

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Katolická teologická fakulta

Katedra pastorálních oborů a právních věd

Pastorální teologie

Ing. Petr Trefil

DUCHOVNÍ PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍMI PORUCHAMI

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Doc. Ing. Mgr. Aleš Opatrný, Th.D.

PRAHA 2009

Je mou milou povinností na tomto místě poděkovat především vedoucímu své bakalářské práce Doc. Ing. Mgr. Aleši Opatrnému, Th.D. za věnovaný čas, poskytnuté odborné konzultace a cenné rady a pomoc během vypracování této bakalářské práce. Dále bych chtěl poděkovat MUDr. Janě Staré a MUDr. Haně Laštovicové z Psychiatrické léčebny v Havlíčkově Brodě, za odbornou konzultaci k problematice duševních poruch.

„Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval samostatně a v seznamu literatury a pramenů uvedl veškeré informační zdroje, které jsem použil“.

V Havlíčkově Brodě dne 23.dubna 2009

Ing. Petr Trefil

OBSAH

Úvod.....	4
1 Duchovní potřeby člověka.....	5
1.1 Celostní přístup k potřebám člověka	5
1.2 Duchovní potřeby a jejich vazba k ostatním potřebám člověka	5
2 Psychologie handicapu	10
3 Vztah mezi pastorační a psychoterapií.....	12
4 Některé druhy duševních poruch.....	16
4.1 Schizofrenie	16
4.2 Neurózy.....	20
4.3 Demence	22
4.4 Deprese	24
5 Pastorační péče se zaměřením na psychicky handicapované.....	27
5.1 Pastorační rozhovor	27
5.2 Život ze svátostí.....	29
5.3 Duchovní život a přiměřenost nároků života z víry.....	32
5.4 Spolupráce s věřícím okolím nemocného	32
6 Možnosti uspokojení duchovních potřeb v prostředí psychiatrické léčebny	33
6.1 Specifika života a pastorační péče v psychiatrickém zařízení.....	33
6.2 Součinnost pastorujících a zdravotnického personálu	37
7 Činnost laika v pastorační péči o psychicky handicapované	39
Závěr	41
Seznam literatury	43
Resumé.....	45
Anglická anotace.....	46

Úvod

Hlavním cílem práce bude ukázat, že i lidé s duševními poruchami mají stejně jako zdraví lidé své duchovní potřeby, v čem jsou tyto potřeby a jejich realizace specifické u jednotlivých typů duševních poruch, jako jsou: schizofrenie, neurózy, deprese a demence. Dále bude pojednáno o specifických možnostech naplnění duchovních potřeb v prostředí psychiatrické léčebny, o roli pastoračního asistenta-laika a o základních problémech, se kterými se pastorující v léčebném zařízení tohoto typu potýká.

Při zpracování tématu byl proveden průzkum dostupné literatury, obohacený o osobní zkušenost z praxe pastoračního asistenta-laika v Psychiatrické léčebně v Havlíčkově Brodě. Bylo využito i poznatků z osobní odborné konzultace se dvěma lékařkami, které v tomto léčebném zařízení již několik let pracují. Obě lékařky jsou věřící, hlásící se k římskokatolickému vyznání, takže mají zároveň dobrý vhled do problematiky duchovních potřeb a poskytly cenné informace nejen k jednotlivým duševním poruchám, ale zároveň k možnostem naplňování duchovních potřeb svých klientů.

Pastorační péči a duchovním potřebám u osob s duševními poruchami není doposud věnováno mnoho pozornosti nejen v odborné zdravotnické literatuře, ale ani v církevních dokumentech a v teologické literatuře, a to přesto, že se dotýká nemalé části populace a představuje významnou část v pastorační službě. Proto jedním z cílů práce je poukázat na nutnost, aby této problematice bylo věnováno více pozornosti jak u odborné zdravotnické veřejnosti, tak ze strany duchovenstva a teologů, včetně vytýčení hlavních oblastí, které by zasluhovaly zvláštní pozornost.

1 Duchovní potřeby člověka

1.1 Celostní přístup k potřebám člověka

Pastorace osob s duševními poruchami má svá specifika. Předně je třeba si uvědomit, jaké jsou skutečné potřeby osob, o které v pastoraci pečujeme. Při pastoraci musíme mít na paměti čtyři základní potřeby, které jsou ostatně obecně platné i u osob s jiným onemocněním či u zdravých osob. Jsou to potřeby¹: biologické, psychologické, sociální a spirituální.

I když se role pastorujících odehrává zejména na poli potřeb spirituálních, nesmí být zaměřena výlučně na ně. O nutnosti vícerozměrného přístupu v pastoraci svědčí i vícerozměrné poslání církve, které se dá shrnout do čtyř základních posláních: hlásání, bohoslužba, péče o společenství a služba potřebným.² Mezi výše zmíněnými potřebami člověka a čtvrtým základním posláním církve bychom jistě našli řadu paralel, které by vystihly jejich vzájemné vazby. V pastoraci by tedy mělo docházet k jakémusi průmětu všech těchto potřeb a přístup pastorujícího by měl být celostní, tj. zaměřený vyváženě s ohledem na všechny potřeby nemocného a s ohledem na celou osobnost člověka jako takového. Otázkou dobré pastorace pak je kladení přiměřeného důrazu na aktuální potřeby v dané situaci, přirozeně s prioritou spirituálních potřeb. V tomto ohledu však v praxi často dochází k redukci na čistě duchovní stránku a náboženské uspokojení, tedy spirituální potřeby jako takové, přičemž se pak může spíše jednat o naplnění náboženského očekávání pastorujícího, než o naplnění skutečných potřeb toho, komu je slouženo.

1.2 Duchovní potřeby a jejich vazba k ostatním potřebám člověka

Jak už bylo řečeno v předešlé stati, duchovní potřeby tvoří jeden ze čtyř pilířů, na kterých stojí každý lidský život a to ve zdraví či v nemoci. Všechny tyto čtyři potřeby jsou důležité a nezastupitelné, i když mezi nimi samozřejmě existuje určitá významová priorita.

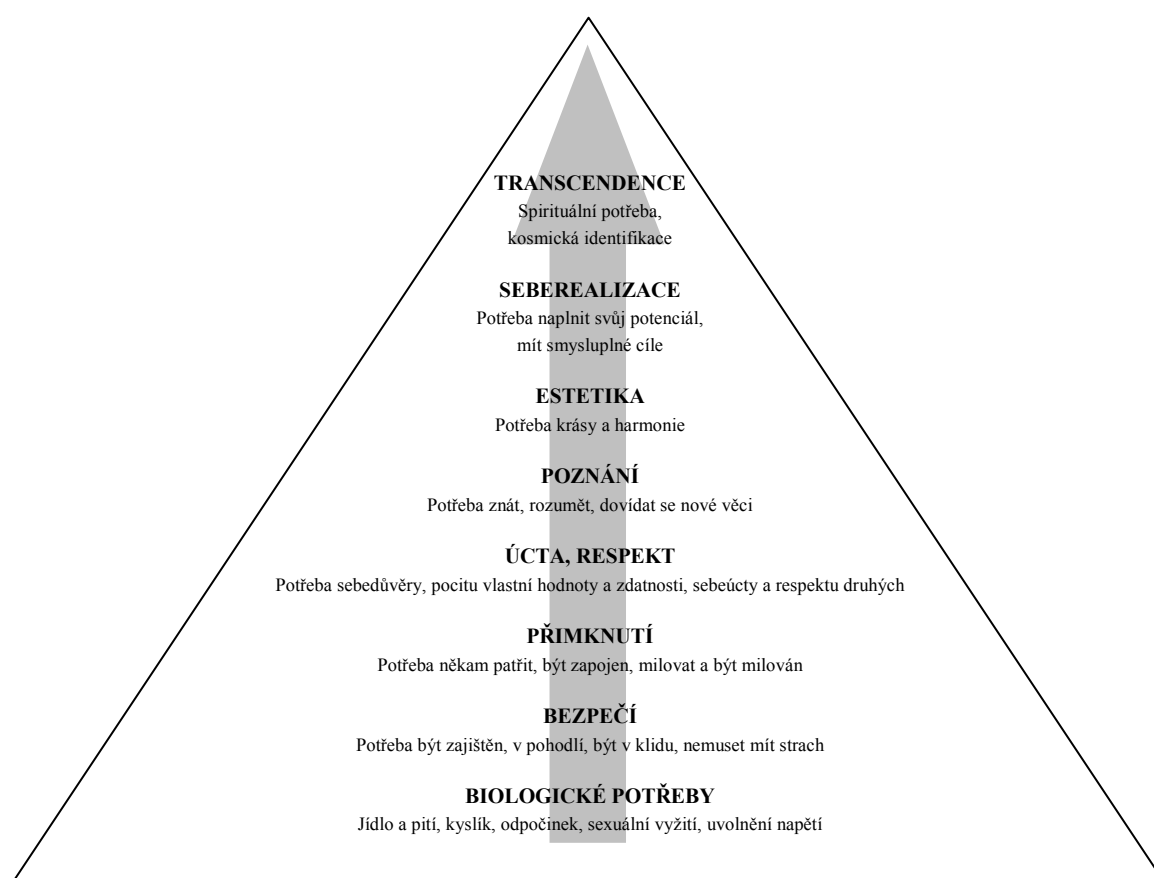
Zatímco biologické a psychologické potřeby jsou více či méně ohraničeny na svého nositele, potřeby sociální a spirituální jej přesahují. Spirituální dimenze pak představuje pomyslný vrchol všech potřeb. Přitom nehraje žádnou roli, zda se člověk hlásí k nějakému

¹ Srov. SVATOŠOVÁ Marie: Hospice a umění doprovázet, čtvrté vydání, Praha: Ecce homo, 1999, 45.

² Srov. OPATRŇÝ Aleš: Pastorační péče v méně obvyklých situacích, čtvrté upravené a rozšířené vydání, Praha: Pastorační středisko sv.Vojtěcha, 2005, 9.

konkrétnímu náboženství, protože obecně v širším pojetí pod pojmem *spirituální* nerozumíme náboženství, ale potřebu člověka hledat smysl své existence. Spirituální dimenze je zakotvena přímo v lidské psychice a její absence či neuspokojení, je v odborných kruzích chápána jako jedna z možných příčin vzniku duševních poruch, jako jsou neurózy, deprese a další.³ Rozdíl mezi lidmi věřícími a nevěřícími není v tom, zda duchovní potřeby mají, ale v tom, zda a jak si je uvědomují, jak je prožívají a naplňují.

O hierarchii potřeb člověka výstižně pojednává Maslow⁴, který řadí jednotlivé potřeby do pořadí podle naléhavosti a podle pořadí, ve kterém se u člověka vývojově objevují, přičemž na samém vrcholu potřeb uvádí právě potřeby spirituální - transcendentní:



Spirituální potřeby člověka se během života mění, protože v oblasti spirituality se člověk přirozeně vyvíjí. Podle tzv. Eriksonovy vývojové teorie⁵ existuje osm stadií vývoje, ve kterých lidská spiritualita postupně dozrává. V důsledku duševních poruch můžou být některé tyto vývojové fáze narušeny.

³ Srov. VODÁČKOVÁ Daniela a kol.: Krizová intervence, Praha: Portál, 2002, 316.

⁴ Srov. ŘÍČAN Pavel: Psychologie náboženství a spirituality, Praha: Portál, 2007, 232–235.

⁵ Srov. tamtéž, 239–252.

Stádium základní důvěry a naděje – v prvním roce života se nový člověk sžívá se světem a je důležité, aby ho poznal jako dobrý, aby nabyl přesvědčení, že je přijímán, což ho disponuje k pozdější otevřenosti vůči druhým a tedy i k transcendenci. Některé neurotické poruchy a neschopnost vnímat svět a vztahy k druhým lidem v pozitivním duchu, mají patrně své kořeny v narušeném vývoji v tomto stěžejním období, kdy rodiče mají dětem dát pocítit svou náklonnost a blízkost.

Stádium první autonomie – v období prvních třech let života se člověk učí hledat a uvědomovat si svá vlastní přání v konfrontaci se svým okolím, což u něho vyvolává první pocity zahanbení a pochybnosti o sobě samém. Zvládnutím této fáze si osvojí zdravé vnímání řádu, tzn. vyváženost mezi poslušností a realizací vlastních představ. Narušený průběh v tomto období vývoje má za následek poruchy vůle, obsese či jiné.

Stádium iniciativy - v tomto období, kdy dítě objevuje vnímání prostoru a rozkoše, zakouší zároveň uvědomění si pocitů viny, formuje se u něho zárodek svědomí.

Stádium snaživosti – překonávání napětí mezi snaživostí a pocity méněcennosti vyvolávanými nezdary.

Stádium identity – hledání odpovědi na smysl své existence v období adolescence a pubescence. Kdo jsem a jaký jsem?

Stádium intimacy – v období ranné dospělosti se jedinec učí bezvýhradné důvěře v milovanou osobu, poznává hranice vlastního sebeotevření druhým. Zkušenost s vlastní intimitou člověka disponuje k pochopení a uskutečňování vztahu také k Bohu.

Stádium generativity – schopnost něco plodit, utvářet. Pokud se generativita u člověka neuplatňuje, nastává regrese, tzn. návrat k předchozím vývojovým stádiím buď ve formě obsedantní potřeby pseudo-intimity nebo nutkavého zabývání se sebou samým.

Stádium integrity – životní zkušenosti člověku na konci života jako by v celistvosti dávají pochopit smysl jeho existence a tedy i uspokojení. U lidí s narušenou pamětí (např. demence), nebo schopnosti vlastní sebereflexe (zejména některé druhy poruch osobnosti, schizofrenie, ranné fáze demence apod.) k integritě nedochází, což má za následek pocity zoufalství a beznaděje při pohledu do budoucna a tváří v tvář blížící se smrti (neplatí už u pokročilých stádií demencí).

V oblasti duchovních potřeb je u člověka v nemoci obecně důležité především: ⁶

a) nalezení smyslu prožívané životní situace

- vyrovnání se se situací, její přijetí, nalezení alespoň částečné či přijatelné odpovědi, k čemu je tato životní zkušenost dobrá

⁶ Srov. OPATRŇÝ Aleš: op. cit, 78.

b) naplnění vlastního života

- saturace alespoň elementárního uspokojení

c) smíření

- se sebou, s „nespravedlivým“ Bohem, s nemocí, s okolím

d) odpoutání

- od toho, co v důsledku nemoci nelze uskutečnit
- odstranění frustrace z životní situace

e) dořešení spirituálních otázek

Frankl ⁷ v souvislosti s duchovními potřebami hovoří o potřebě smyslu existence. O smyslu mluví jako o ústředním prvku, který je integrujícím článkem lidského života. Člověk je proniknut *vrozenou vůlí ke smyslu*. Hledání smyslu, je pro člověka jakýmsi hnacím motivem a zároveň základním zdrojem vnitřního uspokojení. Vědomí smyslu pak člověku pomáhá překonávat životní obtíže, vyrovnávat se a přijímat i nepříznivé okolnosti života, je pro něho potvrzením lidské důstojnosti. Podle Frankla je pro tělesné i duševní zdraví člověka nezbytný přiměřený životní cíl, vhodné životní úkoly, které je schopen zvládnout. Proto i pastorační péče má člověku především pomáhat ve světle víry, nakolik je toho duševně nemocný schopen, objevovat smysl jeho života v aktuální životní situaci. S otázkou smyslu souvisí vědomí nějakého poslání, či chceme-li určité užitečnosti a úkolu. Snáze ho nacházíme, pokud jsou na nás kladeny nějaké nároky. Člověk, od kterého se nic neočekává, brzy dochází ke ztrátě smyslu svého bytí. Pastorační péče člověku pomáhá tím, že mu předkládá celou řadu stále aktuálních výzev bytí ve světě, ve kterých je nezastupitelné místo i pro lidi s jakýmkoli druhem handicapu. Pohledem víry nahlížíme, že nesení kříže např. duševní poruchy, může znamenat podíl na plnosti Kristových útrap a tedy podíl na díle spásy. Nesení vlastního kříže, v tomto případě těžkostí duševního onemocnění, je-li obětováno spolu s modlitbou, může být vnímáno také jako cenný a účinný prostředek jak posvěcování života vlastního, tak těch, za které se dotyčný modlí. Také u osob s duševní poruchou, která není spojena s podstatným narušením míry vlastního úsudku a sebereflexe, může být akcent na takto vnímané přijetí vlastní choroby cennou pomocí na jejich životní cestě. Ke značné ztrátě smyslu dochází zejména u osob s dlouhodobou hospitalizací v zařízení psychiatrické léčebny. Pacienti prožívají pocity nudy, frustrace, prázdnoty, nejasné či zcela vyprázdňené vize budoucnosti, to vše umocněné izolací od okolní společnosti, rodiny, ale i přístupem zdravotního personálu, který po nich defakto nic kromě léčby (medikace, terapie) neočekává.

⁷ Srov. FRANKL Viktor E.: Psychoterapie pro laiky, Brno: Cesta, 1998, 11–31, 63.

Významný podíl na uspokojení duchovních potřeb má právě nalezení či zamezení ztráty smyslu, čemuž velmi pomáhá nejen prostý kontakt a lidský přístup, ale i pozornost věnovaná spirituální dimenzi.

Spiritualita člověka je samotnou integrující komponentou lidské osobnosti a psychiky a o spirituální potřebě smyslu, jakožto vrcholu v hodnotovém žebříčku kulturního člověka, hovořil již C.G.Jung⁸, i když otázka spirituální dimenze se v psychologii a v biomedicínských vědách objevuje defakto až v posledních desetiletích.⁹ Důvodem předchozího odmítání bylo patrně úzké spojení spirituality s jejím konkrétním nábožensky institucionalizovaným pojetím, což v dnešní ateizované společnosti nenachází adekvátní odezvu. V našem prostředí, které bylo před listopadem 1989 orientováno na materialistické pojetí světa, nedůvěra či zpochybňování spirituality člověka bohužel přežívá doposud. Již ne sice na vědecké rovině, tzn. v odborných kruzích, ale stále ještě například na rovině poskytované péče ve zdravotnických zařízeních, kde se více uplatňuje subjektivní přístup jednotlivých zdravotních pracovníků, kteří ne vždy sdílí profesionální přesvědčení o nutnosti naplnění potřeb člověka v této oblasti. Velice výstižně pojmenovává nejčastější předsudky o věřících ve své publikaci o krizové intervenci Daniela Vodáčková.¹⁰

Závěrem pojednání o vymezení pojmu spirituálních potřeb je třeba dodat, že v užším pojetí samozřejmě pod pojmem *spirituální* rozumíme ty potřeby, které jsou hlavním předmětem pastorační péče, tedy naplnění potřeb duchovního života osob, pro které se křesťanská víra stala zdrojem vnitřního života s Kristem. V pastorační péči a pro vzájemný vztah pastorační péče a psychoterapie je však třeba mít na paměti oba pohledy – užší i širší, jinak pastorujícím osobám hrozí zploštění pohledu na člověka a omezení pastorační péče jen na osoby splňující kritérium „aktivně“ prožívané křesťanské víry, v našem případě možná dokonce jen v římskokatolickém pojetí.

⁸ Srov. ŘÍČAN Pavel: op. cit., 59–61.

⁹ Srov. SLABÝ Adolf: Pastorační medicína a zdravotní etika, Praha: Univerzita Karlova, 1991, 7.

¹⁰ Srov. VODÁČKOVÁ Daniela a kol.: op. cit., 327.

2 Psychologie handicapu

Duševní poruchy můžeme oprávněně řadit mezi handicap. Není cílem této práce pojednat o historii přístupu lidské společnosti k osobám, které v důsledku tělesné či duševní nemoci nezapadají do obecné normy toho, co je společností považováno za normální, chtěné a žádoucí, zkrátka co je spojeno s představou naplněného života. V následující stati se pokusím nastínit, co handicapem obecně míníme, jak handicap ovlivňuje život jedince ve společnosti, a jak pastorační péče napomáhá vzájemnému vztahu mezi handicapovaným jedincem a společností a jeho vlastnímu sebepřijetí.

Handicapem rozumíme *„zátěž nějakého onemocnění, tělesné vady, postižení. Hovoří se tedy vlastně o znevýhodnění určitých osob oproti jiným osobám – většinou bez vlastního zavinění (daném genetickými, vrozenými či v průběhu života působícími faktory sociálními a sociálně-psychologickými).“*¹¹

Vnímání a vztah k jedincům s handicapem se v průběhu vývoje lidské společnosti výrazně měnilo v závislosti na socio-kulturních podmínkách. Velmi stručně se dá říci, že v primitivních kulturách a společnostech, které mají problém se zajištěním vlastní existence, nejsou dobré či jen velmi slabé podmínky pro přijetí jakékoliv odlišnosti, tím spíše výrazných handicapů, spojených pro společnost s určitou zátěží. V těchto kulturách je potlačena individualita na úkor celku, jedinec je na skupině více či zcela závislý a odlišnosti jsou vnímány silně negativně - jako nežádoucí.

Vztah společnosti k handicapovaným osobám se neodráží jen do vztahů „zdravých“ jedinců vůči nositelům handicapu a naopak, ale i do vztahu handicapovaného vůči sobě samému. Handicapovaní jedinci bývají dosti často stigmatizováni, tzn. že jim bývá přisuzováno i to, co ze samotného handicapu nevyplývá, jako např. horší charakterové vlastnosti či intelekt, obecně bývají znamením něčeho nežádoucího.¹²

Vztah k jedinečnosti lidské bytosti je charakteristická pro moderní západní společnost, což je způsobeno jistě vysokou životní úrovní, ale velmi výraznou měrou je to ovlivněno i dědictvím křesťanské lásky k bližnímu. Právě v oblasti pastorační péče, zaměřené na duchovní potřeby člověka, je jedinec vnímán ve své jedinečnosti a jeho hodnota není posuzována měřítky prospěšnosti a normality, která odpovídá konkrétnímu socio-kulturnímu prostředí.

¹¹ ŠTĚCH Stanislav: Sociálně-kulturní pojetí handicapu, in: VÁGNEROVÁ Marie, HADJ-MOUSSOVÁ Zuzana, ŠTĚCH Stanislav: Psychologie handicapu, Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2004, 33.

¹² Srov. HADJ-MOUSSOVÁ Zuzana: Historická podmíněnost přístupu společnosti k různým postižením a jejich příčinám, in: VÁGNEROVÁ Marie, HADJ-MOUSSOVÁ Zuzana, ŠTĚCH Stanislav: Psychologie handicapu, Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2004, 7–13.

Pastorační péče tak pomáhá vytvářet prostředí tolerance a přijetí odlišnosti, respektování individuality a napomáhá tak i nositelům handicapu přijmout a naplnit svůj život, jak je to nejlépe možné.

3 Vztah mezi pastorcí a psychoterapií

C.G.Jung kdysi nazval náboženství psychoterapeutickým systémem. V teologii a náboženské víře vůbec spatřoval cenný a inspirativní podklad pro lepší porozumění svým klientům.

Teologie, resp. pastorální teologie, psychoterapii nabízí porozumění duchovní dimenzi člověka a pro pastorační je psychoterapie cenným zdrojem porozumění člověku v jeho přirozených tělesných a psychických rovinách. Proto ve vztahu k medicínským oborům, mezi které psychoterapii řadíme, je nutné, aby pastorační pracovník ve své praxi dokázal aplikovat základní odborné psychologické a psychoterapeutické znalosti v pohledu na člověka a jeho psychický stav. Tyto znalosti jsou pro něho totiž nezbytné k celostnímu porozumění situaci, ve které se osoba nachází. Zároveň je to nezbytným předpokladem k tomu, aby nepropadal falešnému a nesprávnému dojmu, že jeho pastorační péče může odbornou psychiatrickou péči nahradit. Znalost problematiky a její aplikace v praxi, je totiž jedinou cestou k oboustranné spolupráci. Z řečeného vyplývá nutnost, aby i naopak zdravotnický personál byl dostatečně vzdělán v problematice spirituálních potřeb člověka, a to v jejich širším i v užším pojetí.

Bohužel se však i v dnešní době stále potýkáme se vzájemným nedoceněním a nedůvěrou, a to jak z hlediska psychoterapeutů vůči náboženství, tak z hlediska věřících vůči psychologii a psychoterapii.¹³

Z hlediska věřících mají větší výhrady vůči psychoterapii příslušníci z nových, především probuzeneckých a letničních církví. Psychické potíže jsou jimi často chápány jako důsledek vlastní viny a je na ně nezřídka nahlíženo skrz optiku morálního selhání. Pokud se jedná o psychické potíže nepatologického charakteru, bývá pro věřící zpravidla obtížné vyhledat odbornou péči a to ze dvou důvodů. Na jedné straně z obecných předsudků a obav, které jsou ostatně běžně rozšířené u většiny populace, na straně druhé kvůli výčitce, že by to znamenalo nedostatečnou víru a tedy selhání víry. Obdobný postoj zaujímají i někteří pastorační pracovníci z řad římskokatolické církve, kteří nedokáží správně rozlišit míru závažnosti obtíží, kdy je třeba člověka směřovat krom pastorační péče i k odborné psychologické či dokonce psychiatrické péči.

U psychologů a psychiatrů zase naopak náboženství nezřídka představuje jakousi nedokonalou náhražku psychické podpory u nevyzrálých osob, nebo v ní dokonce vidí potenciální zdroj psychických problémů jako jsou neurózy, depresivní stavy a jiné.

¹³ Srov. ŘÍČAN Pavel: op cit., 301–307.

Odhlédneme-li tedy od výše zmíněných oboustranných předsudků, zjistíme, že oba obory mají mnoho společného. Ve svém zorném poli totiž mají člověka, hledání a podporu k naplnění jeho dobra. Zjednodušeně řečeno, každý z těchto oborů nahlíží tentýž subjekt a cíl – člověka a jeho dobro, i když z jiného úhlu pohledu a s využitím jiných prostředků k jeho dosažení. Z pohledu víry, však můžeme právem říci, že spirituální hledisko je komplexnější, vidí totiž člověka v jeho celistvosti (tělesné i duchovní).

To že pastore a psychoterapie mají mnoho společného dokládá skutečnost, že ve škále jejich činností bychom mohli nalézt několik paralel:¹⁴

1. Nabídka řádu

- člověk není schopen bez řádu smysluplně a spokojeně žít
- v psychoterapii se vedení ke smyslu pro respektování řádu aplikuje zvláště u některých druhů poruch osobnosti a u závislostí, přičemž cílem je obnovení narušené socializace nemocného
- v pastoreci je člověku předkládán Boží řád, ve kterém je mu dáno nezastupitelné místo, a ve kterém nachází naplnění své existence

2. Práce s tíživými vzpomínkami a jiným psychickým materiálem

- v psychoterapii se jedná o tzv. psychoanalýzu a metody vedoucí k uvolnění toho, co člověka psychicky zatěžuje
- v pastoreci bychom tento prvek našli například ve svátosti smíření

3. Skupinová psychoterapie

- v psychoterapii se jedná o vzájemné sdílení zkušeností a emoční podpory mezi pacienty s podobnými psychickými problémy
- vzájemné sdílení a doprovázení je podstatným prvkem života církve jakožto společenství

4. Navozování prožitků vysoké intenzity

- prožitky vysoké intenzity jsou v psychoterapii vyvolávány v některých případech záměrně, s cílem pohnout s patologickými strukturami osobnosti. Jednou z používaných metod navození těchto prožitků je například holotropní dýchání.
- v pastoreci bychom podobný prvek mohli nalézt například v exorcismech

5. Katarze

- v rámci psychoanalýzy dochází ke zpracování toho, co člověk vědomě či nevědomě ve svém vědomí potlačuje a vytěšňuje, a co se stává zdrojem psychických potíží

¹⁴ Srov. ŘÍČAN Pavel: op. cit., 301–307.

- k procesu katarze dochází výrazným způsobem ve svátosti smíření, kdy dochází k prohloubení vlastního sebepoznání a vnitřnímu uzdravení
6. Rituály a symbolická jednání
- život člověka je plný rituálů a symboliky, protože usnadňují zhmotnit nevyjádřitelné
 - v psychoterapii se zejména skupinové ritualy využívá pro jejich sílu člověka motivovat ke splnění vlastních rozhodnutí a vyrovnávat se s vlastními obtížemi
 - oblast duchovního života si bez symboliky a ritualy nelze ani představit, protože to, co člověka přesahuje, nelze převážně vyjádřit jinak, než s jejich pomocí
7. Přenos
- jev přenosu v psychoterapii objevil Z.Freud a jedná se o emoční vazbu pacienta ke svému terapeutovi, díky níž dochází snáze k terapeutickému působení
 - ke stejnému jevu dochází i mezi pastorujícími a těmi, kterým slouží
8. Posílení JÁ jako centra osobnostní struktury
- v psychoterapii se jedná o posílení či nalezení osobnostní identity
 - v pastorační práci lidem pomáháme nalézt střed svého bytí, vědomí vlastní jedinečnosti a svého místa v Božím stvoření
9. Narativní psychoterapie
- psychoterapie využívá psychodramatu k tomu, aby se člověk identifikoval s nějakou postavou, či událostí a v jejich příběhu našel řešení vlastní situace
 - v pastorační práci dochází k podobnému efektu identifikací s postavami a událostmi v Písmu, světců apod.
10. Transformace velmi ranných, primitivně strukturovaných afektů
- Psychoterapie i pastorační práce usilují o to, aby člověk dokázal zasadit své ranné a primitivní afekty do komplexního rámce a postojů. Příkladem z duchovního života je doprovázení k duchovní zralosti po konverzi.

Kašparů vidí vzájemný vztah a místo setkání obou oborů jako dialog, jako vzájemné obohacení a hovoří o *pastorální psychologii*, přičemž tu chápe především jako aplikaci psychologie a psychiatrie v pastorační práci:

*„Psychologie a psychoanalýza, v níž je zakotvena pravda víry, se dnes může stát znamením pastorační práce, jež spočívá v uzdravujícím doprovázení zarmoucených, nemocných, hříšníků a duchovně chudých (...) Psychologie a psychoterapie – orientované na souřadnicích víry a odtud příslušně formované, profilované jako pastorální psychologie – vrací pastorační práci její léčivou, a tedy ježíšovskou tvářnost.“*¹⁵

Pojednání o vzájemném vztahu mezi pastorační prací a psychoterapií lze uzavřít konstatováním, že se vzájemně potřebují, obohacují a je nutná jejich oboustranná spolupráce.

¹⁵ KAŠPARŮ Jaroslav Max: *Základy pastorální psychiatrie pro zpovědníky*. Brno: Cesta, 2002, 9.

4 Některé druhy duševních poruch

V této kapitole bude blíže pojednáno o vybraných typech duševních poruch: schizofrenie, neurózy, demence a deprese; o jejich typických projevech a o obecném významu pastorační práce na uspokojení spirituálních potřeb jejich nositelů. Jedná se o nejčastější typy duševních poruch.

4.1 Schizofrenie

Toto onemocnění patří podle nové mezinárodní klasifikace nemocí do skupiny „Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy“.¹⁶

Jedná se o závažnou duševní poruchu s narušeným náhledem na realitu; patický, s bludy a halucinacemi neodpovídající postoj k vlastní osobě. I když spouštěcím mechanismem mohou být konfliktové situace nejrůznějšího charakteru, jejich skutečná příčina obvykle souvisí s poruchou látkové výměny v mozku, ke které má daný jedinec vrozenou dispozici.¹⁷

Lidé s tímto druhem psychického onemocnění subjektivně velmi silně vnímají, že svět, ve kterém žijí, se změnil, a že mu nerozumí. Podivnost okolního světa v nich vyvolává úzkost, snaží se najít příčinu, a když ji nenalézají, propadají strachu. Postupně si vytváří vlastní, realitě neodpovídající a nevývratné vysvětlení. Hovoříme o tzv. bludech.¹⁸

Jedná se o jedno z mála probádaných psychiatrických onemocnění, které je mezi laiky opředeno řadou mýtů a falešných představ. Trpí jím přibližně 1-2% populace a podle posledních výzkumů se počet schizofrenních onemocnění zvyšuje. K rozvoji onemocnění může dojít v různém věku, ale zpravidla k tomu dochází mezi 16-20 rokem života, což značně ztěžuje včasné rozpoznání typických příznaků onemocnění jako jsou: změna zájmů, nálady, podivínské jednání, které jsou mylně přisuzovány pubertě. Toto onemocnění je přijímáno s řadou předsudků, které nemocným přisuzují sklony k silné agresivitě a páchání trestných činů, což vzbuzuje nemalé obavy ve styku s jejími nositeli. Pravdou však je, že schizofrenici agresivitu obracejí převážně proti vlastní osobě a nikoli proti svému okolí. Přibližně 10% nemocných končí život sebevraždou.¹⁹

¹⁶ Srov. Mezinárodní klasifikace nemocí – 10.revize. Duševní poruchy a poruchy chování, třetí vydání, Praha: Psychiatrické centrum, 2006, 81–97.

¹⁷ Srov. KRATOCHVÍL Stanislav: Jak žít s neurózou, třetí přepracované vydání, Praha: Portál, 2000, 14.

¹⁸ Srov. VINAŘ Oldřich: Schizofrenní onemocnění – informace pro nemocné a jejich blízké, Praha: Galén, 2002.

¹⁹ Srov. MALÁ Eva: Schizofrenie v dětství a adolescenci, Praha: Grada, 2005, 111.

Další nepřesná představa o této nemoci spočívá v domněnce, že schizofrenik má rozdvojenou osobnost, přičemž jednotlivé části o sobě vzájemně neví, že žije jakoby dvojím životem. Ve skutečnosti se jedná pouze o vnější projevy jednání, které budí dojem, jako by se dotyčný při atace nemoci změnil, byl někým jiným.²⁰

Frankl²¹ uvádí, že psychiatrie rozlišuje tři typy tohoto onemocnění:

hebefrenní

- mívá ranný začátek, zpravidla brzy po pubertě a projevuje se asociálním chováním jako jakýsi protest, výsměch vůči společnosti; bývá doprovázeno oploštěním emocí, bezcílým a bezúčelným jednáním, povrchním zabýváním se abstraktními tématy (nap.náboženskými)
- má pomalý průběh

katatonický

- tzv. blud napětí, který je dnes poměrně vzácný
- má zpravidla rychlý nástup a rychlé odeznění
- projevuje se stavy, kdy je nemocný zcela uzavřen do sebe, ztuhlý sedí či leží a nemluví, případně dělá pravý opak toho, oč je žádán. Tento stav může být náhle přerušen podrážděním tzv. raptem (prudké vzrušení), což je jakási pohybová bouře doprovázená často i křikem

paranoidní

- tvoří majoritní podskupinu schizofrenního onemocnění
- charakteristická je tvorba převážně paranoidních bludů, halucinace, vztahovačnost a sebepozorování, které vede k pocitům pronásledování. Pacienti mají tendenci vztahovat ke své osobě bezvýznamné události ze svého okolí, kterým na rozdíl od neurotiků, u kterých je vztahovačnost také běžná, přikládají nepřátelské úmysly, což se snaží často absurdním způsobem zdůvodňovat

Vinař²² k výše zmíněným třem typům schizofrenie přidává ještě čtvrtý:

Simplexní

- projevuje se ztrátou zájmu o vše, co bývá pro člověka v životě významné, nesouvislým a nerealistickým myšlením

²⁰ Srov. FRANKL Viktor E.: op. cit., 94.

²¹ Srov. tamtéž, 95–97.

²² Srov. VINAŘ Oldřich: op. cit., 13.

Mezinárodní klasifikace nemocí kromě všech výše uvedených typů schizofrenie uvádí ještě.²³

Nediferencovaná

- označuje onemocnění, které splňuje všeobecná kritéria pro schizofrenii, ale neodpovídá žádné podskupině jako je hebefrenní, katatonická či paranoidní, nebo pokud má rysy více než jedné z nich.

Reziduální

- označuje chronické stadium ve vývoji schizofrenie

Existují různé teorie vzniku schizofrenního onemocnění. Podle jedné z nich se odborníci shodují, že k rozvoji nemoci musí být přítomny u nositele dva faktory: vrozená dispozice a spouštěcí mechanismus (stres, tragická životní událost, drogy apod.). Dispozice má pravděpodobně ve větší či menší míře každý člověk. Onemocnění však vykazuje přibližně 11% pravděpodobnost dědičného přenosu.²⁴

Zcela zásadní při léčbě nemoci je podávání psychofarmak a psychoterapie. Úkolem farmakoterapie, je korigovat poruchy chování, zmírňovat symptomy duševní poruchy, zlepšovat komunikaci a další²⁵, a tak u nemocného pomyslně otevírat dveře, kterými ale musí vstoupit terapeut, rodina, případně pastorující s účinnou pomocí.²⁶ Podávaná psychofarmaka jsou tzv. antipsychotika (dříve užíváno označení neuroleptika), která v mozku účinně blokují účinek dopaminu a jiných mediátorů, které jsou zodpovědné za aktivaci nervových buněk působících spontánní chování člověka. Zvýšená reaktivita těchto nervových buněk na dopamin totiž způsobuje agresivitu, pocity ohrožení apod., a je tedy základním východiskem pro schizofrenní onemocnění.²⁷ Před objevením antipsychotik, byla léčba schizofrenního onemocnění takřka nemožná a její nositelé měli jedinou perspektivu života v ústavní péči, uvěznění navíc ve svém vnitřním světě vzdáleném realitě. S pomocí antipsychotik dochází k utlumení projevů nemoci, zlepšení náhledu na realitu a celkový návrat k normálu. V České republice žije přibližně sto tisíc lidí s tímto onemocněním a z toho jen asi 5% vyžaduje trvalou ústavní péči.²⁸ Hodně však záleží na rodinném zázemí schizofrenika. Pokud rodina jako opora selhává, zůstává často nemocný v ústavní péči. To má jistě vliv i na průběh choroby a na vnímání a pocity nemocného.

²³ Srov. Mezinárodní klasifikace nemocí: op. cit., 81–97.

²⁴ Srov. GUZMANOVÁ Ajda: Schizofrenie – Podivínské chování okolí těžko chápe, in: Moje zdraví 12 (2008) 64–66.

²⁵ Srov. MALÁ Eva: op. cit., 115.

²⁶ Srov. GUZMANOVÁ Ajda: op. cit., 64–66.

²⁷ Srov. VINAŘ Oldřich: op. cit., 7–10.

²⁸ Srov. tamtéž, 13.

Podávaná antipsychotika mají i nežádoucí vedlejší účinky, jako jsou zhoršená koordinace pohybů, soustředěnost, ospalost, a které jsou někdy mylně vnímány jako projevy vlastního onemocnění. Je jen otázkou správné léčby najít přiměřenou dávku podávaných antipsychotik, k dosažení nejpříjemnějšího poměru mezi potlačením nežádoucích projevů nemoci a únosné míry vedlejších účinků antipsychotik. Podrobnější informace o principu farmakoterapie lze nalézt například v publikaci Evy Malé „Schizofrenie v dětství a adolescenci“.²⁹

Některé formy nemoci lze úspěšně léčit pomocí elektrokonvulzivní terapie (ECT, elektrošoky). Pacientovi jsou při ní v celkové anestézii aplikovány speciálním přístrojem elektrické výboje do oblasti spánků. Přesný mechanismus účinku ECT není znám. Navzdory všem děsivým představám se však jedná o bezpečnou, nebolestivou a účinnou metodu. Další metodou, aplikovanou u afektivních a úzkostných poruch, je pak traskraniální magnetická stimulace (TMS), nebo-li cílená lokální aplikace pulsního magnetického pole na mozek. Tato metoda není příliš rozšířená a je ve stadiu zkoumání.³⁰

Součástí léčby po odeznění akutní fáze onemocnění je i psychoterapie. Spočívá v rehabilitaci, nácviku sociálních dovedností a schopnosti zvládat krizové situace.³¹

Pastorační aspekty

Schizofrenický pacient prožívá životní krizi obdobně jako například pacient s rakovinou. V první fázi svou nemoc popírá a odmítá. Pak následuje smutek a rozhořčení, které vystřídá zoufalé očekávání nalezení zázračného uzdravení. Teprve později dochází ke smíření s nemocí. Je velice důležité pacientovi dát na jedné straně pravdivé informace o závažnosti onemocnění, kterým trpí, tzn. nedávat přehnaný optimismus, ale na straně druhé nebrat nemocnému naději na uzdravení, přestože se jedná o onemocnění prakticky doživotní.³² U hospitalizovaných v psychiatrických léčebnách je velmi častá naprostá ztráta naděje a demotivace, což samo o sobě projevy nemoci ještě násobí a zhoršuje. Z řečeného jasně vysvítá, jak může nemocným pomoci pastorační péče zaměřená na spirituální potřeby.

Pastorující musí být obeznámen s tím, že u onemocnění schizofrenního typu mohou mít některé projevy nemoci podobu náboženských prožitků, které se projevují například slyšením hlasů Boha či nejrůznějších osob, svěčujících mu tajné zjevení,

²⁹ Srov. MALÁ Eva: op. cit, 117.

³⁰ Srov. tamtéž, 136.

³¹ MeDitorial s.r.o.: Schizofrenie, <http://www.ulekare.cz/clanek/schizofrenie-1061> (9.2.2009)

³² Srov. GUZMANOVÁ Ajda: op. cit., 64–66.

a vybízejícího k výjimečnému poslání.³³ Proto je v pastorační péči nezbytná opatrnost a spíše střízlivost, tzn. nezavdávat podněty k silným emotivním a duchovním prožitkům. „Duchovní“ prožitky nemocného je třeba posuzovat realisticky a taktně napomáhat k jejich zmírnění.

4.2 *Neurózy*

Za neurózu je diagnostikováno, když člověk trpí tělesnými (např. bolesti hlavy, žaludku, srdce, pocity brnění, třes či nadměrné pocení apod.) či duševními obtížemi (např. stavy napětí, podrážděnosti, vyčerpanosti, smutku apod.), pro které nebyl lékařským vyšetřením nalezen organický podklad, tzn. poškození či chyba funkce tělesných orgánů nebo mozku. Lidé trpící neurózou si svůj stav plně uvědomují a zpočátku odmítají přijmout skutečnost, že se jedná o duševní poruchu. Těžko se smířují s tím, že jimi pocíťované obtíže nemají reálné příčiny a často usilují o neustále nová vyšetření. K projevům neuróz patří stavy úzkosti, nutkavých myšlenek, neschopnost se rozhodnout a závislost na druhých lidech.

Příčinou vzniku neuróz bývají vnější či vnitřní konflikty či traumata a souvisí s osobnostním vývojem jedince. Velkou roli hrají i dispozice daného jedince adaptovat se na neustálé životní změny, řešit konflikty apod. Neurózami trpí častěji ženy a to přibližně 2x častěji než muži. U neuróz se, na rozdíl od psychotických poruch, nejedná o narušení jádra osobnosti, ale zpravidla se jedná o zbujení některých vlastností osobnosti, kterými se člověk stává nepříjemný sám sobě nebo svému okolí.

Neurózy rozlišujeme podle převažujícího příznaku na úzkostné a nutkavé.³⁴

Kratochvíl³⁵ uvádí rozdělení neuróz následovně:

neurastenie

- tzv. dráždivá slabost, při které se pacient cítí nespokojený, neklidný a podrážděný

úzkostná neuróza

- chronické pocity úzkosti, neurčitého strachu s občasným vystupňováním

fobická neuróza

- nadměrný strach z určité konkrétní situace, osoby nebo předmětu

nutkavá neuróza

- nutkavé myšlenky
- jedná se převážně o tzv. obsedantně-kompulzivní poruchu

³³ Srov. VINAŘ Oldřich: op. cit., 2–3.

³⁴ Srov. FRANKL Viktor E.: op. cit., 60.

³⁵ Srov. KRATOCHVÍL Stanislav: op. cit., 26–31.

(obsese = nutkavé myšlenky, kompulze = nutková jednání, kterým se jedinec snaží uvolnit napětí vtíravých myšlenek)

depresivní neuróza

- na rozdíl od endogenní deprese mají pocity smutku logický podklad v životní situaci
- časté sebevražedné sklony

hysterická neuróza

- spojena s tělesnými projevy jako strnulost, křeče, průjmy, zvracení apod., při bezprostředním kontaktu s traumatizující událostí

hypochondrická neuróza

- přehnané obavy o vlastní zdraví, nadměrné sebezpozorování

Pastorační aspekty

Pastorující může osobám trpícím některou z neuróz pomoci především:

- být nápomocen k psychickému uvolnění - zde hraje významnou roli pastorační rozhovor. Důležité je vnímavé naslouchání, bez snahy bezprostředně řešit a vyřešit situaci daného jedince.
- reálným nadhledem na situaci dané osoby a pomocí k vlastní orientaci
- ujištěním, že nehrozí žádné bezprostřední ohrožení
- ujištěním, že některé úzkostné reakce jsou naprosto normální ve stresových situacích
- povzbuzením, že stresovým situacím není třeba se vyhýbat, pokud nepřekračují určitou míru. Naopak postupné vystavování se a zvládání stresových situací funguje v lidské psychice jako tělesné otužování, tzn. utlumuje neurotické stavy.
- pomocí odvést pozornost k jiným oblastem života
- citlivým přístupem zejména v otázkách svědomí. Osoby s neurózou bývají obecně velmi citlivé, často trpí úzkostným svědomím (*skrupulózní svědomí*), neadekvátním pocitům viny. Je tedy na místě tyto osoby vést k přijetí Božího milosrdenství a přijetí sebe sama. V praxi to může například znamenat, že je třeba věnovat pozornost správné volbě slov a čtení z Písma, tak aby nepodněcovalo přehnané výčitky svědomí.

4.3 Demence

Demence mají různou etiologii. Podle mezinárodní klasifikace nemocí³⁶ patří demence do skupiny organických duševních poruch včetně symptomatických a její klasifikaci dále dělí na: demenci u Alzheimerovy choroby, Vaskulární demenci, demence u chorob jako např. Pickova a Parkinsonova, a dále na nespecifikované demence.

Je charakterizována souborem příznaků, které vznikají v důsledku chorobného procesu v mozku, nebo jako následek celkového tělesného onemocnění. K projevům nemoci patří narušení: paměti, myšlení, orientace, chápání, uvažování, schopnost učení, řeči a úsudku, reakcí na nové podněty, poruchy emoční stability a další. Souhrnně se jedná o poruchu kognitivních (poznávacích) schopností. V souvislosti s narušením a postupnou ztrátou schopnosti abstraktního myšlení, bývá omezena či znemožněna schopnost rozhodnutí a volby.³⁷

Jako první obvykle nastupuje porucha krátkodobé paměti. Dlouhodobá paměť zpravidla bývá zachována až do pokročilých stádií onemocnění, takže pro tyto osoby bývá typické, že nejsou schopny podržet v paměti události a informace z nedávné minulosti, zatímco dlouhodobé vzpomínky si dokáží docela dobře vybavit. Práce s dlouhodobou pamětí je pak důležitou součástí v péči o tyto nemocné, neboť napomáhá vzájemnému kontaktu s nemocným, povzbuzení sebevědomí a budování vzájemné důvěry. V péči o osoby s poruchou kognitivních funkcí je ve společné komunikaci důležité.³⁸

- vyhýbat se otevřeným dotazům na věci z nedávné minulosti, protože neschopnost si vzpomenout je provázena stresem, úzkostí a následnými poruchami v chování
- užívat slovních obrátů, kterým nemocný rozumí, které sám užívá, přičemž některá slova či spojení mohou mít zcela jiný význam (zde mohou významně napomoci rodinní příslušníci, kteří nemocného dobře znají)
- předávat informace v malých dávkách
- věnovat velkou pozornost i neverbální komunikaci

Navzdory skutečnosti, že realita vlastních schopností neodpovídá očekávání, si člověk nezávisle na nemoci o sobě udržuje vědomí sebe sama, jakožto dospělého, i když vnější projevy nemoci připomínají některá období dětství. Proto je pro osobu trpící tímto druhem onemocnění v počátečním stádiu značně problematické, že si svůj stav uvědomuje

³⁶ Srov. Mezinárodní klasifikace nemocí: op. cit., 52.

³⁷ Srov. ZGOLA M. Jitka: Úspěšná péče o člověka s demencí, Praha: Grada, 2003, 78.

³⁸ Srov. tamtéž, 23, 73–78.

a obtížně se s ním vyrovnává. Častým průvodním znakem onemocnění bývá rozvoj depresivních stavů, emoční výkyvy směrem k podrážděnosti, agresivitě a hněvu, jakožto reakce na strach z neznámého. U demence ve stáří bývá vysoké riziko sebevražedného jednání.

V důsledku onemocnění dochází k narušení mezilidských vztahů, a to nejen z důvodu výše uvedených, ale navíc proto, že bývá nezdědka doprovázeno změnami osobnosti, nadměrnou vztahovačností až bludy, překvapivým zanedbáváním hygienických zásad, projevům vulgarity a pedofilnímu chování.

Pastorační aspekty

Z pastoračního hlediska je nezbytné těmto osobám dodávat ztrácející se sebedůvěru a pomáhat ke zklidnění také tím, že dáváme najevo toleranci k projevům onemocnění, že tyto nejsou pohoršením, za které by se nemocný měl stydět, pokud jsou skutečně projevem nemoci a není možné je volně ovládat. S rozvojem onemocnění jsou tyto osoby postupně nuceny upustit od svých předchozích aktivit, a buď jsou nuceny setrvávat v domácím prostředí, nebo jsou hospitalizovány v psychiatrickém zařízení či jiném zdravotnickém nebo sociálním zařízení. Zpočátku jsou nemocní schopni docházet sami či s doprovodem na bohoslužby v rámci místní farnosti, ale posléze nejsou schopni ani tohoto. Tento okamžik pro ně bývá velmi citlivý a bolestný, protože si svou nemohoucnost stále ještě dokáží uvědomit vzhledem k přítomnosti zbytků vzpomínek.³⁹ V pokročilejších stádiích onemocnění tyto osoby zpravidla těžko vnímají a rozlišují své okolí a sebe, což je sice z hlediska jejich psychiky určitým vysvobozením z úzkostných a depresivních myšlenek, ale samozřejmě za cenu ztráty podstatné kvality jejich lidského života. Pastorující se tak setkává s člověkem, který v nejtěžším stádiu onemocnění nejeví známky kontaktu či chápání obsahu návštěvy a je jakoby duchem nepřítomen. Z hlediska spirituálních potřeb je problematické jednoznačně odpovědět na otázku, zda a do jaké míry si nemocný uvědomuje význam svátostí, rozhovoru a modliteb. Pravděpodobně neuvědomuje, což by ale nemělo být důvodem k tomu, aby mu tato služba byla odepřena. Svátost eucharistie působí jako každá svátost sama o sobě, protože v ní působí sám Kristus. Příjemce musí být disponován pouze vírou, kterou však v důsledku nemoci, ztráty intelektu a paměti zcela určitě neztrácí, jen ji nemůže očekávaným způsobem projevit. Častou zkušeností pastorujících je, že i lidé s pokročilou demencí, kteří víru prožívali, pravidelně se modlili a přijímali svátosti, nějakým způsobem vnímají nebo si částečně uvědomují, co se při pastorační návštěvě děje. Někdy se sami spontánně modlí a poměrně

³⁹ Srov. KAŠPARŮ Jaroslav Max: op. cit., 70.

často reagují velmi pozitivně, i s určitým následným dočasným zdravotním zlepšením, na svátost pomazání nemocných, i když je s nimi prakticky nemožný normální rozhovor.

Velice důležitým je u tohoto onemocnění kontakt s rodinnými příslušníky, kteří mohou pastorujícímu poskytnout cenné informace z předchozího života nemocného a dát klíč k porozumění pro vzájemnou komunikaci s nemocným.

4.4 Deprese

Jedná se o velmi časté onemocnění a může provázet i jiná psychická onemocnění. Udává se, že depresemi trpí cca 10-17 % obyvatelstva, výskyt úzkostných poruch je ještě vyšší. Často se objevují depresivní a úzkostné příznaky společně. V rozvinutých zemích takových pacientů přibývá.⁴⁰

Mezi typické příznaky patří: smutek, únava, poruchy spánku, příjmu potravy, myšlenky na smrt a sebevraždu, tělesné obtíže jako problémy se zažíváním a různé druhy bolesti, poruchy koncentrace a nerozhodnost, pocity viny, sebeobviňování, narušené psychomotorické tempo a u hlubokých depresí dokonce i bludy. Lidé s depresí mají tendenci hledat za každou cenu příčiny svého stavu, které jsou schopni si i sami vymyslet, často absurdním způsobem. Věřící lidé příčinu nezřídka shledávají v Božím trestu za jejich hříchy. Bludné myšlení je pro lidi s depresí logickými argumenty nevyvratitelné.

Etiologie tohoto onemocnění je různá. Podle druhu příčiny se deprese rozlišují na psychogenní a endogenní. Psychogenní deprese vznikají v reakci na nějaké události, kdežto endogenní deprese mívají původ v poruše chemického metabolismu centrálního nervového systému. U osob s depresí bývá obvyklý psychomotorický útlum, který zhoršuje možnosti komunikace.⁴¹

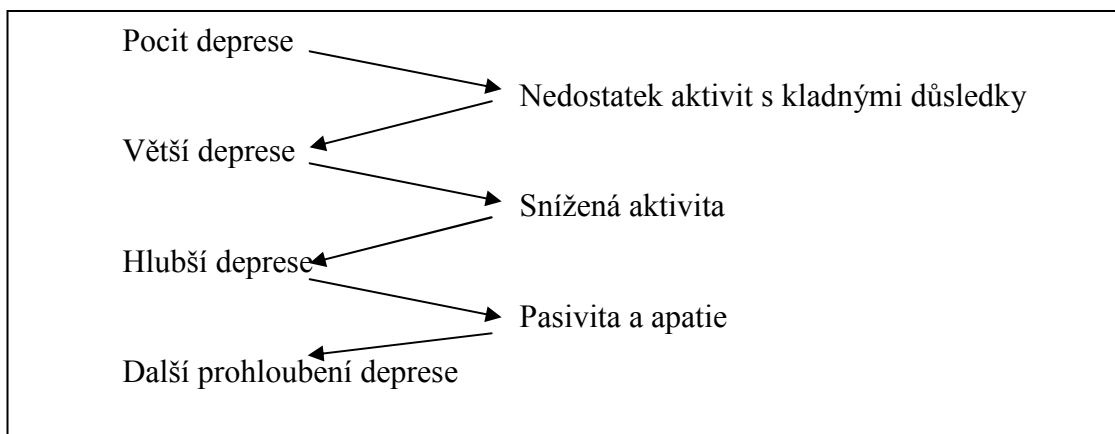
Záludnost této duševní poruchy spočívá v tom, že pokud se neléčí, stav nemocného se postupně zhoršuje, i když se mu zdá, že se snaží, a upadá do hlubších depresivních stavů. Průběh představuje jakýsi bludný kruh či sestup po spirále.⁴²

⁴⁰ Lundbeck ČR, s.r.o.: Deprese a úzkost,

http://cz.lundbeck.com/cz/Public/what_we_do/Depression/default.asp (6.12.2008)

⁴¹ Srov. KAŠPARŮ Jaroslav Max: op. cit., 70.

⁴² Srov. PRAŠKO Ján, PRAŠKOVÁ Hana, PRAŠKOVÁ Jana: Deprese a jak ji zvládnout, Praha: Portál, 2003, 96–100.



Léčba depresí vyžaduje psychoterapii a u jejích vážnějších forem také podávání antidepressiv. U depresí dochází často k relapsům, proto i léčba probíhá ve třech etapách:⁴³

- a) Akutní – trvá přibližně 3 měsíce a cílem je zmírnit či odstranit depresivní příznaky akutní fáze deprese. Pacient se po odeznění akutní fáze cítí dobře, což ale do značné míry způsobuje působení antidepressiv, a pokud se vysadí, dochází až v 80% k relapsu.
- b) Udržovací - nastupuje po odeznění akutní epizody deprese s cílem udržet s pomocí antidepressiv zlepšení stavu po dobu alespoň 6-9 měsíců.
- c) Profylaktická - po dobu několika let či po zbytek života, spočívá zejména v prevenci rizikových faktorů.

Pastorační aspekty

Při atace depresivního stavu, kdy je nemocný psycho-motoricky utlumen, je třeba přizpůsobit i pastorační přístup. Nutné je počítat se ztíženou komunikací, kdy nemocný často není schopen aktivní odpovědi a komunikace se odehrává spíše jednosměrně. Důležitá je citlivost ke vzbuzování lítosti a vedení ke svátosti smíření. Z hlediska uspokojení spirituálních potřeb je potřeba nemocnému pomáhat mírnit výčitky svědomí a odvádět jeho pozornost ze sebe sama směrem ven, pomáhat vidět a myslet pozitivně, ve spolupráci s psychoterapeuty pomoci nemocnému vykročit ven z bludného kruhu deprese, zejména postupným vedením k opětovné životní aktivitě. Především je důležitá neustálá snaha vyjadřovat nenuceně přijetí nemocného, vyjadřovat mu Boží lásku a empatii, bez snahy o racionalizaci jeho zdravotního stavu. Pastorující si musí být vědom, že depresivní stav není pouhou špatnou náladou, ale že se jedná o vážný psychický stav, ve kterém se i věřící člověk dostává na samé dno smyslu své existence a sil,

⁴³ Srov. PRAŠKO Ján, PRAŠKOVÁ Hana, PRAŠKOVÁ Jana: op. cit., 79–97.

a zabývá se reálnou úvahou o dobrovolném ukončení života. Myšlenky či pokusy o sebevraždu však v těchto případech nesmí být vnímány jako amorální. Morální teologie, v souladu s Kodexem kanonického práva (CIC 1983), pohlíží na sebevražedné jednání z takto vážných pohnutek s pochopením. Církev po 2.vatikánském koncilu opustila stanovisko, že sebevražedné jednání je vždy zatíženo těžkým hříchem. Toto jednání sice neschvaluje, ale nahlíží ho s lidským pochopením k životní situaci člověka, která svou tíží může způsobit ztrátu jakékoliv životní vize. Osobám utíkajícím se k tomuto jednání přiznává jako polehčující okolnost tíhu subjektivní bezvýchodnosti a tedy omezenou svobodu k rozhodnutí.⁴⁴ Dokladem posunu v této otázce je vypuštění ustanovení c. 2350 § 2 o sebevraždě a o pokusu o sebevraždu (původně obsaženo v CIC 1917).

⁴⁴ Srov. PESCHKE Karl Heinz: Křesťanská etika, Praha: Vyšehrad, 2004, 273–278.

5 Pastorační péče se zaměřením na psychicky handicapované

V předchozí kapitole bylo nastíněno, jak může duševní onemocnění svého nositele v oblasti duchovního života handicapovat. Nyní se zmíníme o konkrétních přístupech a řešeních, které s otázkou duchovního života souvisí.

Opatrný⁴⁵ pro pastorační činnost definuje několik základních okruhů, které je třeba ve vztahu k osobám s psychickým onemocněním řešit:

1. jak postupovat v pastoračním rozhovoru
2. otázka udílení svátostí
3. k jakému stylu duchovního života vést a jaké nároky života z víry jsou přijatelné
4. jak instruovat věřící okolí nemocného

V dalším textu se, z hlediska potřeb takto handicapovaných osob, pokusíme k jednotlivým okruhům nastínit možné přístupy řešení.

5.1 Pastorační rozhovor

Pastorační rozhovor nemá být pouhým rozhovorem na náboženské téma a musí vycházet ze skutečných potřeb a situace osoby, jíž je poskytován. Jeho cílem má být předání vědomí, že člověk není ve své životní situaci sám, ale má v pastorujícím oporu a samozřejmě hlavně v Bohu.⁴⁶

Pastorační rozhovor není výsadou osob s kněžským svěcením, ale je to prvek v pastorační péči, kterého se může stejně dobře zhostit i laik.

Důležitým předpokladem každého, tedy i pastoračního rozhovoru je naslouchání. Pro dlouhodobě hospitalizované duševně nemocné osoby se často na žebříčku priority spirituální potřeba prolíná s prostou lidskou potřebou kontaktu a sdílení. Pastorační pracovník to musí mít na zřeteli a měl by být schopen přizpůsobit svůj přístup a pastorační nabídku. Je nutné, aby podle stavu a potřeb těch, kterým slouží, uměl přizpůsobit obsah pastorační návštěvy. Je rovněž důležité, aby měl dostatek pochopení, pokud duševně nemocní projevují větší zájem o rozhovor, než o liturgickou část včetně přijímání eucharistie, která je za normálních okolností ústředním prvkem pastorační péče.

U osob s duševními poruchami se pastorující může snáze setkat s poptávkou o rozhovor na duchovní téma, a to i u osob, které se sice nehlásí k žádnému náboženství,

⁴⁵ Srov. OPATRŇY Aleš: op. cit., 33.

⁴⁶ Srov. tamtéž, 20–22.

ale které si silněji uvědomují a prožívají různé duchovní prožitky. Samozřejmě to z části bývá způsobeno tím, že některé duševní poruchy bývají doprovázeny pseudospirituálními prožitky (hlasy, halucinace, změny vědomí apod.). Pastorující ovšem v rámci pastoračního rozhovoru obvykle brzy rozpozná, zda se jedná o skutečnou spirituální potřebu, nebo jen zvědavost či vnější projevy chování připomínající otázky života z víry, ovšem bez jakéhokoliv vnitřního a uvědomělého zájmu.

Lidé s duševní poruchou bývají obvykle citlivější na vnímání spirituální dimenze a její prožívání, a oproti zdravým osobám jsou schopni ji bez zábran deklarovat svému okolí. Pro pastorujícího z toho plyne, že by měl být otevřený i lidem, jejichž spirituální potřeba není omezena na katolickou církev, tzn. ekumenicky, ale dokonce by měl být schopen nabídnout rozhovor i ostatním osobám mimo křesťanství, které řeší či prožívají otázku transcendence, hledání smyslu, tzn. mezinábožensky.

Závěrem této podkapitoly několik podstatných zásad pro vedení pastoračního rozhovoru:⁴⁷

1. pastorační rozhovor nemá být za každou cenu náboženský
2. musí vycházet ze skutečných potřeb klienta
3. nemá být veden v přesvědčení a očekávání okamžitého vyřešení problémů klienta
4. nemá suplovat psychoterapii, i když by v něm prvky psychoterapie měly hrát důležitou roli
5. je nezbytné dbát citlivosti při kladení otázek, které by neměly být účelové, měly by dát klientovi dostatečný prostor pro svobodné vyjádření a měly by pramenit z hlubokého zájmu o klienta a pochopení jeho situace
6. nedávat klientovi laciné odpovědi a útěchy, které jsou sice milé, ale nepravdivé, být upřímný ale citlivý
7. bludy, jakožto patologické nevyvratné přesvědčení, ani nevyvracet ani nepotvrzovat
8. v žádném případě se nepokoušet o náboženská zdůvodnění tíživé životní situace klienta, případně hledat nějakou míru vlastního zavinění dané situace či zdravotního stavu
9. má být veden na stupni víry klienta
10. měl by být podporou růstu víry klienta
11. měl by přispět k lidsky důstojnému zvládnutí situace na úrovni víry klienta
12. má napomoci nalézt Boží blízkost a naději

⁴⁷ Srov. OPATRNÝ Aleš: op. cit., 20–22, 72–73.

5.2 Život ze svátostí

Patrně každý pastorační pracovník nejednou stál před otázkou, zda a jak udílet svátosti osobám, které mají zhoršené či zkreslené vnímání reality, u kterých si není jistý tím, zda a nakolik chápou podstatu svátostí. V důsledku některých duševních poruch se některé osoby dočasně, v různých periodách či trvale nachází ve stavu zhoršeného vnímání, úsudku a projevu.

Jak víme, účinnost svátostí není odvislá ani od schopností a stavu vysluhovatele, působí *ex opere operato*, protože jejich skutečným činitelem je Kristus sám, ovšem jejich plodnost závisí na stavu milosti a víry příjemce *ex opere operantis*. Zkoumejme tedy, zda osoby s duševním onemocněním mohou plodně svátosti přijímat. Pozornost bude soustředěna pouze na svátosti, které jsou součástí běžné pastorační péče, tedy svátost smíření a eucharistie. Není cílem této práce pojednat o životě ze svátostí v celém rozsahu jejich spektra.

Vzhledem k tomu, že osoby s duševními poruchami zpravidla nenesou vinu na svém onemocnění s výjimkou rizikového jednání, jako je užívání drog, alkoholismus apod. (v jejich důsledku a za spolupůsobení dalších faktorů, může skutečně k rozvoji některých duševních poruch dojít), nelze tedy předpokládat ztrátu, či snížení milosti posvěcující ve spojitosti s onemocněním, či jeho projevy. Asi tak jako člověk trpící rakovinou plic, které výrazně sám přispěl svým celoživotním kouřením.

Je třeba rozlišit dva druhy případů, na které by mělo být pohlíženo zvlášť:

- 1. osoby, které byly stíženy onemocněním v době, kdy již plnohodnotně žily ze svátostí**
- 2. osoby, u kterých neznáme předchozí zkušenosti duchovního života, nebo osoby, které teprve po propuknutí onemocnění směřují k životu ze svátostí**

Pro první skupinu osob by mělo platit stejné kritérium, jako pro osoby s jinými druhy onemocnění, které znamenají snížení komunikačních schopností, vědomí apod.

Duchovní život člověka v takových případech nekončí:

*„Modlitba za nemocného, modlitba s nemocným, jakož i udělení některých svátostí má smysl i tehdy, když nemocný, který ve stavu vědomí toto vše přijímal, je v bezvědomí a zdánlivě nemůže ani vnímat, ani reagovat.“*⁴⁸

⁴⁸ OPATRŇY Aleš: Pastorační péče v méně obvyklých situacích, čtvrté upravené a rozšířené vydání, Praha: Pastorační středisko sv.Vojtěcha, 2005, 79.

Autor tohoto citovaného textu měl na mysli především osoby v terminálním stádiu života, těžce nemocné v bezvědomí či kómatu. Lze se však domnívat, že by tento přístup mohl být vztažen i na osoby duševně nemocné. Není podstatná příčina, která vedla ke zhoršení schopnosti komunikace, či její úplné zneschopnění, zda to byla těžká nemoc, bezvědomí, či narušení schopnosti vnímat a prožívat v důsledku narušené psychiky či úplné uzavření do nepřístupného vnitřního světa. Postižený si svou nemoc nezvolil, byl jí navštíven. V žádném případě tedy nedeklaruje, není-li jiný důvod to předpokládat (vyjádření postoje odmítnutí ještě před propuknutím onemocnění, či výslovným přáním kdykoli posléze), nezájem či neschopnost svátosti přijímat.

Kodex kanonického práva ukládá k platnému přijímání svátostí podmínku užívání rozumu, zejména dle ustanovení kánonů č.852, 889, 913, 989, 1004, 1029 a 1095. Psychické onemocnění ve své podstatě obecně nezbytně nezakládá důvod k neschopnosti přijímat svátosti, s výjimkou svátostí svěcení a manželství, u kterých o tom hovoří kánony č.1029 a 1095. Nezbytnost užívání rozumu zejména u svátosti smíření vyvolává jisté obtíže, totiž nakolik duševní nemoc ovlivňuje schopnost potřebné vlastní sebereflexe, rozlišování a svobodu volního jednání, které jsou pro účinné přijetí této svátosti nezbytná.

Pro druhou skupinu je nezbytné velice individuální hodnocení. Při důvodném přesvědčení, že klient nechápe podstatu a přínos svátostí, je na místě zdrženlivost a to i přes to, když duševně nemocný člověk o svátost „požádá“. Často se tak děje zejména při společné pastorační návštěvě, kdy nemocný vidí jiné osoby eucharistii přijímat. Po bližším prozkoumání a vzájemném vysvětlení je zpravidla zřejmé, že nebude nikterak ochuzen, když svátost nepřijímá, ba naopak, že přijetím svátosti by došlo k jisté degradaci jejího významu a to jak pro nemocného, tak objektivně.

Svátosti, v určitém smyslu s výjimkou svátosti křtu^{49 50}, nejsou podmínkou spásy, „jen“ pomocí na cestě ke spáse. Pro pastorujícího je důležité vědět, že nemá být jediným cílem a uspokojením z pastorační péče, zda a nakolik se podaří zprostředkovat přijetí svátostí. Je-li ústředním cílem pastorační péče zprostředkování setkání s milujícím, vykupujícím a milosrdným Kristem, pak kromě plného setkání ve svátosti eucharistie, existuje řada dalších forem a způsobů, jak se tak děje.

⁴⁹ Srov. Katechismus katolické církve, Praha: Zvon, 1995, čl. 1257.

⁵⁰ Srov. Kodex kanonického práva, Praha: Zvon, 1994, § 849.

Stručný přehled duševních poruch a jejich dispozice k udílení svátostí:

Svátost smíření

Schizofrenie – při atace nemoci může být způsobilost ke zpovědi omezená či nemožná, z důvodu absence odpovídajícího náhledu na realitu skutkové podstaty toho, co je obsahem konané svátosti smíření

Deprese – je nutná citlivost, či dokonce úplné upuštění od zpovědi, protože by mohla zhoršit psychický stav, zatížením pocitu lítosti

Neurózy – obdobně jako u depresí, i když zde častěji dochází po přijetí svátosti k psychickému uvolnění. Pastorující by měl počítat, že se u nemocného může setkat se skrupulózním svědomím.

Demence – zpravidla znamená neschopnost se zpovídat z důvodu absence přiměřeného náhledu na realitu a sebereflexi, obdobně jako u akutní fáze schizofrenního onemocnění, navíc doprovázená zhoršenými komunikačními schopnostmi

Svátost eucharistie

Schizofrenie – v důsledku bludů může klient této svátosti přisuzovat magický či zkreslený význam, v takovém případě je doporučeno v akutní fázi onemocnění od svátostí upustit

Deprese – v akutní fázi se nezřídka objevuje nezájem o přijetí této svátosti, přičemž důvody bývají různé. Jedním z důvodů může být, že se nemocný necítí hoden, či postrádá jakýkoliv smysl svého života, tedy i života víry a svátostí.

Neurózy – zdrženlivost je na místě jen v případě, že vlastní přijímání této svátosti u nemocného vzbuzuje neklid a prohlubuje úzkostné stavy

Demence – pokud nemocný tuto svátost přijímal před zhoršením nemoci, samotný fakt, že aktuálně není dobře orientován, není překážkou

Z výše uvedeného vyplývá, že při udílení svátostí je nutná citlivá diferencovanost s ohledem na druh duševní poruchy a aktuální psychický stav nemocného.

5.3 Duchovní život a přiměřenost nároků života z víry

Zejména je nutno říci, že psychické onemocnění neznamená konec duchovního života. Představuje však určitý handicap, se kterým je nutné počítat, a který více či méně může mít vliv na prožívání duchovních skutečností a život ze svátostí.

U psychických onemocnění platí obecně pravidlo spíše duchovní prožitky mírnit, protože u řady onemocnění silné emoce mohou psychický stav nepříznivě ovlivňovat, u onemocnění schizofrenního typu dokonce utvrzovat v bludech.⁵¹

Další důležitou zásadou v pastorační duševně nemocných je morálně nehodnotit některé projevy onemocnění či života v nemoci, jako jsou: agresivita, projevy vulgarity, sebepoškozování nebo problematické prožívání a uspokojování vlastních sexuálních potřeb. Většinu těchto projevů nelze hodnotit optikou zdravého člověka a klást stejné morální nároky na osoby, které si své jednání plně neuvědomují, či jednají při omezené svobodě vlastní volby. Přiměřený duchovní život bychom pak mohli stručně charakterizovat tak, že nemocný v důsledku nemoci neztratí naději, živý vztah k Bohu a jeho víra mu napomáhá lidsky důstojně nést břemeno života.

5.4 Spolupráce s věřícím okolím nemocného

Pastorace by neměla být zacílena jen na samotné nositele duševního onemocnění, ale také na jejich rodinné příslušníky, jejichž život je onemocněním blízkého rovněž dotčen.⁵² V otázce pastorace rodinných příslušníků však zůstáváme hodně dlužni. Pokud jim není nápomocen jejich duchovní správce v místě bydliště či ostatní věřící farního společenství, jsou-li ovšem o jejich rodinné situaci informováni, ve vlastním psychiatrickém zařízení už k tomu není příležitost takřka žádná. Důvod je jednoduchý, a to ten, že se s pastorujícími zpravidla nesetkají. V psychiatrické léčebně bývají hospitalizováni lidé s širokého okolí a dokonce z odlehlých částí republiky, což vzájemný kontakt činí takřka nemožným. Důraz případné pomoci by měl být položen na vyrovnání se s touto životní skutečností a na přijetí nemocného i s jeho chorobou a jejími projevy.

⁵¹ Srov. OPATRŇY Aleš: op. cit., 35.

⁵² Srov. tamtéž.

6 Možnosti uspokojení duchovních potřeb v prostředí psychiatrické léčebny

6.1 *Specifika života a pastorační péče v psychiatrickém zařízení*

Prvním specifikem je, že se ústavní prostředí pro dlouhodobě hospitalizované velmi často stává náhradou rodinného prostředí, a to i přesto, že se s ním nikdy zcela vnitřně nesžijí a vyjadřují svou přirozenou touhu po návratu do původního prostředí. Ať chtějí nebo nechtějí, toto prostředí jim do značné míry rodinu supluje.⁵³ O to citlivěji nesou nedostatek soukromí a obtížně přijímají jakékoliv projevy špatného zacházení, nepochopení, kterého se jim nezdá v léčebném zařízení dostává, zejména ze strany ostatních pacientů a vzácně také bohužel i ze strany zdravotního personálu, u kterých se v takových případech nejspíše jedná o důsledky syndromu vyhoření. Pro mnohé je léčebné zařízení novým domovem doslova a vlastně nemají jinou alternativu, ať už z důvodu absence vlastního rodinného zázemí, nebo vzhledem ke stupni rozvinutí duševní poruchy, vyžadující dlouhodobou či trvalou hospitalizaci.

Dalším ze specifík je, že pastorujícím chybí podstatné informace o zdravotním stavu klientů. Znalost diagnózy a průběh onemocnění, alespoň v základním rozsahu, je přitom důležitá pro správné porozumění aktuální životní situaci klienta a pro volbu vhodného přístupu, uzpůsobení obsahu pastoračního rozhovoru a kladení přiměřených nároků duchovního života. Realita je však taková, že zdravotní stav klienta není pastorujícímu znám vůbec, či jen zprostředkovaně - zpravidla od nemocného, a tedy poněkud zkresleně. Pastorující je tak často odkázán jen na svůj cit pro odhad reálné situace a empatii, se kterou poznává osobní dispozice nemocného a jeho životní situaci. Komunikace se zdravotnickým personálem je v této oblasti značně komplikovaná, jelikož pastorující není s nemocným v žádném příbuzenském vztahu, ani není výslovně uveden nemocným mezi osobami, kterým si přeje sdělovat informace o svém zdravotním stavu.⁵⁴ Je tedy odkázán jen na kusé informace poskytnuté v přátelském rozhovoru vstřícným personálem. Horší to bývá, pokud konkrétní zdravotnický pracovník nesdílí zájem o spolupráci při uspokojování spirituálních potřeb svých pacientů. Hlavní problém ze strany zdravotnického personálu je zachování lékařského tajemství. Informace o nemocném může podávat prakticky jen lékař, ne střední či nižší zdravotnický personál. Pokud nemocný výslovně neuvede, že lékař může podat informace o zdravotním

⁵³ Srov. BAŠTECKÁ Bohumila, GOLDMANN Petr: *Základy klinické psychologie*, Praha: Portál, 2001, 170.

⁵⁴ Srov. Zákon 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, §1, odst.4. písmeno h), odst.7, písm. a), b).

stavu pastorujícímu, není to z jeho strany možné bez porušení lékařské etiky.

Ještě závažnější se pro pastorační práci jeví skutečnost, že pastorujícímu zpravidla není známa historie duchovního života nemocného do doby, než s ním přišel do kontaktu, nebo před nástupem nemoci. U některých druhů onemocnění, zejména demence a onemocnění s bludy (např. schizofrenie) přichází pastorující do styku s lidmi, u kterých se neubrání pochybnostem, zda vůbec či nakolik nemocný dokáže rozlišit a plně si uvědomit některé duchovní skutečnosti, zejména ve vztahu ke svátostem nebo věroučným otázkám. Zásadou je, pokud možno se vyhnout morálním hodnocením, která činíme často podvědomě, a to podle měřítek jako u zdravých osob. Taková hodnocení mohou vést k tomu, že duchovní život psychicky nemocných můžeme pokládat za méněcenný či dokonce pochybný.⁵⁵ Zde sehrává významnou roli právě výše zmíněná absence informací o předchozím duchovním životě nemocného. Je-li známo, že nemocný vedl před nástupem nemoci plnohodnotný duchovní život, pak se jeví jako dobré řešení, být více shovívavý k jeho nynějším zmateným postojům a prožitkům, a nemusí to být považováno ani za překážku k přístupu ke svátostem. Kdo z nás kromě Boha ví, co se odehrává v duši a myslí toho nemocného? Jiná situace ale nastává, pokud nemocný nikdy neznal skutečný význam duchovních hodnot. V takovém případě je doporučeno posloužit nemocnému „pouze“ pastoračním rozhovorem, a nakolik je to možné, mu pomoci na jeho duchovní cestě k Bohu.

U psychicky nemocných osob se jeví jako obecně dobré, s ohledem na aktuální projevy nemoci, náboženské prožitky spíše mírnit. Silné emotivní zážitky totiž mohou působit, na rozdíl od zdravých osob, destruktivně a mohou zdravotní stav nemocného zhoršovat. Toto bychom měli mít zvláště na paměti u různých afektivních a depresivních poruch a neuróz, a to zejména ve vztahu ke svátosti smíření, která může umocnit nepřiměřené či falešné pocity viny. Opatrný v této souvislosti hovoří o střizlivé zbožnosti.⁵⁶ Mírnění některých projevů nemoci, které mají zdánlivě náboženský charakter, je důležité rovněž i proto, že například u psychotických bludů by jejich podpora znamenala v podstatě utvrzení nositele v jejich pravosti a opodstatnění. Obecná zásada u psychotických onemocnění však říká, že bludy se nemají ani vyvracet, ani přijímat. Těmto nemocným nejlépe posloužíme neutrálním postojem s vyjádřením vlastní empatie.⁵⁷

Dalším specifikem bývá, že v léčebném psychiatrickém zařízení bývají v úzkém kontaktu lidé různé duchovní zralosti a různého vyznání. Pastorující, který sice primárně

⁵⁵ Srov. OPATRNÝ Aleš: op. cit., 34.

⁵⁶ Srov. tamtéž, 35, 82–84.

⁵⁷ Srov. VINAŘ Oldřich: op. cit., 2–3.

usiluje o návštěvu katolických věřících, zůstává povinen křesťanskou službou lásky posloužit i věřícím z jiných církví, kteří mají zájem se zúčastnit společné bohoslužby slova, modlitby či rozhovoru. Důvody jejich zájmu bývají různé, ale bývá to i proto, že ostatní církve tuto pastorační službu v daném místě třeba neposkytují. V takovém případě je nutné, aby pastorující byl člověkem s opravdu ekumenickým duchem, který se nesnaží agitovat pro katolickou církev, ale který přináší jejím jménem Kristovo poselství víry, naděje a lásky.

Přes veškerou snahu o vytvoření lepších podmínek v psychiatrických léčebnách, zůstává velkou překážkou nedostatečné soukromí při pastoračních návštěvách, a to jak z důvodu chybějících návštěvních místností, které by nebyly v dané chvíli sdíleny s jinými návštěvami, tak z důvodu toho, že pastorační pracovník má jen silně omezené časové a kapacitní možnosti věnovat se nemocným individuálně. V otázce nacházení většího soukromí je situace u psychicky nemocných osob, na rozdíl od jiných nemocných hospitalizovaných v nemocnici, komplikována zpravidla tím, že takto nemocný člověk je značně limitován svobodou pohybu. Zejména osoby s vážnějšími duševními poruchami s návaly agrese a bludy, bychom mohli přirovnat k lidem upoutaným na nemocniční lůžko. U ostatních osob můžeme totiž využít možností procházek v areálu, či venku a návštěva nemusí být omezena vždy jen na návštěvní místnost. Pokud je psychiatrické léčebné zařízení vybaveno i kaplí, není problém organizovat duchovní setkání a bohoslužby tam, protože pro osoby s lehčím onemocněním není zase tak velký problém se takových setkání zúčastnit. V rámci vycházky jsou tyto osoby dokonce schopny přijít i na bohoslužebná shromáždění ve městě, pokud jsou ovšem organizována v čase jejich vycházek.

Potřeba nerušeného soukromí je nutná nejen pro důstojné rozjímání, společnou modlitbu a přijetí svátostí, ale v neposlední řadě pro rozhovor, při kterém nemocný často odkrývá své osobní pocity a starosti. Nezřídka dochází i k „spontánnímu vyznání“ hříchů, přestože je nemocný pastorujícím spraven o tom, že případně není knězem, ale jen laikem, a nemůže se tedy jednat o svátost smíření. Role pastorujícího bývá v těchto chvílích cenná v naslouchání a umožnění vypovídat se z tíživých pocitů, případně v nasměrování ke skutečnému vyznání hříchů ve svátosti smíření. Povinností pastorujícího-laika je v tomto případě zprostředkovat nemocnému kontakt s knězem a povzbuzení k této svátosti.

Zvláštním specifíkem, které bychom neměli opomenout, je oblast intimního života nemocných. Poměrně často se setkáváme s tím, že nedobrovolná dlouhodobá hospitalizace, nezřídka i s výhledem do konce života, může vést k jevům, při kterých je v oblasti intimního života a uspokojení sexuální touhy překračován běžný rámeček toho,

co pokládáme za mravně dobré a církví přijatelné. I u osob upřímně věřících je možné se v tomto prostředí setkat jak s „účelovými“ známostmi pro vzájemné uvolnění sexuálního napětí, tak s masturbací a dokonce i s homosexuálními praktikami u jinak normálně heterosexuálně orientovaných osob. Pastorující stojí před dilematem, jak takové skutečnosti posoudit, pokud se o nich náhodou dozví, nebo pokud jsou mu i jako neknězi svěřeny. V otázce masturbace a homosexuálních praktik je třeba říci, že se jedná o velmi citlivou oblast, která zasluhuje zvláštní přístup s ohledem na skutečnost, že nemocný je omezen ve své svobodné volbě. Duševní poruchou nemusí být sexuální touha snížena, spíše bývá u některých duševních poruch dokonce zvýšena, a přitom má nemocný omezené, či takřka nulové šance na jejich plnohodnotnou realizaci. Dále je třeba brát v potaz skutečnost, že nemocný je nedobrovolně držen ve společnosti zpravidla osob stejného pohlaví, což platí zejména u osob na uzavřených odděleních s omezenými možnostmi individuálních vycházek. Samozřejmě je nutné přihlídnout i ke schopnosti nemocného posoudit závažnost provinění, v čemž mu může i onemocnění poněkud bránit. Odborná literatura, se zaměřením na tuto cílovou skupinu osob, se tomuto tématu nevěnuje. Výjimkou jsou pouze stanoviska církve k otázce masturbace a homosexuality jako takové, u osob psychicky zdravých.⁵⁸ Pro činnost pastorujících, zejména z řad laiků, by upřesňující postoj z pohledu morální teologie byl velice důležitý.

Toto pojednání bychom mohli zakončit konstatováním, že pastorec osob s duševními poruchami je náročná a skýtá celou řadu úskalí, které musí pastorující řešit. Musí počítat se značnou časovou náročností, způsobenou mnohdy obtížnou komunikací s nemocnými a nemožností využít stejným způsobem jinak běžně praktikovaný způsob pastorec v zařízeních nemocničního typu, čímž jsou míněny společné bohoslužby v nemocničních kaplích apod. Duševně nemocní se totiž buď vzhledem k omezení svého pohybu nemohou vždy takovýchto setkání zúčastnit, nebo je nutný diferencovaný přístup pro jednotlivé osoby v závislosti na typu jejich duševní poruchy, což je při společném setkání značně problematické.

⁵⁸ Srov. KKC, čl. 2352, čl. 2357–2359.

6.2 *Součinnost pastorujících a zdravotnického personálu*

O nezbytnosti vzájemné spolupráce mezi pastorujícími a zdravotnickým personálem v péči o nemocné a při naplňování jejich duchovních potřeb již bylo pojednáno v předešlých textech. Nyní je třeba pohovořit o konkrétních možnostech, jak toho dosáhnout.

Obdobně jako pastorační rodinných příslušníků, je malá pozornost věnována také pastorační zdravotnického personálu. Jiná situace je ovšem v zařízeních spravovaných přímo křesťanskou organizací, jako jsou různé komunity, denní stacionáře apod. V běžných zařízeních můžeme jako pastorující působit snad pouze vydáváním svědectví vlastním životem, našim přístupem k nemocným a krátkým neformálním rozhovorem. Z kontaktu s námi by zdravotnický personál měl zejména pochopit existenci spirituálních potřeb a svou vstřícností a empatií, nakolik je to možné, spolupracovat na jejich naplnění.⁵⁹ Velice cenné ze strany zdravotnického personálu, by kromě základních informací o zdravotním stavu klienta bylo poskytnutí nepřímé zpětné vazby, spočívající v tom, že by pastorujícího upozornil na to, jak pastorační návštěvy působí na zdravotní stav klienta. Nežádá se totiž stává, že aniž by to pastorující věděl, může jeho návštěva klienta vyvolat zhoršení jeho psychického stavu. Pokud se o tom nedoví a s klientem se setkává až po několika dnech, kdy je jeho stav již opět zlepšen, nemá příležitost zkoumat, co nečekanou reakci vyvolalo a adekvátně tomu přizpůsobit obsah další pastorační péče. Zvláštním a velice přínosným je spojení obou rolí, pastorujícího a ošetřujícího, v jedné osobě, tj. kdy zdravotnický pracovník je věřícím laikem působícím v pastorační péči. Stručné zdůvodnění přínosu tohoto vzájemného propojení rolí bude uvedeno v následující kapitole.

Dobrym řešením by bylo, pokud by se podařilo do profesní přípravy zdravotnického personálu zařadit přednášky s tematikou spirituálních potřeb člověka a pastorační medicíny, a to jak v průběhu studia, tak následně i v programech další odborné přípravy. Na následných programech vzdělávání, které pracovníci absolvují převážně v místech svého působení, by mohl spolupracovat místní pastorační pracovník, což by značně napomohlo vybudovat potřebné vzájemné vazby, důvěru a informovanost. Realita je však taková, že občas se na podobné téma objeví nějaký článek v odborném zdravotnickém časopise, ale obecné povědomí u zdravotnického personálu je mizivé, pokud nejsou zdravotníci sami věřící křesťané. Také vzájemný užší kontakt pastorujících a zdravotnického personálu je spíše výjimkou.

⁵⁹ Srov. AMBROS Pavel et al. Studijní texty z pastorační teologie III. Služba nemocným, Olomouc: Refugium Velehrad-Roma s.r.o., 2002, 37–44.

Dobrou platformou pro vzájemnou spolupráci by mohla pro obě strany být pravidelná setkání na bázi pracovní skupiny, složená ze strany ústavního zařízení: zástupce vedení, lékař a sociální pracovník; a ze strany duchovní správy: místní duchovní správce a pastorační pracovník.

7 Činnost laika v pastorační péči o psychicky handicapované

Obecně je činnost laika v pastorační péči zakotvená v podílu na Kristově kněžském, prorockém a královském poslání. Přivtělením do církve, tedy křtem, tak i laikové mají spolupodíl na třech službách církve *učit, posvěcovat a vést*, kterými církev naplňuje jediné poslání Božího lidu⁶⁰ – být znamením a nástrojem spásy uskutečněné v Ježíši Kristu. Postavení laiků v církvi, respektive jejich činnost vyplývající z jejich všeobecného kněžství, bylo znovuobjeveno a postaveno co do důstojnosti na roveň hierarchickému (služebnému) kněžství díky závěrům 2.vatikánského koncilu (zejména v dokumentech *Lumen Gentium* a *Gaudium et Spes*). Všeobecné a služebné kněžství se vzájemně doplňují ve společném poslání církve zpřítomňovat ve světě Krista. Zatímco nositelé služebného kněžství se obrací spíše dovnitř církve, k jejím jednotlivým údům, a službou ze svěcení skrze ně Pán dává církvi vnitřní život, nositelé všeobecného kněžství mají působit více ve světě a být svým životem a prací místem setkání světa a církve.⁶¹ Po obsahové stránce pastorační péče může být laikovi vyhrazeno vše, co nepředpokládá kněžské svěcení. Především se jedná o službu slova, vedení liturgických modliteb a podávání eucharistie.⁶²

I když Kodex kanonického práva v kánonu č.230 hovoří v této souvislosti pouze o mužích laicích, nutno podotknout, že tato služba je v církevní praxi přístupná i ženám. V oblasti pastore osob s psychickým onemocněním hospitalizovaným v psychiatrickém zařízení, se jeví využití činnosti i laiků ženského pohlaví dokonce jako velmi vhodné, zejména pro pastore osob na ženských odděleních. Důvodem je také možnost zapojit do pastorační služby věřící zdravotnický personál, často z řad sester či lékařů, kteří mají s klienty bezprostřední a zpravidla každodenní kontakt a navíc disponují výhodou informovanosti o zdravotním stavu klienta, tj. lepší orientaci v jeho aktuálních potřebách a schopnostech pastorační péči přijímat.

Pastorující by měl být pro svou činnost s psychicky handicapovanými osobami, kromě základních znalostí z psychologie a psychiatrie, vybaven také znalostí základních zásad z krizové intervence, stejně jako ostatní osoby působící v pomáhajících profesích. Zejména bychom měli zdůraznit, že pastorující by měl být osobou vyzrálou duchovně i psychicky, protože konfrontace s lidmi s duševními poruchami je značně náročná. Ve vztahu mezi klientem a pomáhajícím totiž dochází ke vzájemnému působení, interakci

⁶⁰ Srov. DRUHÝ Vatikánský koncil: Dekret o apoštolátu laiků *Apostolicam actuositatem*, (ze dne 18.listopadu 1965), in: Dokumenty II. vaticánského koncilu, Praha: Zvon, 1995, 387, 393, 406.

⁶¹ Srov. DRUHÝ Vatikánský koncil: Věroučná konstituce o církvi *Lumen gentium*, (ze dne 18.listopadu 1965), in: Dokumenty II. vaticánského koncilu, Praha: Zvon, 1995, 46–47, 68–74.

⁶² JAN PAVEL II. Posynodní apoštolský list *Christifideles laici*, druhé vydání, Praha: Zvon, 1996, 40–41.

tzv. přenosu a protipřenosu,⁶³ tedy působení pomáhajícího na klienta a naopak. Pastorující by měl mít například zvládnuté vlastní tzv. slepé skvrny,⁶⁴ což jsou nevyřešené nějaké aspekty života, které se mohou konfrontací se situací toho komu pomáhá, vynořit a projevit vlastní krizí, nebo nesprávnou či neprofesionální reakcí. Konkrétním příkladem může být, když si pastorující sám nese např. z dětství potlačené vztahové konflikty se svými rodiči, nebo sklony k úzkosti a depresi. Praxe však ukazuje, že zatím není systematicky řešen ani funkční model vzájemné spolupráce pastorujících a zdravotnického personálu, a podstatné nedostatky jsou i v psychoterapeutické přípravě pastorujících. Určité informace k problematice psychologie a duševních poruch jsou sice poskytovány v průběhu studia teologických oborů interního i distančního studia, a to například v rámci předmětů obecné psychologie a patopsychologie, ovšem bez propojení s pastorační praxí, a navíc u laiků není teologické studium a tedy absolvování zmíněných kurzů vyžadováno. V rámci spolupráce pastorujících a zdravotníků by byla dobrá vzájemná výměna zkušeností například formou společných pracovních skupin či přednáškových a praktických zaměstnání.

Stranou pozornosti zatím zůstává i riziko syndromu vyhoření, které u pracovníků v pomáhajících profesích bývá dosti vysoké. U pastorujících není pro prevenci syndromu vyhoření vytvořen žádný cílený program. Spokojit se s ponecháním iniciativy řešit případné problémy jen na vlastních pastorujících, by bylo nedostatečné. Víra a její občerstvující a uzdravující dimenze sice člověku pomáhá překonávat mnohé nesnáze, se kterými se setkává v životě svém i druhých, systematická práce s pastoračními pracovníky na jejich psychické a duchovní obnově je ale i tak nezbytná. Částečnou kompenzaci pastorujícím nabízí skutečnost, že se nezaměřují ve své činnosti jen na osoby handicapované, ale převážně zdravé. Velmi vhodné by však bylo vzájemné setkávání pastoračních pracovníků a sdílení zkušeností z oblasti práce s duševně handicapovanými. Dále by byla prospěšná pravidelná setkávání s místním duchovním správcem a diecézním biskupem, jejichž cílem by bylo na jedné straně ocenění a povzbuzení k další činnosti, a na druhé straně informování o jejich aktuálních záměrech, představách a prioritách v pastorační péči.

⁶³ Srov. BAŠTECKÁ Bohumila, GOLDMANN Petr: op. cit. 203–204.

⁶⁴ Srov. VODÁČKOVÁ Daniela a kol.: op. cit. 320.

Závěr

Praxe pastorační péče o osoby s duševními poruchami, které jsou hospitalizované v psychiatrickém zařízení, ukazuje, že lidé s tímto typem onemocnění nemají o nic menší spirituální potřeby než lidé psychicky zdraví. Liší se pouze v možnostech jejich naplnění a prožívání, a v nutnosti specifického přístupu pastorujících. Duševní porucha a dlouhodobá hospitalizace v ústavním zařízení s sebou totiž nesou značné pastorační obtíže, se kterými je nutné počítat.

Pro věřící, kteří žijí v této životní situaci, je kromě duchovního rozhovoru a přijímání svátostí (samozřejmě pouze u praktikujících katolíků), častěji než u zdravých osob, neméně důležitý obyčejný lidský rozhovor o běžných starostech jejich života, ve kterých se promítá silná sociální izolace. Lidé v tomto postavení často velmi silně pociťují své odloučení od rodiny a vyřazení ze společnosti, nenaplnění životních představ a k psychickému onemocnění se tak přidávají sekundární úzkosti, pocit marnosti a ztráta životní vize. Do kontaktu s pastorujícím si tak nemocný přidává rozměr kontaktu s okolním světem, rozptýlení z denního stereotypu, očekávání psychické podpory a rady, či jen naslouchání tomu, co má na srdci, a co již zdravotnický personál slyšel mnohokrát, takže to už více méně s nezájmem přehlíží.

V otázce svátostí je, v závislosti na typu duševní poruchy a na aktuálním zdravotním stavu nemocného, nezbytný diferencovaný přístup v jejich udělování. Důvodem je, že i přes jejich objektivní pozitivní hodnotu, mohou ve spojení s duševní poruchou subjektivně působit negativně a zdravotní stav dokonce zhoršovat. Stejně tak je tomu i v otázce intenzity náboženských prožitků, kde méně může znamenat více, obzvláště u akutních fází onemocnění schizofrenního typu.

V otázce působení pastoračních asistentů-laiků, lze konstatovat, že velice vhodným způsobem doplňují možnosti duchovní správy představovanou osobou kněze. Důvodem je zejména možnost zapojení většího počtu takovýchto pastoračních pracovníků, a tak lépe obsáhnout časově náročnější pastorační návštěvy. Velice významným faktorem pak je možnost spojení rolí pastoračního pracovníka a zdravotnického pracovníka v jedné osobě.

V neposlední řadě je třeba vybidnout, aby pastorační péči o osoby s duševními poruchami, byla věnována větší pozornost v teologické literatuře a v církevních dokumentech, potažmo publikační činnosti v odborných zdravotnických periodicích a literatuře. Jedná o velmi významnou část života společnosti a zůstává řada otázek, které je třeba zodpovědět, jako například v otázkách morální teologie promítnuté do praktické pastorace, a to zejména v přístupu v problematice některých specifických

otázek z intimního života duševně nemocných. Obdobným způsobem je nutné dořešit funkční model vzájemné spolupráce pastorujících a zdravotnického personálu, která se převážně odehrává improvizovaným způsobem. Podstatné nedostatky jsou jak v psychoterapeutické přípravě pastorujících, tak mnohem více v obeznámení zdravotnického personálu s otázkami naplňování spirituálních potřeb člověka. V oblasti přípravy pastoračních pracovníků, zejména laiků, není oblast péče o duševně nemocné cíleně a systematicky řešena vůbec. Je sice pravdou, že určité informace, jsou poskytovány v průběhu studia teologických oborů interního i distančního studia, a to v rámci předmětů obecné psychologie a patopsychologie, ovšem bez propojení s pastorační praxí, a navíc u laiků není teologické studium a tedy absolvování zmíněných kurzů vyžadováno.

V samotném závěru práce bych rád použil výstižnou myšlenku Jana Pavla II., která dokonale vystihuje podstatu pastorače. Pastorače je podíl na milosrdné lásce Ježíše Krista.⁶⁵ Z tohoto pro nás vyplývá, že naše pastorační úsilí má směřovat k tomu, že našim cílem jako pastorujících nemá být (a ani nemůže být), vlastní léčba nemocného, i když svým úsilím se jí snažíme jistě napomáhat. Má jít především o pomoc pro setkání s milujícím Bohem, která se může projevit v prohloubení osobního života víry, způsobem, kterého je člověk, kterému sloužíme, právě schopen. Při pastoraaci osob nejen s duševními poruchami, ale všech osob obecně, platí, že Bůh vede každého člověka jeho vlastní cestou, která je neopakovatelně konkrétní a vyplývá z jeho osobní životní situace a osobních dispozic. Kromě vztahu s Bohem se snažíme nemocnému napomoci v jeho osobním rozvoji a růstu, ke zdravému vztahu s okolním světem, a nakonec přispět k lidsky důstojnému přijetí a nesení psychického handicapu.

⁶⁵ Srov. JAN PAVEL II. Posynodální apoštolská adhortace *Pastores dabo vobis*, Praha: Zvon, 1993, 111–115, 45–48.

Seznam literatury

1. AMBROS Pavel et al. Studijní texty z pastorální teologie III. Služba nemocným, Olomouc: Refugium Velehrad-Roma s.r.o., 2002.
2. BAŠTECKÁ Bohumila: Klinická psychologie v praxi, Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-735-3.
3. BAŠTECKÁ Bohumila, GOLDMANN Petr: Základy klinické psychologie, Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.
4. BENEDIKT XVI. Spe salvi, Praha: Paulínky, 2008. ISBN 978-80-86949-41-3.
5. DRUHÝ Vatikánský koncil: Dokumenty II. vatikánského koncilu, Praha: Zvon, 1995.
6. FRANKL Viktor E.: Psychoterapie pro laiky, Brno: Cesta, 1998. ISBN 80-85319-80-2.
7. GUZMANOVÁ Ajda: Schizofrenie – Podivínské chování okolí těžko chápe, in: Moje zdraví 12 (2008).
8. Charta pracovníků ve zdravotnictví, Praha: Zvon, 1996.
9. JAN PAVEL II. Salvifici doloris, Praha: Zvon, 1995. ISBN 80-7113-151-2.
10. JAN PAVEL II. Posynodální apoštolská adhortace Pastores dabo vobis, Praha: Zvon, 1993. ISBN 80-7113-070-2.
11. JAN PAVEL II. Posynodní apoštolský list Christifideles laici, druhé vydání, Praha: Zvon, 1996. ISBN 80-7113-162-8.
12. Lundbeck ČR, s.r.o.: Deprese a úzkost, http://cz.lundbeck.com/cz/Public/what_we_do/Depression/default.asp (6.12.2008)
13. MeDitorial s.r.o.: Schizofrenie, <http://www.ulekare.cz/clanek/schizofrenie-1061> (9.2.2009)
14. MALÁ Eva: Schizofrenie v dětství a adolescenci, Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0737-3.
15. Mezinárodní klasifikace nemocí – 10.revize. Duševní poruchy a poruchy chování, třetí vydání, Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-11-5.
16. KAŠPARŮ Jaroslav Max: Pastorální kompetence a konvergence nemocničních duchovních, Košice: Katolická univerzita Ružomberok, 2007.
17. KAŠPARŮ Jaroslav Max: Základy pastorální psychiatrie pro zpovědníky, Brno: nakladatelství Cesta, 2002. ISBN 80-7295-031-2.
18. Katechismus katolické církve, Praha: Zvon, 1995. ISBN 80-7113-132-6.
19. Kodex kanonického práva, Praha: Zvon, 1994. ISBN 80-7113-082-6.

20. KRATOCHVÍL Stanislav: Jak žít s neurózou, třetí přepracované vydání, Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-478-8.
21. KŘIVOHLAVÝ Jaro: Psychologie nemoci, Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
22. OPATRNÝ Aleš: Pastorační péče v méně obvyklých situacích, čtvrté upravené a rozšířené vydání, Praha: Pastorační středisko sv.Vojtěcha, 2005.
23. PESCHKE Karl H.: Křesťanská etika, Praha: Vyšehrad, 2004. ISBN 80-7021-718-9.
24. PRAŠKO Ján, PRAŠKOVÁ Hana, PRAŠKOVÁ Jana: Deprese a jak ji zvládnout, Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-809-0.
25. ŘÍČAN Pavel: Psychologie náboženství a spirituality, Praha: Portál, 2007. ISBN: 80-7367-312-6.
26. SANTA Thomas M.: Porozumět úzkostným, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2001. ISBN 80-7192-511-X.
27. SLABÝ Adolf: Pastorální medicína a zdravotní etika, Praha: Univerzita Karlova, 1991.
28. SVATOŠOVÁ Marie: Hospice a umění doprovázet, čtvrté vydání, Praha: Ecce homo, 1995. ISBN 978-80-902049-2-9.
29. VÁGNEROVÁ Marie: Psychologie pro pomáhající profese : variabilita a patologie lidské psychiky, Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-678-0.
30. VÁGNEROVÁ Marie, HADJ-MOUSSOVÁ Zuzana, ŠTĚCH Stanislav: Psychologie handicapu, Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2004. ISBN 80-7184-929-4.
31. VINAŘ Oldřich: Schizofrenní onemocnění – informace pro nemocné a jejich blízké, Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-202-1.
32. VODÁČKOVÁ Daniela a kol.: Krizová intervence, Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.
33. ZGOLA M.Jitka: Úspěšná péče o člověka s demencí, Praha: Grada, 2003. ISBN 80-247-0183-9.

Resumé

Cílem bakalářské práce s názvem „Duchovní péče o osoby s duševními poruchami“ je pojednat o duchovních potřebách člověka ve zdraví i nemoci. Pozornost je věnována jejich místu v žebříčku životních hodnot, se zvláštním zřetelem na stav psychické nemoci. Autor práce uvádí základní pastorační zásady pro vybrané druhy nejčastějších duševních poruch, možnosti uspokojení duchovních potřeb v psychiatrickém zařízení a činnost laika v pastorační péči.

Anglická anotace

"Spiritual care for persons with mental disorders"

The aim of bachelor thesis is concerned about the spiritual needs of man in health and disease. Attention is paid to their place in the life values, with particular emphasis on the psychological state of the disease. The author outlines the basic principles of the pastoral care for selected types of the most common mental disorders, the possibility of satisfying the spiritual needs in psychiatric facilities and activities of the layman in pastoral care.

Key words: spiritual needs, mental disorders, psychiatric facilities, basic principles of the pastoral care, layman in pastoral care

Počet slov

Stránky :	46
Slova :	12 508
Znaky (bez mezer) :	74 880
Znaky (včetně mezer) :	87 204
Odstavce :	402
Řádky :	1 371

Počítáno včetně poznámek pod čarou