý humor.

V řeči nabylo toto slovo různého významu. Říká se, že někdo má humor, to je přibližně, že má smysl pro komiku, jindy však znamená přímo druh komiky, mluví se o „suchém humoru“, „šibeničním humoru“ apod. Něco je humoristické, humorné, tj. vzbuzující smích.

Smích je soubor určité mimiky, gestikulace a zvuků, provázený řadou tělesných projevů, jako je změna dýchání, ochabnutí svalstva až k zhroucení těla, povolení svěračů až k pomočení aj.

Diencefalon je krajina, která s určitými spoji je místem, z něhož je smích uváděn v chod a udržován.

Smích je dvojího druhu, normální a nenormální. Normální smích a sklon k němu vzniká při dobré duševní pohodě a při vnímání komického.

Smích chorobný, nezadržitelný, spojený s nepříjemnými pocity, vznikající bez příčiny nebo dokonce při nevhodných příležitostech, může se vyskytnout u řady nemocí, u mozkových nádorů, epilepsie, atherosklerosy, hysterie, otrav apod.

Naopak jsou nemocí, při nichž se nemocný nemůže smát, např. deprese.

Původně se soudilo, že smích je projev typický jen pro člověka, ale již *Ch. Darwin* jej vyvolal lechtáním u opic. Nyní se má za to, že li-doopové se dovedou smát.

Děti se smějí více než dospělí, pubertální děvčata se často zvláštním způsobem chichotají. V alkoholickém opojení bývá sklon k smíchu zvýšen, též po drogách, např. po hašiši, ale i po jiných. Smích lze vyvolat lechtáním až do ochabnutí svalstva, které nastává zvláště u někoho. Různé lidské biotypy mají různý sklon k smíchu. Smích je nakažlivý, proto bývali najímáni „řehtači“, aby veselohra měla úspěch.

Přiměřeným podnětem pro smích je vnímání něčeho komického. Již asi padesát let přemýšlím o tom, co je to komika, a nic jsem nevymyslel. Nejsem pro to však smutný, poněvadž veliké množství slavných filosofů *Platonem* počínaje o tom přemýšlelo, ale uspokojivé vysvětlení nepodali. O tomto tematů byla napsána řada monografií a spousta prací, ale nepodařilo se najít dobrou definici a vyhovující vy-

světlení komična. Jisto je, že tu působí řada činitelů, někdy více ten, jindy onen.

Autoři uvádějí různé názory. Komično nastává, když dochází k degradaci něčeho, je to obrana proti přílišné vážnosti a velebnosti, cesta ke kácení model, ke komičnu dochází při přerušeném očekávání, při logické kontradikci, při bizarnosti, absurditě, při uvolnění napětí. S. Freud myslí, že komično pomáhá k uplatnění potlačeným komplexům a někdy je omluvou pro to promluvit neslušně.

Jisto je, že někteří lidé s chutí užívají sprostých slov, že posílají do míst, kde ještě nikdo nebyl, a vyzývají k činnosti, kterou ještě nikdo nikdy nepodnikal. Původně to absurditou působilo komicky. Nastalo uvolnění napětí, degradace situace, byl to ventil, únik, zažehnání strachu. Jsou to jakási zaklínadla. Slovo generála Cambronna, když byl vyzván, aby se vzdal, stalo se okřídleným. Tato slova však pozbývají účinnosti, užívají-li se příliš často, a deklasují svého uživatele v pasivně komickou figuru, od níž se mnozí distancují.

Neohrabané mládě nebo dítě je komické, potěší pozorovatele a vyvolává dobromyslný úsměv.

Jsou věci, které jsou vlivem konvence zároveň posvátné, odporné a komické, jsou to věci sexu. Proto k němu vzniká u lidí poměr ambivalentní. Jsou častým thematem anekdot, při jejichž naslouchání a vyprávění si různí lidé odreačují některé své emoční vztahy k určitým prožitkům. Někdy se účastní i prvky agrese a sadismu. Velká část komiky je agresivní, nelibostná, např. některé druhy karikatur.

Každý má své schéma etických hodnot a některé osoby a věci jsou tabu. Tato schémata jsou individuální, u někoho zakrněla, takže se ještě najdou lidé, kteří se druhým smějí pro tělesnou vadu.

Lidé mají rádi šašky, klauny. Byli ve veliké oblibě u králů a sehráli významnou úlohu v dějinách. Nebývali to vždy lidé veselí, ani moderní komikové nejsou mnohdy veselí, jsou jen vtipní, což se nesmí zaměňovat. Některé děti, aby získaly sympatie druhých dětí, když jinak nemohou, dělají ze sebe šašky (klaunismus).

Zvířata nestrpí mezi sebou nějak odlišného jedince svého druhu. Ani lidé nemají rádi, co je jim cizí, vzdálené, nezvyklé, a skrytá agrese se projeví zesměšňováním. Jedna skupina se směje a vysmívá druhé, např. venkovan obyvateli města a naopak. Nyní po druhé válce se již protivity značně vyrovnaly.

Kdo je vtipný, nemusí být veselý, kdo je veselý, nemusí být vtipný, kdo je veselý, ten se směje, kdo se směje, nemusí být veselý, ani každý veselý se nesměje.

Přirozený, nenásilně vyvolaný smích je zdravé uvolnění. Dobré veselohry jsou z hlediska duševní hygieny velmi přínosné. Špatné, trapné, selhávající scény naopak nepříjemně rozladují. Jindřich Mošna, Vlasta

Burian, Ferenc Futurista, Voskovec a Werich, Horníček a jiní se zasloužili o zdraví lidu, stejně jako spisovatelé humoristických románů a kreslíči komických obrázků. Zde bych měl připomínku konsumenta, že mnoho komických obrázků je nyní tak nedbale odbyto, že čtenář musí pracně luštit, co kresba znamená, někdy se rozluštění podaří, někdy ne, ale i v prvém případě efekt uniká, neboť komické se musí ohlásit ihned, má-li mít plný účín.

Záchvatovitý, bez příčiny vznikající smích a smích vznikající při nevhodných příležitostech je zvláštní kapitola psychopatologie a lze jej řadit mezi záchvatovitá onemocnění.

KAŽDÝ HERCEM A HRÁČEM

(1970)

Skutečnost je pro někoho ne zcela skutečná a pro všechny ne vždy příjemná.

Některý člověk od ní utíká, poněvadž se s ní nemůže smířit, nelíbí se mu, dává přednost svému vnitřnímu světu — Homo somniens, člověk snící.

Jiný člověk se pokouší ji přetvářet ke své potřebě — Homo faber, člověk kovář.

Třetímu druhu se nelíbí role přisouzená a mění si ji, hraje někoho jiného — Homo histrio, člověk herec.

Čtvrtý není spokojen se skutečností, jaká je, utíká od ní a oddává se něčemu, co není pro existenci nutné, užitečné, co je zábavou, vyplněním volného času — Homo ludens, člověk hrající si.

Přirozeně by se dala určit ještě řada jiných typů.

Člověk cítil, že svými smysly snad nepostihuje celou skutečnost, že mnoho mu zůstává nedostupno, nebo že je svými smysly špatně informován. Část filosofů se snažila proniknout k podstatě věci, pochopit „Ding an sich“, věc o sobě.

Část myslitelů na to resignovala. Brahmanismus učí, že svět, v němž se pohybujeme, je šálení — Mája.

Nejdále šel *Hans Vaihinger* (1852—1933) ve své filosofii „Als Ob“, „Jako by“. V titulu své knihy nazývá tuto filosofii Systém teoretických, praktických a náboženských fikcí lidstva na podkladě idealistického pozitivismu. Podle něho se nikdy nedozvíme, jak to opravdu je, lidstvo si vytvořilo určité fikce a podle nich žije, „jako by“ to byla skutečnost.

Poměr člověka k pravdě je mnohdy ambivalentní, touží po pravdě a zároveň se jí bojí. Oddává se snům ve bdění. Vytváří si představy, jak by to být mělo, jak by měl svět vypadat a jakou roli on by měl v tom světě hrát.

Tyto přestavy, už hotové nebo jako materiál k rozmontování a jinému smontování, dodávají mu ve skvělém rouše ti, kdo je dovedou krásně a zdárně verbalisovat, totiž básníci a spisovatelé. Spisovatelé přetvářejí skutečnost, dokonce z omylů vytvářejí „pravdu“. „Der Dichter gebe dem Irrtum die Gestalt der Wahrheit.“

J. W. Goethe (1749—1832) napsal svůj zajímavý spis „Dichtung und Wahrheit“.

Český, německý, do jisté míry i anglický a francouzský jazyk má pro nejrůznější hraní též výraz: hráti, spielen, to play, jouer.

Děti si hrají na vojáky, se železnici, sportovci hrají tenis, lidé hrají karty, šach, společenské hry, hudebníci hrají na hudební nástroje, herci hrají své úlohy.

Vznikl i přenesený výraz „hrát důležitou úlohu“. „On to hraje“, tj. předstírá, „nehraj si se mnou“.

Co je to hra? Hra je tvoření modelových skutečností. Většinou model je meliorace modelového světa. V umění je model někdy i peiorisací světa.

Hra je vlastní všem tvorům od určitého stupně dokonalosti CNS. Hrají si zvířata, děti i dospělí. Každý někdy, někdo často.

J. Huitzinga myslí, že každé naše jednání je vlastně hra, s čímž ovšem v plném rozsahu nelze souhlasit.

Lze rozeznávat tyto hry:

1. Hra s předměty nebo vlastním tělem, bez účasti intelektu: pes si hraje s kamenem, malé dítě s chrastítkem, apod., i dospělý si pohrává s předměty na stole, pohrávání má různý význam, někdy je projevem rozpačitosti nebo pokusem o její maskování. Sem patří i kouření, žvýkání gumy apod.

2. Hra s předměty, které jsou modelem nebo symbolem něčeho, imitací, mikrosvětlem: dětská železnice, lodičky, letadélka, autíčka, vojáci, panenky, plyšová medvídci, poslední dva někdy vyrůstají v družky, druhá, maskota, idol, bůžka.

3. Hra s dočasnými rolemi. Hrající si dítě přejímá úlohu někoho: představuje si a počíná si, jako by bylo vojákem, námořníkem, Indiánem apod.

4. Hra sportovní, subjekt vyvíjí činnost podle určitých pravidel — běh, skok, plavání — nebo k tomu používá předměty: disk, kouli, oštěp apod.

5. Hra bojová, subjekt hraje proti druhému, nebo je ve skupině, která hraje proti druhé skupině s předměty a zachovává určitá předepsaná pravidla; je to model boje, např. tenis, kopaná, šach, karty, ruleta aj.

6. Hra divadelní, herec představuje jinou osobu v rámci předpisů spisovatele divadelní hry a vžívá se do ní někdy až k úplné identifikaci.

7. Hry vyjadřující to, čím by subjekt chtěl být, které nás psychologicky a psychiatricky nejvíce zajímají.

Ze hry divadelní je přenesen pojem role i do skutečného života. Zvykli jsme si mluvit o „rolích“. Ty jsou osudem přidělené nebo subjektem zvolené. Subjekt má roli úředníka, manžela, otce. Některé „hraje“ dobře, některé špatně. Je mu přidělena nová role nemocného, někdo ji dovede hrát hned dobře, někdo ji hraje špatně. Při hypnóze hypnotizovaný většinou roli přijímá, někdy odmítá.

Ve životě se setkáváme s některými hrami a hraním, a tak z různých hledisek můžeme rozeznávat hry s různou motivací: živelné, obranné, pro zábavu, pro získání výhod, komunikační k získání porozumění, koketerie, symbolické, adorační, bojové, modelové, zdravotní (zdravotní ceremoniály), sexuální aj.

Jsou hry, jejichž motivací není ani zábava ani výdělek, ale usnadnění života, získání nebo zachování hodnot, a jejichž nastartování a provádění se děje někdy v různých vrstvách vědomí.

Sem patří společenské chování, jehož nutnou součástí je hra, již můžeme v mnohých situacích označit i slovem přetvářka.

K roli nemocného patří rovněž přetvářka, agravace, simulace a disimulace.

Teorie her se stala uznávaným vědním oborem, který studuje chování.

K. Henner (1895—1967) v r. 1921 popsal nesmírně výstižně histrionství jako psychopatologický fenomén a jako samostatný povahový rys. Subjekt hraje. Henner definuje histrionství jako v různém stupni neuvědomělé hraní a imitování výstupů nebo rolí podle určitého vzoru se současným úbytkem vlastní individuality. Jako příklad historického histriona uvádí Nerona. Příčinou histrionství je nechuť ke skutečnosti. Záleží na bohatosti fantazie, jak dopadne hra. Příbuzná s histrionstvím je mythomanie. Hysterie je spíše simulace, histrionství spíše imitace.

Sám jsem upozornil na to, že nutno rozlišovat dvojí histrionství, jedno jen pro diváky (bývá u hysteriků), a druhé, kdy histrion hraje pro sebe.

Takový histrion si vytváří svůj svět. Napodobuje své ideály, „hvězdy“, vžívá se do nich, identifikuje se s nimi. V tomto histrionství jsou různé nuance. Je veliký umělec, estét, filosof, hrdina, svatý člověk, vždy se obětující, atd.

Některý histrion hraje sám sebe, zdůrazňuje se, předvádí se, což je často patrné zvláště u dětí. Lidé se sklonem k histrionství chtějí jít k divadlu, nebo alespoň zvolit učitelské povolání, kde mají zajištěny diváky a posluchače, nebo stát se vojáky z povolání, kteří jim imponují, neboť mají uniformu, přehlídky a aureolu hrdinů.

Někteří upadají do patetismu, velebnosti, jiní volí opačnou cestu klaustrismu. Nelze-li jinak vyniknout, tedy za cenu vlastního zesměšnění docílit obdivu a sympatií. To bylo i literárně zpracováno, např. Muž, kterého políčkují. Profesor Unrath. Někdy je nutno myslet i na sklon k masochismu. Je zajímavé, že mnozí ze slavných komiků trpěli depresí nebo byli vůbec celoživotně laděni depresivně.

Je několik psychiatrických fenoménů tomuto histrionství blízkých, je to např., jak již bylo uvedeno, mythomanie, dále pseudologia phantastica, „Münchhausensyndrom“, hypochondriasis, agravace, simulace, exhibicionismus, transvestitismus, pluralismus a do jisté míry masochismus.

Někteří jedinci spojují histrionství s ludismy. Vynalézají jazyky, neofasie, neoglosie, malují mapy neexistujících zemí, kde jsou vládci, jsou vrchními veliteli armád, které postupují proti sobě, dorozumívají se se svou vlastní Měsícem hrou na varhany; přitom nejde o bludy, jak jsem se mohl u všech těchto svých pacientů přesvědčit.

Zvláštní úlohu v životě histrionů a lidí vůbec hraje zrcadlo. Zrcadlo je zároveň hlediště i jeviště. Bez zrcadla by se člověk neznal. Zrcadlo děsí, ukazuje dvojníka; zrcadlo má určitou úlohu v magických praktikách. Zrcadlo je přítel a rádce a zároveň nepřítel ukazující stárnutí a ošklivost. Zrcadlo láká. Ukazuje nahotu, je hledištěm a divákem pro exhibicionistu, pro automonosexuálního jedince, děti poučuje o jejich těle a pohlavně vzrůstuje. Depersonalisaný se k němu utíká, neboť ono ho přesvědčuje o existenci, realitě. Někteří schizofrenici dlouho prodlévají před zrcadlem (*signe de miroir*). Zrcadlo učí dítě jáství a pomáhá vytvořit zrcadlové tělové schéma. Zrcadlo rozšiřuje prostor. Malá místnost se zrcadly se stává velikou. Dvě zrcadla objevují subjektu novou skutečnost, čistý profil a pohled odzadu. Zrcadlo nad ložem rafinuje pohlavní styk do pluralismu a zvyšuje sexuální komunikaci. Zrcadlo se tak stává jevištěm pro voyeur.

Hra předstíráním něčeho, co není, může se dít bona fide k potěše vlastní a cizí a mala fide ke škodě, oklamání druhého.

„Příroda“ sama má tendenci k předstírání. Živočich má tvar a barvu jiného druhu, který je nepoživatelný nebo nebezpečný (*travestie*); některý živočich je zbarvením nenápadný, podobný okolí (*kamufláž*) (*R. Caillois*).

U zvířat se setkáváme s pudovým předstíráním. Je to jednak *thanatosis*, stavění se mrtvým, jednak *pseudesis*, předstírání, např. koroptev předstírá poranění, aby odvedla útočníka od hnízda, jednak *apeilosis*, výhružné postoje. Tyto výhružné postoje se vyskytují jednak u zvířat neškodných, jednak nebezpečných. U prvních je to postoj k odvrácení útoku, u druhých postoj k znehybnění druhého.

Výhružné postoje, jako zatínání pěstí a zubů, hrození, zachovaly se dodnes. Dosud je dosti rozšířena stará víra v zlý pohled a uhranutí.

V báji o Meduse se vypráví, že kdo pohleděl na Medusinu hlavu, zkameněl. Divoké, ošklivé, hrůzu nahánějící masky a přilby sehrály v kulturní historii svou úlohu. Dragounská přilba je patrně odvozena od hrěbenu draka.

Hra, jejímž účelem je komunikace, je reprezentována mimikou, gestikulací, pantomimou, sehráním scény, což právě využil *Moreno*. Pacient sdělí hrou terapeutovi a spolupacientům, co zažil, co by chtěl, co se v něm děje, jak si vykládá chování druhých, nebo hraje podvědomě. Místo volných asociací nastává volné jednání.

Ve středověku bylo jen divadlo s náboženskou tematikou, hry byly

různě modifikovány a různá extempore byla výrazem nálady lidu a ventilem potlačených emocí.

Většina lidí miluje divadlo již od dětství. Loutkové divadlo pomáhá budovat etická schémata. Loutkové divadlo inspiruje, inspirovalo chlapce *Goetha* k sepsání *Fausta*, jehož druhý díl ukončil v 80 letech. Postava *Kašpárka* je identifikační figurou dětí. Tento malý veselý člověk vždy vyhrává, přelstí obry i učené. Zabíjí postavy symbolisující otce (*Vaterimago*) ne fyzicky, ale zesměšněním, znemožněním. Vyhovuje ostatně dětem i v tom, že děti mají sklon ke klaunismu.

Moreno byl první, kdo nechával hrát pacienty sebe samé. Hry pacientů poněkud jiného zaměření pořádá již na počátku 19. století *Markýz de Sade* v Charentonu a *Pinel*. *Pinel* dal sehrát soud nad autoakusujícím melancholikem, který pacienta ve všech směrech uznal neviným.

Lidstvo má rádo symbolické hry, rádo se jich účastní, uznává je i jejich rekvisity; sem patří církevní ceremoniály, slavnostní průvody, paruky a taláry soudní, hermelínové pláště králů, červená roucha kardinálů, parádní uniformy generálů aj. Slovo ceremonie (*caerimonia*), původně posvátný úkon, nabylo téměř významu hra. V císařském Římě bývaly pohřby jako divadelní představení, jinde s plačkami, někdy s trháním rouch a sypaním popele na hlavu.

Lidé milují ceremoniály, rádi zakládají spolky, které mají své kroje hesla, oslovování.

Nejoblíbenější hra je karneval. Schéma společenského chování je při něm uvolněné. Subjekt v masce může povolit zábranam společenským a mravním. Nastává duševní uvolnění, relaxace. Subjekt může i přestat hrát a místo toho presentovat sebe, nebo naopak hrát postavu a osobnost, která je pro něho nějak atraktivní. Při zpřísnění politického života bývala povolována větší nevázanost karnevalová. Karneval je bližší jižním národům než severním. V karnevalu jsou dvě složky, nepoznaný herec a nepoznaný divák, tj. někdy skrytý voyeur.

Kromě her ve vnějším světě jsou hry ve vnitřním světě. Subjekt si pouští film svých vzpomínek, které někdy blaží, někdy mrzí.

Subjekt se neváže na své vzpomínky, tvoří si nové filmy, spřádá si sny ve bdění. Protagonistou je subjekt. Je hrdina. Má různá jeviště, děj se odehrává v jakési subjektivní přítomnosti nebo v blízké či vzdálenější budoucnosti. Subjekt o tom nerad mluví, stydí se zveřejnit svůj vnitřní svět, jen někteří z těch, kteří mají expresivní talent, to činí, a tak vznikají básnická a románová díla a divadelní hry. Nakolik prošla vnitřní censurou, se nikdy nedozvíme.

Sexuální devianti ve svých většinou onanických představách se vyžívají na svém vnitřním jevišti. Někdy je projikují na papír ve formě

kreseb nebo fabulí, většinou individuálně u masochistů i kolektivně stereotypních, někdy ve formě anonymních dopisů.

Vnitřní scéna se dá obohatit pomocí drog o sensorialisaci. Některými drogami zintenzivní se hra a vystoupí na scénu produkty fantazie, které by se jinak neobjevily. Touto drogou je z novějších do jisté míry psilocybin, ale hlavně LSD.

Projeví se koncentrovaná zkušenost. Podle *H. Leunera* subjekt vytvoří své jeviště, svou metaforickou krajinu vnitřního života. V psycholytickém sezení se někdy mění jeviště. Psychoterapeut se může objevit jako kat a vyšetřována jako mučírna.

Člověk byl vždy hercem a hráčem a zůstane jím, člověk minulých století byl spíše hysterickým histrionem, snažil se nejvíce sdělit druhým, co se v něm děje, moderní člověk je spíše schizothymním histrionem.

Doba mu ukládá stále větší a větší rezervu. Někdo by rád u vědomí viny a smutku „trhal roucho a sypal si na hlavu popel“, rád by veřejně protestoval, běsnil, ničil, kázal své názory. Jen někteří postpubertální jedinci si našli své způsoby vyjádření svých světových názorů, úpravou vlasů, vousů, oděvu, trávením dne atd.

Bezprostřední projevy smutku, radosti, odporu si dovoľují v civilizovaném světě jen určité anomální osobnosti a osobnosti s nízkým IQ.

Ostatní trpí v sobě, potřebují to někomu sdělit a to je psychoterapeut; tento laskavý „otec, bratr, přítel“ jim dovolí, ba doporučí vyjádřit se hrou ve světě vnějším, tím se rozdělit o své hoře, o svou intimitu s druhými, provést abreakci a „zahnat démony“.

LITERATURA

Caillois, R.: Zobecněná estetika. Praha, Odeon 1968.

Henner, K.: Vztahy histrionství k hysterii. Sborník lék. 23/27, 1922, 1.

Huitzinga, J.: Homo ludens. Hamburg, Rowohlt 1965.

Křívohlavý, J.: Experimentální hry I. Čs. psychologie 11, 1967, 3, 209.

Experimentální hry II. Čs. psychologie 11, 1967, 4, 301.

Experimentální hry III. Čs. psychologie 12, 1968, 2, 119.

Leuner, H.: Die experimentale Psychose. Berlin, Springer 1962.

Moreno, J. L.: Gruppenpsychotherapie und Psychodrama. Stuttgart, G. Thieme 1959.

Vaihinger, H.: Die Philosophie des Als Ob. 7. u. 8. Aufl. Leipzig F. Meiner 1922.

ÚVAHA O DUŠEVNÍ POHODĚ A ZDRAVÍ VĚDECKÝCH PRACOVNÍKŮ

(Náměty pro zdravotní výchovu)

(1971)

Máme tři druhy pracovníků. Jedni pracují skoro výlučně fyzicky, ovšem určitá složka psychická je v každé práci, druzí pracují fyzicky a psychicky a třetí skoro výlučně psychicky. Zvláštním případem posledních jsou vědečtí pracovníci. Nebudu se pokoušet o jejich definici. Každé zaměstnání i povolání má své specifické podmínky a faktory, jimiž působí na jednotlivce. Těchto faktorů je nesmírné množství a na různé jedince působí různě. Jsou vědečtí pracovníci, kteří se mohou plně věnovat svému povolání, jsou ale i takoví, kteří mají ještě jiné zaměstnání. Již to může být nepříjemnou okolností. Důležité je, zda pracuje v oboru, který je mu blízký, který ho baví, a má-li dostatečně vysoké IQ a předběžné vzdělání. Pozorovali jsme dosti těžké poruchy u několika svědomitých lidí, když jim pro důvěru, kterou si získali, bylo svěřeno zaměstnání, na něž nestačili.

Vědecký pracovník je člověk jako každý jiný, a tudíž mu prospívá a škodí to co ostatním lidem a co je celkem všeobecně známo.

Organismus a osobnost má určité tendence. Některé tyto tendence jsou jedinci prospěšné, některé škodlivé. Je velkým problémem medicíny správně odhadnout, které se mají podporovat a proti kterým bojovat. Během svého života jsem pozoroval, že hlediska medicíny na některé z nich se několikrát změnila. Někdy je to ovšem jednoduché. Bude-li člověk velmi hubený mít trvalou chuť na sladké a tučné, je to jiné, než má-li podobné chuti člověk otlýlý.

Jsou různé lidské biotypy. O biotypech se popsalo hodně papíru. Problém lákal mnoho autorů, dávno však není vyčerpán. Pro zajímavost se zmíním jen o několika málo typech, jejichž označení se často užívá, které zatím poměrně dobře slouží k vzájemnému dorozumění a které jsou výrazné. Pro čtenáře nepsychiatra uvedu stručný přehled.

Jsou lidé štíhlí, úzkého hrudníku, spíše poněkud vyšší postavy, nazývají se *leptosomové*. Jiní jsou střední postavy, mají široký hrudník, větší břicho, tuk ukládají na trupu, končetiny jsou poměrně gracilní, nazývají se *pyknosomové* nebo *pyknici*.

Ernest Kretschmer před půlstoletím na tyto typy upozornil nejen po stránce tělesné, ale i duševní. *Pyknici* jsou *cyklothymové*, tj. kdyby duševně onemocněli v rámci svého typu, dostali by nejspíše *maniodepresivitu*, *leptosomové* jsou *schizothymové*, což znamená, že kdyby

onemocněli duševně, dostali by nejspíše v rámci svého typu schizofrenii. Neplatí ovšem stoprocentně!

Jung upozornil na dva typy lidské psychiky, *introverty* a *extraverty*. Introvert je člověk obrácený do sebe, žije v sobě, ve svém vnitřním světě.

Extravert je člověk obrácený ven, do světa vnějšího. Potřebuje lidi, společnost, organisovanost, jednat a upravovat věci a vztahy ve vnějším světě.

Introvert a schizothym, extravert a cyklothym mají mnoho společného, ale nekryjí se úplně. Dalo by se říci, že skoro každý schizothym je introvert, ale ne každý cyklothym je extravert.

Cyklothymové jsou někdy veselí, někdy smutní, jsou praktičtí, se smyslem pro běžný život, pro realitu. Dovedou být šťastní, dovedou se přirozeně radovat.

Schizothymové jsou někdy pro okolí záhadou, jsou buď dráždiví, nebo naopak málo reagují. Dovedou intenzivně milovat a strašně nenávidět. Mají spíše smysl pro své pomyslné světy než pro realitu, s níž se nedovedou adekvátně vyrovnat.

Zvláště vyjádřeným typem jsou leptosomové-schizothymové s malou hlavou, velkým nosem, ubíhajícím čelem a malou bradou, což tvoří ptačí profil. Leckterý geniální člověk náležel k tomuto typu i s jeho určitými podivnostmi.

Cyklothymové jsou šťastní a dobře se uplatní v první polovině života, schizothymové spíše ve druhé, ve stáří.

Praví extraverti žijí pro vnější svět, jsou většinou dobrosrdeční, rádi žijí a nechávají žít. Jsou lidé kompromisu až i maličkých podvůdků. Mají velikou energii. Dovedou se radovat z vykonané práce. Někdy jsou nestálí, někdy se přeceňují, ba i chvástají. Někteří dovedou vše vyjednat, výborně zacházet s lidmi a vše zařídit, někteří jsou až beztaktní, ale pro jejich dobrosrdečnost se na ně lidé často ani nezlobí. Z nich se rekrutují úspěšní politici, obchodníci, vedoucí hotelů a jiných podniků. Hodí se výborně pro pořádání kongresů.

Introverti jsou jejich částečným opakem, což neznamená, že by se nemohli uplatnit i ve výše zmíněných oblastech, ba vyniknout, ovšem jiným způsobem než cyklothymové, ale spíše se pro ně hodí řešení problémů, sestrojování, třídění, vědecká práce, specialisované činnosti.

Svět výrazněji vysvětlovali a měnili schizothymové a introverti.

E. Kretschmer dělí cyklothymy z hlediska temperamentu na veselé zvanily, klidné humoristy, tiché citově založené osobnosti, pohodlné užívače života a úspěšné praktiky.

Schizothymové pro něho jsou ve svých extrémech vznešení hyperestéti, idealisté, kteří až ztrácejí v praktickém životě půdu pod nohama, chladní vypočítavci, egoisté-diktátoři a suší nepřijemní patroni.

Ve vědě se uplatnily oba typy. Pyknici jsou spíše typy extensivní, mají sklon k polyhistorství, chtějí mít vše zřetelné, pozorují, zálibně popisují, sbírají fakta, při tom mívají určitý odpor k přílišné systemisaci, teoretickým konstrukcím a metafysice.

E. Kretschmer uvádí toto rozdělení typů duševních pracovníků:

Vědci:	cyklothymové:	popisující empirikové,
	schizothymové:	exaktní logikové, systematikové, metafysici.
Básníci a spisovatelé:	cyklothymové:	realisti, humoristi,
	schizothymové:	pathetici, romantici, mistři básnické formy.
Vůdci lidu:	cyklothymové:	„Derbe Draufgänger“, dobří organizátoři, rozumní zprostředkovatelé.
	schizothymové:	despoti a fanatici, chladní počtáři.

Toto rozdělení ovšem zdaleka nevystihuje bohatost možných typů.

Kretschmer popsal ještě atletický typ a dysplastický typ, jimiž se zde však nebudeme zabývat.

Význační pyknici, kteří vynikli v přírodních vědách, byli *Gall*, *Darwin*, *Werner*, *Siemens*, *Pasteur*, *Robert Koch*, *Bunsen*, *Alexander Humboldt*.

K matematickým vědám v širším slova smyslu mají sklon spíše schizothymní leptosomové: *Kopernikus*, *Kepler*, *Leibnitz*, *Newton*, *Faraday*.

Někteří prodělali dokonce schizofremní psychosy, jako např. *Ampère*, *Newton*, *Cardanus*, *Pascal*.

Mezi význačnými filozofy najdeme mnoho schizofrenních leptosomů: *Kant*, *Locke*, *Voltaire*, *Lotze*, *Schiller*, *Hegel*, *Herder*, *Kierkegaard*.

Úplnými názorovými extrémisty, kteří hluboce zasáhli do svého prostředí, chceme-li je počítat ještě mezi filozofy, byli tři schizothymní leptosomové: *Calvinus*, *Savonarola*, *Robespierre*.

Mezi schizothymy svým způsobem slavné patří *Erasmus*, *Wallenstein*, *Metternich*.

O biotypy byl vždy a v různých kulturách zájem.

Starí Indové rozeznávali tři tělesné typy žen: úzký — gazely, střední — laně, široké — sloní krávy.

Ruští autoři věnovali typům velkou pozornost. *Bounak* rozlišovat typ

sthenoplastický, mesoplastický a euryplastický (široký). *Galant* (1927) typ sthenosomní, mesosomní a megalosomní.

Pavlov dal náplň starým typům *Hippokratovým*: sangvinik je typ silný a vyrovnaný, choleric, silný, ale nevyrovnaný, flegmatik slabý, ale vyrovnaný, melancholik slabý a nevyrovnaný.

Pavlov se přímo zamyslel nad talenty a sklony uměleckými a badatelskými a určil dva typy, typ umělecký a typ badatelský. Prvý, onemocní-li patickou psychickou reakcí, dostává syndrom hysterický, druhý syndrom neurasthenický.

Člověk má různé schopnosti a vlohy; když je může uplatnit, vzniká většinou duševní spokojenost a vyrovnanost. Jsou případy, kdy se záliba nekryje s talentem. Jeden známý úspěšný malíř byl mizerným hudebníkem, svou malířskou činnost a úspěchy si necenil, ale chtěl být chválen pro své diletantské výkony hudební, na nichž si tolik zakládal.

Někdo má velký jazykový talent, ale již žádný jiný. Je mu duševně nejlépe, když může využít svých jazykových schopností.

Šťastný je ten, u něhož je veliký talent pro určité odvětví kombinován s jazykovým talentem. To byl případ *Emila Votočka*, organického chemika, *Kamila Henna*, neurologa, aj. Snadno se naučili a brilantně mluvili několika jazyky, takže budili na kongresech velký obdiv.

Kdo nemá jazykový talent, udělá dobře, spokojí-li se menší dokonalostí v jazycích a čas a námahu, kterou by musil vynaložit na jazykové zdokonalení, věnuje raději svému oboru.

Jsou lidé s jedním jasně vyjádřitelným talentem. Je samozřejmé, že nejlépe učiní, když svého talentu plně využijí.

Někdo má více talentů a ocitá se někdy v rozpacích, co pěstovat. Život sám nebo rozumná úvaha to rozhodne. Např. stane se lékařem a v prázdných chvílích maluje. Dělat to obráceně nelze.

U typu uměleckého jsou tragické talenty, které jsou sice velké, ale ne ohromující. Z nich pocházejí dobří hudebníci, malíři, apod., ale ne vynikající, nýbrž jen dobrý průměr. I takoví musí být, ale oni to někdy těžce nesou a žalují neprávem na okolnosti, že nevynikli.

Jsou talenty a záliby úzké a široké, mnohočetné. Typy intenzivní a extenzivní. Posledním hrozí pochybné polyhistorství a roztržiténost, prvním klapky na očích a analfabetismus v příbuzných oborech.

Nejplodnější ve vědě jsou hraniční území. Věda se rozrostla katastrofálně, tragicky. Nelze zvládnout všechny informace oboru, ani jejich poměrně malou část. Z toho resultují pro některé osoby těžké výčitky. Je obtížné stanovit ideální typ moderního vědeckého pracovníka, jeho rozložení vědomostí. Svůj obor samozřejmě má znát, některé jeho části intenzivně, ale má mít i určité všeobecné vzdělání a doplňovat si je aby mohl někdy pochopit neočekávané souvislosti a vztahy.

Myslím a doufám, že zvítězí snaha naučit lidi myslet a manipulovat informacemi. Nepřetěžovat si zbytečně hlavu fakty. Fakta a údaje se najdou v pramenech. Mírné cvičení paměti je k užitku. Člověk, zvláště starší pracovník, se však nemá zlobit, když si nemůže vzpomenout na slovo.

Perfekcionismus ve vědě je standardní požadavek, v soukromém životě může být nepříjemný. Takoví lidé jsou stále ve střehu, často se zlobí.

Stavy obsedantní, vtíravých pochybností, velmi mučí v povolání i v soukromém životě. Takoví nešťastníci se stále sebe ptají: „Zda jsem správně věc vystihl, zda jsem ji srozumitelně napsal, zdali má vůbec cenu ji publikovat, zda jsem nespletl psaní a obálky, zda jsem zhasl světlo, zavřel pracovnu a byl atd.“

Viděl jsem lékaře a lékárníky, kteří se pro tyto stavy museli vzdát povolání. Znal jsem vynikajícího vědce, který nedovolil, aby vyšla jeho kniha, u níž již udělal korekturu, který ani nic nepublikoval, ba ani svým pracovníkům nedovolil jejich práce uveřejnit.

Pro takové stavy je nutno vyhledat psychiatrickou pomoc.

Škodlivost práce se všeobecně přeceňuje. Duševní práce prodlužuje život. U epileptiků duševní práce působí, že se záchvaty stávají řidšími. Duševní práce odvrací některé nežádoucí psychické poruchy stáří a udržuje duševní svěžest, dobře působí u některých neuros a kvalitativně adekvátní a dobře dosovaná příznivě působí u lehkých a středních arterioskleros mozku. U těžkých depresí a arterioskleros je ovšem trýzní.

Sedmdesátihodinový pracovní týden může vést po několika týdnech u většiny lidí k přechodné duševní poruše. Šturmování není zdravé, ale v oblíbeném oboru, je-li provázeno úspěchy a pochvalou a vede-li k zřetelným výsledkům, se snese. Jako celoživotní tempo by se ovšem nedoporučovalo. Při úspěších se vše snáší lehčeji, odolnost stoupá. U raněných postupující armády se rány lépe hojí než u raněných ustupující armády, jsou-li tendence vojáků a velitelství stejné.

Podstatná zdravotní závada jsou termíny příliš krátké a důsledky jejich nesplnění příliš přísné. Trvá-li takový stav dlouho, mohou se vyvinout psychosomatická onemocnění srdce, trávící trubice, ale i jiných systémů (infarkt srdeční, příhoda mozková, vřed žaludeční a dvanáctníku, změny v tlustém střevě, kožní afekce, určité onemocnění oční atd.).

Od vědeckého pracovníka se někdy, popř. i často žádají populární přednášky a články. Někdo je dovede psát, někdo nedovede. Ten, kdo je nedovede psát, ať toho raději nechá a ušetří čtenáři utrpení. Tomu, kdo je psát dovede, píše-li rád, může to sloužit za příjemnou zábavu a rozptýlení, eventuálně za splnění povinnosti souvisící s jeho postavením.

Nesmí to ovšem odvádět od vlastní práce nebo způsobovat nadměrnou únavu.

Pasivní odpočinek, tj. „dělat nic“, snese zdravý člověk jen po velké námaze a jen krátkou dobu, 1—2 dny. Aktivní odpočinek, tj. zaměstnání, ovšem neintensivní, podle záliby fyzické nebo psychické nebo střídavé, je velmi prospěšné. Rekreacním „zaměstnáním“ je pro někoho rybaření, pro někoho бриž, pro někoho tenis, golf, pro někoho šachy, filatelie, fotografování atd. Myslím, že skutečný vědecký pracovník, kdyby alespoň trochu nepracoval o dovolené ve svém oboru, nepřečetl si alespoň odborný časopis, byl by asi dosti nešťastný.

Pro starší pracovníky v involuční době, tj. v období od 45 do 60 let, osvědčují se někdy lépe tři kratší dovolené v roce než jedna dlouhá. Pětidenní pracovní týden je velkou zdravotní, sociální a kulturní vy­možností. Správné využití víkendu je nesmírně důležité pro duševní zdraví.

Při lehké duševní únavě je fyzická námaha vítána, při větší fyzické únavě se hůře duševně pracuje.

Víkendové tělesné vyčerpání a nadměrná štrapáce s nevyspáním po celotýdenní intenzivní duševní práci není žádnou rekreací, ale naopak zdravotně negativním faktorem.

Každé hoby se musí dělat s rozumem, nesmí se stát ovládavou představou, již se všechno obětuje, peníze i zdraví. Nesmí se stát, má-li zůstat hoby, druhým povoláním. Zajímá-li se matematik trochu např. o botaniku nebo zoologii, je to v pořádku, ale nemá se z něho stát lepší botanik nebo zoolog než matematik.

Z hlediska psychosomatických onemocnění může nepohodlné a štvavé cestování rekreační, tím spíše kongresové mít neblahý vliv. Noci jsou přece jen pro spaní. Je ovšem rozhodující též potěšení z cesty a z kongresu. Cestujme podle možnosti pohodlně, bez velkého štvání! Kongresový výkon a společenská reprezentace budou lepší.

Společnost lidí různých jiných povolání bývá pro rekreaci často vhodnější než společnost lidí téhož oboru. V druhém případě je stále nebezpečí, že předmět hovoru sklouzne na zaměstnání. S odborníky jiných oborů se dovídáme různé zajímavé nové věci, které můžeme eventuálně uplatnit i ve svém oboru, a přitom se dobře bavíme. Též společnost prostých, ale inteligentních lidí bývá mnohem větším odpočinkem než společnost náročných intelektuálů. Neúnavné tázavce nutno setrást, toto zlo však postihuje hlavně lékaře.

Z gerontologie je známa skutečnost, že kdo pracuje moz­kem, prodlužuje svůj život; neplatí to pro lékaře, jejichž průměrný věk je kratší než u jiných povolání a ischemická choroba srdeční je téměř profesio­nální chorobou.

Pracovníci rukama bývají již v 70 letech, ale častěji již v 60 letech

v horším tělesném stavu než pracovníci mozkiem. Není divu, vždyť průměrně zaměstnaný dělník do svého 60. roku dopraví cca 1000 tun, tj. celé dva nákladní vlaky na Mont Blanc (4800 m) a za tu dobu vydá 50—60 milionů kalorií, které by uvedly do varu cca 60 vlakových cisteren vody (Bělehrádek).

Všechny statistiky se dosud shodují v tom, že celoživotní provozování sportu nemá vliv na prodloužení života. Ovšem rozumně prováděná tělesná cvičení pomáhají udržovat dobrou kondici. Bohužel mnohdy místo rozumné tělesné výchovy pro všechny se pěstují závodníci, tedy několik jednotlivců, a vrcholné výkony, které mohou spíše zdraví poškodit.

Je moudré i ve stáří, i v důchodu si stále udržovat duševní činnost a podle záliby třeba se i učit něčemu novému.

Chrup člověka ukazuje, že je člověk omnivor. Ve výběru potravy podle apetence nelze organismu věřit, diabetici mají chuť na sladké, lidé s otoky na slané, tlustí na tuky atd. Zažívací porucha člověka nejvíce handicapuje! Zdravý člověk může a má jíst vše, co je v potravinářství k dispozici. Jídlo je velký klad života. Chutné jídlo v klidu požitě se daleko lépe využije než nechutné a shlnuté ve spěchu. Lidé, kteří musejí držet přísnou dietu, dostávají deprese; nejhůře se snaší neslaná dieta. Za hladu se pracuje špatně, právě tak špatně jako po příliš velkém nasycení, ne-li hůře. Pro lidi, kteří nejsou obesní, doporučuje se jíst třikrát denně vydatně, popřípadě i malou přesnídávku a svačinu. Obesní mají jíst spíše často a málo.

Čím kultivovanější člověk, tím dokonalejší přetvářka. Dítě a primitiv nebrzdí své afekty. Dospělý je brzdí. Zdravé to pro něho není, ale je to zdravé pro jeho okolí. Úplně odbrzděný afekt také není zdravý, neboť afekt má někdy vlastnost laviny, která může poškodit, ba i usmrtit.

Prostředí v zaměstnání je velmi rozhodující pro duševní zdraví a výkonnost. Někdy si pracovník ani neuvědomuje, proč se mu v určité pracovních podmínkách špatně pracuje. Je tu řada faktorů, denní osvětlení (slunce nesmí svítit přímo na stůl) a umělé, malba stěn, poloha a výška psacího stolu a židle, teplota místnosti (při sedavé práci 22 °C), zakouřené ovzduší místnosti působí neobyčejně toxicky, hluk z ulice, v místnosti zvuky vodovodu, hodin, hlasitost telefonu. Pokud člověk potřebuje brýle, je důležité mít správné brýle a v ročních intervalech si je dávat překontrolovat.

Důležité je sociální mikroklima celého pracoviště. Každý člověk nosí „pole“ svého psychického působení před sebou.

Dochází k střetání a k „výbojům“. Je samozřejmé, že pracoviště má být místo, kam se pracovník těší, kde ví, že mu nebude ukřivděno, že je oceňován. Nesčetné psychologické pokusy na zvířatech, dětech a dospělých ukázaly, že „odměna“ je lepší motivace než „trest“. Základní hodnota lidského snažení a tím i motivace jednání je kromě ukojení

animálních potřeb dosažení pocitu bezpečnosti a příznivé společenské odezvy u druhých.

Frustrací, tj. nelze-li dosáhnout ukojení potřeby, je člověk nejvíce traumatizován. V krajních případech vede frustrace k agresi a neuroticismu.

Odpovědnost vedoucího pracovníka vůči podřízeným je ohromná. Člověk ovšem mnoho vydrží, více než zvíře. Krysa připoutaná pohodlně na zádech za několik hodin hyne „z nezvyklosti a nepohodlí“. Slabý klokaní samec v londýnské zoo při pohledu na boj dvou silných samců zahynul strachy.

Ovšem úplně „v rukavičkách“ to vždy nejde, to by zase třeba zahynul vedoucí.

Sexus patří jednak do ukojování animálních potřeb, jednak do získávání odezvy u partnera. Sexuální frustrace se nejhůře snášejí. Nejpočetnější motivací suicidálních pokusů mladých lidí je sexus. Dobře saturovaná sexualita je kladný faktor pro duševní pohodu a práci. Avšak ani pohlavní karence ani excesy u zdravého jedince život neohrožují, i když zdraví nepřidávají. Koitus je ovšem činnost velmi náročná, u zdravého člověka stoupá krevní tlak při koitu i na 200 mm Hg. Lidé s onemocněním srdečního svalu nebo vysokým krevním tlakem jsou při souloži vystaveni nebezpečí infarktu nebo mozkového krvácení. Toto nebezpečí jim hrozí i při tlačení na stoličce.

Stáří není nemoc, je to přirozený stav — biomorfosa.

Rozeznáváme stáří 1. matrikální, 2. biologické, jak se člověk cítí, 3. konvenční, jaký věk se v té které době považuje za stáří, 4. úřední, kdy se odchází do důchodu.

V různých dobách byly názory na věk různé. Stárnoucímu Oněginovi bylo 26 let, starému Greminovi 45, stařečkovi Karatajevovi bylo 55, babičce, když přišla na Staré Bělidlo, bylo 54 roků.

Není pravda, že každé stáří je „molesta senectus“. Ve stáří stoupá rozvaha, trpělivost, soudnost se zlepšuje, myšlení je spíše syntetické, spíše se vystihne podstata problému, je značná zkušenost a přitom nevášnivost, nikoli však desinteresment. Neobtěžují-li různé projevy chování, starý člověk dovede vychutnat adekvátní příjemnosti života. Jak jsme již řekli, introvertům se vede ve stáří lépe než v mládí. Gangliové buňky žijí celý život člověka, u devadesátiletého jsou staré 90 let, což je na buňku úctyhodný věk. Mnoho jich zachází, ale na štěstí jich máme mnoho, takže tyto ztráty nic neznamenají. Relevantní jsou změny v buňkách samých. Mění se výbavnost paměti a zvolní se tempo, starý člověk je pomalejší, pomaleji se pohybuje, pomaleji myslí, má rád pomalost, jako bych chtěl zpomalit tu jízdu do konečné stanice života.

Chce-li starý člověk ukázat svou zdatnost, disimuluje-li stáří a přezene-li své výkony, zvláště tělesné, může na to šeredně doplatit.

Umožníme-li starému člověku žít a pracovat pomalu, nestane se tak snadno starcem a může ještě vydat pozoruhodné plody, jako to učinili někteří slavní staří lidé, např.:

Ivan Petrovič Pavlov (1849—1936) v 86 letech udivil světový kongres svou znamenitou přednáškou.

Ilja J. Rěpin (1844—1930) namaloval v 81 letech slavný Portrét dámy.

Thomas Alva Edison (1847—1931) mezi 70. a 80. rokem ohlásil 40 patentů.

Michelangelo Buonarroti (1475—1564) v 89. roce, krátce před smrtí dokončil svou slavnou Pietu.

Tizian (1477—1576) v 95 letech maluje Korunování trním a další obraz Angelika a Medor.

Johan Wolfgang von Goethe (1749—1832) v 80 letech dokončil druhý díl Fausta.

Michael Faraday (1791—1867) měl těžkou arteriosklerosu, posledních 16 let života měl paměť zhoršenou, takže zapomněl, co objevil, a touž věc „objevil“ znovu, ale i v této těžké duševní situaci učinil několik nových objevů.

Německý neurolog *Nonne* se dožil 99 let a byl až do posledka produktivní.

Akademik *Ivan Málek* kdysi napsal, že kdo nešetří své zdraví, rozkrádá národní majetek. Vědecký pracovník by se měl občas zamyslet nad způsobem svého života, zda snad nerozkrádá lehkomyšlně národní majetek.

PSYCHOLOGIE VÝŽIVY

(1961)

Každý organismus musí přijímat potravu. Množství potravy, kterou člověk průměrně přijme za 60 let, není malé, je to přibližně 17 q bílkovin, 18 q tuků a 80 q glycidů, čili vyjádřeno v surovinách, je to asi 80 q masa, 20 q omastku a 120 q mouky nebo 400 q brambor, asi 20 q ovoce, 20 q zeleniny a 2 q soli.

Kdybychom chtěli dát novorozenci potraviny na život do 60 let, byl by to malý nákladní vlak asi o 10 vagónech, mezi nimi byl by vagón brambor a 3—4 cisternové vagóny vody.

Za to ovšem vykoná práci, prostředně těžce zaměstnaný dělník vynese za celý život dva nákladní vlaky (1000 tun) na Mont Blanc, tj. 4800 m vysoko.

Je samozřejmé, že to musí být dobře regulováno. Organismy jsou řízeny pudy. Přijímání potravy a vše, co s ním souvisí, patří do kompetence pudu obživného. U zvířat je to jednoduché, u člověka, který má druhou signální soustavu, mnohem složitější a přistupuje řada psychických faktorů, takže můžeme mluvit o psychologii výživy.

Máme obživný pud, reflex podle *Pavlova*. Je velmi resistantní. I na nepříjemné podněty, např. na elektrickou ránu, lze u zvířete vypěstovat podmíněný reflex, není-li rána příliš silná. Je-li příliš silná, podnět příliš bolestivý, nenastane podmiňování, ale nastane zavrhování jídla, neurotický stav. Též orientační reflex překonává obživný. Vyrušení zvířete způsobí přerušování jídla.

Dosahuje-li nepříjemnost jídla samého nebo okolností s ním spojených určité hranice, člověk rovněž přestává jíst. Poněvadž člověk je tvor druho signální, je rušivých faktorů mnohem více než u zvířete, s tím musíme počítat.

Jídlu připadá u člověka význam sociálně ekonomický. „Boj o chléb“ je jedním z faktorů společenského dění, historických událostí, revolucí a válek.

Chléb znamená symbolicky potravu vůbec a jako nezbytnost, bez které nelze existovat, stává se středem náboženské pozornosti. Domnělý bůh dává jídlo. Lidé prosí: Chléb náš vezdejší, dejž nám dnes. Když je nejhůř, sesílá potravu. Židům na poušti seslal manu. Americkým kolonizátorům, když byli již úplně vysílení, seslal hejna krocánů. Proto se slaví v Americe „den díkůvzdání“ a pojídá se krocán.

Bohové chtěli jíst a přijímali rádi potravinové oběti, býky počínaje

a holuby a chleby konče. U Řeků měla potraviny v referátu Démétér, u Římanů Ceres, bohyně úrody.

Bůh se vtěluje do jídla. Nejintimnější spojení s bohem se děje tím, že bůh je pojídán. Má-li být pojídán jen ve formě chleba nebo též vína, vedlo ke krvavým sporům a válkám mezi křesťany. Symbolické pojídání boha se děje i u primitivních národů. Pojídají i tělo zabitého nepřítele a tím získávají jeho dobré vlastnosti.

Druhy a množství jídla byly regulovány náboženstvím, posty byly tedy jakási náboženská dietetika; k tomu se ještě vrátíme.

Náboženské příkazy a zákazy se dostaly do lidových zvyků a pověr. Lidé se modlili před jídlem a po jídle. Jídlo se stalo posvátným. V Babičce B. Němcové jsou uvedeny některé pověry. Spadlý chléb se má políbit. Jídlo je dar boží, má se dojídat, jídlo se nemá vyhazovat. Zásada, že se zbytky jídla nemají vyhazovat, vede ještě dnes k otylosti mnohých hospodyň.

Nutno se zmínit o čtyřech pocitech. Máme hlad, apetit, pocit slastného ukojení a pocit sytosti.

Pokusy některých autorů (*S. W. Ranson, C. Fisher a W. R. Ingram*) ukázaly již v roce 1938, že u krys se po rozrušení mediálních jader hypothalamu rozpoutá nesmírná žravost, bez schopnosti zastavit se v jídle, přestat jíst, která vede k značné otylosti; krysy jsou tak otlé, že pro břicho nedosáhnou tlapkami na zem.

Při destrukci laterálních jader vzniká nechutenství.

Apetit a hlad. Hlad je pocit, který nás nutí vyhledat potravu. Apetit je touha po určitém jídle a jeho zálibné vychutnávání. Apetit nepřestává s nasycením. I sytí lidé ještě do sebe vpravují jídla, která jim chutnají. Můžeme to srovnat se sférou sexuální, s libidem. Apetit je jakési alimentární libido, touha po určitém jídle.

Není-li hladovění nezbytně nutné, hledíme se ho vyvarovat. Hlad je trýznivý dvojím způsobem, lokálně a celkově.

Lokálně někdy vzniká až bolest. Ozývá se suché kručení, je zvýšeno polykání a slinění. U polykačů vzduchu nastává polykání vzduchu, z toho pocit plnosti, zvětšování žaludeční bubliny se všemi důsledky.

Celkově vzniká pocit únavy tělesné i duševní.

Ne vždy platí zásada, že s plným žaludkem se špatně pracuje, mnohdy naopak. Hladovějící jeví nechuť k práci, hádavost, rozladu, ztrátu energie, někdy i agresi. Subjekt se dává strhovat k nepředloženým výročkům nebo jednání. Práci u strojů a za volantem nesmí dělat lidé příliš hladovějící. Takováto závada se může vyskytnout u neuváženého, násilného odtučňování.

U nás je nevhodné celodenní rozdělení jídla, máme chabé snídaně,

často příliš lehký oběd a hlavní nasycení až večer. Celý den žije některý subjekt v hladu, v hypoglykémii.

Zakouření na chvíli zapudí tíživý pocit hladu, ale je to nepřiměřené a škodlivé.

Pocit sytosti. Nepřeplní-li subjekt svůj žaludek, má libý pocit sytosti. Přejí-li se, má pocit nelibý, až nauseu, tj. souhrn pocitů předcházejících zvracení.

Rozkoš z jídla je veliká a zvláště někteří lidé ji dovedou ocenit. Spojuje se tu libost z jídla, z jeho chuti, zprostředkovaná chuťovým analysátorem, a slastný pocit ukojování hladu a nastupování příjemného pocitu syčení a sytosti, což se podobá orgasmu ve sféře sexuální, takže můžeme mluvit o alimentárním orgasmu.

S jídlem roste chuť, lze říci někdy, když jídlo je neobyčejně chutné, hlad je ukojován, ale apetit vzrůstá, což může vést k přejezení.

Pocit sytosti (A. J. Stunkard a H. G. Wolff) není pasivní vyhasnutí pudového nutkání, ale je to aktivní proces, jehož porucha vede u lidí i zvířat k otylosti.

Může nastat dvojným způsobem:

1. buď přívod potravy nevyvolá správnou informaci v centrech mozku (porucha center),

2. nebo např. glukosa je tak rychle odstraňována na periférii, tak hltána tkáněmi, že nemůže dojít k pocitu sytosti.

Možná, že jde ještě o jiné způsoby.

Hodování, hostiny patří k radostem lidstva. Všechno se slaví jídlem. Při návratu ztraceného syna se zabíjí tučné tele, ne skopec, skopové bylo v Palestině sprosté jídlo. Jídlem se slaví narozeniny, svátky, svatby, jmenování a v mnohých krajích i úmrtí. Po pohřbu se šlo ze hřbitova s hudbou a zasedlo se k hodům.

Při návštěvách cizích hostí se pořádají bankety. Dnešní hostiny nejvýše o šesti chodech jsou poměrně chudičké proti hostinám středověkým. Naši předkové dovedli také hodovat. Zvláště pak prosluly hostiny římské.

Lucius Licinius Lucullus (117—57 př. n. l.), vítěz nad Mithridatem, bohatý římský, žil v nesmírném přepychu a proslavil se více svými hostinami než svým válečnictvím. Že porazil Mithridata, ví dnes málokdo, ale „lukulské hody“ říká ještě dnes mnoho lidí.

Římané se přejídali až do vrhnutí, nebo se lechtali v krku plameňáčími péry, aby zvraceli. Otroci zvratky uklízeli, sypali na zem růže a jedlo se dále, znovu. Bývalá posvícení se lišila jen kvalitou, byla bez plameňáčích per a růží, ale kvanta požití potravy byla rovněž veliká. Nám se dnes s novým pohledem na svět zdá toto vše nevkusné, odporné. Kult jídla je kulturní vymoženost, kterou nutno podporovat, ale nesmí se zvrhnout v odpornou neřest.

Při každém teplém jídle musím s vděčností vzpomenout našeho předka, kterému se podařilo rozdělat a udržovat oheň, jenž tak radikálně změnil stravování celého lidského pokolení.

Nás jako zdravotníky samozřejmě zajímají poruchy pudu obživného a úprava jídelního lístku při různých nemocech. Můj úkol je zaujmout k tomu stanovisko jen z hlediska vyšší nervové činnosti.

Subjekt nejl. Proč?

Mnoho pacientů s horečkou, nemocí trávicí trubice atd. nechce jíst, nemá chuť ani hlad, nebo se bojí, že po jídle budou mít obtíže, bolesti. To je velmi důležité rozlišit, zda pacient nemá hlad, nebo bojí-li se jíst. Lidé s gastroduodenálním vředem mají hlad i chuť, ale bojí se jíst. Někteří pacienti nejedí z příčin duševních.

Kteří lidé nechtějí jíst vůbec nebo jedí velmi nedostatečně?

1. neurotici bojíci se ztloustnutí, což vede někdy až k anorexia nervosa a k neurotisaci, zejména u mladých žen;

2. psychotici:

- a) jídlo je otráveno,
- b) hlasy jim zakazují jíst,
- c) nejsou jídla hodni,
- d) přivedli by tím rodinu na mizinu,
- e) nemají vnitřnosti, mají zarostlý konečník,
- f) chtějí se zabít hladem.

Ti všichni musí být k jídlu nuceni, jíst pod dozorem, nebo v krajním případě být krmeni sondou.

Někteří hypochondričtí neurotici drží přísnější dietu, než jim byla nařízena, sami si sestavují svou dietu, hledají v knihách, chodí na přednášky, „bádají“ o působení pokrmů. Nakonec se ze strachu před nevolností apod. živí kašemi, nejedí zeleninu a ovoce, aby si neobtěžovali trávicí trubici, atd.

Viděl jsem pacienta, který 25 let držel stále přísnější a přísnější dietu, byl úplně vyhublý s avitaminosou, byl v tak bídném stavu, že třebaže jsme mu pak vnutili trochu průměrné potravy, přes veškerou péči internistů zemřel v důsledku dlouholetého hladovění a karence.

Zvláštní kapitolu tvoří odmítání jídla u dětí. Mnoho dětí nemá na jídlo čas, raději si hrají, jídla, která chutnají dospělým, jim nechutnají, musí při jídle vzorně sedět, jíst určitým způsobem, který rodiče považují za slušný, jsou stále okřikovány atd.

Může zde být ovšem řada příčin skutečného nechutenství, dyspepsie, psychosomatického onemocnění, jak by nás poučili pediatři.

Rodiče prosí, laskají, slibují, dítě se domnívá, že je hrdinou, když sní, co se mu předloží, že jídlo je zásluha. Rodina je zmučena, vyrůstá dítě tyran.

Rodiče hrozí, hubují, někdy i bijí. Dochází k strašným rodinným scénám. Někdy se různí názor otce a matky na výchovu, popřípadě i názor dědečka a babičky. Společné jídlo se stává peklím. Rodiče jsou tyraní, dítě mučedník, nebo jsou všichni mučedníci.

Myslím, že jsem se ještě nesetkal s matkou, která by soudila, že její dítě jí dost, většinou matky myslí, že děti jedí málo.

Nikdy jsem neslyšel, že by nějaké dítě, které nechce jíst z neurotických příčin, zemřelo hladu.

Subjekt se přejídá. Proč?

Na tuto otázku nutno jít s určitým odstupem. Je třeba se bez předpokudů podívat na jídlo u zvířat a u původního člověka. Jídlo znamená zmocnit se kořisti. Původní člověk musil zvíře ulovit a pak je snědl, moderní člověk si objednává biftek v restauraci nebo si jej koupí a připraví doma.

Jídlo je svého druhu agrese III. stupně, kdybychom to chtěli posuzovat z tohoto hlediska.

Ústa jsou ústrojí agrese, útoku, ale i erotiky. Někteří lidé ve vzteku zatínají a cení zuby. Agrese je jeden z příznaků určitých partií mozkových (diencefalických a limbických) a bulimie čili vlčí hlad rovněž. Na druhé straně se říká, že by ji „láskou snědl“. Ústa jsou ústrojem erotiky, polibkem počínaje až k divoké orální erotice.

Nejintimnější splynutí s věcí je orální, dítě si strká předměty do úst, splynutí s bohem se děje požíváním boha v nejrůznějších kultech symbolicky i fakticky.

Agrese souvisí s hladem a hypoglykemií, jak ukázaly pokusy na krajině mezimozku a středomozku aj. (na retikulární formaci a limbickém systému).

Z pokusů na zvířeti plyne, že určitá část mozku (fronto-temporální část limbického systému, tj. amygdalární okruh) diriguje orální aktivitu, vše co souvisí s přijímáním potravy, vlastní přijímání potravy, útok a obranu. Pacienti s epileptogenními ložisky v této krajině prožívají alimentární pocity a jiné emoce. *Henner* upozornil na to, že epileptici mají často sny o jídle.

Po odstranění obou spánkových laloků mozku u lidí pro chorobu přestalo rozlišování mezilidských vztahů, tyto pacienti nejevili strach, zlost, trpěli poruchou paměti a měli neztišitelný hlad.

Jen málo lidí nejeví žádnou náruživost; jsou náruživí sportovci, sběratelé, zahrádkáři atd. Veliké náruživosti nacházíme ovšem hlavně u akcentovaných, anomálních a psychopatických osobností. Někteří dovedou tyto náruživosti potlačit, vzniká-li z nich škoda jim nebo okolí, někteří nedovedou, mluvíme pak o nezdrženlivých psychopatech. Hlavními reprezentanty nezdrženlivých psychopatů jsou toxikomani. Mnozí z nich hledají v droze doplnění svého insuficientního vnitřního života,

útočiště v umělém ráji před drsností reálného světa, nebo alespoň chvilkové přeladění osobnosti atd.

U jídla není sice složka toxikomanická, ale veliká příjemnost, alimentární orgasmus, který vede lidi k tomu, že nedrží dietu, jedí jídla, o nichž vědí, že jim po nich bude špatně, že jim škodí, jedí je v nadměrném množství. Někdy jsou to jídla běžná, někdy docela zvláštní, neobvyklá; pozoroval jsem paní, která denně snědla 1 kg i více syrových ovesných vloček, stále je nosila s sebou. Při přejídání však může hrát úlohu řada jiných složek. Jídlo je svého druhu automatismus, tj. řada na sebe navazujících pohybů, při poruše automatismu nelze jej zastavit v nejpříznivějším okamžiku.

Lidé si v rozpacích pohrávají s předměty na stole, s částmi oděvu, kouří, při veliké úzkosti někdy dokonce masturbují. Jeden druh přejídání patří i do této kategorie. Jídlo z rozpaků. U jídla můžeme rozeznávat zhruba dvojí stránku. Akt jídla, orální fázi, a důsledky přijímání jídla, příjemný pocit ukojování a sycení, metabolickou fázi. Při první hrají úlohu chuť a všechny fyzikální a chemické vlastnosti jídla, ale i žvýkání, pohyby jazyka atd. Vzpomeňme žvýkání žvýkačky, dumlání u dětí, orální složky kouření. Sací reflex u dospělých mizí, při poruše čelního laloku je opět deliberován.

Úzkostné stavy vyvolávají různé nepřiměřené reakce, nutková jednání a ceremoniály s magickým pozadím i bez něho. Podle některých autorů může být přejídání symbolickým jednáním.

Psychické přejídání je nadměrný příjem potravy, který neodpovídá biologické a metabolické potřebě organismu za daných podmínek prostředí, ale je důsledkem apotence potravy, dané čistě psychicky.

Příčiny mohou být různé. Jednou je špatná informovanost; dosud se řada lidí domnívá, že je dobré „mít rezervy“, zdravé „mít nervy obalené tukem“. Tloušťka se považuje za výraz zdraví. Neuvěří, že by tlustý mohl být nemocen. U nás *Vančurová* zjistila, že jen velmi malá část našich lidí považuje obezitu dospělých za chorobu a ještě menší část obezitu dětí.

Obesita, toť důstojnost, vlastnění rezerv. Plné tvary jsou některými lidmi považovány za sexuálně atraktivní. Svědectvím vkusu prehistorických dob je věstonická Venuše, ale ani Afrodité Kallipygos nebyla hubená. Je trvalý boj vkusu epoch a jednotlivců v umění, gotika-baroko, secese-naturalismus, Boticelli—Rubens, Štursa—Horejc atd.

Nutno mít ovšem na zřeteli, že jsou z hlediska estetického, jak na to poukázal *Gawalovski*, dva druhy obesit: kvetoucí obesity, s kůží prokrvenou, sametovou, pružnou, a obesity zvadlé, s kůží bledou, hrubší, nabubřelou, hlavně u starších lidí.

Druhá příčina je neukázněnost, ukájení přetrvávajícího apetitu, když už hlad je dávno ukojen.

Ostatní příčiny bychom mohli shrnout pod společný název „útek k jídlu“.

Někteří autoři vidí v jídle a přejídání prostředek k potlačování úzkosti, nejistoty, vnitřní tense, obav, smutku, nerozhodnosti, životní prázdnoty, jednotvárnosti, odloučenosti, zklamání, pocitů méněcennosti, viny, výčitek svědomí, obav ze zchudnutí, ztráty majetku, prostředek k protestu proti autoritě nebo určitému pořádku, prostředek k dosažení pozornosti a starosti o vlastní osobu, jídlo je náhrada za lásku, náhrada za ztrátu, únik z životní reality, prostředek k potlačení frustrace, k dodání si odvahy, k dosažení příjemných a radostných pocitů uspokojení a ukojení, je odměněním sebe sama za plnění úkolů a dobrou práci, prostředkem k získání blahého uklidnění, náhradou za něco co není a mělo by být, za lásku a přátelství dávané a přijímané, jídlo může být i náhražkou insuficientního pohlavního života.

K přejídání vede i ztráta pocitu sytosti. *Vojíš* na oddělení profesora Janoty pozoroval zajímavé případy poruchy sytosti u depresí.

Jedna 62letá depresivní pacientka kromě obvyklých příznaků u depresí udává, že ji to nutí stále jíst a stále neví, je-li již syta, nepozná, kdy má přestat jíst. Na dva rohlíky vymaže 1/8 másla. Na váze však spíše ubývá.

Jiná pacientka, mající rovněž ztrátu pocitu sytosti, stále se ptá manžela, má-li již přestat jíst, zda již nesnědla příliš mnoho.

Jiná pacientka, 37letá, nemá vůbec hlad, nemusí jíst, ale když jí, může jíst stále, nemá pocit sytosti.

48letý rolník při depresi sní přes den mimo hlavní jídla mnoho slaniny. Ptá se rovněž manželky, zda již nejedl příliš. Nemá pocit sytosti. Přibývá na váze.

U některých nemocných se někdy vyskytují zvláštní chuti na jídla neobvyklá, nebo dokonce na hmoty, které se běžně nejedí. Známý jsou zvláštní chuti některých těhotných.

Idioti, úplně dementní paralytici minulých dob, dementní s těžkou atrofií mozkovou jedí výkaly, vypíjejí plivátka, jedí slimáky a žížaly apod. Zde jde o těžké poruchy mozkové kůry, s těžce porušenou druhou signální soustavou a hodnotovým schématem; nemocní již nerozeznávají přijatelné od nepřijatelného, mají zničeno, co získali výchovou a životní zkušeností — potud dementní; idioti to nikdy neměli, u nich se to nevyvinulo.

Jsou však lidé se zachovanou mozkovou kůrou, někdy velmi inteligentní, kteří pojídají hmoty pro jiné normální lidi odporné. Jsou to někteří sexuální aberanti, kteří pijí moč a ochutnávají výkaly a menstruální krev svých sexuálních partnerek. Někdy se to děje z jiných důvodů. Jedna naše pacientka pila moč svého nemocného otce jako pokání za to, že jí napadaly myšlenky, aby otec už raději zemřel.

Za velikého hladovění dopouští se i civilisovaný člověk kanibalismu, tj. požívání lidského masa. Trosečníci se někdy udrželi při životě požíváním mrtvol zahynulých spolecestujících. Ukazuje to mohutnost a dravost pudu obživného.

Co si musíme uvědomit a vždy mít na mysli, přistupujeme-li k otázce psychologie výživy a jídla vůbec?

Jídlo je časováno. Čas je podmíněným podnětem, jak ukázal *Pavlov*. Člověk jí v určitých denních obdobích určité druhy jídel, podle národních zvyklostí.

U nás jíme jiná jídla v jiných dobách než v jiných zemích. Žaludek již připravuje svou specifickou sekreci. Jsme-li ráno k snídani zvyklí jíst sladké, celý organismus, abych tak řekl, „je zaražen“, když dostane slané maso, sýr apod., ovšem postupně si zvykne.

Nelze-li z nějakých důvodů dodržet přibližně obvyklé časové lhůty mezi jednotlivými jídly, někteří lidé to velmi špatně snášejí, jejich výkonnost klesá.

Jídlo je dáno tradicí. Vznikají národní kuchyně. U nás je středoevropská kuchyně s některými zvláštnostmi. Jídla určitého národa, jejich soubor a způsob úpravy označujeme slovem kuchyně ruská, česká, maďarská atd. Již česká a moravská kuchyně se poněkud liší. Kuchyně je dána řadou okolností, zejména klimatem, což je vidět na rozdílu kuchyní eskymácké a indické. Kdyby ve svých zemích Eskymák jedl po indickou a Ind po eskymácku, oba by zahynuli. Nově příchozím se těžce zvyká. Nyní se s tím často setkáváme, neboť k nám přichází veliké množství cizinců z nejrůznějších zemí. Lidé z Latinské Ameriky, Bulhaři, Rumuni si stěžují na fádnot naší kuchyně, nechutná jim.

Důležitou úlohu v psychologii výživy hrají předsudky. Přijatými sugescemi a konservativismem jsou někteří lidé zaujati vůči určitým jídlům.

Trvalo velmi dlouho, než se Evropa naučila jíst brambory, bylo nutno užít nejrozmanitějších triků, neboť osvícení lidé věděli, že brambory zachrání Evropu před hladem. Všechna kázání v kostelích, nošení bramborového květu jako ozdoby — to vše nebylo mnoho platno. Dobře se osvědčila jiná opatření. Bramborová pole byla ve dne hlídána vojskem, v noci ne. Sedláci si nakradli brambory, neboť soudili, že jde o velikou vzácnost, vařili si je a zachutnaly jim, začali je tedy sázet.

Nyní si naši lidé zvykají na stále nová a nová jídla, mají o ně zájem, vyhledávají je, těší se na ně. To je velmi potěšující jev, nebylo tak vždy. Za první republiky naši lidé neradi jedli zvěřinu a ryby. Když jsme u nás zaváděli s profesorem Prusíkem dietní školu, zjišťovali jsme, že pacienti chtěli jen vepřovou, uzené, hovězí ani telecí nebylo příliš oblíbeno, a běžné moučníky, knedlíky, buchty, atd. Proti mořským rybám byl veliký odpor, ačkoli byly levné, nikdo je nekupoval; nyní je po nich

sháňka. Ze zvěřiny zajíc, z drůbeže husa, kachna byly oblíbeny, ale již o kuřata a holuby byl malý zájem.

Naše kuchyně se zdokonaluje, ale dosud nevyhovuje, to však je mimo účel naší studie.

Jídlo hrálo v kulturních dějinách lidstva velikou úlohu. Potrava měnila celé utváření způsobu života. Z lovců se stávali pastevci, z pastevců rolníci, se všemi důsledky. Člověk se bál hladu, snažil se zásobit potravou, ovšem od první na ohni využené kýty po náš potravinářský průmysl uplynula dlouhá doba. Stává se, že někteří zaměstnanci potravinářského průmyslu si neuvědomují svou odpovědnost a pak vznikají u konsumentů obranné reakce, vyhýbání se některým jídlům, o nichž se dověděli, že po nich někdo onemocněl.

Dobré a zdravé jídlo je právě tak civilizační a kulturní projev jako cokoli jiného. Lidé mají sklon k nestřídmosti, nepořádnosti. V dávných dobách kněží různých náboženství, kteří bývali často i lékaři, hleděli povznést hygienu a bránili nemocem různými příkazy a zákazy. I židům i muslimům je zakázáno pojídání vepřového masa, poněvadž v Orientě jsou prasata zdrojem nemocí. Prikazováno omývání před jídlem. Ustanoveny posty, jakési odpočinutí od nadměrného přejídání, které se však později staly samoúčelnými.

Strach před věčnými tresty nutil lidi k odříkání ve všem, tedy i v jídle; některé úseky dějin v tom zvláště vynikaly.

Kalvín, jemuž hudba byla podezřelá, divadlo vyložené hříšné, takže dal bičovat herce i diváky, zakázal vkusné účesy, nápadnější oděv, založil duchovní kasina, kde kazatelé propagovali při jídle kalvinismus. Vydal seznam hříšných jídel; mezi ně patřily zavařeniny, zvěřina, drůbež, sladké pečivo. Po domácnostech chodily kontroly a konaly domovní prohlídky, zda se tato jídla nejí. Služebné a děti byly vyslýchány.

Katolíci nebrali posty příliš vážně. Mniši, aby měli při postech tučné jídlo, zavedli u nás chov kaprů, ba dokonce prý někdy i kachny, které žijí na vodě, byly považovány za postní jídlo.

Jídlo, stolničení, vytvořilo své ceremoniály. Číňané jedí hůlkami, my jíme lžící, vidličkou a nožem. Vznikla pravidla, jak správně jíst (nestrkat nůž do úst), jak držet vidličku, co se nemá jíst nožem. Někteří cizinci velmi dbají na zachování těchto pravidel, člověk jich neznalý ocitá se v tíživé rozpačité situaci. Někteří pacienti nechtějí a nevedou jíst v přítomnosti jiných, dostávají i polykací obtíže.

Jsme tak zvyklí jíst vidličkou a nožem, že jídlo lžící a z kastrůlku mnohým nechutná — to jsou problémy psychiatrických oddělení.

Naopak někomu více chutná ze zamaštěného papíru jídlo v přírodě než u bílé prostřeného stolu s květinami.

Chut' jídel je komplexní vjem, na němž se účastní všechny smysly.

Záleží:

1. na vzhledu — vnímání zrakově,
2. na vůni — vnímání čichem,
3. na konzistenci — vnímání hmatem,
4. na teplotě — smyslem tepelným,
5. na chemickém a fyzikálním působení,
6. na chuti v užším slova smyslu, vnímání chutí.

Záleží však i na tom, v jakém stavu je člověk, jenž usedá k jídlu, záleží na jeho tělesném i duševním stavu.

Žádáme, aby jídlo mělo určitou barvu, jídlo při barevném osvětlení nechutná. Máme odpor k jídlu, které má modrou barvu. Jen švestky mohou být modré.

Jídlo mleté, kašovitě se brzy zprotiví. Člověk chce a má kousat, akt kousání již budí dobrou sekreci trávicích šťáv. Proto je důležité mít chrup v pořádku.

Nejlepší teplota pro jídlo je 30—40°. Vlažné jídlo 20—30° bývá někdy až odporné. Je proto důležité, aby pacientům bylo jídlo ohříváno do nejvhodnější teploty.

Horká jídla jsou nad 40°, tu již chuť jídla nelze tak vychutnat; při trvalém požívání jsou horká jídla nebezpečná a podporují vznik rakoviny jícnu.

Také při velké studenosti pod 7° již tak nerozeznáváme chuť jídel.

Na skutečné chuti jídla se účastní mnoho složek, jako vůně, vlastní chuť a hmatové vjemy: křehkost, vazkost, sliznatost, měkkost, tuhost, tvrdost, rozplývavost atd.

Například pivo. Vnímáme tekutost, louhovitost, hořkost, štiplavost z CO₂, mírnou sliznatost a studenost.

Jídlu dodáváme chuti kořením, které je aromatické a pálí: hořčice, křen, paprika, curry (kari), zázvor atd.

Zda jídlo chutná, závisí na tom, co předcházelo (po čokoládě nechutnají kyselé rybičky), na současném podání; k něčemu se lépe hodí brambory, k něčemu rýže, ke zvěřině brusinky, nikoli k bílému masu nebo dokonce k rybě.

Záleží na tom, v jaké jsme duševní kondici. Na jídlo má být čas; člověk nemá být vyrušován, nemá při jídle nic vyřizovat; ti, co neměli celý den co dělat, nechali si při jídle zaznívat hudbu; upracovanému člověku i poslech rádia při jídle může vadit. Někoho unavuje i rozhovor při jídle.

Záleží na spojích, asociacích, vzpomínkách; bylo-li někomu po některém jídle špatně, třeba celý život má proti němu a proti jídlům jemu podobným odpor. Vyprávění nechutných věcí při jídle u někoho vyvolá i zvracení. Zdravotníci v tomto směru nejsou tak citliví a často za-

promínají na druhé. Jídlo pro pacienta na pokoji, kde je současně druhý pacient na míse, může se stát velikou trýzní.

Kde je to možné, má být jídelna, a ti, kteří mohou, mají odejít na jídlo do jídelny.

Někdo se lekne vrchovatého talíře, je lépe lidem s nechutenstvím dávat jen malé porce a pomalu přidávat. Že musí být vše čisté, netřeba ani připomínat, je-li na šálku růž, budí to odpor, někdy ovšem i infekční žloutenku. Záleží na častosti jídla, stejná jídla se nesmějí opakovat, ale podle běžné zkušenosti turnus 14denní úplně stačí, týden je málo.

Jídla mají být rozmanitá, nejen chutí, ale i barvou. Vločková polévka, ryba s holandskou omáčkou, piškoty se žlutkovým krémem jsou jídla sice různá, ale podobné barvy a konsistence, což některým vadí.

Rozmanitost musí být skutečná, nejen v pojmenování. Polévka s kolínky, telecí s makarony a nudle s perníkem není žádná rozmanitost.

Jídlo má být chutné, tj. kořeněné podle daných možností. Žaludek se nesmí nudit. Lidé rádi hloubají nad tím, co jíst, aby to bylo zdravé. Slycháme takové otázky jako: Je sůl zdravá? Má se vůbec solit? Má se pít při jídle, nebo až po jídle? V některých rodinách jsou děti trýzněny tím, že se smějí napít až po jídle. Lidé se vyhýbají octu atd.

Je jasné, a v tom směru musíme zacílit zdravotnickou osvětu, že zdravý člověk může jíst všechny běžné potraviny, pochutiny a koření v přiměřené míře.

Pro lidi, kteří se blíží hranici nemoci, platí zásady stravy platné pro onu chorobu. Kdo má nadbytek žaludeční šťávy, učiní lépe, bude-li pít po jídle, kdo jí má nedostatek, musí pít při jídle. Někdo ani nemůže dále jíst, nemůže-li se při jídle napít. Kuchyňská sůl je nezbytnou součástí potravy, ovšem při některých chorobách hledíme její množství snížit na minimum, ale to již jsou problémy dietetické. Mírné požívání dobrého octa žádnému zdravému neškodí atd.

Tvoří se módní proudy preferování té nebo jiné potravy nebo druhů potravy, způsobu úpravy atd. Tvoří se i jakési sekty, např. vegetariáni, odmítají živočišnou potravu. Mezi nimi jsou různé stupně; někteří nepožívají nic, co je od zvířete, jiní nepožívají jen to, co je ze zabitého zvířete. Byli Fletcherovci, kteří měli pravidlo každé sousto 32krát kousat, mazdazdanisté požívali jen určité druhy rostlinné potravy, a to syrové, někteří doporučují jíst jen syrovou potravu atd.

Na některých jejich zásadách je někdy kousek pravdy, ale většinou jsou to výstřelky, nehodící se pro 50. rovnoběžku, na níž je naše vlast. Jsou to jevy zajímavé z hlediska psychologického, psychiatrického a kulturně historického, ale z hlediska výživy lidu netřeba se jimi příliš zabývat. Jsou to vlastně speciální diety pro zdravé, kteří však dietu nepotřebují.

Dieta v nejširším slova smyslu znamenala celkovou životosprávu člověka ve zdraví a v nemoci. V 19. století se pak začala rozumět dietou jen životospráva daná určitými pokrmy a nápoji.

Dietetika (diatetiké techné) znamená umění životosprávy, nauku o dietách. Již v roce 1682 vyšel spis *J. S. Elsholze* „Dietetikon“.

Dietetika se stále mění. Během mého života se názory na diety několikrát důkladně změnily.

Celkem lze říci, že máme dva druhy diet: 1. léčící a 2. šetřící.

Prvního typu je poměrně málo. Sem spadají například diety bohaté na vitaminy u hypovitaminos, diety povzbuzující střevo k činnosti při zácpě atd.

Většina diet je druhého typu, v nich vylučujeme z jídelního lístku jídla, která škodí, tedy např. u alergiků příslušná jídla alergicky působící, u nemocí s edémy sůl, u obesit zmenšujeme množství a kalorickou bohatost atd. U těchto diet omezujeme pacienta, ochuzujeme jej, bereme mu určitá jídla, což někteří nelibě nesou.

Jaký je poměr lidí k dietě? Jedni se stále ptají, co mají jíst, co je zdravé. Přímo vyžadují dietu. I mezi „zdravými“ je rozdíl. Někdo individuálně nesnáší nějaké jídlo, je alergický na jedno nebo na více jídel. Někdo má sklon k tloustnutí. Někdo má více žaludeční šťávy, někdo méně. Pro všechny budou některá jídla méně vhodná a jiná vhodnější. Někteří se o dietu vůbec nestarají a každou radu odbývají vtipem.

Vybírá si organismus sám jídla? Jen někdy, při hypovitaminosách, je touha po ovoci, po salátech. Častěji ne! Diabetik má rád sladké. Cholecystopatik má rád mastné. Uraturik jí rád vnitřnosti atd. Nelze se na to spolehnout. Psychické záliby a odpory nemohou být vodítkem.

Drží lidé dietu? Je-li trest okamžitý — indisposice žaludeční, bolest, žlučnickový záchvat — spíše drží, než projeví-li se až po nahromadění hříchů — diabetes, onemocnění ledvin nebo dokonce atherosklerosa.

Kteří lidé drží dietu?

1. lidé rozumní, ukáznění,
2. lidé o své zdraví se strachující, hypochondričtí, fokalisovaní a fixovaní na svou nemoc.

Kteří lidé nedrží dietu?

1. lidé lehkomyšní, podceňující svou nemoc, nevěřící lékaři,
2. nezdrženliví psychopati, kteří si nedovedou nic odepřít, kteří nedovedou trochu strádat,
3. ti, kteří si nedovedou připravit nebo opatřit chutná jídla, kterým jsou podávána nechtuná dietetická jídla,
4. jejichž dieta je příliš drahá,
5. kteří nemají čas si dietně vařit, chodit do dietních jídelen.

Dietetický problém se rozpadá takto:

1. lidem, kteří trpí nechutenstvím a hubnou, nutno vedle léčení základní nemoci opatřit takovou dietu, aby jim chutnala a aby jedli,
2. lidem, kteří příliš jedí a tloustnou, nutno vedle příslušného léčení opatřit takovou dietu, aby příliš netrpěli,
3. lidem, kteří z jakéhokoli důvodu musí udržovat dietu, nutno ji učinit příjemnou, aby netrpěli.

Abychom tomu mohli dostát, musíme mít stále na mysli chutnost jídel, jak o tom byla řeč.

Jen jídlo, které chutná, se náležitě tráví a zažívá, jak dokázal *Hons*; je to důležité pro zdravé, ale tím více pro nemocné.

Problém správné výživy zdravých a nemocných je částečně problém psychologický. Nechutná dieta může vyvolat depresi, zvláště trpí lidé neslanou dietou.

Jaké jsou cesty k dosažení úspěchu?

1. Řádná zdravotnická výchova, učící správně, co je zdravé a co škodlivé;
2. dát lidem dobré předpisy na přípravu jídel, ne složité, ale snadno proveditelné;
3. jídla musí být chutná;
4. jejich podávání a vzhled musí být estetické;
5. jejich opatření nesmí být drahé.

Aby člověk dietu opravdu dodržoval, je třeba, aby byl přesvědčen o její užitečnosti a aby mu nebyla nepříjemná. Respektování výše uvedených bodů k tomu značně přispěje.

Dnes jsou tak rozšířené dietní kuchyně, že většina lidí potřebujících dietní stravování si je může snadno opatřit. Je třeba jen dbát na to, aby jídlo bylo chutné, neboť dobré jídlo patří k radostem života a každý musí přispět k tomu, aby náš život byl co nejradostnější.

ZÁVAŽNOST PROBLÉMU DEPRESE

(1966)

Psychiatrii věnují depresi dosti času ve svých sezeních a dosti místa ve svých publikacích. Je to opodstatněno?

Myslím, že ano. Důvodů je několik.

1. Deprese postihuje dosti značné množství lidí. V letech 1959—1961 bylo 8 % pacientů z cca 40 000 hospitalisovaných v psychiatrických zařízeních v ČSSR léčeno na depresi. Kolik depresí je léčeno ambulantně v psychiatrických ambulancích nebo pod falešnou diagnosou v jiných ambulancích nebo vůbec neléčeno, lze těžko odhadnout.

2. Deprese má sociální důsledky, dlouhou inadaptibilitu, někdy u starších lidí invaliditu, někdy sebevraždu, ale vždy narušení rodiny, event. pracoviště. Někdy je depresivní propuštěn ze zaměstnání a nebrání se. Okolí mu vymlouvá jeho bludy, zlobí se naň. Domlouvá mu, aby se přemohl a vzmužil. Mučí jeho a nakonec i sebe.

3. V diagnose se chybuje. Somatisující deprese jsou léčeny pro dyspepsie, revmatické obtíže aj. Mnoho depresí nese vinětu neurosy. S problémem depresí, zvláště somatisujících, měli by být náležitě seznámeni lékaři všech oborů. Bohužel i psychiatr někdy pošle těžkou depresivní pacientku jako „ubřečenou hysterku“ do práce.

Vlastní příčina a mechanismus jsou stále neznámy, známe jen u některých výbavné momenty, průběh, příznaky. Není rozhodnuto o možnosti lokalisace dysfunkce, zda diencefalon, limbický systém či celý temporální lalok.

Deprese není nemoc specificky lidská, obraz dosti podobný reaktivní depresi dostanou i někteří vyšší živočichové.

Nápadné je u deprese vystupňování normálního fenoménu smutku v patické rozměry a kvality. Bylo by možno mluvit o *normální, adekvátní depresi* a označovat tak smutek (*Myslivoček*). Plzák soudí, že pokud negativní emoční ladění podporuje adaptaci, správně plní regulační funkce, jde o adekvátní depresi, jakmile však adaptaci brzdí, autosanační pochody narušuje, situaci neřeší, jde o patickou depresi. Upozorňujeme dále, že antidepresivní farmakoterapie působí vydatně jen u patických depresí.

Emoce mobilisují organismus, aby se se situací snáze vypořádal, jen některé emoce naopak tlumí. Smutek patří mezi emoce tlumící a ochrnující, jen řídkěji při přítomnosti hysterické složky bere na sebe po-

dobu afektu expansivního. Též úzkost mnohdy zvětšuje neúčelnou dynamogenii.

Deprese je emoce marná, která se minula účelem, nesleduje již určení.

Lidská psýché má „kyvadlové“, kývající zařízení, ovšem nikoli jen dvojjazerné jako fyzické kyvadlo, ale multidimensionální mezi emocemi vůbec a i mezi radostí, elací a smutkem. U cyklofrenie ve fázi jako by se „kyvadlo“ zachytilo a nemohlo se navrátit (*Wunsch*).

Biochemické výsledky u deprese neuspokojují.

5. Terapie, ačkoli je ze všech psychických nemocí nejrozvinutější a nejbohatší, stále neuspokojuje.

6. Deprese je jedna z nejhorších psychických nemocí. Je to onemocnění schopnosti být šťasten, je to eliminace radosti ze života. *Descarteso*vo „Cogito, ergo sum“ není kritériem existence, neboť některý melancholik myslí, že není. Již před mnoha lety jsem to opravil na „patior, ergo sum“. Jsou však i depersonalované smutky, je-li porušena ultrasensibilita (*Vondráček*). Někteří trpí proto, že necítí, že trpí. Trpí z existence i neexistence a bojí se obojího. Depresivní nemůže provést seberealisaci.

V těžké depresi souhlasí s tím, že trpí, ba myslí, že ne dosti trpí, zasloužil by za to, co provedl, daleko větší utrpení. Lze říci, že svým způsobem touží po utrpení, ale nikoli jako masochista, pro nějž je utrpení rozkoší. Melancholik trpí bez rozkoše, bez spokojenosti mučedníka.

Autoakusace jsou indikátorem tíže deprese. Agrese depresivní je obrácena k vlastní osobě dovnitř. Není tak u depresí všech národů, např. Indové mají autoakusace, jen jsou-li křesťany. Někteří černí Afričané v depresích nemají autoakusace, ale jen pocit pronásledování.

S autoakusací ostře — u některých případů zdánlivě — kontrastuje hypochondrisace. Místo souzení a nenávidění vlastní osoby je přítomen nezduvodněný strach o vlastní osobu, vyvěrající z bludů nebo bludy produkující. Jsou ovšem různé druhy hypochondrisace s různými mechanismy.

Hrůza deprese je dána i tím, že to, co je obvyčně pro člověka nejkrásnější, tj. vzpomínky, stane se živou výčitkou. Buď z emoční komplexnosti událostí prožitých subjektem, vnímaných indiferentně nebo příjemně, vystoupí nepříjemná trapná složka a ta se lupou deprese zvětší, nebo se odkryjí stará dávno již zavátá traumata.

E. Kretschmer mluví o starých komplexech, které jako balvany v řečišti, když klesne hladina vody, znemožní normální plavbu po řece. Když hladina stoupne, vrátí se možnost plavby, neboť „balvany“ zmizí.

Člověk žije ve dvou světech, v *reálném vnějším světě* a v *imaginárním vnitřním světě*. Když doléhá nepříznivě vnější svět, může se subjekt

utěci do jeho modifikovaného, většinou částečně meliorovaného odrazu, do vnitřního světa.

Pro depresivního stávají se oba světy, každý jinak, peklem, vnitřní větším než vnější, nastává ztráta asylu.

Těžké deprese, jak na to poukazuje *Schulte*, jsou málo ovlivněny časem a vnějším světem. Při náletech za druhé světové války byli melancholici lhostejní. Nejde patrně o *Broadbentovu* percepční ochranu zvýšením prahu vnímání, ale o změnu uvědomování a oceňování.

Je dvojí realita: *objektivní a subjektivní*. Moje „subjektivní realita“ jsou moje myšlenky a představy. Pro nábožensky citícího člověka je bůh jeho subjektivní realita. Systém subjektivních realit se nemocnému v depresi hroutí. Bůh ho opustil.

Intrapsychické klima se změnilo. Informace jsou jinak zpracovány, myslí se pomalu a vyvíjí se až obraz *depresivní demence*.

Poměr deprese k hodnotám je zajímavý. Strach o hodnoty a jejich ztráta vede často k reaktivní depresi. Při endogenní depresi hodnoty ztrácejí cenu, neboť klesají potřeby. Zdraví u některých lidí postižených depresí, ba život sám stává se bezcenným. Deprese kácí hodnoty, nebo je alespoň přestavuje a reviduje. U depresí, zvláště involučních, vzniká *imperativní bilancování* minulého života. Bez hodnot a zvláště bez kladného hodnocení sebe se těžce žije.

Deformace hodnoty já, depose dace já ovlivňuje kvalitu mikromanic-kých bludů. Deprese je onemocnění jáství. Ať už se jeví jako pokles hodnoty já nebo ohrožení hodnot já jiným způsobem, což vede k hypochondriaci.

Rozliv deprese je různý. *Pole utrpení* různě široké. Někdy značně zúžené, další utrpení se do něho „již nevejde“ jako by „receptory smutku“ byly kompletně obsazeny. Nebo naopak nemocný lituje všechno a všechny. Trpí za všechny. Provádí i projekci vlastního utrpení, imputuje je jiným.

Křesťanské náboženství proti hedonistickému řeckému nese stigma-ta deprese, je hodně depresivní a autoakusační. Všichni jsou zatíženi dědičným hříchem, za dočasné hříchy jsou strašné věčné tresty, irever-sibilní stav v pekle. Těžiště je ve vnitřním životě a jeho hodnotách, v subjektivní realitě. Hlavní ctností je pokora, umrtvení jáství.

Depresivní ztratil budoucnost. Člověk žije hlavně budoucností, nadějí. Objektivní bezvýchodnost situace vede k bilanční sebevraždě. Minulost je nenávratně ztracena, plna výčitek a mučivých vzpomínek, to čemu se říká přítomnost a co vlastně neexistuje, je nesmírně bolestné a bu-doucnost je bezvýchledná, strašná.

Depresivní trpí *anhedonií*, ztrátou schopnosti se radovat, ale i oprav-du truchlit („Nicht traurig sein können“), jak se domnívají někteří

autoři, ztrátou schopnosti plakat, trvalým stavem určité depersonalisace. Je zde nucení bez možnosti realizace, tedy *psychický tenesmus*.

Depresivní je vyschlý skutečně i obrazně, nejen slzy, ale i sliny chybějí. Je ve spárech svého sympatiku. Nedávno jedna naše depresivní pacientka po Valiu začala plakat, splnila se její touha, *tenesmus* povolil, což s povděkem kvitovala.

Smutek při depresi je *sui generis* a liší se od normálního smutku s pláčem, po němž pacienti touží. *B. J. Lindberg* si všímá toho, že pacienti ukazují na sternum, označují to jako bolest, tam sedí jejich smutek. A přece, jak jsem na to několikrát upozornil, infarkt u našich endogenních depresí u nás hospitalisovaných je vzácný; jako by hodnotová krize ve vnitřním světě nebyla infarktogenní.

Dalo by se očekávat, že když ubývá mozkové kůry u prostých atrofií, jichž jak se zdá přibývá, povede to k pocitu blaženosti jako někdy u specifické luetické atrofie při progresivní paralýze, a namísto toho se setkáváme s dlouhotrvajícími depresemi. Snad moderní člověk již nemá takovou pohotovost a schopnost k blaženosti.

Deprese změnila lety svůj charakter. Sám pamatuji nemocné těžkou melancholií před padesáti lety, jako vystřižené z dramatu, stereotypně lamentující se stereotypní gestikulací. Poukazuje na to *M. Harrow* a spolupracovníci a zdá se, že anglosaští pacienti dneška jsou méně zoufalí. *J. Lindberg* u depresivních s intenzivními somatickými příznaky zjišťuje osobnost s hysterickými rysy. Naproti tomu *Kenyon* při „hypochondriase“ viděl hysterii nejvýše ve 4%. *Lindberg* správně poukazuje na skutečnost, že záleží na tom, co kdo rozumí hysteroidní osobností.

Obraz mnoha nemocí se mění a obraz duševních nemocí možná více. Obraz melancholie se změnil od tragického teatrálního lamentačního obrazu k střízlivé *civilní depresi*, ovšem se širokým spektrem nuancí.

V minulých stoletích, ač byly všechny duševní nemoci, kralovala hysterie, která měla nejen vliv na modifikaci obrazu ostatních chorob, ale zasahovala i do běhu dějin. Byla to hysterie nebrzděná. Proto i nábožensky a tradičně předepsané ceremonie smutku nesly stigma hysterie. Slušelo se rozrhat roucho, rvát si vlasy, sypat si popel na hlavu, monotónně lkát a naříkat.

Moderní doba přinesla potlačování emocí, převahu deprese, anxiety a neuros.

Proti dřívějším dobám jsou výsledky léčení jednotlivých fází endogenní deprese sice pozoruhodné, ale dosud dávno neuspokojující. Ani EŠ ani psychofarmaka ani psychoterapie nevyhovují stoprocentně.

Poněvadž určité farmakon — reserpin dovede v určitém procentu případů vyvolat depresi, bude asi existovat psychofarmakon, které do-

vede bez jiných nevhodných důsledků, jako je zhoršení aktivity nemoci, depresi odstranit.

Přeji lidstvu, aby se mu brzy podařilo najít toto farmakon odstraňující smutek, tento kámen mudrců, tuto živou vodu, jak to vyjádřily různé fabule, ale skutečně a trvale, ne tak jako alkohol a některé drogy dočasně a s vysokými úroky, a lépe a trvaleji než nynější anti-depresiva všech typů.

Souhrn

Problémem deprese je nutno se intensivně zabývat z těchto důvodů:

1. Deprese postihuje velké procento obyvatelstva.
2. Má sociální důsledky.
3. V diagnose se chybuje. Somatisující deprese jsou léčeny jako vnitřní a jiné nemoci.
4. Etiopatogeneze a zákonitosti vzniku a průběhu jsou stále neznámé.
5. Terapie, ačkoli udělala značné pokroky, dosud stále neuspokojuje.
6. Deprese je jedna z nejhorsších nemocí, neboť mění schéma hodnot, dokonce zdraví, život a jáství ztrácí svou hodnotu.

LITERATURA

- Harrow, M., Cobert, J., Detre, T., Bakeman, R.: Symptomatology and subjective experiences in current depressive states. Arch. gen. Psychiat. 14, 1966: 203—212.
- Kenyon, F. E.: Hypochondriasis: A clinical study. Brit. J. psychiat. 110, 1964 : 478—488.
- Kolektiv autorů: Emoce. Praha, SZdN 1966.
- Lindberg, B. J.: Somatic complaints in the depressive symptomatology. Acta psychiat. scand. 41, 1965: 419—427.
- Myslivoček, Z.: Klasifikace deprese v psychiatrii. Čs. Psychiat. 58, 1962: 294—298.
- Plzák, M.: Deprese. V: Kolektiv autorů: Emoce. Praha, SZdN 1966.
- Schulte, W.: Studien zur heutigen Psychotherapie. Heidelberg, Quelle u. Meyer 1964.
- Vondráček, V.: Paradoxní reakce. Sborn. lék. 27, 1925 : 537—551.
- Vondráček, V.: Symptom depersonalisace, důsledek poruchy ultrasensibility. Neurol. Psychiat. čs. 4, 1941 : 6—24.
- Vondráček, V.: Die innere Welt eines Patienten mit reaktivem Zustand und die Psychopharmaka. Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) 12, 1960: 121—123.
- Vondráček, V.: Problematika depresí. Prakt. Lék. (Praha) 43, 1963 : 681 až 683.
- Vondráček, V.: Hodnocení a jeho poruchy z hlediska psychiatrie. Praha, ČSAV 1964.
- Vondráček, V., Plzák, M.: Einige Bemerkungen zum Problem der Depression. Wien, med. Wschr. 114, 1964 : 780—783.
- Vondráček, V., Wünsch, Z.: Die Depression von kybernetischen Standpunkt. Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) 14, 1962 : 393—398.

DEPRESE JAKO NEMOC A DEPRESE JAKO KULTURNÍ JEV

(1969)

Nejdůležitější v životě člověka je poznání a emoce. Poznání a emoce vedou k hodnocení, které vytvořilo hodnoty. Získávání a trvání hodnot působí libost a radost. Jsou-li hodnoty ohroženy, vzniká strach, anxióza, neuroza nebo vztek a agrese. Jsou-li hodnoty ztraceny, vzniká smutek, deprese nebo vztek a agrese.

Smutek je normální stav, i když je velký. Nioba, Elektra, Orfeus truchlili, ale neměli patickou depresi. Přejít mezi normální a patickou (reaktivní, psychogenní) depresí je plynulý. *Plzák* považuje za kritérium patičnosti deprese neschopnost adaptace na denní život. Psychiatrie se v posledních letech velmi obsáhle zabývá depresemi, i maniemi-lancholií, a to právem.

Člověk se zrodil, aniž si to přál, byl sem vržen, ale jakožto tvor s dobře vyvinutou mozkovou kůrou dovede nejen vůlí a úvahou regulovat plazení dětí, ale i vůlí a úvahou regulovat, tj. eventuálně zkrátit trvání svého života. Aby měl vůli k životu, musí být jeho život motivován a to, co jej motivuje, je pocit štěstí, radosti z existence. Deprese je onemocnění schopnosti štěstí, onemocnění životní motivace. Myslím, že si můžeme sestavit tuto stupnici životní apatence:

1. Kakoforie, vyložený pocit nešťastnosti.
 2. Apatie, naprostý nezájem na čemkoli, pociťovaný nepříjemně nebo indifferenčně.
 3. Anhedonie, stav neschopnosti se radovat při zachované dynamogonii; lépe by bylo říkat dystychie.
 4. Atychie, stav schopnosti se radovat, ale není proč, nepřítomnost štěstí.
 5. Eutychie, zdatnost, stav uspokojení v každém směru, v tělesném i duševním.
 6. Euforie, stav, kdy subjekt má pocit velmi příjemný, pocit štěstí:
 - a) biická v mezích normálu, lépe ji nazvat eudaimonie,
 - b) patická, příliš intenzivní, vyvěrající z chorobných příčin, lépe ji nazvat hypertychie.
 7. Elace, euforie se zvýšenou dynamogonií.
 8. Extase, silná euforie se změnou vědomí.
- Řekové měli řadu výrazů jak pro štěstí, pocit blaženosti, tak pro nešťastí a myslím, že bychom si jimi mohli vylepšit svou terminologii v nauce o depresích, což jsem se pokusil učinit.

Štěstí: to eutychema, he eutychia, he eudaimonia, ho olbos, he markariotés, he hedone.

Neštěstí: he atychia, he dystychia, he kakotychia, he kakodaimonia, he athliotés.

Náš jazyk rovněž vytvořil řadu výrazů pro označení stavů emočně kladných i záporných. Pro první: šťastný, blažený, spokojený, radující se, veselý; pro druhý: nešťastný, nespokojený, smutný, tesknící, zoufalý, zarmoucený.

Štěstí, blaženost byly předmětem úvah a pouček jak náboženských, tak filosofických.

Poměr věd psychologicko-psychiatrických k náboženství a zejména k filosofii je docela jiný, daleko intimnější než poměr jiných oborů lékařských.

Ukazuje se potřeba lékařské filosofie. Lékařství již užívá pomocných věd filosofických, jako jsou různé logiky apod., ale via facti do věd psychologicko-psychiatrických se začaly promítat různé světové názory. V lékařství byla stále uznávána potřeba formování lékařské etiky a čím dále, tím více se ukazuje potřeba lékařské filosofie, což je ovšem nejvíce patrné ve vědách psychologicko-psychiatrických.

Problém deprese se určitou svou částí dotýká filosofie. Člověk touží po štěstí a důsledkem jeho různých psychických reakcí, jako je racionalisace, submise, resignace, sublimace, idolisace, identifikace, bylo vytvoření různých náboženských a filosofických systémů.

Tento svět je slzavé údolí, pravá blaženost nastane až v životě posmrtném. Koho bůh miluje, toho křížkem navštěvuje. Hiobismus, jehož vzorem je starozákonní Job, je pokus, aby byl utrpení dodán smysl. Někteří náboženství Mesiáše, který má přinést spásu, ještě čekají. V křesťanství již přišel. Blahoslavení, kteří lační a žízní po spravedlnosti, neboť oni spravedlnosti dojdou. Radost nad jediným obráceným hříšníkem je větší než nad 99 spravedlivými. Bůh odpustí; největší hřích je nad milosrdenstvím božím zoufat. Toť snad náboženský pokus o psychoterapii všech autoakusací, který však většinou selhává.

Jsou lidé s konstitučním depresivním laděním, se sklonem k pesimismu, a lidé s konstitučním eudaimonickým laděním, se sklonem k optimismu, což lze sledovat i v dějinách filosofie.

Nás zajímá pesimismus. Jestliže někdo hlásá pesimismus jako světový názor, že svět je vůbec zlý a smutný, není nebezpečí sebevraždy tak naléhavé, jako když někdo tvrdí, že svět je krásný, ale jeho život že je nešťastný. Mohli bychom snad rozlišovat pesimismus rozumový, kortikální, vzniklý pozorováním a úvahou, a pesimismus kmenový, citový, vzniklý včítěním se do smutku života. Pesimismus lze rozdělit na resignující, resonující a reformující, pro společnost nejprínosnější.

Rozhlédneme-li se poněkud po dějinách pesimistické filosofie, uvidíme obraz dosti bezútešný.

Autor knihy Job vkládá svému hrdinovi do úst velmi pesimistické výroky.

Salamoun (973—930 př. n. l.) řekl: „Marnost nad marnost, všechno je marnost.“

Gautama Buddha, který se narodil okolo r. 560 př. n. l., učil, že je nutno odstraňovat touhu — žízeň — a chránit se ulpívání na věcech. Posledním cílem cesty je vyvanutí, vyhasnutí plamene — nirvána.

Též zenový buddhismus hlásá odpoutání od hodnot. Někteří řečtí filosofové byli snad neurotici, někteří snad trpěli depresí, jak lze soudit z jejich filosofie a jimi vytvořeného ideálu blaženosti.

Demokritos (460—370 př. n. l.) učil, že největší dobro je dobrá mysl, která vzniká ze stavu, jež nazývá athambia, což je souhrn střídmosti, umírněnosti a nebázlivosti. Blaho duše spočívá v klidu duše zbavené děsu. Velký význam přisuzuje přátelství, tedy dobré komunikaci s lidmi.

Pyrrhon z Elidy (365—275 př. n. l.) učil, že skepsí lze získat bezzájmový, hostejný klid (apatheia).

Epikuros (341—270 př. n. l.) učil, že největší dobro je slast, a to hlavně slast prostá a přirozená. Slast je dána nepřítomností strastí a ze strastí nejhorší jsou strasti duševní. Hlavní podmínkou pro slast je stav nerušenosti, ataraxia. Ataraxia i podle *Epikura* i *Demokrita* nastává, když rozum vládne nad vášněmi a člověk je zbaven strachu z bohů, smrti a záhrobí.

Skeptikové učili, že trvalý klid nastane, když se člověk zdrží soudů o podstatě jevů a zaujme stanovisko neangažovanosti, jak bychom řekli nyní.

Stoikové učili, že trvalý klid nastane, když člověk pochopí kosmický řád, resignovaně se podrobí nutnosti a oprostí se od vášně. Jejich učení trvalo skoro tisíc let, od 4. století před naším letopočtem do 6. století našeho letopočtu. Je nutno se odpoutat od hodnot a na ničem nelpět.

Podmínkou je soběstačnost (autarkeia), nenáruživost (apatheia) a to pak vede k ataraxii. Útěchou jim bylo, že až vše zanikne ohněm, přece vše znovu stejně povstane, věřili v ideu věčného návratu.

V 19. století otvírá se široká cesta pesimistické filosofii, někteří filosofové a později psychiatři pochopili smutek všech věcí a smutek v nás. Klasickým hlasatelem toho i pro následující století a snad i pro několik dalších zůstává:

Arthur Schopenhauer (1788—1860), který učil, že vůle působí střetávání sil a z toho vzniká strach a bolest.

Sören Kierkegaard (1813—1855) učil, že člověk je naprosto osamocen. Člověk a bůh jsou dva osamocené světy. K bohu se lze dostat

jen za cenu utrpení a úzkosti, které vznikají uvědoměním si napětí a naprosté nesmiřitelnosti dvou protikladů, boha a světa.

Max Scheler (1874–1928) je považován za zakladatele filosofické antropologie, která prý dovede vyložit člověka v plném rozsahu.

Řada psychiatrů se přiklonila k této antropologii. Ve vědách psychologicko-psychiatrických vznikl však další směr, „die verstehende Anthropologie“. Má těžkou, nelogickou, těžce pochopitelnou terminologii a i celý směr je těžce pochopitelný.

Existencialismus, který vznikl po první světové válce zásluhou *Karla Jaspersa* a *M. Heideggera*, nar. 1889, rozšířil se hlavně po druhé světové válce. Existencialisté se zamysleli nad nudou, osamocněním, pocitem absurdity, bezmocností a zoufalstvím.

Karl Jaspers (1883–1969) poukazuje na to, že počátek lidské existence je nicota a konec je opět nicota. Této micotě lze uniknout, přijímáme-li svůj osud, jenž nám určuje úlohu v životě. Vše, co člověk dělá, je projev starosti. Základní pocit lidské existence je úzkost ze světa, odlišná od strachu před něčím. Bytí člověka je bytí k smrti a jedině přijetím této jistoty nacházíme naplnění života. Žijeme v stálé hrůze.

O původním strachu „prastrachu“ (Urangst) mluví jak *Sigmund Freud* (1856–1939), tak *Kurt Schneider*, podle něhož se při depresi odkrývá tento strach.

Moreno hlásá, že normální člověk má v sobě megalomania normalis, jež udržuje životní zdatnost. Přijmeme-li toto tvrzení Morenovo, pak dojdeme k závěru, že u depresí je vystřídána mikromanií. Ubohé já splasklo, přestalo se rozpínat.

C. G. Jung (1875–1961) učí, že aby člověk dospěl, musí v sobě zabít dítě, ale nikdy se mu to zcela nepodaří a to je dobře, neboť podaří-li se to, vzniká hrůza z osamocení a odcizení. V depresi je patrně dítě v nás úplně zabito.

Přítomnost neexistuje, tj. je pro nás nepostižitelná. Vnímáme opožděně, to, co vnímáme, již bylo, patří do minulosti, takže člověk žije pro budoucnost podporován vzpomínkami. V depresi budoucnost děsí a minulost mučí autoakusacemi. Deprese nasazuje člověku brýle bolesti.

Jaspers se snaží dát útěchu tím, že v mezních situacích, kdy se před subjektem hroutí svět, stává se mu intimně blízkým; utrpení, vina mění potenciální neexistenci v aktuální.

V. E. Frankl chce zachránit člověka před utrpením tím, že mu pomáhá najít logos, tj. smysl utrpení. Provádí logoterapii. Jestliže subjekt nenalézá smysl utrpení, vzniká existenční frustrace.

Jestliže nastane vakuum duše subjektu, např. o prázdninách, snadno vzniká noogenní neurosa. *Gebattel* vytvořil pojem existenční neurosy,

která se podobá noogenní. To se ovšem týká jen reaktivních čili psychogenních depresí. Endogenní deprese má své zákonitosti.

Nejen filosofové, ale i umělci cítili hrůzu života a ta se objevuje i v různých mytologiích.

Erinye řecké mytologie jsou personifikované autoakusace, které mučí viníka, a teprve když jsou usmířeny, mění se v Eumenidy (milostenky).

Hrdina tragédie měl tragickou vinu, ale nakonec svou vinu odčinil. Je tak zdramatisována všelidská touha po odčinění viny, což je částí depresí znemožněno.

K. Kehrer poukázal v r. 1939 na vnitřní situační psychosy. V involuci a ve stáří se vynořují všechny chyby, hříchy, provinění vůči rodině, sexuální hříchy, ale i propasené příležitosti a zklamání. To znal jistě *Sofokles* (asi 496–406 př. n. l.), který v jedné ze svých tragédií dal sboru kolonských starců zadeklamovat verše: „Ze všeho nejlepší nikdy se nezrodit, žiješ-li však, je ještě lepší co nejrychleji se obrátit tam, odkuds přišel.“

Hodně pesimistický byl *J. W. Goethe* (1749–1832), který ostatně trpěl maniomelancholií. Jeho filosofický pesimismus se projevuje zvláště ve *Faustovi*, většinou ústy Mefista.

Dekadenti okolo konce minulého století se brodili pesimismem a opěvovali smutek a depresi. *Baudelaire* (1821–1867) v básni *Nehodný mnich* praví: „Je moje duše hrob bez nejmenšího jasu . . .“

Pesimistickými básnickými citáty by se dalo naplnit mnoho knih. Smutek v básních převažuje a budí větší odezvu v duších čtenářů, neboť rozezvučí strach z existence, „Urangst“, který je v každém a který přináší smutek. Ostatně počet introvertů je větší než počet extravertů. Extravert smutku spíše uniká, neboť se mu do jisté míry daří připnout k vnějšímu světu distancovat se od světa vnitřního.

Lidstvo si svou depresivní tendenci mytologisovalo, člověk byl vyhnán z ráje, z těla mateřského, do nehostinné krajiny. V ní všude číhá nebezpečí. Všude jsou hodnoty ohroženy. Všude pokušení, provinění, za ním trest. „Hrozné je padnout do rukou boha živého.“ *Námaha*, smutek, bolest, pot, slzy a krev.

Deprese je onemocnění jednotlivce, který má-li vyjadřovací talent, může indukovat pesimismus a depresi velkým skupinám lidí.

Deprese je nejstrašnější nemoc, je to posedlost smutkem všech věcí, je to peklo v nás, je to negativisace programu jedince, která v extrému znamená místo usilování o zachování života usilování o skončení života. Je to onemocnění životního smyslu. Život, toť boj proti entropii, proti chaosu. Deprese je zastavení boje, apatie, bolestná neangažovanost na životě.

Zřejmě je nutno rozlišovat *apatheia* filosofů, po níž toužili, a *apatii*

našich nemocných. Apatie patická je pasivní lhostejnost ke všemu, buď — a to většinou — nepříjemně pociťovaná, nebo pociťovaná indiferentně. Je to nedostatek dynamogenie, zainteresovanosti při současné chudosti a plochosti vnitřního života.

Apathia, po níž někteří filosofové toužili, je aktivní stav vzniklý duševním vítězstvím silných duchů, kteří se dovedli odpoutat od hodnot, zabránit přilnutí k vnějším věcem při bohatosti vnitřního života.

Moderní filosofové středu 20. století nejsou nikterak nadšeni mentalitou svých současníků a domnívají se, že většina lidí trpí odcizením různého druhu, které se podle různých škol různě definuje a vykládá a kterým se ostatně v určité formě zabývali již filosofové minulého století, Odcizení lidí neurotisuje. Již *sv. Augustin* (354—430) řekl, že každý člověk je v tomto životě cizincem.

Neurosa je zlá, ale deprese je mnohem horší. Mnoho domnělých neuros jsou vlastně deprese.

Zamýšlet se nad depresí a bojovat proti ní neznamená nikdy ztracený čas.

LITERATURA

- Baudelaire, Ch.*: Květy zla. Praha, Mladá fronta 1964.
Goethe, J. W.: Faust. Praha, SNKLU 1965.
Karfík, V.: Navzdory smrti. Literární listy 1968, č. 5.
Machovec, M.: Svatý Augustin. Praha, Orbis 1967.
Plzák M. a spol.: Depresivní stavy v dospělém věku. Praha, SZdN 1967.
Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis. Berlin, Göttingen, Heidelberg, Springer 1961.
Stručný filosofický slovník. Svoboda, Praha 1966.
Vondráček, V.: Hodnocení a jeho poruchy z hlediska psychiatrie. Praha, ČSAV 1964.
Vondráček, V.: Závažnost problému deprese. Časopis lékařů českých 106, 1967, 57—59.

ÚVAHY O EPILEPSII

(Zkušenosti s epilepsií za padesát let a trochu historie)

(1971)

Epilepsie, svatá nemoc, je asi nejstarší choroba mozková, kterou lidé znali, ovšem nevěděli, že příčina je v mozku; domnívali se většinou, že příčinou jsou nadpřirozené bytosti. *Galenos*, který žil v 2. století našeho letopočtu, první věděl, že bezvědomí souvisí s mozkiem, ale do poznání pravého původu epilepsie uplynulo pak ještě mnoho století.

První historický epileptik byl faraón Achnaton, který žil okolo roku 1350 př. n. l. *Hippokrates* epilepsii znal a považoval ji za dědičnou chorobu. U nás psal o epilepsii *Jan Marek* (1692).

Epilepsie sama oproti jiným chorobám se za posledních padesát let ve svých projevech příliš nezměnila, ale pojem epilepsie se rozšířil a změnil se koncepce, diagnostika a značně se zlepšila terapie.

Lennox odhaduje počet epileptiků mezi obyvatelstvem na 0,3 až 0,5 ‰, z toho 20–50 ‰ s duševními příznaky. Náš neurolog *Henner*, který se epilepsií velmi zabýval, odhaduje počet epileptiků až na 1 ‰; sám léčil jen „neurologické“ epileptiky.

Na pražské psychiatrické klinice v letech 1945 až 1959, tedy za 15 let, na cca 30 000 přijatých pacientů připadalo 515 epileptiků, čili přibližně každý šedesátý byl epileptik.

V roce 1969 bylo přijato 437 mužů, z toho 8 epileptiků (1,8 ‰), a 572 ženy, z toho 3 epileptičky (0,5 ‰), celkem 1009 pacientů, z toho 11 epileptiků, tedy 1,1 ‰.

V roce 1970 bylo přijato 541 mužů, z toho 9 epileptiků (1,7 ‰), a 611 žen, z toho 4 epileptičky (0,6 ‰), celkem 1212 pacientů, z toho 13 epileptiků (1,1 ‰).

Více epileptiků a epileptiček je na dětském oddělení. V roce 1969 byly přijaty 152 děti a z nich 19 epileptických, tedy 12,5 ‰, v r. 1970 bylo přijato 128 dětí, z toho 20 epileptiků, tedy 15,6 ‰.

Epilepsie je choroba po mnoha stránkách zajímavá, lékařsky, sociálně a kulturně velmi závažná. Na epilepsii se nejlépe ukazuje, že je prakticky nemožné vést přesnou hranici mezi neurologií a psychiatrií, naukami to o nemocech jednoho orgánu. Časem se možná vytvoří nová disciplína — encefalologie, jako je nefrologie, hepatologie, hematologie atd., zabývající se chorobami mozku. Oblast od oblongaty a mozečku kaudálně bude doménou čistých neurologů a neurosy v nejširším slova smyslu doménou neurosologů.

Epilepsie je model velikého počtu duševních poruch. Snad 20 až

30 % epileptiků, těžko říci, kolik vlastně, je nějak duševně postiženo, ale mnoho poměrně velmi lehce, takže se nedostanou do styku s psychiатrem. Ústavní psychiatr dostává do rukou jen těžší psychické alterace epileptiků.

Tento model nás částečně poučuje o možnosti vzniku některých fenoménů obecné psychiatrie, neboť u epilepsie se vyskytují izolovaně v poměrně čisté formě.

Léta jsem léčil jednoho epileptika, který mi byl velmi nakloněn, ale v několikaměsíčních intervalech dostával asi tři dny trvající stavy paranoidity a tu se domníval, že já i jeho kolegové v kanceláři jej chceme zničit; přitom někdy měl částečné vědomí nemoci. Epilepsie nám tu vymodelovala i blud. Takové případy jsou zaznamenány v literatuře.

Stačí porušení určité struktury mozkového computeru a vzniká paranoidita, blud. Porušením jiné struktury vtíravost myšlenek. Syndromy obsedantní a anankastické mají určitou podobnost s vtíravostí, viskositou a ceremoniály epileptickými.

Mozek zvířecí i lidský je již dosti zmapován, takže známe struktury, z jejichž podráždění vzniká agrese, úzkost, pocit neskonaleho štěstí, extase a jiné.

Pozoroval jsem izolovanou úzkost u nešťastného kolegy, který měl metastasy plicního karcinomu do mozku a jacksonskou pravostrannou epilepsii, bez ztráty vědomí, ale se strašlivou úzkostí, pokud záchvat trval. Tuto úzkost známe z doby, kdy se ještě léčilo kardiazolovými konvulsemi. Nemocní se jich strašně báli.

Pocity štěstí někdy lákají zvláště nezletilé k autostimulaci světlem nebo utahováním tkanice okolo krku.

Poučné je známé konservování a vtírání určité vzpomínky. Jeden můj nemocný měl vzpomínkovou auru, vždy touž. Byla to vzpomínka na prázdninový pobyt na venkově, na mlat ve stodole, na nějž svítilo otevřenými dveřmi slunce.

Při malém záchvatu opakují někteří nemocní vždy touž větu, dělají tytéž pohyby. Epilepsie nám modeluje agnosie, apraxie, amnesie, afasie obojího typu, je krásným modelem poruch vědomí. Normální vědomí lze charakterisovat: bdím a jsem si vědom. U epilepsie nacházíme celé spektrum od nebdím a nejsem si vědom, přes ne zcela bdím a ne zcela jsem si vědom, až k plnému vědomí.

Epilepsie je klíč k porozumění psychopatiím. Agrese může být zvláště u temporální epilepsie strašná. Jedna pacientka *Schwarzové* chytala myši a ukusovala jim hlavy.

Mezi vězni je prý více epileptiků než mezi ostatním obyvatelstvem (*John Gunn* a *George Finton*).

Názory na emoce jako provokační moment záchvatů se liší, ale

myslím, že jen u malého počtu epileptiků emoce vyprovokují záchvat. Mohu potvrdit, že zaměstnání mozku duševní prací podle mých zkušeností působí protizáchvatově. Známe prázdninová zhoršení epileptiků.

Psychické postižení epileptiků je dvojí: *trvalé*, tj. nastaly povahové změny až demence, a *episodické* během záchvatu psychické epilepsie a krátce před a po záchvatu jiných forem epilepsie.

Jsou různé formy chorob; stále stacionární, stále progredující, fá-zické, episodické se zdravými mezidobími, episodické s narušenými mezidobími, buď progredující, nebo neprogredující. Epilepsie probíhá pod posledními čtyřmi formami. Záchvatovitá onemocnění kromě epilepsie jsou migréna, narkolepsie, neuralgie trigeminu, tetanie a paroxysmální obrny. Jde o nemoci různé, ale některé ojedinělé podobnosti lze přece jen postřehnout: skotomy a psychické změny migré-níků, hydantoináty pomáhají i u neuralgie trigeminu, epilepsie má zvláštní afinitu k spánku, záchvat přichází hlavně v telencefalickém spánku zvečera nebo k ránu; narkolepsie, tento diencefalický syndrom, bývá někdy provázen kataplexií apod. Tetanii lze vyprovokovat hyper-ventilací.

Již téměř před 80 lety (1893) znal *Pitres* „parciální sensitivní epilepsii“ bez ztráty vědomí. Viděl příbuznost ofthalmické migrény s epilepsií. *Ch. Feré* hledal v téže době příbuznost epilepsie s neuralgií trigeminu a popsal kombinaci obou nemocí. *Zacher* viděl příbuznost ofthalmické migrény a epilepsie. *Antonelli* mluví (1893) o transitorní amblyopii, do které zahrnuje různé druhy skotomů cerebrálního a periferního půvo-du, a považuje ji za častou jednak u epilepsií, jednak jako projev „sen-sitivní epilepsie“, který se někdy dostavuje mnoho let před vypuknu-tím vlastní epilepsie. Nepodařilo se mu správně ohodnotit patogenesi transitorních amblyopií.

Největší pozornost budí, ale i největší svízel s pojmenováním působí tzv. temporální epilepsie. Má episodické psychické poruchy, ale její projev nemusí vždy vyvěrat z dráždění v temporálním laloku; ani jmé-no psychomotorická epilepsie není šťastné, někdy je toho motorického velmi málo. Pojmenování psychická epilepsie se mi jeví dosti výstižné.

Tzv. temporální epilepsie a schizofrenie jsou si někdy nápadně po-dobny, a tak nás temporální epilepsie učí, že při některých formách schizofrenie jsou asi poruchy funkce CNS hlavně v temporálním laloku.

Bylo období, které skončilo až asi v polovině tohoto století, kdy se autoři domnívali, že epilepsie a schizofrenie se navzájem vylučují. To byl ovšem omyl. Kombinace nebývá sice častá, ale vyskytuje se.

Naše 22letá pacientka trpí od 4 let epilepsií s převážně malými, ale spo-radicky i velkými záchvaty. Rok trpí banálním obrazem schizofrenie s bo-hatými bludy a vzpomínkovými klamy: bili ji, otravovali ji, do dělohy

jí zasunuli oplozené vajíčko, několikrát po abnormně krátkém těhotenství porodila různé zrůdy atd. Slyší hlasy, které jí nadávají.

Do obrazu temporální epilepsie patří často se tu vyskytující čichová aura, vnímání zápachu něčeho spáleného, síry, gumy, omastku atd. Někdy jej nemocný označuje jako dosud nepoznaný a s ničím nesrovnatelný zápach. Neurologové to nazývají unciformní krize. Popsal je již Jackson a upozornil, že se dostávají provázeny snovými stavy, „dreamy states“, nebo pocity neskutečnosti, derealisace. Tyto afekce, tato šalebná čichová vnímání bychom si mohli z hlediska obecné psychiatrie označit jako typické pseudohalucinace; mají sice sensorialitu, ale nikoli objektivaci, nemocný ví, že to není skutečnost, a nikterak je neinterpretuje. Má-li schizofrenik čichové sensece, někdo mu to dělá, otravuje ho apod.

W. Pryse-Phillips (1971) se zabývá čichovými sensacemi vůbec a nepovažuje je za příliš vzácné, našel je u 137 pacientů, mezi nimiž bylo 32 schizofreniků, 50 depresivních, 11 temporálních epileptiků a 36 tvořilo zvláštní skupinu trpící příznakem, jež nazývá „olfactory reference syndrom“. Ostatní byli různě jinak nemocní. Při „olfactory reference syndromu“ nemocný tvrdí, že páchne sám, pozoruje to na chování svého okolí. I já jsem se setkal s takovými pacienty, ale jejich stav bych spíše řadil mezi bludy, neboť naši pacienti tak vysoudili z chování okolí a jen někdy pak zápach sami cítili. Typické čichové pseudohalucinace bez epileptického záchvatu mohou ohlašovat tumor spánkového laloku.

Někteří epileptici, zvláště ti s temporální epilepsií, zasáhli do dějin, např. Mohamed a Johana z Arcu. Ta měla náboženské vise svatých, které byly episodické a přicházely nezávisle na její vůli, marně je volala. Apaticko-abulické stavy Napoleona 1., který měl též malou potřebu spánku a pak opět hypersomnií, upomínaly na obnubilace a mohly snad souviset s epilepsií. Jejich vinou prohrál bitvu u Waterloo.

Epileptický záchvat je normální reakce na aplikaci kafru, pentamethylentetrazolu a elektrického proudu, tedy na exogenní faktory.

Syndrom epileptický je dán opakovaním záchvatů v různých intervalech vlivem působení epileptogenního fokusu.

Někteří věří, že jeden záchvat přitahuje další záchvat. To by byla řetězová reakce. Myslím spíše, že jde o neúplné vybití, které se pak skutečně ještě dalšími záchvaty týž nebo následující den.

Jak časté musí být záchvaty, abychom léčili epilepsii? Při průměrném výskytu záchvatů jednou ročně jsem obvyčejně nevystavoval pacienta doživotní závislosti na léku. Při dvou záchvatech ročně je nutno věc dobře zvážit a individualisovat.

Epilepsie nám tvoří nový přístup k psychosomatice. Jsou některé známé choroby interní, které vznikají z protrahovaných emocí tak, že emoce působí na cévy a trofické struktury, z čehož pak resultují těžké or-

ganické změny. Při temporální epilepsii nastává přímé působení inervační zejména na horní část trávícího ústrojí a na srdce, bez emoce, přímým drážděním. Emoce je tu souběžným jevem a někdy dokonce následným. Některé paroxysmální tachykardie jsou epileptické, dále některé syndromy vegetativní, tzv. globus hystericus, ale i bolesti předstírající apendicitidu.

Naše 58letá pacientka, po úrazu, má půl roku záchvaty i několikrát denně. Záchvat začíná jako brnění nosní přepážky, pak pocit, jako by jí nalévali spálený kaučuk do nosu, přitom pocit nesmírné hrůzy, brnění v levé horní i dolní končetině, sevření na prsou a celý den, 12—24 hodin trvá nechtutností.

Byly doby, kdy se věřilo na dědičnost epilepsie. Pak přišlo období, kdy se na hereditu epilepsie téměř vůbec nevěřilo. Dnes se opět vrací víra v genetickou hereditární složku u některých případů epilepsie. Mně bylo nápadné, aniž jsem to blíže sledoval, že v ascendenci epileptiků se někdy vyskytuje značný abusus alkoholu.

Podobného názoru byl v r. 1938 *L. Marchand*, který sice nebyl přesvědčen o dědičnosti epilepsie, o „hérédité pure“, ale našel v ascendenci epileptiků vedle lues zejména těžký alkoholismus.

Naproti tomu *R. Delaveleye* (1969) považuje hereditární původ některých epilepsií za nepochybný, což se projevuje u postižených s dysplastickým habitem. Jde patrně o chromosomovou poruchu. Je mu nápadné, že v širší rodině epileptika se často vyskytují migrény, synkopy, somnambulismus, ale i alergická onemocnění, jako astma.

Zdá se, že alkohol je téměř specifickým jedem vyvolávajícím záchvaty. Epileptikovi stačí natření těla francovkou, několik kapek punče do moučnicku, pobyt v místnosti, kde se stáčí víno, a vyvolá to záchvat.

Epileptogenitu některých léků (jejich množství se stále zvětšuje) nutno posuzovat kriticky, příčiny záchvatů jsou multifaktorální a hodně závisí na individuálním poměru k lékům, takže nelze zevšeobecňovat.

Pro psychiatrii je však přece jen nepříjemné, že některá psychofarmaka se ukázala některým autorům u predisponovaných jedinců jako epileptogenní, hlavně ve velkých dávkách. Z psycholeptik je to chlorpromazin, promazin, flupromazin, levomepromazin, mepazin, chlorperazin, thioproperazin, thioprothixen, haloperidol, trifluperidol. Z antidepressiv: imipramin, amitriptylin, z blokátorů MAO, dnes již neužívaný iproniazid a nialamid, z jiných typů léků lithium a cykloserin.

Mezi psychofarmaka, která se neprojevují epileptogenně, počítají autoři trifluperazin, reserpin a thioridazin, ačkoli i u toho byla ve dvou případech pozorována epileptická aktivita. Vyloženě antiepileptický charakter mají mepromabat, chlordiazepoxid, diazepam a nitrozepam.

Zajímavý je problém reflexní epilepsie, který má dalekosáhlý dosah kulturní.

Že existuje fotogenní epilepsie, věděli již staří Řekové, kteří zkoušeli kupované otroky tak, že je nutili dívat se na rychle se otáčející hrnčířské kolo a pozorovali, zda neupadnou do bezvědomí.

Na naší klinice jsme měli případ 15¹/₂letého chlapce bez významné rodinné a osobní anamnesy. Studoval na konservatoři hru na housle. Po dokončení hry mu melodie ještě dlouho doznívala. Byl doma na návštěvě u rodičů. Odpoledne mu nechutnala svačina a byl poněkud neklidný. K večeru se díval s otcem na televizní program. V bytě ležela sekera, kterou tam odložil po příchodu ze sklepa. Najednou vyskočil a zasadil otcí ránu sekerou do hlavy. Prosekl mu lebku, rezultovala z toho hemiparesa, která se však upravila. Ve vedlejší místnosti napadl matku, ta se ukryla na WC a pozorovala pootevřenými dveřmi, co chlapec dělá. Nepronásledoval ji, ale sekal sekerou do vzduchu, měl vyvalené oči a pěnu u úst. Po činu byl převezen na psychiatrické oddělení; probral se již v sanitce. Druhý den při vyšetřování se dověděl, co provedl, ale na nic si nepamatoval. EEG potvrdilo epileptický původ, ale během půl roku se značně upravilo.

Případy epileptické stimulace televizní se množí ve všech částech světa. Maně se vynořuje otázka, zda stoupající agresivita ve světě není působena částečně i televizí. Ovšem z třiceti vražedných jednání, kterých se dopustili nezletilí a která sebral *Mečíř*, byl jen tento případ podmíněn epilepsií.

Pro automobilistu je nebezpečné jet alejí, do níž z jedné strany svítí slunce. Máme proto vykácet krásné, někdy staleté stromy, které čistí naše závadné ovzduší?

Musikogenní epilepsie je vzácná u člověka, nikoli u zvířat; to v nás budí historickou reminiscenci. Již ve dvacátých letech se objevily publikace o tom, že některá zvířata, hlavně hlodavci, po některých zvucích dostávají epileptický záchvat. Asi 30 % laboratorních krys se při některých zvucích rozběhne a po několika metrech dostává epileptický záchvat. Možná, že krysař hamelský znal tuto praktiku.

Po koncertech big beatu demolovali někdy posluchači místnost. Moderní hudba je často velmi vrískavá, je hodně hlučné hudby. Snad i to má vliv na rostoucí agresi.

Naší povinností je prevence traumatických epilepsií. Máme bojovat proti boxu vůbec, nebo se jen přimlouvav za těžší rukavice a změnu pravidel? V literatuře se dovídáme — též *Henner* udělal takovou zkušenost — že u boxerů se po letech často nacházejí psychické změny a některé z nich upomínají na psychické změny epileptiků.

Dějiny epilepsie by se daly ve zkratce shrnout asi takto:

V diagnostice lze rozlišovat dobu před zavedením EEG a po jejím běžném zavedení. Bohužel jsou epilepsie s normálním EEG v období

mezi záchvaty (podle Šimka asi 14 %). Ovšem máme po ruce farmakologickou a světelnou stimulaci.

Terapeuticky je možno rozlišovat dobu před zavedením barbituranů, prvních skutečných antiepileptik, a po jejich zavedení.

Jak to vypadalo před zavedením barbituranů, dovídáme se z časopisu Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch gerichtliche Medicin, který začal vycházet v Berlíně v roce 1844. Hned v prvním ročníku na straně 430—440 (a i v následujícím ročníku) je článek dr. *Schupmanna*: Über Epilepsie in der Provinzial-Siechen-Anstalt zu Gesecke (Auszug aus dem amtlichen Bericht für 1843). V r. 1842 až 1843 měl ústav 73 chovance, z nich 9 mužů a 7 žen, tedy 16 osob trpělo těžkou ničím neléčitelnou epilepsií. Nemocní byli psychopatičtí, trpěli na „Verrücktheit“. Dostávali tehdy moderní léčbu; sušené borůvky (metoda Weissova), Valerianu, Zincum oxydatum a léčbu obvyklou v Charité, totiž indigo. Z výše pěti stop jim ve vanové lázni lili na hlavu 5—8 kbelíků studené vody. Ani tato léčba nebyla účinná. Používalo se i pijavek a lékaři viděli jistý úspěch. Při agresi podávali Tartarus stibiatus, velmi trýznivé emetikum. Epileptici byli většinou lidé zanedbaní a zchátralí, kteří nedbali na náboženství(?), ale řádovým sestrám se podařilo převychovat je ve zbožné křesťany.

Jeden nemocný byl zvláště zajímavý, kradl, na co přišel, což bylo možno vysvětlit, neboť měl na lebce značně vyvinuté místo, kde je podle *Galla* sídlo zlodějství.

Dr. *Schupmann* považuje epileptiky za nejnešťastnější mezi nešťastnými. Epilepsie mu je „die fürchterlichste Krankheit des menschlichen Geschlechtes“. Považuje epilepsii za syndrom. „Der Name Epilepsie ist doch wohl nur eine symptomatische Bezeichnung der Krankheit, und ich glaube, dass die Zeit nicht mehr sein wird, wo es anstatt dieser heissen wird: Hirnskrophel, Hirnerweichung, Rückenmarkserweichung usw. mit epileptischen Anfällen.“ Je vidět, že *Schupmann* dovedl medicínsky myslet.

Barbiturany jsou návykovou látkou, takže i u neepileptického barbiturofága se po briskním odnětí může dostavit epileptický záchvat. Na druhé straně jsem několikrát viděl, že epileptici, kteří o své újmě náhle přestali užívat i dosti vysoké dávky barbituranů, nedostali ani status epilepticus ani záchvat, a u jiných se bez zjevné příčiny dostavil status epilepticus i při svědomitém užívání.

Hydantoináty a ostatní moderní antiepileptika lze vysadit s mnohem menším risikem vzniku status epilepticus.

Mairet (1893) léčil epilepsii boraxem (natrium tetraboricum) v dávkách až do 10 g denně. *Marie Crouson* a *Bouttier* v r. 1920 znovu doporučili natrium a kalium tartarico-boraxatum. U nás se hojně podávalo, má lehce diuretický účinek. Celkem však myslím, že se v terapii epi-

lepsié bez něho obejdeme. Od roku 1851, kdy byly zavedeny do terapie bromidy, byly dlouho užívány v léčení epilepsie, ačkoli pro nebezpečí bromismu jsou jako antiepileptika naprosto nevhodné.

V terapii epilepsie považují za nejlepší pomalu stoupat s dávkou antiepileptik, tj. po každém záchvatu přidávat, až si vytitrujeme dávkou, po které se již záchvat nedostaví, a na té pak setrvat. Nemohu se zde podrobně zabývat moderními antiepileptiky, některá jsou výborná, některá však značně toxická.

Primidon je poměrně nevinný.

Hyndantoiny mohou vyvolat vedle nevinnějších neurologických příznaků (ataxie, nystagmus, tremor, diplopie) a gingivální hypertrofie hirsutismus, leukopenii, panmyeloftisu, megaloblastickou anémii, trvalé poškození mozečku a u dětí osteopatie.

Memphenytoin může vyvolat dokonce lupus erythematoses a zvláště nebezpečnou panmyeloftisu.

Trimethadion kromě dyspepsie poškození jater a ledvin, exanthem, leukopenii až panmyeloftisu.

Paramethadion a Aethadion mají nežádoucí účinky poněkud slabší než Trimethadion.

Aethosuximid může vyvolat až hemorrhagickou gastritidu, alergie, změny krevního obrazu.

Methsuximid je toxičtější, způsobuje exanthemy, poškozuje též játra a ledviny.

Sultam vyvolává dyspepsie, gastrohepatický syndrom, hubnutí, dysforii.

Karbamazepin dyspepsie, nechutenství, únavu, závratě, ataxii a exanthem.

Jak vidět, jsou vesměs nebezpečnější než sušené borůvky, ale zato opravdu účinné. Záleží na lékaři, aby léčil s rozmyslem a nedal se ukolébat počáteční snášenlivostí léku. Jde o dlouhodobé užívání a kontroly jsou nutné.

Pokud jde o adjuvantní terapii, myslím, že nemusíme týrat nemocného zvláštní dietou, tj. otravovat mu život zákazem chutných kořeněných jídel, čokolády, neslanou dietou apod. Stačí úplně absolutní zákaz alkoholu a dodržování spánkových hodin.

Význam dodržování spánkových hodin nám potvrzuje zhoršení stavu epileptiků, které nastane, když epileptik změni letadlem místo pobytu na zeměkouli ve směru rovnoběžky a jeho vžitý biologický rytmus se rozchází s rytmem střídání dne a noci o několik hodin.

Na lékařích jiných oborů žádáme, aby o své újmě neměnili nebo dokonce pacientovi nevysazovali antiepileptika a aby akceptovali, že „vědomí“ se při epileptické příhodě nemusí pozorovateli vždy jevit porušené.

Kontroly krevního obrazu u nových antiepileptik jsou nutné a rádo se na ně zapomíná. Názory na dědičnost je lépe sdělovat ve zdravotnických přednáškách a populárních člancích než individuálně.

Nebezpečí pro potomstvo u jinak zdravých rodičů, z nichž jen jeden je epileptik, je poměrně malé, takže není třeba partnery traumatizovat. Mám dojem, že lze doporučit, abychom v případech psychiatrických, kdy těžko hledáme diagnosu, mysleli na epilepsii.

OSOBNOST ANTONÍNA HEVEROCHA A JEHO VÝZNAM PRO ČESKÉ VĚDY PSYCHOLOGICKO-PSYCHIATRICKÉ*)

(1969)

Antonín Heveroch se narodil 29. ledna 1869 v Minicích u Slaného. Sympatie k této krajině si zachoval nadosmrtní, zvláště však lnul k Vepřku, kde strávil své mládí, a později si zamiloval Malou Skálu v Českém ráji.

Byl synem učitele, po něm snad zdědil nadání a od něho snad získal lásku k učitelství. Byl výborný učitel, charakteristické pro něho bylo, že často základní věci znovu a znovu, ale nenásilně opakoval. Byl velmi dobrý přednášeč, dovedl dobře přednášet i vsedě, což bylo jeho zvykem. Jeho známá „Diagnostika“ je dokumentem pedagogického génia. Studenti pochopili význam Heverocha jako učitele a jejich poslední generace, kterou učil, krásně to ústy svého řečníka vyjádřila na smuteční schůzi.

Heveroch původně studoval na právnické fakultě a teprve v roce 1889 přešel na lékařskou fakultu. Po promoci se věnoval psychiatrii. Ve 30 letech se stal soukromým docentem, ve 40 mimořádným a v 52 letech řádným profesorem neurologie a psychiatrie. Napsal celkem 118 prací.

Heveroch neměl kliniku v pravém slova smyslu, jen posledních 8 let svého života, jako vrchní ředitel pražského ústavu pro choromyslné (1919), měl oddělení v prvním poschodí dnešní psychiatrické kliniky, které bylo krátce před jeho smrtí nazváno klinikou.

Přednášel pro mediky a také zkoušel. Jeho oddělení mělo poněkud nezvyklý název Stolice psychiatrie prof. Heverocha.

V laické veřejnosti bylo mínění, že vedoucí osobností české psychiatrie je Heveroch. To způsobily hlavně dvě okolnosti, dané osobností Kuffnerovou a osobností Heverochovou.

Prof. *Karel Kuffner* (1858—1940), vlastní zakladatel české klinické psychiatrie a autor překrásné dvoudílné učebnice, byl plachý člověk, který neměl soukromou praxi, nebylo možno dát se od něho ambulantně vyšetřit. Byl svobodný, samotář, na veřejnosti se neukazoval,

*) Hlavní prameny o *Antonínu Heverochovi* 1869—1927 jsou články otištěné v *Časopise lékařů* z roku 1927, kde je též na str. 474 seznam jeho prací. U příležitosti jeho nedožitých 90. narozenin přednesl jsem v Psychiatrické společnosti projev, který je uveřejněn v *Československé psychiatrii* 55, 1959 : 183.

v desátých a dvacátých letech tohoto století již nepublikoval ani v lékařském ani v denním a periodickém tisku, na lékařské schůze ani na shromáždění blízka psychiatrické tematice nechodil, populární přednášky nekonal. V letním semestru přednášoval v šest hodin ráno, takže účast studentů na přednáškách byla nepatrná, ačkoli jejich úroveň byla vysoká. Veřejného života se vůbec nezúčastňoval. Byl podivín, jenž nosil vysoké boty a odpoledne konal dlouhé, někdy až čtyřicetkilometrové procházky za Prahu. Byl inadekvátně zdvořilý, lehce vulnerabilní až paranoidní. Po Heverochově smrti se domníval, že jej Janota a Špringlová přestali zdravit, ačkoli opak by byl pravděpodobnější. Ve svých požadavcích byl až nedůtklivě nekompromisní. Ovšem byl to člověk velice čestný, humánní a v jádru velmi hodný.

Naproti tomu *Heveroch*, sthenická, silná osobnost bez náležité možnosti klinicky se využít, jak bylo dáno tehdejšími poměry, vyžíval se všemi tehdy možnými způsoby a komunikacemi.

O *Pinelovi* se tradičně říká, že „sejmul duševně nemocným okovy“ O Heverochovi by se mohlo říci, že v českých zemích sejmul okovy psychiatrii.

Učinil to tím, že přiblížil lidem psychiatrii, že o ní informoval širší veřejnost, že měl ordinaci, do které mohli lidé přijít se svými stesky, strachy a obtížemi se poradit, že zaujímal významné posice, které mu umožňovaly pracovat ad maiorem psychiatriae gloriam na různých úrovních.

Přednášel populární přednášky, psal populární články do denního tisku i periodik a psal je velmi zajímavě a lapidárně, takže utkvěly v mysli čtenářů.

Heveroch byl členem Čs. akademie věd a umění, členem Masarykovy akademie práce a členem Státní zdravotní rady. Ze zahraničních společností byl dopisujícím členem Obščestva psychiatrů v Petrohradě, francouzské neurologické společnosti a estonské neurologické společnosti. Byl předsedou již tehdy existující odbočky Comité international d'hygiène mentale.

Heveroch žil společensky, chodil do společnosti, měl veliký okruh známých, byl členem „Pánského klubu“, zval a byl zván, jeho paní Kamila mu byla velkou společenskou oporou.

Není divu, že symbolem české psychiatrie v první čtvrtině tohoto století se pro veřejnost stal Heveroch a dostal se do úsloví „Jdi k Heverochovi“, „Zavolám na tebe Heverocho“ apod.

K tomu přispívaly i další okolnosti.

Heveroch rád uplatňoval své nadání organizační a svou zálibu v „práci s lidmi“. Byl místopředsedou Společnosti Národního divadla. Tím přicházel do živého kontaktu s herci, herečkami, zpěváky a zpěvačkami a dovoloval jim studovat na svém oddělení chování duševně chorých,

jak to někdy potřebovali pro své úlohy. Při takové příležitosti jsem se např. seznámil s mistrem Deylem.

V roce 1904 byl Heveroch jednohlasně zvolen předsedou České sekce Lékařské komory a v r. 1907 presidentem společné Lékařské komory pro Čechy.

Heveroch stál „u kolébky“ ideje postavení Lékařského domu a tuto ideu velmi živě propagoval.

Měl neobyčejně vřelý poměr ke Spolku českých lékařů, jehož byl dlouholetým místopředsedou. Ve 27 letech — v r. 1896 — tam přednášel poprvé a v roce 1926 naposled, a to o novějších názorech na mozková centra. Považoval jaksi za svou povinnost navštěvovat schůze Spolku českých lékařů, ať už byl program jakýkoli. Skoro na žádné schůzi nechyběl. Často tam demonstroval a přednášel, často tam debatoval. Stal se o rozkvět spolku a o jeho finance. Považoval za povinnost každého českého pražského lékaře být členem Spolku a chodit do Spolku. Pamatuji se, jak jednou odmítl pronést nekrolog nad zemřelým profesorem, který nebyl členem Spolku českých lékařů.

Heveroch žil v době, kdy v ústavech pro choromyslné byl dočasný nebo trvalý asyl duševně nemocných. Pod pojmem psychiatrie se tehdy rozuměla hlavně „velká psychiatrie“ a ta byla tristní, bez účinné terapie, která se začala až na nepatrné výjimky uplatňovat až po roce 1930. „Malá psychiatrie“ prakticky nebyla. Neurotici a pacienti malé psychiatrie se utkali k internistům, z nichž většina si s nimi nevěděla rady.

Zajímavé názory měl již na začátku tohoto století bystrý *Josef Thomayer* (1853—1927), který ve své učebnici *Pathologie a terapie nemocí vnitřních* (1908) napsal v kapitole o neurasthenii: „Prospěch z užívání léků je obyčejně nepatrný. Mnoho neurastheniků nachází značného ulehčení v rozpravě s lékařem, jenž důvěře se jejich těší. Jediná rozprava taková stačí někdy, aby neurasthenické příznaky i na několik neděl zmizely.“

Thomayer byl Heverochovým učitelem na poliklinice. Heveroch si ho vždy vysoce cenil, což je dosti pochopitelné, oba měli mnoho společných rysů osobnosti i chování a postojů. Oba byli „robustní venkované“, jak Heverocha nazývali jeho přátelé.

Doba, v níž žil Heveroch, byla doba terapeutického nihilismu, většinou nás tehdy mladých nepochopitelného. Ba terapie se považovala za něco méněcenného, diagnosa byla nade vše.

Internisté mívali titul „odborný lékař nemocí vnitřních a nervových“. Pod slovem „nervových“ se spíše rozuměla organická onemocnění. Prof. dr. *Ladislav Haškovec* (1866—1944), profesor neuropatologie, se specialisoval a ordinoval pro choroby „nervové“. Prof. dr. Heveroch,

profesor neurologie a psychiatrie, ordinoval pro choroby nervové a duševní.

Lidé s různými obtížemi, s nimiž si nevěděli rady, mohli jít buď k Heverochovi, nebo k Haškovcovi. Němečtí psychiatři měli své ordinace, ale k těm čeští pacienti, zejména méně majetní, chodili poměrně málo. Rozdíl v honorářích tu býval většinou dosti značný.

Haškovec věřil na elektrisaci a vlídné pohovory, metoda Heverochova byla jiná, blížila se spíše psychagogice, persuasi a zlomu, nesla Thomayerovské rysy.

Thomayer svými originálními nápady různým neurasthenikům pomohl. Požehnáním pro neurotiky tehdejší doby byli někteří domácí lékaři, sice bez psychiatrické erudice, ale s bohatou životní zkušeností a ušlechtilostí duše.

Heveroch cítil, že je mnoho lidí, kteří potřebují poučení a rady, a že psychiatrie potřebuje, má-li se vyvíjet, aby o ní lidé měli správný pojem a nejen nesprávně zjednodušený symbol s asociací blázen, mříže, kazajka. Proto přednášel populární přednášky a psal populární články. Přednášel i pro právníky a pro učitele.

Byla ještě další okolnost, která učinila jméno Heverochovo známým, a to bylo soudní znaectví. Měl veliký smysl pro právo a zákony, vždyť původně začal studovat práva. Jeho železná logika, která byla výrazným rysem jeho osobnosti a kterou oceňovali všichni, kdo s ním přišli do styku, učinila jej známým a vyhledávaným soudním znalcem.

Ačkoli se psychiatrie od dob Heverochoových změnila, zůstává pro nás Heveroch stále živý, časově a aktuálně ve své biologicko-psychologické koncepci věd psychologicko-psychiatrických.

Heveroch u nás vyzvedl význam *psychologie a psychiatrie denního života*. Zajímal se o psychopatologii, obecnou psychiatrii a poukazoval na to, že spolu se speciální psychiatrií mohou velice prospět psychologii. Rád říkával: „Rozbité hodinky jsou také hodinky.“ Správně vystihl, že z porušené funkce se dá soudit na mechanismus intaktní zdravé funkce, což je dnes všeobecně uznáváno, takže např. splývá fysiologie a patofysiologie; protínání a eliminování určitého útvaru nás poučí o jeho funkci.

Heveroch psychologisoval naši psychiatrii a považoval za správné do jisté míry psychiatrisovat psychologii. Napsal práci „O poměru psychiatrie k psychologii“.

Myslím, že právem ho lze nazvat lékařským psychologem.

Jeho vědecký profil a postoj nejlépe znázorní tematika některých prací. Především je to známé učení o agnosiích a afasiích, jež jednak navazuje na psychologii řeči, jednak jasnožřivě řeší otázku metodou pozdější sémantiky a kybernetiky.

Heverochovo učení o afasiích zprvu vyvolalo velikou pozornost doma

i za hranicemi. Po publikacích opírajících se o patoanatomické a patohistologické nálezy zdálo se pouze pozoruhodným nápadem nebo hříčkou, teprve po vlastním zrození kybernetiky se objevilo v novém světle.

Heveroch psal o tom, jak si uvědomujeme jsoučno, o představách slov, o životním rytmu a jeho poruchách, o poruchách jáství, o intuici, kterou definuje takto: „Intuice je úsudek obsahem nový, překvapující, provázený plnou přesvědčeností o jeho správnosti a který se správným ukáže.“ Dále psal o případu ztráty vědomí svých citů, o vztahovачnosti a problému kauzality, o myšlenkách podvržených a vyzrazených, o obsesích, jak vyložit vznik bludu (habilitační přednáška), o psychologické analýze halucinací, popsal halucinace liliputů 20 let před *Leroyem*, o stavech mráкотných, o duši davu, o podivínech a lidech nápadných, o dětech chorobně lhavých, o dětech neposedných, o zločinech školní mládeže a o báchorkách spiritistických.

Ve speciální psychiatrii byl rezervovaný. Pojem schizofrenie ražený *E. Bleulerem* (1913) částečně Heveroch akceptoval až na sklonku svého života v r. 1925, kdy uspořádal schůzi Purkyňovy společnosti v Brně na thema Schizofrenie. Heveroch nesouhlasil s přílišným rozšiřováním pojmu *dementia praecox*, který mu vyhovoval. Nemohl se však stále odpoutat od pojmu *paranoia*, u níž připouštěl i halucinace.

Jeho *paranoia dyslogica* má do jisté míry některé rysy společné s dnešní parafrenií, ale spíše to byla určitá forma schizofrenie, s níž se i dnes setkáváme. Ke *Kretschmerovým* biotypům byl velmi rezervovaný. Některé syndromy a klinické jednotky se pokoušel vysvětlit poruchou jáství, které je centrální činitel a může onemocnět. Psychasthenie je hypofunkce jáství. Halucinace a podvržené myšlenky jsou také poruchou jáství, neboť subjekt je nepovažuje za vlastní, necítí jako vlastní; stejně depersonalisace. Juvenilní psychosy, jak on je nazývá, jsou čtyři samostatné choroby: hebefrenie, katatonie, *dementia paranoides* a *dementia praecox*. Proti dnešní koncepci je jen nepatrný rozdíl v terminologii.

Heveroch již v roce 1904 správně rozlišoval melancholii i mánii jako syndrom a jako klinickou jednotku. Mluvil o cirkulární psychosé, o maniakálně depresivní šílenosti, o periodické melancholii, o periodických delirantních stavech. Znal tedy i to, co dnes označujeme jako fázigické atypické psychosy. Rozlišoval ustrašenost a trudnomyslnost. Od melancholie projevující se trudnomyslností odlišil ustrašenost jako klinickou jednotku (*melancholia anxiosa*, *mélancolie anxieuse*, *Angstpsychosé*), kde prvotním a základním příznakem je strach. Nutno poznamenat, že za těch více než 60 let, které uplynuly od vydání *Diagnostiky*, obrazy duševních nemocí se dosti značně změnily, jak sám ze zkušenosti více než 50leté mohu potvrdit.

Heveroch byl snad první z našich kliniků, kdo poznal důležitost filosofie pro lékařství. Zval filosofy do Purkyňovy společnosti a sám chodil do Filosofické jednoty, kde přednášel a sangvinicky debatoval. O jeho filosofickém profilu není snadné se vyjádřit. Zanechaný materiál a vzpomínky nejsou k detailnímu vystižení dostatečné. Byl rozhodným a nesmlouvavým odpůrcem psychofysického paralelismu, tohoto učení zvláště dnes již nevyhovujícího skoro žádné škole. Snad měl dosti blízko k vitalismu a k *Bergsonovi*, který počátkem tohoto století byl jedním z vedoucích evropských filosofů, a rozhodně k *Drieschovi*. Heveroch se rád zamýšlel nad základními poučkami a vžitými názory. Rozlišoval pojem správnosti a pravdy. Správnost je mu shoda se skutečností. O pravdě lze mluvit jen tehdy, když subjekt je přesvědčen o této shodě. Paranoik má svou pravdu. Lidé mohou nevěřit skutečnosti a naopak věřit tomu, co se neshoduje se skutečností. Za kritérium existence nepřijal *Descartovo* „cogito ergo sum“, neboť jsou nemocní, kteří myslí, že nejsou.

Byl vysoce eticky založen a energicky bojoval za to, aby duševně chorý nebyl trestán za své činy; též činy spáchané v opilosti, ačkoli ji krajně odsuzoval, považoval za netrestné. Věřil však v jakousi partiální odpovědnost v určitých úsecích i u těžce duševně chorých, pokud ovšem nešlo o úplnou deterioraci. Žádal slušné, ohleduplné vzájemné chování nemocných. Když nemocný trhal ústavní prádlo a pokrývky, nařizoval, aby mu dali místo ústavních vlastní. Kupodivu většinou trhání přestalo.

Heveroch byl osobnost, veliká osobnost, jeho památka je stále živá a snad živější než před 20, nebo dokonce před 10 lety. Dopouštěl se přirozeně i omylů a emočních nekritičností, které mu byly odpůrci vytýkány.

Heveroch byl naprostým, úplným a tím nekritickým odpůrcem psychoanalýzy a zabrzdil její pronikání u nás. Byl zaujat proti *Freudovi*, což snad mělo i jiné emoční pozadí. Nebyl přítelem sexuologie, nechtěl ji uznávat. Sexuálním problémům se vyhýbal (ne tak např. jeho přítel *Pelnář*). Štítel se pornolalie a koprolalie. Okřikoval koprolalické nemocné.

Byl velkým odpůrcem okultismu a toho, čemu se tehdy říkalo meta-psychologie (nekryje se s dnešním pojmem parapsychologie a psychotronika). Nevěřil, že existuje hypnosa, myslel, že hypnotisér a hypnotisovaný jsou smluveni.

Byl stržen vlnou tehdejšího terapeutického nihilismu a nevěřil mnoho na léky, což v tehdejší psychiatrii nebylo tak překvapující. Sám předpisoval několik málo stereotypních receptů, jakýchsi placeb k uspokojení pacienta, jenž si chce odnést recept, zvláště je-li tento předpis dynamisován osobností vynikajícího lékaře.

Jeho oblíbeným receptem byla tinctura valerianae s tincturou digitalis aa. Farmakologie jako vědy si vážil a mnoho mi domlouval, když viděl, že mám jisté sklony k farmakologii, abych se jí věnoval. Dopadlo to tak, že z mé éry farmakologické nakonec vzešla „Farmakologie duše“.

Heveroch si cenil morfologii; v mládí se jí trochu zabýval. Byl obdivovatelem svého učitele prof. *Jaroslava Hlavy* (1855—1924). Mezi ním a Hlavou se přes rozdíl věkový vyvinulo přátelství. Rád viděl, že jeho asistentka *Marie Špringlová* (1900—1935) se zajímala o neurohistologii a počala v ní pracovat, ovšem za velmi primitivních poměrů, neboť tehdejší ministerstva byla skoupá v dotacích.

Heveroch měl vždy, jako odchovanec *Thomayerův*, veliký zájem o neurologii a publikoval řadu prací neurologických, nebyl však neuropsychiatrem, nýbrž neurologem a psychiatrem. Zanechal náčrt Neurologie, kterou začal psát. Škoda, že ji nedokončil, byla by bývala jistě velmi originální a pedagogicky cenná, soudě podle Diagnostiky. *L. Haškovec* starší (1866—1944) svou učebnici nedokončil, to, co vyšlo, bylo torso, a tak jsme museli čekat až do padesátých let na krásnou učebnici neurologie *Kamila Henna* (1895—1967). Heveroch již ve věku 35 let napsal a vydal psychiatrickou diagnostiku [„Diagnostika chorob duševních pro mediky a praktické lékaře. Napsal MUDr. Ant. Hejda a Tuček (1904)“]. Byla to kniha mimořádná svým obsahem a konstrukcí. Touto konstrukcí je mimořádná i dnes. Velmi ji ocenil ve vzpomínkové schůzi doc. dr. *N. Osipov*, velmi bystrý a vzdělaný ruský psychiatr, tehdy v Praze působící.

Knihou obsahuje klasicky jednoduché řízené rozhovory s pacientem, stručná vysvětlení základních pojmů obecné psychiatrie a diagnostiky. Je to klíč podobný klíči k určování rostlin nebo nižších živočichů. Kromě toho jsou tam příklady jako diagnostická cvičení, obdobná s příklady v učebnici matematiky.

V této knize projevuje se jasně Heverochova snaha po pořádku, jasnosti, logičnosti, třídění, a přitom není suchá, pedantická, ale je psána vybranou formou slohovou blížící se beletrii, aniž tím utrpěla seriosnost díla. Líčení je barvitě a výstižně, nikoli rozvláčné.

O hebefrenii (schizofrenia hebefrenica naší terminologie) např. píše:

„Hebefrenie je typem patologické puberty. Jejím charakterem je rychle se prozrazující zhroupení a trosky pubertálního kvasu: nepromyšlené předtuchy, siluety španělských zámek, přes něž už takový nenajde stezky vedoucí ke skutečnému životu.“

Heveroch měl spisovatelský talent, v mládí uveřejnil dokonce něko-

lik povídek v Hlasu národa a k jubileím svých přátel rád posílal veršované gratulace, někdy dosti dlouhé a zdařilé.

Heveroch se politického života aktivně neúčastnil, ale měl o něj veliký zájem, možno říci psychologicko-psychiatrický; byl realista uznávající politickou realitu, z níž nutno vycházet.

V roce 1897, po zrušení Badeniových jazykových nařízení, došlo v Praze k velikým bouřím, takže zasahovala i péchota a dragounská jízda. Pod dojmem těchto bouří napsal „Duši davu“. Jako přednášku ji přednesl v nabitém Karolinu, kde měla ohromný úspěch.

V roce 1914 jako politický realista poznal, že teď za daných okolností a stupňovaného útlaku se Rakousko-Uhersko může rozpadnout a že proto je nutno k tomu pracovat.

Dne 1. května 1916 odjel do Haliče, kam byl přeložen, setrval tam deset měsíců, ale i tohoto svého pobytu využil lékařsky a publikoval odtud několik případů.

Heveroch byl drsný, pořádkumilovný, bojovník proti šlendriánu, vyhazování státních i osobních peněz, „ulejvání“ se z povinnosti, bojovník proti lenosti, nedbalosti, povrchnosti, nesprávnému a nejasnému myšlení a určitému druhu romantismu. V debatě byl často až ostrý, bezohledný; špatně vyzbrojený protivník odcházel z bojiště zle pocuchán. Získal si mnoho odpůrců a nepřátel mezi lékaři ústavu pro choromyslné i v tehdejší sboru profesorském, i u lidí jinak úctyhodných.

K ostrému boji došlo např. ve Spolku českých lékařů o chorobu Bedřicha Smetany. PhDr. *Baltazar* a prof. MUDr. *Haškovec* soudili, že měl progresivní paralyzu, a Heveroch tvrdil, že šlo o arteriosklerosu. Spor vyhrál Heveroch. Kdosi tehdy na schůzi vstal a dojat děkoval Heverochovi, že očistil památku velikého mistra od podezření z potupné(?) nemoci. Dnes víme, že Smetanova psychosa byla arteriosklerotická. Jeho dcera zemřela později za stejných příznaků; vyšetřením jejího mozku bylo zjištěno, že šlo o arteriosklerotickou psychosu. Psychiatrická diagnosa u Smetany zněla anioia.

Část lékařů tehdejších ústavů pro choromyslné popudil si Heveroch proti sobě, protože navrhoval, aby při kvalifikaci byl brán zřetel i na to, zda se nějak vědecky projevují.

Přítel Heverocha dr. *Mazánek* ho velmi výstižně nazval „štikou“. Štikou byl v mladosti ve studentských spolcích a štikou zůstal do smrti ve všech organisacích, kde působil; i to mu někdy přineslo nepříznivé kritiky a nekritickou nepřízeň.

Jako výrazná osobnost měl na druhé straně opět hodně dobrých známých a veliký okruh skutečných přátel. K nim patřili profesoři *Pelnář*, *Syllaba*, *Ostrčil*, *Weigner* aj., významní pražští praktikové jako fysik dr. *Klika* (otec urologa *Kliky*), *Vyšín*, *Mazánek*, *Švácha* aj., z nelékařů arch. *Kotěra*, *Jar. Hilbert*, JUDr. *Třebický* aj.

Pelnář (1872—1964), jeden z jeho nejlepších přátel, o něm napsal, že byl povahy zdánlivě nepřipustné, přátelství uzavíral s rozmyslem, ale pak bylo hluboké.

Pozdější ředitel pražského ústavu, popravený v roce 1941, *František Kafka* (1894—1941) o něm napsal, že patřil k lidem, u nichž základní charakter se zřídka projeví v empirickém charakteru (tj. takovém, jak se subjekt běžně lidem jeví).

Heveroch byl akcentovaná osobnost skoro v každém směru. Byl výborný společník se smyslem pro humor. Humor ho zajímal i psychologicky, chystal se o něm něco napsat. Jeho ukázněnost a smysl pro pořádek se u něho jeví i ve stránce společenské, byl nekompromisní, v 11 hodin večer, ať byl kdekoli, se loučil a odcházel. aby se vyspal, bez ohledu na to, že zvedal celou společnost. Vážil jsem si toho, že na mě svatbě, kde mi byl za svědka, setrval dlouho přes půlnoc.

Heveroch byl fanatik pravdy a spravedlnosti. Nabádal, aby se při vyšetřování nemocného, tím spíše žalovaného nebo obžalovaného, nevěřilo ani údajům vyšetřovaného, ani rodiny, ani svědků, dokud se vše neověří, neporovná.

Za první světové války dělal však koncese a nechával zdřímnout svou snahu po naprosté objektivnosti a zachránil tak mnoho lidí před nebezpečí fronty a některé před trestem smrti.

Byl nepřítel bezdůvodných časných odchodů do „výslužby“, po níž mnozí státní zaměstnanci tenkrát toužili. Pense byla totiž v zemské a státní službě jen o něco menší než plat, v soukromých službách, pokud nebylo zvláštní ujednání u jednotlivců zastávajících vedoucí místa, značně nižší a pense dělnické byly velmi malé. K jediné kategorii zaměstnanců byl v tomto směru benevolentní, a to k tanečnicím. Dobře věděl, že se po čtyřicátém roce těžce uplatní. Když se ho kdosi ptal, proč ta benevolence, řekl mu: „Jestli vy, já se na ni dívat nebudu.“ (Tehdy skutečně ženy v tom věku vypadalý většinou staře.)

Heverochův poměr k žákům byl jedinečný; nabádal k práci, radil, opravoval, upravoval, ochraňoval, měl radost z iniciativy a úspěchů. Nikdy nesrážel. Byl to učitel, na nějž se nezapomene.

Jeho celoživotním heslem bylo: Jasně myslet, správně jednat.

Ve své smrtelné nemoci těžce nesl, že vlivem urémie a oběhových poruch sám sebe přistihoval při drobných poruchách psychických funkcí, měl i drobné zákalý vědomí, někdy nevěděl, co před chvílí řekl. Žádal, aby se to zapisovalo, že snad z toho jednou něco udělá. Zůstal psychiatrem až do konce, introspektivním pozorovatelem, který chtěl i ze své nemoci vytěžit něco pro psychiatrii.

V jiných chvílích věděl, že se neuzdraví. Jeho utrpení bylo značné, onemocnění ledvin, urémie, bronchitis, pneumonie a edém plic zle jej týraly. Obě stránky jeho osobnosti tu sváděly spolu boj. Hranatost a

sršatost vedla ke zlobení, k akusacím a hubování, že je bezúčelné obtěžovat ho marným nepříjemným léčením. Jindy zvítězila měkká stránka, milující vše živé, nechťející nikomu ubližovat, nikoho obtěžovat; omlouval se ošetřující osobě, která spala v témže pokoji, že ji svými vzdechy budí ze spánku, že se stává při své nemoci hysterickým.

Před smrtí řekl, že závidí Cyranovi z Bergeracu, neboť ten se mohl se svými příšerami před smrtí potýkat vstoje, kdežto on musí nehybně ležet. Nehybnost, tu neměl rád, až nemoc a smrt mu ji vnutily.

Heveroch zemřel 2. března 1927 v půl deváté večer ve svém služebním bytě v prvním patře, v takzvané ředitelské vile.

Prof. MUDr. Vladimír Vondráček, DrSc.

ÚVAHY PSYCHOLOGICKO-PSYCHIATRICKÉ

Obálku navrhl Josef Týfa

Fotografii autora zhotovila Olga Svobodová

Vydalo Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n. p.,
Praha 1, Malostranské náměstí 28

Vydání 1. — Vyšlo v roce 1975 — Stran 248

Odpovědná redaktorka Libuše Táborová

Technický redaktor Josef Pultr

Vytiskla Státní tiskárna, n. p., Praha 1, Karmelitská 6

AA 17,35 — VA 18,05 — Náklad 10 000 výtisků

735 21 — 08/20 — Ed.: 75 322 — Cena váz. výt. Kčs 26,—