

V ODLIŠNOSTI STEJNÍ? PSYCHOPATOLOGIE V INTERKULTURNÍ PERSPEKTIVĚ

IDENTICAL IN OUR DIFFERENCES? PSYCHOPATHOLOGY FROM AN INTERCULTURAL PERSPECTIVE

Luděk KOLMAN, Kateřina CHAMOUTOVÁ,
Hana CHÝLOVÁ

Česká zemědělská univerzita
Kamýcká 129, 165 21 Praha 6
Suchdol;@pef.czu.cz

Abstrakt

Stat' se zabývá vývojem interkulturní psychopatologie v posledních desetiletích a upozorňuje na důsledky rozvoje tohoto oboru pro teorii i praxi diagnostiky i psychoterapie a péče o nemocné. Jádrem statí je popis zvláštního vývoje v Číně, který zřejmě vedl k tomu, že v této zemi je deprese téměř neznáma a na rozdíl od Evropy je tu často diagnostikována neurastenie. V závěru statí jsou popsány poznatky zobecněny. Popis uvedených jevů se opírá o současné pojetí kulturní psychiatrie, jak je prezentováno v citovaných pramenech. Nejde tedy o nějaké svévolné či idiosynkratické pojetí autorů tohoto sdělení.

Klíčová slova: interkulturní psychologie, psychoterapie, deprese, neurastenie

Abstract

This paper outlines the development of intercultural psychopathology in recent decades and points out the consequences of this development for the theory and practice of diagnosis, psychotherapy and patient care. The main part of the paper gives a description of specific developments in China which have evidently been responsible for the fact that depression is almost unknown in that country, where – unlike in Europe – neurasthenia is a common diagnosis. General conclusions are then drawn from the information presented.

Key words: intercultural psychology, psychotherapy, depression, neurasthenia

ÚVOD

Jedním z problémů, se kterými se setkáváme při přednáškách o interkulturní problematice, je zprostředkování interkulturní zkušenosti. Interkulturní zkušenost lze zhusta popsat jako zážitek divnosti či trapnosti nezdědka spojený s pocitem bezvýchodnosti. Ale slova zde nestačí. Popsat prožitek je obtížné. Dokážete popsat vůni či zápach, krásu či ošklivost? Jednou z možností, na které jsme narazili, bylo dovést posluchače k požadovanému prožitku konfrontací s kulturně (resp. etnicky) specifickými projevy duševních poruch. Studium této oblasti nás však vedlo dál, než jsme původně předpokládali. V oblasti, kterou bychom snad mohli označit jako interkulturní psychopatologie, došlo v posledních desetiletích k velmi zajímavému vývoji, který má důsledky jak teoretické, tak i praktické. Tyto poznatky se tu

pokusíme shrnout a to včetně změn, ke kterým v chápání interkulturní psychopatologie v posledních desetiletích došlo. Též se stručně zmíníme o důsledcích těchto změn jak pro diagnostiku, tak pro terapii. Výklad zmíněné problematiky se opírá o popis případu, který by měl přispět jak k jasnosti výkladu, tak i k vyvození závěrů z uvedených skutečností, týkajících se chápání nemoci jako diskursu mezi nemocným a jeho socio-kulturním okolím. Současně je třeba zdůraznit, že popis uvedených jevů se opírá o současné pojetí kulturní psychiatrie, jak je prezentováno v citovaných pramenech. Nejde tedy o nějaké svévolné či idiosynkratické pojetí autorů tohoto sdělení.

HISTORICKÁ VÝCHODISKA

Jedním z dobře známých případů interkulturního přístupu k psychopatologii v devatenáctém století je objev Downova syndromu, dříve označovaného jako mongolismus (Gould, 1997, s. 154). Down, zcela ve shodě s tehdejšími chápáním neevropských národních kultur jako nižších, případně degenerovaných, třídil osoby s mentálním postižením do kategorií podle tělesných znaků, které považoval za známky odpovídající oněm údajně méně hodnotným lidským skupinám. Podobně, jako při posuzování tělesných znaků, dělo se i při posuzování příznaků chování původních obyvatel, které se Evropanům mohly jevit jako zvláštní, divné či bizarní. V odborné literatuře můžeme najít celou řadu etnicky specifických syndromů, jako např. malajský *amok*, *pibloqtoq* u Inuitů či *witiko* kanadských Indiánů.

Amok je poměrně známý a označuje se jím náhle vzniklé krátkodobé agresivní chování spojené se záměrem zranit nebo zabít druhého člověka. Pibloqtoq byl pozorován u Inuitů v Grónsku, též i jinde na severu amerického kontinentu. Spočívá v nutkání opustit úkryt, strhat ze sebe šaty a vystavit se arktickému počasí. Bývá považován za důsledek izolace a nedostatečného příjmu vápníku. Witiko připomíná posedlost. Uvádí se u kanadských Indiánů a spočívá v nechutenství, depresivních pocitech a úzkosti, které jsou následovány posednutím duchem witiko, který dotyčného nutí zabít a sníst konkrétní osobu.

Jak poznamenávají Berry a kol. (2006, s. 432–433), tyto syndromy mohou jen ukazovat originální řešení jak bláznit. Mohou však také být výrazem dané kultury. Citovaní autoři uvádějí odkazy na diskusi zastánců odlišných stanovisek, která probíhala v podstatě po celou druhou polovinu dvacátého století. Spor se vedl o to, zda výše zmíněné a další syndromy lze klasifikovat a porovnat se syndromy, známými v psychopatologii z Evropy a obecně západního světa. Proti tomuto názoru stavěli někteří autoři tvrzení (*l. c.*), že kulturně specifické syndromy klasifikovat nelze, protože výsledek takového pokusu bude postrádat smysl. Jak níže doložíme, v současné době zastávané stanovisko odpovídá prvnímu ze zmíněných dvou pojetí a předpokládá, že etnicky specifické syndromy lze přiřadit k syndromům, které známe i na Západě.

Ve druhé polovině dvacátého století se názory západních odborníků na cizí kultury začaly měnit a to se také projevilo ve vývoji názorů na etnicky specifické syndromy v psychopatologii. Příčiny těchto změn byly dány především politickým a hospodářským vývojem ve světě. Po skončení druhé světové války se postupně rozpadaly koloniální říše evropských mocností, Japonsko se stalo významnou neevropskou baštou vědy a moderního průmyslu a stále více osob asijského a afrického původu nacházelo místa, uplatnění a vliv na univerzitách po celém světě. Austrálie přestala být jednoznačně anglofonní zemí (pokud jí skutečně kdy byla) a stěhovali se do ní lidé z různých částí světa. Tyto skutečnosti měly několik důležitých důsledků. Vědci a odborníci neevropského, resp. nezápadního původu přicházeli s názory a pojetími, které byly založeny na jejich vlastních kulturních východiscích a tak se jejich percepce a chápání syndromů mohly od toho evropského dosti lišit.

Případ Austrálie je v tomto kontextu důležitý, protože Austrálie asi byla první zemí s převážně západní kulturou, kde se začalo hovořit o interkulturní psychiatrii a kde se též začaly vyvíjet kulturně specifické přístupy v psychoterapii. Byl to zřejmě důsledek australské multikulturality. V Austrálii se setkávají a střetávají lidé z různých částí Evropy s přistěhovalci z Indonésie, dalších asijských zemí a z Tichomoří. Mimo oblast západní kultury poměrně brzy vlastní přístupy k psychoterapii vyvinuli Japonci (viz např. Miura & Usa, 1970). Zatímco rozšíření původně evropských způsobů vědeckého myšlení do jiných částí světa vedlo ke změnám v názoru na klasifikaci psychopatologické symptomatologie, zmíněný vývoj v Austrálii, Japonsku a jinde na Dálném Východě, přivodil změny v praxi psychiatrie a psychoterapie.

Jisté je, že klasifikace syndromů a chorob souvisí s rozhodnutími o postupu při léčbě. Pokud předpokládáme, že psychopatologické syndromy a choroby jsou u všech lidí stejné, a to bez ohledu na jejich kulturní původ a příslušnost, může nás to vést k závěru, že léčebné postupy také budou stejně účinné u všech pacientů. Nemusí tomu tak být vždy, zejména ne při péči o pacienty a v psychoterapii. Zatímco např. běžně chápeme úsměv jako známku otevřenosti a pozitivního přijímání druhého, existuje kulturně podmíněná tendence chápat úsměv jako výsměch. V psychoterapii může jít o závažnější problémy. Západní psychoterapie zdůrazňuje jako svůj cíl individuální nezávislost klienta, japonská psychoterapie *morita* chápe svůj cíl jako *amae*, což je hodnota individuální nezávislosti přesně opačná.

Jestliže vycházíme z přesvědčení, že psychopatologické syndromy jsou výrazem kulturních vlivů, musíme pro péči o klienty a psychoterapii hledat v každé kultuře zvláštní postupy, které z dané kultury vycházejí a odpovídají jejímu specifickému charakteru a vlastně by nás takový předpoklad mohl vést k závěru, že při hledání vhodných postupů léčby bychom měli spíše vycházet z místní kultury, než z teorie a praxe lékařských věd. Zejména v antropologii má názor, že kulturní jevy lze vysvětlit jen zevnitř dané kultury, dlouhou tradicí a také teoretickou podporu. Zároveň je sotva možné vydělit psychopatologii z kulturního rámce. Psychopatologické symptomy jsou zpravidla projevy chování, vyvolané, jak předpokládáme, chorobným procesem. Ať již je chorobný proces čistě biologické povahy či je jeho podstata složitější, je zřejmé, že chování nemocného bude ovlivněno tím, jak sám svoje obtíže vnímá i tím, jaké reakce očekává u svého sociálního okolí. Chování nemocného a také odpovědi na jeho chování v jeho okolí budou nepochybně dány kulturou.

Ve vědě by neměla rozhodovat víra v princip či přičynost k určité koncepci, ale empirický materiál. Případ, popsáný v následujícím odstavci, je jedním z mnoha, diskutovaných v soudobé odborné literatuře (viz Bhurga & Bhui, 2007).

PŘÍBĚHY NEURASTENIE V ČÍNĚ

Případ, popsáný v této části stati, vychází zejména ze studie, kterou Kleinman publikoval již ve druhé polovině osmdesátých let minulého století (Kleinman, 1986), která se však stala námětem širších odborných diskuzí v době nedávné (MacLachlan & McGee, 2007; Bebbington & Cooper, 2007). Kleinman v době před publikováním výše uvedené práce pobýval v Číně, v provincii Hunan. Ve své praxi v Číně se Kleinman setkal s častým výskytem neurastenie, což je diagnóza, se kterou se v posledních desetiletích na Západě prakticky nesetkáváme. Pojem *neurastenie* se dostal do Číny ze Západu na počátku dvacátého století prostřednictvím vlivů z Německa a Japonska. Zatímco na Západě se na neurastenii postupně zapomnělo, pojem se v Číně ujal a pevně zakotvil v místní medicíně. Možným vysvětlením, proč k tomu došlo, může být tradiční čínská představa o vyčerpání životní síly (*čchi*) jako příčiny onemocnění.

Kleinman na základě své práce s čínskými pacienty dospěl k přesvědčení, že somatizace je způsobem chování, spojeného s onemocněním, které je utvářeno místní kulturou. Jeho

výklad je do značné míry možné považovat za sociálně politickou interpretaci interkulturní psychiatrie (Bebbington & Cooper, 2007, s. 229). Jeho pojetí předpokládá, že se identita jedince a socio-politické vlivy vzájemně ovlivňují. V odborné literatuře scházejí další studie, které by Kleinmanovy názory potvrzovaly či vyvracely, přesto je zajímavé povšimnout si, co při svých výzkumech zjistil a k jakým závěrům jej to vedlo. V této souvislosti by mohlo být vhodné zmínit, že pojem *neurastenie* se poněkud výrazněji vyskytoval po polovině dvacátého století ve východoevropských zemích, které ovládal Sovětský svaz. Zde tomu tak bylo, protože *neurastenie* byla součástí tehdy ideologicky prosazované koncepce vyšší nervové činnosti I. P. Pavlova. Již tehdy byly např. u nás vyslovovány pochybnosti o užitečnosti tohoto pojmu a dnes se již s diagnózou *neurastenie* setkáme jen zřídka. To, co jsme zde uvedli, je rovněž sociopolitické vysvětlení. Ještě je třeba zmínit, že Pavlov pracoval s pojmem *neurastenie* na počátku dvacátého století, kdy to byla běžná diagnostická kategorie i na Západě.

Podle Kleinmanova výkladu, byla po vítězství komunismu v Číně *neurastenie* považována za důsledek nerovnováhy mezi nároky životní situace a schopností jedince je zvládat. Něco takového mělo být typické zejména pro jedince, žijící v kapitalismu, a tak vysoký výskyt *neurastenie* vyvolával v oficiálních čínských kruzích na konci padesátých let rozpaky. Koncem zmíněného desetiletí byly proto navrženy postupy rychlé kombinované léčby prací, psychoterapií, léky a politickou agitací. Výsledky údajně měly být dobré, ale časem začala být diagnóza opět přijatelná. Dnes je *neurastenie* v Číně velmi běžnou diagnózou (Bebbington & Cooper, 2007), zatímco deprese je diagnostikována jen výjimečně. Kleinman se ve svých výzkumech zabýval, kromě jiného, otázkou, zda čínští psychiatři nediodagnostikují *neurastenie* v těch případech, kde by západní psychiatr diagnostikoval depresi.

Kleinman zkoumal 100 případů, diagnostikovaných jako *neurastenie*. Použil standardní diagnostické postupy, běžné v USA a na tomto základě dospěl k závěru, že 93 z nich splňovalo kritéria pro depresi a 87 pro vážnou depresivní poruchu. U 69 z nich byla též splněna kritéria pro úzkostnou poruchu. Přesto převážná většina symptomů, které pacienti uváděli, byla somatická a většina z nich se nejprve obrátila se svými potížemi na praktického lékaře. Přestože byl Kleinman sto u všech subjektů potvrdit dysforii, podařilo se mu to jen přímým dotazováním a všichni pacienti striktně odmítali označení „deprese“. U řady z pacientů s *neurastenie* ze zkoumaného vzorku bylo zjištěno, že prošli situacemi, které by na Západě mohly vést k bezprostředním projevům distresu či dysforie.

Kleinman hledal vysvětlení svých nálezů ve dvou oblastech. V Číně byly tradičně duševní poruchy silně stigmatizovány a představovaly problém pro rodinu nemocného. Dále, v komunistické Číně druhé polovině dvacátého století byly depresivní pocity chápány jako kritika režimu (jak by se mohl depresivně cítit někdo, kdo má možnost podílet se na rozvoji nové a lepší společnosti, pokud to není odpůrce režimu?). Tak, podle něj, představovala diagnóza *neurastenie* pro občana ČLR jediný vhodný způsob ke zvládnání svých obtíží. Kleinman dále argumentoval, že vysvětlení není ani tak nezbytné pro somatizaci potíží v moderní čínské společnosti, jako pro způsoby vyjádření distresu u některých osob ve společnostech Západu. Tvrdil, že západní pojetí deprese je výrazně egocentrické a proto má v západních společnostech stabilizující úlohu. Osobní obtíže jsou tímto chápáním odpovědi na distres vyděleny ze struktury společnosti jako celku a zůstávají pouze problémem osoby.

Kleinmanovy výsledky otevírají celou řadu dalších otázek, které ponechávají nezodpovězené. Rovněž je třeba si uvědomit, že systém nosologických jednotek je americký a tedy je odlišný od evropského. Otázkou dále zůstává, jak lidé z odlišných společností dospívají ke svým kulturně specifickým způsobům, jak se vyrovnat s dysforií i to, zda mohou být syndromy deprese a *neurastenie* považovány za zcela či částečně ekvivalentní.

DISKUSE A ZÁVĚRY

V závěrečné diskuzi se věnujeme poněkud odlišným aspektům a otevřeným otázkám. První z nich se týká otázky, o níž jsme se zmínili na začátku. V antropologii a v dalších disciplínách zabývajících se studiem kultur, se lze setkat se třemi základními přístupy. Berry et al. (2006, s. 475–476) je označují jako *absolutismus*, *relativismus* a *universalismus*. Absolutismus je teoretické zaměření, které nepovažuje lidské chování za ovlivněné či určené kulturou. Relativismus naproti tomu předpokládá, že lidské chování je silně determinováno kulturou, z níž jedinec pochází a že je sotva můžeme studovat, pokud nevezmeme v úvahu kulturu, z níž daný jedinec pochází. Berry a kol. (op. cit.) se staví za třetí přístup. Jako universalismus označují stanovisko, že psychologické procesy jsou sdíleny a jsou charakteristické pro všechny lidské jedince. Zároveň však je jejich vývoj a uskutečnění ovlivněno kulturou. Kleinmanova studie, jíž jsme se výše zabývali, silně podporuje právě tento třetí přístup. Spor mezi uvedenými přístupy však sama rozhodnout nemůže.

Kleinmanova studie poskytuje podporu pro pojetí, vycházející z prací Parsonse (1951) a *Mechanica* (1962). V tomto pojetí probíhá léčení v socio-kulturním prostoru, obsahujícím kromě jiného též předpisy o chování nemocného. Jsou to „komplexní interakce mezi způsoby diskursu zahrnujícího distres a způsoby, kterými lékař, reprezentující kulturní konstrukt léčení, na něj reaguje a zachází s ním“ (Bebbington & Cooper, 2007, s. 228). Je možná zvláštností kultury Západu, že v tomto rámci umožňuje rozlišení tělesného a duševního onemocnění. V jiných kulturách zjevně buď toto rozlišení neexistuje, nebo je onemocnění chápáno jen jako fyzické.

Uvedené skutečnosti, byť jsme se v této stati primárně zabývali interkulturní psychopatiologií, vedou ještě k jednomu socio-politickému závěru. Ukazuje se, že Evropa přestává být vůdčí silou ve světě, kterou byla v minulých staletích. Evropa (resp. Západ), v posledních několika stech letech vládla světu ekonomicky, ideově i v krásných uměních. Její války zasahovaly většinu obydlených území, jak se ukázalo zejména ve dvou světových válkách. Nyní již tomu tak není. V současném světě se setkáváme s širší diskuzí, vedenou lidmi odchovanými odlišnými kulturami, kteří ale získali výcvik ve vědeckém myšlení. Kritické vědecké myšlení je jedinečným kulturním přínosem Evropy světu a lze doufat, že jeho přijetí intelektuální špičkou celého světa přinese lepší výsledky, než někdejší ekonomická a politická hegemonie Evropy či její ničivé války.

POUŽITÁ LITERATURA

- BEBBINGTON, P.; COOPER, C. Affective disorders. In: BHURGA, D.; BHUI, K. (eds.) *Textbook of Cultural Psychiatry*. Cambridge : Cambridge University Press, 2007, s. 224 – 241.
- BERRY, J. W.; POORTINGA, Y. H.; SEGALL, M. H.; DASEN, P. R. *Cross-Cultural Psychology. Research and Applications*. Cambridge : Cambridge University Press, 2006.
- BHURGA, D.; BHUI, K. (eds.) *Textbook of Cultural Psychiatry*. Cambridge : Cambridge University Press, 2007.
- GOULD, S. J. *Jak neměřit člověka*. Praha : Nakladatelství Lidové noviny, 1997.
- KLEINMAN, A. M. *Social Origins of Distress and Disease: Neurasthenia and Pain in Modern China*. New Haven, CT : Yale University Press, 1986.
- MACLACHLAN, M.; MCGEE, S. Psychology and cultural psychiatry. In: BHURGA, D.; BHUI, K. (eds.) *Textbook of Cultural Psychiatry*. Cambridge : Cambridge University Press, 2007, s. 43 – 58.

- MECHANIC, D. The koncept of illness behaviour. *Journal of Chronic Disease*, 1962, 15, s. 189–194.
- MIURA, S. K.; USA, S. A psychotherapy for neurosis: Morita therapy. *Psychologia*, 1970, 13, s. 18-24.
- PARSONS, T. *The Social System*. London : Routlege and Kegan Paul, 1951.