

**Univerzita Palackého v Olomouci  
Cyrilometodějská teologická fakulta**

**Katedra křesťanské sociální práce**

**Charitativní a sociální práce**

Ing. Dagmar Sližová

**Vybrané inspirace pastorální psychiatrie a  
spirituality pouštních otců pro  
socioterapeutickou práci  
s lidmi psychicky nemocnými**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: ThLic. Michal Umlauf

**2011**

*Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně na základě použitých pramenů  
a literatury uvedených v bibliografickém seznamu.*

*V Olomouci dne 3. 8. 2011*

.....  
*Ing. Dagmar Sližová*

*Děkuji vedoucímu bakalářské práce ThLic. Michalu Umlafovi za věnovaný čas a poskytnutí užitečných rad během zpracování mé práce. Dále velmi děkuji své rodině za trpělivost, podporu a pomoc.*

# Obsah

Úvod.....	5
1. Spiritualita pouštních otců .....	8
1.1. Prameny a vznik křesťanského mnišství.....	9
1.2. Církevní Otcové jako tradice církve a pokladnice moudrosti.....	11
1.2.1. Boj s démony a modlitba v pojetí pouštních otců.....	11
1.2.2. Osm základních hříchů v pojetí pouštních otců.....	13
1.2.3. Apofthegmata – výroky a příběhy pouštních otců.....	15
2. Lidé s psychickým onemocněním v kontextu sociální práce a pastorače.....	17
2.1. Psychóza a její dopad na sociální sféru.....	18
2.2. Sociální práce s lidmi duševně nemocnými .....	20
2.2.1. Psychoterapie .....	23
2.2.2. Případové vedení (case management).....	23
2.2.3. Moderní psychiatrická (psychosociální) rehabilitace .....	24
2.3. Metoda STORM v socioterapii lidí psychicky nemocných .....	25
2.4. Pastorače lidí s psychickým onemocněním.....	27
2.4.1. Duchovní život jako patologie? .....	28
2.4.2. Psychiatrie a náboženství nemají společné pole působnosti? .....	29
2.4.3. Psychické onemocnění je pouze duchovním problémem? .....	31
2.4.4. Pastorače a psychiatrie společně? .....	33
3. Inspirace pouštních otců a pastorální psychiatrie v socioterapii.....	34
3.1. Osobnost klienta – terapie otců pro nemocného .....	34
3.1.1. Touha po přijetí a lásce .....	35
3.1.2. Léky na bezradnost a apatii .....	36
3.2. Osobnost pracovníka (možné inspirace pro sociálního pracovníka).....	37
3.2.1. Modlitba jako zdroj sebepoznání.....	39
3.2.2. Modlitba jako cesta k lásce .....	40
Závěr .....	43
Bibliografie .....	45
Seznam příloh: .....	50

# Úvod

Porevoluční vývoj v naší zemi přinesl mnoho nového. Otevřely se hranice fyzicky i v přeneseném významu slova, tím i možnosti přebírat zkušenosti, vymýšlet projekty, čerpat granty ze zahraničí. Ve všech oblastech, sociální nevyjímaje, došlo za posledních více než dvacet let k převratným změnám. Sociální sféra prochází zásadní reformou, pokud odhlédneme od ekonomické stránky, pak nabízí zásadní obrat k lepšímu v pojetí sociální péče a pohledu na člověka s postižením. Pravda je, že v některých oblastech jsme se dostali dále, než u jiných, ale nasměrování je komplexní a věřme, že trvalé. Od ústavní péče a izolace těch, kteří se nějak liší, k integraci a vytváření rovných příležitostí, od převážně biologického pohledu na člověka k pohledu celostnímu, od pečujícího postoje k podpoře a uschopňování, od pohledu na nemocného jako na neschopného k uznání jeho jedinečnosti a možností v rámci jeho omezení. Můžeme být svědky mnoha příkladů, kdy člověk s těžkým zdravotním postižením žije plnohodnotným životem a dokáže to, na co bychom si my možná nikdy netroufli.

Ze zkušeností však víme, že jsou stále skupiny lidí, které společnost považuje za neschopné nebo dokonce nebezpečné. Takovou skupinou, vedoucí zatím marný boj se stigmatizací, jsou i lidé s psychickým onemocněním. V myšlení většiny lidí zásadní obrat zatím nenastal, nastala však, zejména díky bouřlivému vývoji farmakoterapie a následně zmiňovaným zkušenostem ze zahraničí (zejm. Holandsko, Německo, Anglie, USA) zásadní změna v nabídce sociálních služeb. Deinstitutionalizace a vznik služeb komunitní péče dává šanci těmto lidem nezůstávat za zdmi léčebny, ale podle svých možností se zapojit do běžného života.

Předmětem zájmu této práce je právě výše uvedená cílová skupina, především díky mým mnohaletým zkušenostem z praxe v zaměstnání. Charita Opava, kde již 13 let pracuji, poskytuje pro dospělé lidi s psychickým onemocněním sociální služby související s potřebou bydlení, konkrétně chráněné a podporované bydlení a služby následné péče. Ve spolupráci s ostatními organizacemi a institucemi se snaží o komunitní přístup práce tak, aby v rámci komplexní psychiatrické péče skutečně odpovídal potřebám těchto lidí.

Pokud ovšem psychosociální rehabilitace sleduje skutečné potřeby člověka, nelze vyloučit dlouho opomíjenou otázku duchovního života těchto nemocných.

Ze zkušeností vlastních i od odborníků pastorální psychiatrie a psychologie, jakými jsou u nás např. Max Kašparů, Aleš Opatrný nebo ve Švýcarsku Samuel Pfeifer, je zřejmé, že i zde je mnoho co „dohánět“. Např. Pfeifer (1995, s. 10) přímo bolestně pocítuje skutečnost, že většina knih o duchovní péči se vůbec nevěnuje těžším psychickým problémům (schizofrenie, těžké deprese atd.) a ani v psychiatrické literatuře není mnoho návodů, jak přistupovat k lidem s těžkým psychickým onemocněním, u kterých hraje důležitou roli víra. V praxi to pak vypadá ještě žalostněji, jak si i dále ukážeme.

Pomůckou na této cestě mohou být, a také pro mnohé nemocné již jsou, např. knihy Anselma Grüna, které u nás v překladu hojně vycházejí. Jednak přitahují samotným názvem (Bud' dobrý sám k sobě, Vyznej se sám v sobě, Pracovat i žít, Za co mě Bůh trestá?, Škola odpuštění atd.), který rezonuje s potřebami hledajícího, také ale svoji prostotou, jednoduchostí a moudrostí, kterou autor čerpá převážně od prvotních mnichů, tzv. otců pouště. Tato moudrost, jejich zkušenosti a rady, jsou v mnohém inspirací právě těmto lidem, ale i nám všem.

Cílem této práce je zamyslet se hlouběji nad možnými inspiracemi spirituality těchto otců, s využitím poznatků dnešní pastorální psychiatrie a psychologie, pro sociální práci v komunitní péči s lidmi psychicky nemocnými. Nejde o hledání nějakého návodu, ale spíše o „nasměrování“ pro sociálního pracovníka i samotného nemocného, v čem nás mohou životní zkušenosti prvokřesťanských mnichů oslovit a inspirovat ve vztahu k Bohu, sobě i druhým, zda mohou pomoci na cestě životem i dnešnímu člověku.

Pro vypracování bude použita metoda kompilace vybrané literatury a pramenů, vztahujících se k tématu, doplněné vlastními zkušenostmi, případně zkušenostmi spolupracovníků z ostatních organizací komunitní péče, sdružených ve společné asociaci pro péči o duševní zdraví.

V první kapitole se pro uvedení do spirituality otců krátce podíváme na historii vzniku raného mnišství, a z dostupných pramenů, případně další literatury, vybereme ty techniky jejich duchovní „terapie“, které přispívají k pochopení jejich způsobu života a cíli, který sledují.

V druhé kapitole se budeme zabývat nejprve psychickým onemocněním, ovšem spíše než z pohledu lékařského nás budou zajímat specifika nemoci vzhledem k dopadu na sociální sféru. Jaké jsou způsoby sociální práce v psychiatrické péči v dnešní době a co je socioterapie je námětem další části kapitoly. Nakonec se dostaneme k duchovní rovině potřeb, tedy k pastorační péči lidí s psychickým onemocněním, kde si všimneme zejména vzájemných vztahů psychiatrie a pastorační péče.

Třetí kapitola pak bude spojením obou předchozích, kdy se zkusíme zamyslet, čím nás dnes mohou otcové z dob dávno minulých oslovit, zda je možné využít něco z jejich rad a zkušeností a v čem by nám to případně mohlo pomoci.

# 1. Spiritualita pouštních otců

V dnešní pluralistické a přetechizované době se lidé snaží objevit životodárné kořeny, smysl života a směřování naší pouti. Lékaři, psychologové a psychoterapeuti často složitě a na základě náročných výzkumů objevují cesty pomoci lidem, které před dávnými lety byly nejen známy, ale i důsledně a s úspěchem praktikovány. Stejně tak církev vnímá potřebu navrátit se ke kořenům osvědčeným a praxí potvrzeným, tedy především k Písmu, ale v neposlední řadě také k Otcům. Všimněme si v této kapitole zejména začátků křesťanského mnišství v době církevních otců. Můžeme najít jistou analogii ve znameních doby vzniku mnišství a doby dnešní.

Po době pronásledování církve za totalitního režimu dochází ke svobodě víry a náboženství, ale i s tím spojených nebezpečí. Kašparů (2002) upozorňuje, že nežijeme v ateistické době, ale době silně religiózní, ovšem stále méně křesťanské. Alegoricky ji připodobňuje supermarketu:

„Tělesné potřeby uspokojí dnešní člověk v obchodě s potravinami, duševní potřeby v obchodě s odbornou literaturou a duchovní potřeby naplní v *Supermarketu s transcendentnem*. V tomto obchodním domě není jen krabice s křesťanstvím, ale i s jinými duchovními lákadly z celého světa. Pojmy jako reinkarnace, karma, čakry, aura, fluidum, jsou dnešnímu, především mladému člověku bližší, než slova jako přikázání, exercicie nebo eucharistie. [...] Současný člověk je duchovně vyprahlý. Hledá, čím by naplnil duchovní prázdnotu, a v supermarketu dává přednost spiritualitě, která ho k ničemu nezavazuje, neklade na něho nároky a poskytuje mu emocionální zážitky.“ (Kašparů, 2002, s. 133-134).

Jako o počátku viditelného mnišství se mluví v době, kdy skončilo pronásledování křesťanů, došlo k uvolnění poměrů, někteří křesťané se začali odklánět od své víry. Odpovědí na zesvětštění a zmasovění církve po obratu za císaře Konstantina, dalo by se snad říci, jakousi prvotní reformací, je radikální následování chudého Krista. (Pružinský, 2003).

Podívejme se nyní krátce na historii a smysl prvokřesťanského mnišského života.



## 1.1. Prameny a vznik křesťanského mnišství

Vznik mnišství a jeho prameny se nedají zachytit jednoznačně a historikové se ve svých závěrech často liší. Např. Ventura (2006) uvádí celý přehled teorií o jeho vzniku. Vedle pramenů starého a nového zákona se uvádí judaistická a helénistická tradice, ale nelze vyloučit ani vlivy orientální (hinduistická a buddhistická askeze) apod. V raněkřesťanském spisu Didaché se píše o dvou významných skupinách asketicky žijících křesťanů již ve 2. a 3. století. Jsou to putující apoštolové, kteří žili asketismus na svých misionářských poutích, a asketé, žijící ideál života bez manželství, tedy ve zdrženlivosti, celibátu. Smyslem zvoleného života obou skupin byla Ježíšova výzva k následování, naprosté oddanosti Bohu a žití evangelia. Za tvůrce mnišského ideálu je některými autory považován Órigénes z Alexandrie, který navrhl a sepsal systém askeze a mystiky, podle něhož sám žil. Tyto skupiny žily uvnitř křesťanských obcí a měli podíl na životě místní církve. Teprve koncem 3. století se část asketů odděluje viditelně od ostatních a odchází do samoty. Počátky křesťanského mnišství se datují až do 4. století.

Ventura (2006) pojednává postupně více o tzv. „otcích zakladatelích“. Patří mezi ně především Antonín Poustevník, Atanáš Alexandrijský, Pachómios, otcové pouště (z Apofthegmat), Evagrius Pontský, Jan Kassián, Makarius, Eustathios ze Sebasty, Basil Veliký, Řehoř Naziánský, Řehoř Nysský, Jan Zlatoústý. Byli to lidé, které lze nazvat nositeli duchovní zkušenosti, kterou žili a také teologicky zpracovali do programu, jenž je inspirací nejen pro spirituální teologii, ale pro celou společnost. (Mareš, 2008). Podívejme se alespoň na některé z nich trochu blíže.

Sv. Atanáš, alexandrijský biskup a autor věroučných spisů 4. st., v Životě sv. Antonína Poustevníka ukazuje sv. Antonína jako model asketického způsobu života, vzor mnicha, který je žádoucí následovat. Sám se také se sv. Antonínem setkal a toto dílo sepsal krátce po jeho smrti r. 356. Sv. Antonín Veliký (Egyptský) pocházel ze středního Egypta. Ve 20 letech zaslechl následující povolání „Chceš-li být dokonalý, jdi, prodej, co ti patří, rozdej chudým, a budeš mít poklad v nebi; pak přijď a následuj mne.“ (Mt 19,21). Uposlechl výzvy, rozdal svůj zděděný majetek chudým a odešel na poušť. Ti, kteří jej vyhledávali, mu říkali "Deicolos", tj. zamilovaný do Boha. Brzy šli za ním další, které oslovil svým životem, stal se otcem poustevníků, opatem. Sv. Antonín nabádal nejen k hledání vnitřní i vnější samoty pro úplné odevzdání se Bohu, ale současně k pěstování lásky k bližnímu, aby člověk neupadl do pokušení

sebelásky a pýchy. Je nazýván také "zakladatelem askeze". Za 80 let života v poušti z ní odcházel jen výjimečně a to jen poroto, aby pomohl pronásledovaným, nebo z poslušnosti na výzvu svého biskupa Atanáše, aby v Alexandrii vystoupil proti ariánským bludům. (Atanáš, 2010).

Na různých místech Egypta vznikaly v průběhu 4. století mnišské komunity. Na jihovýchod od Alexandrie, v oblasti zvané Nitrie, nazývané také jako „brána pouště“, žilo podle mnicha Palladia na 5 tisíc mnichů. Jihozápadně odtud, v údolí Natrún, se nacházelo další středisko asketů, zvané Kellia (Kelly, Cely). Nejhlouběji v poušti, 40 km od civilizace ve Skétijské poušti (Skétis), založil Makarios Egyptský anachoretskou kolonii, nejdéle věrnou počátkům koptského mnišství. Anachoreté (z řeckého anachoreo, tj. vzdálit se do ústraní) jsou poustevníci, kteří si zvolili život v samotě na poušti a obývali území dolního Egypta. Proto byli nazýváni také jako eremité (z řeckého Eremos, tzn. poušť). Severně od Théb, na východním břehu Nilu, vzniká ve stejné době nová komunitní forma mnišského života, za jehož zakladatele je považován Pachómios. Tato forma je nazývána cenobitismus (z řeckého „koinos bios“ - společný život). (Curylo, 2010).

Pachómios, podobně jako sv. Antonín, měl po odchodu z armády tajemný zážitek povolání, který mu ukládal vytvořit prostor života pro druhé – monastérion. Před odchodem do pouště žil nějakou dobu pod vedením mnicha Palamóna. Cenobitní způsob života pokládá Pachómios za vyšší stupeň, než poustevnictví. (Ventura, 2006). Brzy za ním přicházeli žáci, kterým sloužil a během několika let postavil v blízkosti Théb celkem devět klášterů mužských a tři ženské. Prokázal skvělé organizační schopnosti, mniši byli podřízeni naprostou poslušností opatovi monastýru, sám byl pak „generálním opatem“. Sepsal řeholní pravidla, která mají celkem 192 článků. Po jeho smrti však celý komplex postupně zanikl, nikdo z jeho následovníků neměl takový dar organizačních a vůdcovských schopností, jako zakladatel. Cenobitismus však sám o sobě nemizí, na tento základ navazuje později sv. Basil Veliký. (Curylo, 2010).

V *Listu sv. Jeronýma Eustochii* se píše dokonce o třech formách tehdejšího mnišského života. Vedle cenobitů a eremitů (anachoreté) uvádí Jeroným ještě tzv. „remoboth“ – tuláky, kteří žili po dvou nebo po třech ve městech a dědinách, společně si vydělávali na živobytí, kritizuje však jejich neochotu podřídit se ve smyslu poslušnosti a řádu. (podle Fiala, 2008).

## **1.2. Církevní Otcové jako tradice církve a pokladnice moudrosti**

„Jako se strom nemůže odřezat od svých kořenů, tak se ani duchovní literatura nemůže odpoutat od svých zdrojů, od svých pramenů, od základních pravd zjevení.“, píše Špidlík (1995, s. 355). Základními prameny víry jsou Písmo a tradice, za níž jsou v užším slova smyslu považovány spisy Otců. Slovo „Otcové“ původně zahrnovalo především biskupy, kteří uhájili pravou víru na Nicejském sněmu (r. 325) a bojovali proti útokům falešných nauk. V současné době se tento pojem užívá pro spisovatele křesťanského starověku a raného středověku, kteří, inspirováni Duchem svatým, zanechali v mnoha různých jazycích (řecký, koptský, syrský, latinský, arménský ad.) díla, která právem můžeme nazývat pokladnicí moudrosti. Je potěšitelné, že můžeme být dnes svědky rozkvětu studia patristiky, a to i v našem rodném jazyce. Řada těchto církevních otců se zabývá přímo otázkami duchovního života. Např. Apofthegmata (Výroky a příběhy pouštních otců), Klimakův Žebřík do ráje, Origenův spisek O modlitbě, Kassianovy Besedy (Rozhovory) nebo jeho Zvyky cenobitů a léky na osm základních neřestí atd. (Tamtéž, s. 353-354).

Pro účely naší práce nejsme schopni zabývat se podrobněji jednotlivými spisy a jejich odkazem, plným moudrosti. Vybrali jsme z nich pouze ilustrativní část, kterou se v poslední kapitole pokusíme využít jako inspiraci v rámci sociální práce, konkrétně socioterapie s lidmi psychicky nemocnými.

### **1.2.1. Boj s démony a modlitba v pojetí pouštních otců**

Životní snahou mnicha je běžet vpřed s pohledem upřeným na Krista. Jejich asketický a kontemplativní život vede k proměně lidské existence, člověk znovu nabývá rysů Božího obrazu. Vede k harmonii s Bohem, sebou samým, s ostatními lidmi, se vším stvořením. Poušť chápou nejen jako místo na zemi, ale také jako krajinu svého srdce. Kdo chce poznat Boha, musí nejprve poznat sám sebe, sestoupit do hlubin svého srdce. Jak uvádí Grün (2006), cesta k Bohu pro staré mnichy znamená především úsilí o čistotu srdce, o život v Boží přítomnosti, ve znamení ustavičného myšlení a patření na Boha. Pouze v něm je možné nalézt pokoj. Na této cestě však mniši narážejí na překážky v podobě démonů, kteří útočí prostřednictvím dotěrných myšlenek, brání

v soustředění se na Boha a otevírání se mu. Svoji cestu prožívají jako boj s těmito démony.

„Proto ty, který jsi podle Písma vykročil, *abys sloužil Pánu*, zůstaň v bázni Boží a *připravuj svou duši* – ne na klid a bezstarostnost, ne na potěšení, nýbrž *na pokušení* a na úskalí. *Do království Božího musíme totiž vejít mnoha utrpeními – těsná je brána a úzká je cesta, která vede k životu, a málo je těch, kdo ji nacházejí.*“ (Cassianus, 2007, s. 76).

Důraz není kladen na vnější skutky, ty slouží jako prostředek, ale především na očistění myšlení a cítění tak, aby bylo v souladu s myšlením a cítěním Božím. Evagrius Pontius ve svém Antirrhetikonu vyjmenovává přes šest set myšlenek, které mohou u člověka způsobit nemoc. Proti každé z těchto škodlivých myšlenek staví výrok z Písma svatého, který má chorobné myšlenky zahnat a překonat. V této knize tzv. vemlouvavé myšlenky přiřazuje osmi neřestem, které člověka oddělují od Boha a znesvobodňují ho pod vládu démonů. Uvádí u každé z těchto neřestí (nestřídmost, smilstvo, lakota, smutek, hněv, apatie, touha po slávě a pýcha) konkrétní příklady, co si v těchto případech může mnich namlouvat. Např. u neřesti lakoty to mohou být následující: „Nebudeš mít sám dost, když něco daruješ. Musíš víc pracovat, aby ses dobře zajistil do budoucna. Apod.“ (Grün, 2006, s. 21).

Důvod tohoto působení myšlenek na člověka objasňuje např. Jan Kassián (Cassianus), podle něhož „obsah myšlenek určuje kvalitu lidského ducha a rozhoduje o tom, zda bude člověk dobrý nebo zlý.“ (Tamtéž, s. 14). Kassián předpokládá, že duch se proměňuje v to, čím se zabývá. Proto je způsob zacházení s myšlenkami jedním z hlavních úkolů duchovního života člověka a nabádá ho tedy k pozornému zabývání se Božím slovem, aby byl naplněn Duchem Božím. Aby člověk byl schopen této cesty, musí si být vědom, že nebojuje svými vlastními silami, ale s pomocí milosti Boží. Proto pouštní otcové a jejich následovníci dávají tak velký důraz na modlitbu, a to modlitbu ustavičnou.

„Modli se a příliš se nenamáhej přemoci vášně vlastními silami. Modlitba je v tobě zničí. „Neboť větší je ten, který je ve vás, než ten, který je ve světě“ (1Jan 4,4), říká Písmo svaté. [...] Nemáš-li dar zdrženlivosti, nermuť se, věz však, že Bůh od tebe žádá horlivost v modlitbě, a modlitba tě spasí.“ (UVP, s. 255).

Ustavičná modlitba osvobozuje od pokušení, dává člověku sílu, pokoj a zralost ducha.

„Jeden poustevník uviděl démona, kterak pobízí druhého démona, aby šel a probudil nějakého mnicha. A slyšel, jak ten druhý říká: „Nemůžu to udělat, protože když jsem ho kdysi vzbudil, vstal a spálil mě zpěvem žalmů a modlitbou.“ (APO II, XII, 19).

Ovocem modlitby je láska a čistota srdce. Modlitba proměňuje a vede ke stálému životu s Kristem. Celý život otců pouště byl modlitbou, která byla jimi chápána jako dar pouště. Štivar (1998) ve své knize *Modlitba otců pouště* přehledně shrnul podmínky modlitby tak, jak tito otcové praktikovali. Je to především ticho, aby bylo možno dát prostor k přijetí Slova, samota, která pro mnichy představovala jejich celu, ale současně i „celu“ jejich srdce, bdělost ve smyslu askeze, „strážkyně u vchodu do lidského srdce“, víra, že Bůh každé slovo bere vážně, a pokora jako spojení poslušnosti, prostoty, ochoty nesoudit druhé a pohotovosti k pokání.

„Bratr se zeptal abba Sisoa: „Jaká je to cesta, která vede k pokoře?“ A stařec mu říká: „Cesta, která vede k pokoře, je tohle – zdrženlivost, modlitba k Bohu a úsilí být nižší než každý člověk.“ (APO II, XV, 61).

Ancilla v knize *Ve škole otců pouště* cituje Kassianův pohled na modlitbu: „Modlit se znamená reprodukovat už v tomto životě obraz mnicha v blaženém stavu slíbeném svatým ve věčnosti, aby se v nás naplnila apoštolova slova: „Bůh všechno ve všem“. Modlit se znamená stávat se podobným Bohu, mít účast na Bohu-Lásce, být s Bohem sjednocen láskou tak pevně, jak je to jen možné. Takto chápaná modlitba je opravdu cíl, tak jako Království.“ (podle Ancilla, 1999, s. 74).

### **1.2.2. Osm základních hříchů v pojetí pouštních otců**

Výrazným představitelem intelektuálního mnišství, který spiritualitu pouště jako první systematicky zpracoval, a tím ovlivnil později i další vývoj spirituální a morální teologie, byl Evagrius (345 – 399). Jak bylo poznamenáno v předchozích kapitolách, mnišství od samých počátků bylo, vedle snahy o uzdravení odcizené lidské přirozenosti, chápáno jako zápas o vnitřní svobodu od všeho zla. Evagrius ve svém díle *Praktický traktát* (Monachos) nazývá tento duchovní zápas s vnitřními temnými silami, démony či myšlenkami, které se anachoretu snaží zotročit a narušit jeho integritu, *praktiké*. Vnímá, že s lidmi světa démoni bojují skrze hmatatelné skutečnosti (*pragmata*), v případě mnichů pak více skrze zvrácené myšlenky a touhy srdce (*logismoi*). Ty rozdělil na osm základních, zdrojových „neřestí“, které v sobě všechny ostatní obsahují: obžerství

(*gastrimargia*), smilstvo (*porneia*), lakomství (*filargyria*), smutek (*lýpé*), hněvivost (*orgé*), malomyslnost (*akédia*), marná sláva (*kenodoxia*) a pýcha (*hyperéfania*). *Praktiké* je tedy v jeho pojetí terapií srdce k osvobození lidské přirozenosti. (Ventura, 2003). Tato teorie se stala stěžejní naukou křesťanské etiky a přes Jana Kassiána a Řehoře Velkého je dnes součástí Katechismu katolické církve.<sup>1</sup> Vedle popisu neřestí dává také „návod na terapii“, podobně jako to najdeme i u Kassiána.

Jan Kassián (asi 365-435) patřil ve své době ke špičkovým teologům západní církve a podle Ventury (2003, s. 10) je celé jeho dílo „specifickou existenciální a mnišskou exegezí Bible.“. Nedávno vyšel i v českém jazyce soubor z jeho děl ve dvou svazcích pod názvem *Zvyky cenobitů a léky na osm základních neřestí*, ve kterém, jak už název napovídá, se podrobně věnuje, řečeno dnešní lékařskou terminologií, diagnostice, symptomům, způsobům léčby a prevence u každé z těchto základních neřestí. Sám Kassián ve svých spisech často medicínskou metaforu používá: neřest je nemoc, jednotlivé asketické rady jsou léky, celý duchovní život je pak u něho terapie. (Cassianus, 2007).

Kromě této „terapie hříchu“ dává Kassián v 1. díle (tzn. jeho překladu do ČJ, původně tedy v jeho 1.-4. knize) přehled o zvycích klášterů v Egyptě a Palestině, které sám viděl a zažil, tak, jak mu je předali tamní otcové. „Toužím bratřím v tvém novém klášteře vysvětlit jednoduchý život svatých jednoduchou mluvou.“, píše v Předmluvě papa Castorovi, episkopovi, který ho o toto písemné svědectví požádal. (Cassianus, 2007a, s. 4). Jak sám dále píše, nechce ale vyprávět příběhy mnichů nebo Boží zázraky, ale „o napravování našich mravů a o dosažení vrcholu dokonalého života.“ Oproti zvykům cenobitů v Egyptě se ale rozhoduje o určitou umírněnost oproti tamější tvrdosti. Je zastáncem rozumné míry odpovídající daným možnostem, ale v přísnosti tak, aby bylo dosaženo stejné dokonalosti. Na závěr IV. knihy (v ČJ 1. dílu) shrnuje *Zvyky* jako doporučení na cestě mnišství do několika záchytných bodů:

„*Počátkem naší spásy a moudrosti je podle Písma bázeň před Hospodinem. Z bázně před Hospodinem se rodí spásná zkroušenost. Ze zkroušenosti srdce vychází zříkání se, tj. nahota a opovržení všemi statky. Z nahoty se vytváří pokora. Z pokory přichází na svět umrtvování vůle. Umrtvováním vůle se vykořeňují a oslabují všechny neřesti. Po zapuzení neřestí vyraší a vzrůstají ctnosti. Růstem ctností se získává čistota srdce. Čistotou srdce se dosahuje dokonalosti apoštolské lásky.*“ (Cassianus, 2007a, s. 79).

---

<sup>1</sup> Srov. KKC 1866. Zde jsou upraveny do 7 hlavních hříchů. Na Východě zůstalo Evagriovo schéma beze změn a je součástí pravoslavné teologie.

### 1.2.3. Apofthegmata – výroky a příběhy pouštních otců

Dalším z důležitých pramenů, ze kterého čerpáme v této práci, jsou výroky a příběhy pouštních otců – Apofthegmata. Vznikla jako přirozený produkt poustevnického mnišství. Pro tyto otce nebyla k dispozici žádná závazná pravidla jako měli mniši v komunitách. Starowieyski (2000) je označuje za „nejoriginálnější výtvar starokřesťanské monastické literatury.“ (in APO I, s. 9). Podle něho jsou „zajímavým příkladem lidové exegeze Písma svatého.“ (Tamtéž, s. 27).

Slovo *ἀπόφθεγμα* (*apofthegma*), sentence, výrok, pochází z řeckého slovesa *ἀποφθέγγομαι* (*apofthengomai*) – vyřknout, vyhlásovati. Jako další možnou definici uvádí Starowieyski: „je to elegantní, vtipný, úsečný výrok, který obsahuje alespoň obecný popis okolností, za nichž byl prosloven (kdo, kdy, proč).“ (Tamtéž, s. 13). V základech tohoto žánru je zabudován prvek charismatu starce, dar slova, o které se dělil s druhými. K tomuto daru se otcové dostávali po letech modlitby, meditace a ticha. Dalším prvkem apofthegmatu je dialog učitel-otec a žák-duchovní syn, rozhovor, v němž předává otec duchovnímu synu Boží nauku přizpůsobenou jeho potřebám a situaci. A posledním prvkem je otevřenost vůči tomuto slovu ze strany žáka a jeho přijetí. Toto slovo bylo chápáno jako slovo Boží a jako takové bylo chováno ve velké úctě. Spíše než intelektuální poznání znamená slovo samo osobě život. Otec ve svém slově žákovi předváděl své chování, nebo chování jiného otce, anebo symbolickou scénku situovanou do skutečnosti, z níž si měl posluchač vzít ponaučení. Např. takto:

„Kdosi přinesl jednomu starci peníze a řekl mu: „Vezmi si to na svá vydání. Jsi přece už starý a nemocný.“ Byl totiž mrzák. Stařec však odpověděl: „Ty’s mi přišel teď odejmout mého živitele? Vždyť jsem už šedesát let nemocný, a dosud mi ještě nic nechybělo, protože Bůh se o mě stará a živí mě.“ A odmítl peníze přijmout.“ (APO I, VI, 24).

Prvotní apofthegmata měla osobní ráz - konkrétní stařec promlouvá ke konkrétnímu žákovi a řeší jeho individuální problémy. Mnich ale neuchovává slovo jen pro sebe, dělí se o ně s ostatními poustevníky a tak ztrácí výrok postupně svůj individuální charakter:

„Někdo z otců řekl: Jednou jsme seděli a mluvili o lásce a abba Josef říká: „Víme my vlastně, co to láska je?“ A pak vyprávěl o abba Agathónovi, že měl nožik a přišel za ním bratr a řekl mu: „Máš pěkný nožik.“ A on ho nechtěl pustit, dokud si ho nevezme.“ (APO III, XVII, 7).

Historii vzniku sbírek lze jen těžko vystopovat. Otcové si opakovali slova velkých otců a ta byla, vedle slov Písma, hlavním tématem jejich rozhovorů. Někteří „sběratelé slov“, kteří začali tyto výroky shromažďovat, dělali tak spíše ze sběratelské vášně než ze zbožnosti, a proto se setkali často ze strany otců s odmítáním vést s nimi rozhovor. Výroků se však za léta posbíralo mnoho a byly uspořádávány buďto systematicky – podle témat, která se v nich objevují, anebo podle abecedy – podle počátečních písmen jména otců, kteří výrok pronesli. Dnes máme k dispozici v podstatě dva typy sbírek. Sbírkou *alfabetická (Kniha starců)* má apofthegmata uspořádána podle jmen starců, kteří je vyslovili. Tato sbírka, můžeme říct, „zve“ k přátelskému setkání s konkrétním mnichem a ukazuje jeho ducha. (Srov. Starowieyski, 2000, s. 23-24). Druhá sbírka, *systematická*, je řazena tematicky a umožňuje přehledně se v jednotlivých oblastech seznámit s duchovní naukou otců. Toto systematické uspořádání Apofthegmat je nyní k dispozici i v českém jazyce prostřednictvím třídílného svazku, řazeného podle tematického obsahu výroku (povzbuzení, tichost, kajícínost, zdrženlivost, trpělivost atd.).



## 2. Lidé s psychickým onemocněním v kontextu sociální práce a pastorační práce

V této kapitole se zaměříme na skupinu lidí s psychickým onemocněním v kontextu sociální práce a pastorační práce tak, jak je v současné době v naší zemi, případně zemích západní Evropy, odkud převážně zkušenosti přebíráme, praktikována. Nejde nám o vyčerpávající přehled metod a způsobů, ale spíše o jakýsi nástin sociální a pastorační práce s vybranou cílovou skupinou tak, abychom se v další kapitole mohli zamyslet nad možnostmi využití spirituality pouštních otců v rámci této „běžné“ činnosti, nechali se inspirovat jejich zkušenostmi a moudrostí.

Do oblasti duševního onemocnění spadá celá řada nemocí a poruch, pro účely této práce se však zaměříme na sociální a pastorační práci s dospělými lidmi s onemocněním z okruhu psychóz, a to z více důvodů. Jednak je tato skupina klientů specifická narušením kontaktu s realitou a s tím souvisejícími potížemi v komunikaci s okolím, sociálním fungováním ve společnosti a negativní stigmatizací. Jak si ukážeme později, stigmatizace a neznalost souvisí i s různými postoji společnosti k jejich prožívání duchovního života. Dále pak je onemocnění charakteristické možným průběhem v opakujících se fázích (remise a ataky). V neposlední řadě také převážně s touto cílovou pracují organizace sdružené v Asociaci komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví (AKS), jejichž interní materiály slouží také jako zdroje pro účely této práce.<sup>2</sup> O charakteristice a specifikách jednotlivých druhů poruch se zde zmíníme pouze stručně, tímto tématem se v posledních letech podrobně zabývá řada absolventských a bakalářských prací VOŠ Caritas a UPOL Olomouc.<sup>3</sup> Zaměříme se zde tedy spíše na sociální dopad onemocnění a z toho vyplývající potřeby přístupu v sociální práci a pastorační práci. Socioterapie jako stěžejní metoda praktické sociální práce s vybranou cílovou skupinou se také více než příčinami a symptomy onemocnění zabývá hledáním zdravých a fungujících stránek člověka, jeho neopakovatelné hodnoty a jedinečnosti, podobně jako i pastorační práce. To ovšem v žádném případě neznamená, že sociální nebo pastorační pracovník nemusí mít alespoň minimální psychiatrické znalosti.

---

<sup>2</sup> O Asociaci komunitních služeb blíže na webových stránkách AKS, dostupné z: <http://www.askos.cz>.

<sup>3</sup> Srov. např. Pechová (2010), Myšáková (2010), Pospíšilová (2011), Toufarová (2011) ad.

## 2.1. Psychóza a její dopad na sociální sféru

Psychózy obecně, jako diagnostická kategorie, zahrnují skupinu vážných duševních poruch, které mají společné znaky. Jedná se zejména o poruchy myšlení (např. bludy), poruchy emočního prožívání (přecitlivělost nebo emoční oploštělost, úzkosti), poruchy vnímání (např. halucinace), poruchy v komunikaci (např. „smyčky“, obsahová chudost apod.) a v chování (např. apatie, autistické sklony apod.). V některých případech dochází i k regresi do nižších stádií osobnostního vývoje. (Matoušek, 2003b). Psychické poruchy jsou různorodé a mají rozdílnou míru závažnosti, společné je to, že během onemocnění dochází k proměnám prožívání člověka ve vztahu k okolí i sobě samému, zároveň ale nemoc zbavuje dotyčného schopnosti to rozpoznat. To vede k izolaci, nepochopení a stigmatizaci, nemocný se chová „divně“, okolí se s ním nedokáže domluvit, on sám však své chování považuje za normální. (Praško, 2005). Mezi psychózy řadíme schizofrenii, schizotypální a schizoafektivní poruchy a další afektivní poruchy (manické, depresivní, bipolární). Nejzávažnější z nich je schizofrenie, která postihuje 1% populace bez ohledu na demografické vlivy. Přesná příčina vzniku onemocnění není známa, předpokládá se multifaktoriální příčinnost. Hrají zde roli genetické faktory, biologické faktory, především změny ve struktuře a biochemii mozku, v neposlední řadě pak vlivy psychosociální. Koncept vulnerability jako jedna z teorií příčin vzniku schizofrenie předpokládá zvýšenou citlivost k podnětům sociálního charakteru (např. odloučení od rodiny, ztráta nebo neúspěch v zaměstnání, problémy ve vztazích ad.). Problém není přímo v zátěžové situaci, ale ve způsobu jejího zpracování. (Vágnerová, 2004).

Specifický je v této oblasti poruch i způsob stanovení diagnózy. Psychózy poznáváme na základě přítomných příznaků, které se zjišťují pozorováním, pohovorem. Češková ve svém rozhovoru pro časopis Sociální práce upozorňuje, že objektivní ukazatele nemoci, které by např. mohly určit diagnózu pomocí vyšetření mozku, jsou zatím příliš komplikované a drahé. (podle Bajer, 2008c, s. 23). Příznaky jsou projevy základních psychických funkcí. Můžeme je rozdělit na pozitivní, tedy takové, které jsou projevem zvýšené aktivity různých oblastí mozku (např. bludy, halucinace, narušená kontrola chování ad.) a na negativní, které jsou naopak důsledkem útlumu funkce mozku (např. emoční oploštělost, apatie, poruchy řeči, zpomalenost myšlení, oslabení nebo ztráta vůle, motivace atd.). (Vágnerová, 2004).

Charakteristický je také průběh nemoci. Zvláště u schizofrenie může prodromální fáze trvat dlouhou dobu, někdy i několik let, příznaky jsou netypické, způsobují však značné obtíže v běžném fungování ve společnosti. Než dojde k vypuknutí nemoci a zahájení potřebné léčby, je běžné, že se dotyčný člověk může dostat do řady sociálních problémů (dluhy, ztráta práce a neschopnost dodržet potřebné podmínky např. včasnou registrací na Úřadu práce, zneužití někým jiným, neuvážené cestování do zahraničí apod.), zvláště pokud nemá fungující rodinné zázemí nebo přátele, kteří mu jsou schopni pomoci i přes jeho stupňující se „divné“ chování. Samotný průběh onemocnění může být různý. Např. Vágnerová (2004) uvádí celkem šest možností z hlediska počtu akutních atak a přetrvávajícího psychického postižení: Epizodický průběh – kdy se nemoc projeví jednou atakou a po přeléčení akutní fáze dojde postupně k úpravě zdravotního stavu, opakovaný průběh – bývá přibližně u 60% nemocných, kdy se střídá období atak a remisí (v určitých pravidelných nebo nepravidelných intervalech), maligní průběh – s poměrně rychlým vznikem osobnostního defektu po první atace, chronický průběh – kdy dochází k opakování chorobných atak a úbytku adaptačních schopností až k postupnému úpadku osobnosti nemocného (cca u 30% nemocných schizofrenií), reziduální chronický průběh onemocnění – typický přetrváváním některých negativních symptomů (oslabení nebo ztráta normálních funkcí), nazývaný též „syndrom zlomené pružiny“, kdy člověk není schopen vykonávat to, co dříve, není schopen zvládnout běžné zátěže, je pomalý a často pasivní. Poslední možností jsou pak postprocesuální změny osobnosti, v krajním případě vyžadující potřebu trvalé péče jiné osoby.

Prognóza onemocnění závisí na souhrnu biologických, psychických a sociálních faktorů. Velkou roli hraje zejména premorbidní osobnost, tedy jakými kompetencemi disponoval člověk před onemocněním, jak zvládal běžný život, zátěžové události, řešení problémů apod. Dalším rozhodujícím faktorem je sociální zázemí nemocného. Pokud je nemocný akceptován a vhodně stimulován, dostane se mu potřebné a přiměřené podpory, je mnohem větší pravděpodobnost zlepšení nebo alespoň nezhoršování stavu.

Afektivní poruchy mohou mít také různý průběh, může převažovat stadium deprese (charakteristické negativismem, zpomalením psychických funkcí, patologickým smutkem a útlumem jednání) nebo se střídají fáze manická s depresivní (bipolární porucha), schizoafektivní porucha pak spojuje symptomy schizofrenie i afektivní poruchy. U mánie dochází k nepřírozené a křečovitě hyperaktivitě, kdy člověk ztrácí soudnost, není schopen reálně uvažovat, ale subjektivně se cítí dobře, plný elánu a síly

do doby, než dojde k vyčerpání energie. Projevy onemocnění působí na okolí rušivě, soužití s těmito lidmi bývá obtížné. (Vágnerová, 2004).

Léčba psychotické poruchy je v současné době díky moderním formám léčby podstatně lepší, než do nedávné doby. V minulosti byly psychózy, zvláště pak schizofrenie, považovány za nevyléčitelné, a nemocný obvykle skončil v chronickém stavu, kdy nebyl schopen se o sebe postarat. (Praško, 2001). V současné praxi se však ukazuje, že zhruba třetina lidí prodělá ataku a při příznivých podmínkách se onemocnění nevrací, další třetina nemocných prodělává ataky opakovaně, ale v době remise je schopna fungovat v běžném životě (někdy s individuální mírou podpory), pouze poslední třetina nemocných směřuje k nepříznivému průběhu, chronifikaci a zhoršování stavu. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008).

Léčba se liší podle fáze onemocnění a podle míry případného dalšího postižení, obecně však platí, že je žádoucí kombinace psychofarmakologické léčby (zejména v akutním stavu, k uklidnění, zvýšení odolnosti a regulaci psychických projevů), psychoterapie (v době zmírnění nebo vymizení příznaků) a socioterapeutických metod. Ve všech fázích je důležitá spolupráce s nejbližšími příbuznými, velké nároky jsou kladeny na terapeuta, záleží však samozřejmě i na osobě nemocného, jak je toho právě schopen. (Praško, 2001).

Mezi faktory podporující zotavení patří stabilní životní situace a pevné sociální zakotvení, bezpečné, poučené a strukturované prostředí, vztah s člověkem, se kterým je možné hovořit o svých pocitech, zážitcích, obavách, vědomí účelnosti vlastního života, možnost zaměstnání nebo alespoň smysluplné činnosti, možnost zábavy, odpočinku, koníčky, nezanedbávání fyzické kondice, denní řád, životospráva a dodržování medikamentózní léčby. Do rizikových faktorů naopak patří svévolné snížení nebo vysazení medikace, užívání alkoholu a drog, samota, stres, nedostatek podpory ze strany rodiny a přátel, konfliktní vztahy, ztráta zaměstnání nebo ukončení školy, nenaplněný čas. (Praško, 2005).

## **2.2. Sociální práce s lidmi duševně nemocnými**

Sociální práce s lidmi duševně nemocnými může probíhat v rámci zdravotnických institucí, především psychiatrických léčeben a psychiatrických oddělení nemocnic, v léčebných komunitách, komunitních zařízeních (např. zařízení podpory bydlení a práce, krizová centra apod.) nebo v jiných službách poskytovaných obcemi.

Situace se liší podle přístupu k péči o duševně nemocné v té které zemi. Např. Velká Británie má systém komunitních multidisciplinárních týmů, v USA je sociální práce jak v rámci komunitní péče, tak specializovaná klinická. (Probstová podle Matoušek a kol., 2005). U nás stále ještě přetrvává institucionalizační přístup, i když snahy mnoha, převážně neziskových organizací, ale i některých odborníků z řad psychiatrů, se snaží posouvat stále více možnosti lidí s psychickým onemocněním mimo zdi léčeben. (Pěč, Bajer, 2008, s.1). Podobná situace je i v ostatních postkomunistických zemích. V tomto ohledu mají nejen sociální pracovníci před sebou velký úkol zúčastnit se tvořivým způsobem procesu transformace psychiatrické péče v naší zemi tak, aby odpovídala skutečným potřebám a možnostem lidí s psychickým onemocněním.<sup>4</sup>

Sociální práce v léčebenském prostředí (ústavní lékařská péče v psychiatrických léčebnách a na psychiatrických odděleních nemocnic) může mít různé podoby. Na pracovníka zde je kladeno mnoho požadavků od zajištění finančních záležitostí nemocného, přes kontakt se správními institucemi a rodinou, ochranu práv nemocného, až po přípravu na jeho odchod z ústavní péče. Pracovník je sice součástí psychiatrického týmu, často však má na starosti několik oddělení s desítkami pacientů. Podrobněji se tímto tématem i osobností pracovníka, ovšem v prostředí klinik v Německu, zabývá např. Dörner a Plogová (1999). Těžištěm našich dalších úvah však bude především sociální práce po propuštění z péče ústavní, kdy je člověk přeléčen z akutní fáze nemoci a je doporučen do léčby ambulantní.

Od konce minulého století se také u nás rozvíjí komunitní psychiatrická péče a postupně se stává součástí zdravotního a sociálního systému. Komunitní péče je v ČR pojmem poměrně mladým, s konkrétními aktivitami v rámci komunitní práce se setkáváme z velké části až po revoluci v roce 1989. Co tedy představuje? Ve Slovníku sociální práce najdeme definici komunitní práce jako: „Proces pomáhající lidem, aby společnou aktivitou vyřešili problém místní komunity, případně zlepšili podmínky svého života v komunitě. Tento proces obvykle vyžaduje účast profesionálních sociálních pracovníků [...]“ (Matoušek, 2003b, s. 94). Komunitní péče je pak: „péče poskytovaná v rámci komunity nebo péče poskytovaná členy komunity. V prvním případě (care in the community) jde o systém tvořený státními i nestátními službami, jež

---

<sup>4</sup> V roce 2002 byl MZ ČR přijat „Návrh koncepce oboru psychiatrie“ a ustavena komise pro implementaci, ta však byla ministrem Julínkem rozpuštěna. „Revize koncepce oboru psychiatrie 2008“ se spíše než k deinstitucionalizaci přiklání k tzv. balancované péči. Blíže viz např. RABOCH, J., Dostupné z: <http://www.capz.cz/kraci-pece-o-psychiatricky-nemocne-v-cr-vcric-vyspele-evrope> . Platná verze dokumentu je ke stažení např. na stránkách: [www.ceskapsychiatrie.cz](http://www.ceskapsychiatrie.cz) . Pozn.autorky.

jsou dostupné členům komunity. V druhém případě (care by the community) jde o péči obvykle svépomocného charakteru, kterou si navzájem poskytují sousedé, rodiny, různá neformální společenství. Předěl mezi oběma typy péče není ostrý.“ (Tamtéž, s. 94). Kinkor více konkretizuje obsah pojmu jako „směřování k takovému uspořádání služeb [...] pro skupiny „na okraji“ (osoby hendikepované, [...], duševně nemocné atd.), aby mohly zůstat se svým hendikepem ve své komunitě a žít v ní plnohodnotný život. Tento přístup je opakem institucionální péče, která předpokládá, že péče v ústavu je lepší (levnější, efektivnější atd.).“ (podle Matoušek a kol., 2003a, s. 255). Komunitní přístup se týká také spolupráce sektorů v rámci vyvolání změny na místní úrovni. Kinkor zmiňuje rovněž dlouholetou tradici komunitní práce v některých evropských zemích, na rozdíl od ČR. Organizace zaměřené na komunitní práci v sociální a zdravotní oblasti u nás vycházejí převážně ze zkušeností v Nizozemí nebo Velké Británii. V oblasti psychiatrické komunitní péče je inspirací především nizozemský trend humanizace a deinstitucionalizace velkých zdravotnických a sociálních ústavů. (Tamtéž, s. 258, 261). To ovšem neznamená, že by zdravotnická zařízení, včetně psychiatrických léčeben, neměla být součástí komunitní péče.

Moderní komunitní psychiatrie by měla být sítí služeb nabízejících kontinuální léčbu, možnosti zpětného sociálního začlenění (bydlení, práce atd.) a sociální podpory ve smyslu pomoci obnovit nemocným jejich běžné sociální role. Sociální práce s lidmi s psychickým onemocněním v tomto kontextu zahrnuje komplexní metody práce, mezi něž patří psychosociální rehabilitace, případové vedení, psychoterapie. (Probstová podle Matoušek a kol., 2005). Z tohoto pojetí vychází i např. Klosová (2008), která komunitní péči s lidmi psychicky nemocnými chápe jako „komplexní péči týmu profesionálů z oblasti zdravotní a sociální sféry, kteří zajišťují možnost dostupnosti, větší flexibilitu, orientaci na potřeby klienta [...]. Měla by být zaměřena na potřeby lidí, nikoliv na budování institucí.“ (tamtéž, s. 4). Připomíná také důležitý rys komunitní péče, kterým je rovnocenné postavení jednotlivých odborníků v týmu a současně klientů jako rovnocenných partnerů v procesu péče. Součástí je i prevence stigmatizace, která uvádí často lidi duševně nemocné do izolace. Klosová zdůrazňuje, že sociální práci s cílovou skupinou chápeme v současné době jako komplexní práci s klientem v rámci komunitní péče, v níž se sociální pracovník může pohybovat v oblasti psychoterapie, případového vedení a psychiatrické rehabilitace. (Tamtéž, s. 4).

Všimněme si nyní blíže jednotlivých uvedených metod. Zejména případové vedení a psychiatrická (psychosociální) rehabilitace se v souvislosti se sociální terapií

s lidmi duševně nemocnými rozvíjejí v rámci uvedené komunitní péče v naší zemi až v posledních dvaceti letech.

### **2.2.1. Psychoterapie**

Psychoterapie je doménou především odborníků z oblasti psychologie a psychiatrie, přestože řadu poznatků přebírá v současné době i socioterapie (v případě sledované cílové skupiny jde zejména o Rogersův přístup zaměřený na člověka, realitní terapii, transakční analýzu, přístup zaměřený na úkoly, kognitivně behaviorální přístupy, také integrovaná psychoterapie manželů Knoblochových atd.). Využívány jsou i speciální relaxační a expresivní techniky (relaxační cvičení, dramaterapie, arteterapie, muzikoterapie atd.). Sociální pracovník zde musí umět rozlišovat hranice mezi sociální prací (socioterapií) a psychoterapií a spolupracovat s odborníky-psychoterapeuty, kteří jsou v ideálním případě součástí multidisciplinárního týmu. Vzhledem k cíli této práce zde nebudeme více rozvádět psychoterapii s cílovou skupinou ani téma rozdílů a vztahu mezi psychoterapií a socioterapií, které popisujeme podrobněji v kap. 1.2. absolventské práce, obhájené na VOŠ Caritas.<sup>5</sup>

### **2.2.2. Případové vedení (case management)**

Matoušek na obecné rovině uvádí, že případová práce je jednou z nejstarších metod sociální práce. Představuje práci s jednotlivým případem (člověkem, rodinou, párem apod.). Zahrnuje sérii kroků od prvního kontaktu s klientem přes mapování potřeb, plánování a realizaci plánu po hodnocení. (Matoušek, 2003b). Probstová sleduje vývoj případového vedení zejména v USA a Nizozemí ve 2. polovině 20. století v souvislosti s deinstitucionalizací. Rozlišuje klinické případové vedení, kdy tzv. klíčový pracovník poskytuje služby nácviku dovedností, vytváření klientovy podpůrné sítě apod., využívá zde prostředků podpůrné psychoterapie, na druhé straně sociální případové vedení, které využívá především technik psychiatrické rehabilitace. Nejintenzivnějším modelem případové práce je tzv. metoda ACT (assertive community treatment), která pokrývá celou šíři potřeb a je používána např. regionálními týmy komunitní péče neziskových organizací v terénních službách. (podle Matoušek a kol.,

---

<sup>5</sup> Srov. SLIŽOVÁ, D. (2011). Socioterapeutické aktivity v sociální práci s lidmi psychicky nemocnými (absolventská práce). Olomouc: Caritas-Vyšší odborná škola sociální.

2005). V rámci ČR jsou tyto organizace sdruženy v Asociaci komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví (dále AKS).<sup>6</sup> Např. Fokus Praha, jak popisuje Mužík a Kaucký, má čtyři regionální terénní komunitní týmy, tvořené pěti až sedmi sociálními pracovníky, kteří poskytují služby poradenské a současně provázejí klienty jako klíčoví pracovníci, koordinátoři péče. Plní roli dlouhodobých průvodců celým procesem psychiatrické rehabilitace, společně s klientem plánují a průběžně hodnotí plnění cílů, zahrnují spolupráci s rodinou a okolím klienta i preventivní krizové plánování pro případ relapsu. Vnímají tedy životní situaci klienta komplexně. (Bajer, 2008a, s. 4).

### **2.2.3. Moderní psychiatrická (psychosociální) rehabilitace**

Rozvoj moderní psychiatrické rehabilitace jako účinné metody sociální práce v Evropě v polovině 20. století umožnilo několik faktorů. Byly to především rozvoj psychofarmak, která směřují k umožnění nemocným prodloužit dobu remise a minimalizovat vedlejší účinky medikace, poválečné programy pracovní rehabilitace, důraz na dodržování lidských práv v 60. letech a s tím související hnutí deinstitutionalizace, rozvoj komunitní péče a svépomocného hnutí. Podle Probstové má psychiatrická rehabilitace dva hlavní cíle: zmírnění nebo kompenzace nezpůsobilosti a omezení hendikepu (stavu omezené participace). (Podle Matoušek a kol., 2005).

V souhrnu existují tři hlavní rehabilitační pozice, které určují i hlavní směry (školy) psychiatrické rehabilitace. První z nich je přístup zaměřený na problém, v němž je klient především asertivním pacientem. Tento přístup odpovídá zejména Losangeleské (libermanovské) škole. Zahrnuje medikaci, psychoedukaci a trénink dovedností. Dalším je vývojově zaměřený přístup, který staví klienta spíše do role uvědomělého studenta, neboť se spoluúčastní na vzdělávacím procesu. Odpovídá Bostonské škole, jejímž představitelem je např. Anthony. Model je znám také pod pojmem individuální rehabilitační přístup. Třetím z přístupů je tzv. environmentální, který se zaměřuje na vytvoření nebo udržení vhodného, co nejpřirozenějšího prostředí. Podle Benetta a Shepherdova je v takovém adaptovaném prostředí osobní péče zaměřena na interakci mezi klientem a jeho prostředím, klient je tedy podílejícím se konzumentem

---

<sup>6</sup> Patří sem např. o.s. Fokus, o.s. Práh Brno, o.s. PDZ Pardubice ad., členy AKS jsou i sociální služby psychicky nemocným lidem Charity Opava, kde autorka pracuje. Charita Opava však poskytuje pro vybranou cílovou skupinu služby ambulantní a pobytové, nikoliv terénní. Blíže k AKS viz [www.askos.cz](http://www.askos.cz). Pozn. autorky.



služeb. Tato škola je nazývána také jako Anglická. (Podle Wilken, van Hollander, 1999, s. 5-6, Probstová podle Matoušek a kol., 2005, s. 139).

Wilken a Hollander (1999) považují všechny tyto rehabilitační přístupy za komplementární a ve svém komplexním dynamickém modelu si kladou za cíl najít jejich optimální kombinaci tak, aby péče byla stále přizpůsobována motivaci klienta a směřovala k cíli, kterým je dosažení nejvyšší kvality života dotyčného člověka. Tzv. metoda psychosociální rehabilitace STORM, kterou Wilken a Hollander podrobně popsali jako optimální rehabilitační přístup pro lidi s psychickým onemocněním, je v současné době u nás považována za stěžejní metodu socioterapeutického přístupu v rámci organizací komunitní péče. Proto se na tento způsob sociální práce s vybranou cílovou skupinou podíváme v následující kapitole trochu podrobněji.

### **2.3. Metoda STORM v socioterapii lidí psychicky nemocných**

Podíváme-li se blíže do praxe konkrétních organizací, poskytujících v ČR služby komunitní péče lidem psychicky nemocným, je základním přístupem v sociální terapii psychosociální (psychiatrická) rehabilitace. Jak již bylo zmíněno, modelů psychiatrické rehabilitace existuje více. Paleček, vedoucí psychosociální rehabilitace občanského sdružení Eset-Help, připomíná, že nejužívanější je u nás eklektický psychosociálně rehabilitační přístup, který sem byl zaveden v 90. letech z Holandska v rámci projektů MATRA I., II., III.<sup>7</sup> (podle Bajer, 2008d, s. 7). V rámci zácviku pracovníků v práci s lidmi psychicky nemocnými v neziskových organizacích sdružených v AKS se používá právě tento přístup, je součástí i celoživotního vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách těchto organizací.

Metoda psychosociální rehabilitace STORM v socioterapii s lidmi psychicky nemocnými má za cíl pomoci klientovi vykonávat běžné činnosti, zatímco se učí akceptovat relativně trvalé postižení a možnost, že třeba bude potřebovat chráněné podmínky. Staví na základních složkách tohoto přístupu, kterými jsou: celostní pojetí

---

<sup>7</sup> Pilotní, na sebe navazující projekty zlepšení psychiatrické péče, konkrétně podpory vytvoření regionálních týmů komunitní péče ve vybraných oblastech ČR, propojování lůžkové a mimolůžkové péče a vzdělávání v rámci komunitní péče, které proběhly díky česko-holandské spolupráci od r. 1995. Blíže viz stránky ČAPZ, dostupné např. z: [http://www.cmhcd.cz/pilotni\\_projekty.html](http://www.cmhcd.cz/pilotni_projekty.html). Pozn. autorky.

rehabilitace (tzn. úroveň jednotlivce, prostředí, systému), kvalita života (zvyšování subjektivně prožívané kvality života), zaměřenost na osobní život (základem jsou jeho potřeby, přání, cíle), podpora procesu obnovy schopností (tím se rozumí proces (znovu)nabývání klíčových kompetencí), práce v triádě (kam patří uživatel, důležité osoby z okolí, pomáhající pracovník/pracovnice) a 5 základních pilířů rehabilitačního procesu (motivace, status, dovednosti, materiální a sociální zdroje). (srov. Šupa, s. 14-15).

Rehabilitace je zacílena na zvýšení kvality života<sup>8</sup> člověka, který vlivem psychického onemocnění ztratil některé možnosti, schopnosti a dovednosti, které před vypuknutím nemoci měl. Po návratu z léčení je konfrontován s novou, neznámou situací, jednak v omezení svých dřívějších schopností a možností a případnými vedlejšími účinky medikace, velmi často pak také v nepřijetí okolím, ztrátou původních vazeb, stigmatizací. Pro zvýšení kvality života lidí s dlouhodobým psychickým onemocněním je nutné znát klientovy potřeby, vnímat jejich změnu v průběhu rehabilitačního procesu a s tím související změny klientovy motivace. Metoda psychosociální rehabilitace STORM zahrnuje v podstatě celý proces, který známe jako jednotlivé fáze socioterapie. Jedná se o celkem šest fází (orientace, šetření, stanovení cílů, plánování, intervence, vyhodnocování a zpětná vazba) cyklicky probíhajících, a to ve třech dimenzích (vztah, činnost a čas). Kromě dlouhodobé spolupráce v uvedených šesti fázích řeší často klíčový pracovník, socioterapeut, s uživatelem konkrétní problémy, které se vyskytnou a které nemusí nutně souviset s dlouhodobými cíli uživatele. Tento tzv. velký a malý cyklus rehabilitace názorně popisuje schéma v Příloze č. 1.

Kvalitu života nelze oddělit od bazálních potřeb člověka. Šetření potřeb podle Wilkena a Hollandera probíhá v osmi základních životních a osobních oblastech – doménách, které jsou rozděleny do dvou skupin. Šetření individuálních potřeb může být zaměřeno na omezení klienta ve vztahu k potřebě léčby a péče, v rehabilitačním přístupu se však více zaměřuje na silné stránky jedince a jeho rozvojový potenciál. Mezi životní domény, podstatné pro rozvoj osobnosti, jsou zahrnuty oblasti bydlení, práce, učení a oblast volného času (rekreace). Mezi osobní domény patří ty aspekty života, jejichž naplňování má vliv na subjektivní pocit spokojenosti. Jsou to oblasti osobní

---

<sup>8</sup> Definice kvality života podle Světové zdravotnické organizace WHO je v manuálu STORM uvedena v překladu takto: „Kvalita života je to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“. Pozn.autorky.

péče, zdraví, účelu a smyslu a oblast sociálních vztahů. Mnoho klientů s psychickým onemocněním má potíže s naplňováním jedné nebo více životních i osobních domén. Pracovník by se měl umět pohybovat ve všech a umět společně s klientem, na základě jeho potřeb a přání, stanovit potřebné cíle pro zvýšení kvality jeho života. (Wilken, van Hollander, 1999, s. 7-10). Na konkrétní příklady možných cílů v oblasti individuálních potřeb z tzv. osobních domén se podíváme později s perspektivou možnosti využít spirituality otců pouště.

## **2.4. Pastorec lidí s psychickým onemocněním**

V této kapitole se podíváme alespoň stručně na způsoby pastorec vybrané cílové skupiny. Nejde nám zde o ucelený přehled ani historický vývoj, ale spíše o orientaci v současné situaci, zejména s ohledem na možnosti využití v rámci sociální terapie s lidmi psychicky nemocnými. Pro účely práce se dotkneme hlavně nebezpečí v přístupech a postojích, které by se pro sociálního pracovníka a jeho klienta mohly stát spíše léčkou, než pomocí a podporou.

Křivohlavý (2000) popisuje dvě skupiny cílů pastorec – první specifikuje jako prohloubení víry člověka a jeho přiblížení Ježíši Kristu, tedy v ryze křesťanském smyslu. Druhou skupinu cílů pastorační péče popisuje jako pomoc při zvládání životních těžkostí a upevnění psychického zdraví (pomáhat jim v jejich životních problémech, poskytovat jim sociální oporu, pomáhat jim lépe zvládat jejich vnitřní problémy, obtíže, konflikty, falešné představy, podporovat rozvoj osobnosti, učit je účinnějším způsobům zvládání zátěže atd.). I když lze těžko jedno od druhého oddělovat, stejně jako lze pouze uměle dělit člověka na tělo, duši a ducha, přesto se budeme pro účely práce zabývat spíše okruhem druhým, neboť nám jde především o možnosti, které se otevírají v rámci sociální práce. Podíváme-li se zpět na popsanou metodu psychosociální rehabilitace, jsou cíle téměř totožné. K tomuto tématu se vrátíme v posledních kapitolách. Nyní považujeme za nutné zmínit se, jak bylo výše naznačeno, spíše než o způsobech pastorec alespoň krátce o různých aktuálních postojích a přístupech k pastorec lidí s psychickým onemocněním.

V současné praxi se setkáváme v podstatě se čtyřmi přístupy ve vztahu psychicky nemocný člověk a víra (duchovní život). V prvním případě jsou projevy duchovního života považovány za projev patologie, tedy nemoci, a nejsou brány vážně. Tento

přístup byl běžný z pohledu psychiatrů vůči nemocným, často však i z pohledu lidí nemocnému blízkých. Druhým přístupem, který v současné době pomalu nahrazuje předchozí, je uznání možnosti, že člověk má spirituální potřeby a není to nutně projev psychopatologie, pro řadu odborníků je to však oblast, se kterou nechtějí mít nic společného, např. proto, že jí sami nerozumí. V lepším případě pak člověka v tomto směru odkazují na pomoc duchovních nebo věřících odborníků, v horším případě jsou sami fascinováni objevenou duchovní dimenzí a z neznalosti a malých zkušeností mohou více ublížit, než pomoci. Z opačného pohledu, ze strany pastoračních pracovníků, včetně duchovních, existuje však také řada předsudků a obav z provázení těchto lidí a proto bývají „odkazováni“ zpět na odborníky – psychiatry. Tak se potřební lidé mohou místo pomoci dostat do bludného kruhu. Třetí přístup, který byl častý v minulosti, ale stále existuje, je přesvědčení, že psychické potíže jsou posedlostí nebo dílem zlého ducha a podle toho je třeba s dotyčným „postiženým“ zacházet. Poslední přístup pak spočívá v rozdělení kompetencí, kdy existuje spolupráce mezi odborníky z jednotlivých profesí v rámci multidisciplinárních týmů nebo alespoň formou dohody. Člověku je skutečně poskytnuta pomoc duchovní, psychiatrická, psychologická a sociální podle jeho potřeb. Tato u nás známá praxe je v podstatě ve všech čtyřech oblastech totožná s názorem švýcarského psychiatra a teologa Samuela Pfeifera, který se zabývá mj. vztahy „napětí“ mezi psychiatrií a duchovní péčí na základě osobních zkušeností ve Švýcarsku a USA. (srov. Pfeifer, 1995, s. 8-9). Všimněme si tedy jednotlivých přístupů z pohledu odborníků, zejména psychiatrů a teologů.

### **2.4.1. Duchovní život jako patologie?**

Jako příklad tohoto názoru Pfeifer (1995) uvádí postoj některých lékařů, ale i společnosti, že psychické onemocnění je zaviněno náboženstvím. Mezi argumenty k tomuto tvrzení jsou často používány pojmy „religiózní neuróza“, „náboženské bludy“ apod. Projevy duchovního života jsou tedy jaksi komplexně považovány za patologické, zanedbává se rozlišování mezi příčinou a obsahem religiózních projevů a bludu. K tomuto dodává: „[...]“, právě psychicky nemocní lidé jsou často přitahováni křesťanským poselstvím o vykoupení a odpuštění, o lásce a přijetí Bohem a křesťanským společenstvím. Nežřídko se ve své krizi rozhodnou pro Krista. [...] Chtějí-li křesťané účinně pomáhat při psychických poruchách, pak potřebují *širší poznání a pochopení psychických onemocnění* a toho, jak vůbec působí na člověka

všeobecně a zvláště na jeho víru. Měli by poznat možnosti i meze psychiatrie a duševní péče.“ (Pfeifer, 1995, s. 11).

Otázkami vztahu mystiky a schizofrenie se jako reakcí na výše uvedený přístup lékařů-psychiatrů podrobněji zabývá také Benda (2007). Sleduje zde kriticky redukcionalistický přístup, uvádí příklady lékařů, kteří i mystiky, jako např. sv. Ignáce z Loyoly, sv. Terezií z Avily, sv. Františka z Assisi ad., považovali za osoby psychicky nemocné, a jejich mystické zážitky za projevy schizofrenních bludů.

Nad příčinami tohoto postoje se zamýšlí také Burdová. Vítá „renesanci pohledu na duchovní rozměr člověka, který byl nechápán a potlačován nejen vládnoucím komunistickým režimem, ale v minulosti i jinými, byť vzdělanými autory (Freud, osvícenci...)“ (Burdová, 2006, s. 3). Jako psychoterapeutka se sama setkává v psychiatrické praxi často s lidmi, kteří se bojí navštívit psychiatra mj. z oprávněného strachu z devalvace nebo nepochopení jejich duchovního života. Domnívá se, že lidé unavení konzumním životem opět začínají objevovat svůj duchovní rozměr, a právě v tom potřebují pomoc. S postoji psychoterapeutů, kteří považují víru za patologii, nesouhlasí, člověku však může komplikovat život nezdravá spiritualita, nezdravý styl života. (Tamtéž, s. 3-4, 54).

Podobně Kašparů (2002) v popisu potřebnosti pastorální psychologie jako nové disciplíny pastorální teologie, která má za úkol aplikaci psychologických principů a psychoterapeutických metod do pastorační praxe, označuje Freudův názor o patologičnosti veškerého náboženství jako „nevěcnou generalizaci“ (s. 8, 9). Naopak ovšem, právě léčení rozličných, v dnešní době běžných, neduhů se podle Kašparů může pastorační práce znovu naučit právě od psychologie a psychoterapie, ovšem od takové, „v níž je zakotvena pravda víry zhuštěná do symbolu kříže.“ (Tamtéž, s. 10).

Pfeifer, Burdová, Kašparů i Benda se zabývají také rozlišením tzv. religiózních bludů a skutečných duchovních projevů, k tomuto tématu se ale pro účely této práce blíže vracet nebudeme.

## **2.4.2. Psychiatrie a náboženství nemají společné pole působnosti?**

Tento postoj, jak jsme naznačili výše, sice uznává duchovní rozměr člověka, ale ve smyslu specializace vlastně znamená, že psychické problémy se mají řešit pomocí psychoterapie a psychiatrie, otázky víry se pak mají ponechat církvi. (Pfeifer, 1995).

Tak ovšem může dojít a dochází často k nebezpečí onoho výše uvedeného „bludného kruhu“, kdy je nemocný posílán od jednoho odborníka k druhému a každý řeší ze svého pohledu pouze část v rámci své specializace. Pfeifer zdůrazňuje nutnost dívat se na člověka jako celek pro možnost účinné pomoci: „Kdo vidí člověka jen v jednom rozměru, ať je to již na tělesné úrovni (dispozice), v jeho sociálních vztazích (prostředí) nebo pouze v jeho myšlení a jednání (reakce), ten ho nevystihne.“ (Tamtéž, s. 168).

Burdová připomíná, že ani úžasný rozvoj psychiatrie s využitím nejmodernějších diagnostických a terapeutických metod nezajistí nemocným cestu k plnému přijetí sebe a k vnitřní vyrovnanosti. Člověk není jen „jakýsi soubor receptorů a mediátorů. Celek je vždy víc než součet jednotlivých částí.“ (Burdová, 2006, s. 3). Zdůrazňována je role profesionálních schopností a vlastní duchovní život psychiatra a psychoterapeuta. Kašparů (2002) v této souvislosti ale také upozorňuje na nebezpečí vzniku pocitu omnipotence. Vidět člověka ve své celistvosti neznamená, že např. psycholog bude zpovědníkem pro nevěřící nebo kněz psychologem pro křesťany. Každý si má být vědom svých kompetencí, i když připouští situace, kdy se hranice mezi oběma profesemi stírá. Kromě potřeby spolupráce (kdy je žádoucí, aby např. duchovní doporučil věřícího lékaře a naopak) je třeba i určité obezřetnosti. „*Ne každý, kdo se hlásí k církvi, stojí na pozicích a učení Magisteria. Řada věřících lékařů základní učení církve [...] v oblasti morálně etické vůbec nezná, nebo je interpretuje subjektivním způsobem!*“ (Tamtéž, s. 14). Toto nebezpečí se netýká pouze lékařů, neboť pastorální péče není výhradní činností profesionálního teologa, ale organickou součástí každého křesťana.

V poslední době můžeme být svědky živé diskuse o tzv. psychospirituální krizi, která s tématem psychopatologie a duchovního prožívání souvisí, proto se zde o tomto tématu alespoň krátce zmíníme. Benda (2007) se při hledání podobnosti rozdílů mezi mystickými zážitky a schizofrenními bludy zabývá podrobněji výzkumy a historií zavedení nepatologické kategorie „*Náboženský nebo duchovní problém*“ do diagnostického manuálu Americké psychiatrické společnosti DSM-IV, na kterém měli podíl Perry, manželé Grofovi, Lukoff ad. Také u nás se řada odborníků zabývá možnostmi využití pozitivního potenciálu náboženských a duchovních problémů. V roce 2004 vzniklo v Praze občanské sdružení Diabasis, jež si klade za cíl informovat a vzdělávat veřejnost v oblasti psychospirituální krize, kterou definují jako „*transformativní proces s léčivým potenciálem, který může mít vnější podobu psychózy, ale neměl by se zaměňovat s psychózou jako duševní poruchou.*“ Využití

adekvátních terapeutických metod může u osob v psychospirituální krizi napomoci k vyšší integraci osobnosti a plnějšímu zdraví. Jedno ze základních poselství tohoto souboru příznaků je, že za jistých okolností je normální mít „nenormální“ zážitky. Psychospirituální krize je, i přes své bouřlivé a neobvyklé projevy, fází osobního rozvoje jedince, která má potenciál spouštět pozitivní změny a při citlivém a profesionálním provázení vede k lepší integraci osobnosti.“<sup>9</sup>

V časopise Sociální práce, věnovaném duchovní dimenzi sociální práce, najdeme v rozhovoru s mluvčím Společnosti pro studium sekt a nových náboženských směrů Vojtíškem vyjádření názoru k tomuto tématu. Sdružení Diabasis řadí k alternativní psychoterapii s náboženskými východisky. Na jedné straně vyjadřuje pochopení pro vznik těchto alternativních postupů díky přezíravosti až hostilitě psychologů, psychoterapeutů a psychiatrů vůči duchovním projevům a náboženství. Na druhé straně upozorňuje na nebezpečí, že snaha rozvinout svůj postup na psychoterapeutickém „trhu“ může vést k agresivním formám propagace a vzniku aktivistických skupin. Tyto alternativní postupy jsou pro řadu lidí přitažlivé právě pro otevření dosud „zapovězeného“ duchovního světa. (srov. Bajer, 2008b, s. 46-47).

### **2.4.3. Psychické onemocnění je pouze duchovním problémem?**

Pfeifer (1995) uvádí tento názor jako druhý extrém (vedle námi označeného prvního přístupu), ovšem tentokrát z křesťanského hlediska. Spočívá v přesvědčení, že psychické onemocnění lze léčit pouze vírou. Za příčinu onemocnění a psychických potíží se považuje démonické ovlivnění, nedostatečné posvěcení nebo nepochopení významu kříže. Tento postoj nemocné přetěžuje požadavky, cítí se vyloučení ze společenství věřících a místo pomoci to spíš jejich potíže prohlubuje.

Kašparů (2002) se zabývá vztahem nemoci a hříchu v rámci pastorální psychiatrie. Pohled běžný v křesťanském starověku i středověku, totiž že nemoc je trest za hříšný život, zčásti přetrvává dodnes. Celá řada autorů a odborníků se zabývala a zabývá touto otázkou. Tento postoj Kašparů odmítá a připomíná v této souvislosti Kristova slova slepému: „Nezhřešil ani on, ani jeho rodiče, ale mají se na něm zjevit skutky Boží.“ (J. 9,3). Nemoc sama o sobě není zlem, nemocný může žít ve stavu milosti a proměnit svou bolest v zásluhu, lze mluvit o „tajemství bolesti“. (Kašparů, 2002, s. 61). Odlišení nemoci od hříchu však nevylučuje jejich vzájemný vztah, který je

<sup>9</sup> Srov. Diabasis. [on-line] cit. 24. 7. 2011. Dostupné z: <http://www.diabasis.cz/psychospiritualni-krize/>

zřejmý již v obraze Krista jako „lékaře“. Hřích jako narušení mravního zákona je spojen s pocity viny, které, pokud nejsou dobře zpracovány, mohou mít vliv na tělesné i psychické zdraví člověka. Dále popisuje i čtyři oblasti, ve kterých může být člověk nemocen, pomocí jednoduché tabulky o čtyřech kvadrantech (viz Příloha č. 2). Vzájemné možné vztahy pak vyplývají z tohoto schématu: 1. Náš hřích může způsobit vnitřní zranění nám samým, 2. Vnitřní zranění nám způsobuje cizí hřích, 3. Vnitřní zranění nás může vést ke hříchu, 4. Náš hřích může způsobit nemoc (resp. ji způsobí spíše s ním spojený pocit viny), 5. Vztah mezi vnitřním zraněním a nemocí (tzn. cizí hřích může způsobit nemoc skrze vnitřní zranění), 6. Duchovní svázanost se projevuje jako tělesná nebo většinou jako duševní nemoc. V tomto posledním případě Kašparů důrazně upozorňuje na základě své praxe a zkušeností na velmi uvážlivý a obezřetný přístup. Ve většině případů, které bývají za posedlost nebo svázanost zlým duchem považovány, o ně skutečně nejde.

*„Na vyšetření takových případů by se měli účastnit pouze zkušení duchovní a s problematikou obeznámení věřící lékaři! Jinak hrozí nebezpečí blamáže na straně jedné, velkého poškození trpících na straně druhé a rozsévání neblahé a nezdravé demonofobie (strach z démonických sil) na straně třetí!“ (Kašparů, 2002, s. 68).*

Otázkou léčení a osvobození se zabývá podrobně Madre (1999). Také on upozorňuje na množství omylů způsobených přepjatou „démonizací“ duševního utrpení a zdůrazňuje nutnost objektivního lékařského posouzení každé manifestní psychické poruchy, které se opírá jak o vědy o člověku, tak o učení křesťanské víry. Velkou důležitost přikládá charismatu rozlišování duchů. Poukazuje na nebezpečí okultních praktik, možné způsoby působení Zlého, podrobně se zabývá diagnostickými kritérii, zejména v případě duševní nemoci, a možnými vhodnými způsoby pomoci.

Opatrný (2001) se zmiňuje o dnes časté praxi v některých křesťanských nekatolických skupinách praktikovat exorcismus široce a lehkomyšlně, tedy škodlivě. Katolická církev se dnes podle něho staví k této otázce zodpovědně až úzkostlivě. Rozlišení ohledně exorcismu patří do rukou zkušeného a biskupem určeného kněze ve spolupráci se zkušeným věřícím psychologem či psychiatrem, před tím se požaduje, aby psychiatrické vyšetření vyloučilo, že jde pouze o psychickou nemoc. Také rozšířený názor odmítání psychofarmak jako něco škodlivého, co se pro věřícího křesťana nehodí, považuje za nebezpečnou pověru, proti které je třeba se postavit.



#### 2.4.4. Pastorace a psychiatrie společně?

Pfeifer (1995) upřednostňuje tento pohled, podobně jako řada dalších citovaných autorů. Podle něho je spolupráce s psychiatrem možná a smysluplná v případě, kdy duchovní i psychiatr znají své meze a navzájem se respektují. Biblický výraz „slabost“ aplikuje právě na okruh problémů psychicky nemocných. Cílem ošetření psychicky nemocných je spíše než úplné uzdravení zvládnutí existence v tomto světě i se všemi jeho hranicemi. Důraz klade na postoj milosrdenství. Jak již bylo řečeno, biblické doprovázení slabých se nezabývá příčinami poruchy, ale jak využít toho, co bylo člověku dáno. Komplexní pomoc psychicky nemocnému znázorňuje jednoduchým a přehledným modelem (viz Příloha č. 3), kde se vzájemně doplňují pomáhající rozhovor, praktická pomoc a medikamentózní léčba ve vzájemné souhře podle aktuálního stavu nemocného tak, aby vedly k účinné pomoci. (Srov. tamtéž., s. 171).

Také Opatrný (2001) zdůrazňuje potřebu kvalitní lékařské péče, kterou sebelepší péče pastorační nenahradí, zejména v době ataky nemoci. Při stabilizovaném stavu pak doporučuje velmi poučenou pastorační péči, která vyžaduje velkou trpělivost a časovou náročnost a musí se přizpůsobovat aktuálnímu stavu nemocného. Zapomínat by se nemělo také na rodinu a nejbližší okolí nemocného, které potřebuje vysvětlení nemoci pro možnost přijetí nemocného a zabránění izolace, dodání podpory a naděje. K základní orientaci křesťansky orientované péče o duševně nemocné doporučuje např. Frankla (tedy logoterapii).

Burdová (2006) považuje za vhodné integrovat religiózní psychoterapii do ostatní psychiatrické péče a nezapomínat na spolupráci s kněžími, kteří by měli mít alespoň základní znalosti o duševním zdraví a o psychoterapii.

Zajímavý pohled odborníků z obou stran, tedy převážně psychoterapeutů na pastorační péči a pastoračních pracovníků na psychoterapii, se pokusil zachytit ve své studii Vander (2004). Jeho cílem bylo mj. naznačit možnosti a omezení psychologie a jejích prostředků pro zkvalitnění a prohloubení pastorální péče, tedy velmi aktuální téma - přiblížit vzájemně dva světy, kde společným posláním je provázení trpícího člověka. O tento pohled se pokusíme i my, nikoliv však z hlediska možností psychoterapie, ale socioterapie (resp. psychosociální rehabilitace), neboť i sociální práce sleduje stejný cíl, byť možná z trochu jiného úhlu. Poslání je stejné, řečeno v terminologii Pfeifera: „slabé nésti“. (Pfeifer, 1995).

### **3. Inspirace pouštních otců a pastorální psychiatrie v socioterapii**

V předchozí kapitole jsme si vymezili oblast sociální práce s vybranou cílovou skupinou a také optimální úhel pohledu na vzájemný vztah psychiatrie a pastorační práce. Vyjdeme-li z uvedených předpokladů, dostáváme se k další kapitole, ve které chceme nastínit možnosti inspirace spirituality otců pouště a zmiňované pastorální psychologie pro socioterapeutickou práci s lidmi psychicky nemocnými. Jak bylo uvedeno, hlavním cílem socioterapie je spolupráce s klientem na zvyšování kvality jeho života, pomoci mu využívat adekvátní služby, mobilizovat jeho vnitřní aktivity, současně ale působit i na společnost. A to všechno tak, aby v ideálním případě už socioterapie nebylo třeba. Cílem je tedy úzdrava (recovery). Zdraví je dnes definováno jako stav komplexní fyzické, duševní a sociální pohody. Nemusí jít nutně o neexistenci nemoci nebo postižení. Jde spíše o to, čemu otcové pouště říkali pokoj a čistota srdce. Dnešní psychologie a psychoterapie hovoří o integritě osobnosti člověka.

Připomeňme si, že základními faktory, které ovlivňují průběh socioterapie, jsou osobnost klienta, osobnost pracovníka, vztah a prostor mezi nimi, tedy, zjednodušeně řečeno, způsoby jejich vzájemné spolupráce. Tohoto schématu dále využijeme k zamyšlení se nad možnostmi využití moudrosti otců, kteří, aniž by si to sami uvědomovali, byli nejlepšími terapeuty, lékaři i sociálními pracovníky nejen své doby. Jejich pravidla jsou inspirací ke zdravému životu tělesnému i duševnímu, proto z nich vycházely i pozdější mnišské regule. Tato cesta, i když se zdá náročná, je velmi prostá a přístupná každému, kdo hledá smysl života, lásku, kdo touží po svobodě a je pro to ochoten něco obětovat.

#### **3.1. Osobnost klienta – terapie otců pro nemocného**

Do služeb komunitní péče přicházejí lidé nejčastěji po ukončení léčby v psychiatrických léčebnách. Ocitají se obvykle ve velmi nezáviděníhodné situaci: s diagnózou psychického onemocnění, tedy omezením a stigmatem, které jim znesnadňuje nejen návrat mezi ostatní lidi, ale i přijetí sebe sama, s obavami a strachem, co bude dál. Často jsou navíc zatíženi dluhy a problémy, které si způsobili v době „rozjezdu“ nemoci ještě před zahájením léčby. Rodina, pokud byla, se s nemocí a jejími

následky vyrovnává dlouho a těžko a tak se stává, že tento člověk se setkává spíše s odmítáním, nepřijetím, druzí se ho bojí a vyhýbají se mu. Připomeneme-li si pohledy na duchovní prožívání těchto nemocných, popsaných v předchozí kapitole, není výjimkou, že z léčebny přichází člověk, který byl lékařem přesvědčován, že „pokud bude zase číst tu bibli nebo se modlit, skončí tam znova“. Anebo zase nabádán společenstvím, do kterého patřil: „Nejez žádné léky, Bůh tě uzdraví, musíš s námi za tím skvělým kazatelem z Ameriky.“<sup>10</sup> Přichází tedy člověk, který je plný obav, úzkosti, nejistoty z budoucnosti, s nízkým sebevědomím, který ztrácí často naději a smysl života a má sklony na svoji situaci rezignovat. Samozřejmě nejsou na tom všichni takto. Jak bylo naznačeno výše, hodně záleží na schopnostech člověka vyrovnávat se s těžkými situacemi, jeho životní filozofii a na zázemí nemocného, zda je nebo není schopno dotyčného podepřít. Do sociálních služeb pobytových a ambulantních se však obvykle dostávají ti, kteří zobecněnému popisu odpovídají.

### **3.1.1. Touha po přijetí a lásce**

Jaké jsou jejich potřeby? Pokud bychom se nyní podívali např. na Maslowovu pyramidu potřeb, vypadá to, že nejprve je třeba uspokojit základní biologické a sociální potřeby člověka – aby měl co jíst, kde spát, zajištěn alespoň minimální příjem a někoho, za kým může zajít. Takto to i sami vnímají a své první cíle při nástupu do služby podobným způsobem formulují. Je to ovšem jen „první dojem“. Za těmito potřebami se skrývá často veliká touha po přijetí, přátelství, lásce, bezpečí, povzbuzení, smyslu života, který jim v té době připadá nepřátelský...

V této chvíli, při začátcích služby, si lidé často neuvědomují jiné potřeby, než ty základní, existenční, ale jsou velmi vnímaví a citliví na způsob jednání s nimi. Právě zde velmi záleží na vybudování vztahu pracovník-klient, zda se podaří získat důvěru nemocného. A právě zde se můžeme nechat inspirovat pouštními otci – vždyť také za nimi přicházeli mladí učedníci, žádali radu nebo pomoc, starší otcové však dokázali poznat, co skutečně návštěvník potřebuje a to také poskytli. Svým postojem a láskou oslovili často více, než konkrétní pomocí nebo radou.

„Když šel jednou abba Jan ještě s jinými bratry ze Skétis, nastala noc a jejich průvodce sešel z cesty. Bratři říkali abba Janovi: „Co budeme dělat, abba? Náš průvodce sešel z cesty. Neumřeme tady ztracení?“ Stařec jim povídá: „Když mu to

---

<sup>10</sup> Smutná, ale pravdivá zkušenost z praxe. Pozn. autorky.

řekneme, bude se trápit a stydět. Podívejte, budu dělat, jako že jsem slabý, a řeknu mu: „Nemůžu jít dál, počkám tady do rána.“ Udělal to tak a i ostatní řekli: „Tak my taky nepůjdeme dál a zůstaneme s tebou.“ A zůstali do rána a toho bratra nezahanbili.“ (APO III, XVII, 10).

To neznamená, že by sociální pracovník neměl poskytnout základní sociální službu, ostatně to je hlavní náplní jeho práce, ale i svým postojem a chováním může poskytnout mnohem více, tak, jako to uměli moudří mniši.

„Jednou přišli k abba Achillovi tři starci a jeden z nich měl špatnou pověst. Jeden z těch starců Achillovi řekl: „Abba, udělej mi nějakou síť.“ On na to: „Neudělám.“ A druhý stařec mu řekl: „Bud' tak laskav a udělej nám nějakou síť, ať máme po tobě v klášteře památku.“ Ale Achillas řekl: „Nemám čas.“ I řekl mu ten bratr se špatnou pověstí: „Udělej nějakou síť mně, abba, ať mám něco z tvých rukou.“ A on mu na to hned odpověděl: „Tobě ji udělám.“ Ti dva starci se ho pak o samotě zeptali: „Proč jsi to nechtěl udělat pro nás, když jsme tě prosili my, a tomuhle řekneš: „Tobě ji udělám“?“ On jim odpověděl: „Vám jsem řekl: „Neudělám,“ a vy jste se nezarmoutili, protože víte, že nemám čas. Ale kdybych to neudělal pro něho, řekl by si: „Stařec to nechce udělat, protože slyšel o mém hříchu,“ a hned bychom přetrhli vlákno. Tak jsem povzbudil jeho duši, aby ho nepohltil zármutek.“ (APO II, X, 18).

### **3.1.2. Léky na bezradnost a apatii**

Zármutek, bezradnost, skleslost, apatie, to je to, co nejvíce vystihuje rozpoložení nemocných při vyrovnávání se s jejich skutečností. Pouštní otcové tyto pocity a myšlenky připisovali jedné z osmi neřestí, kterou nazývali *akédia*. Ventura (2003) podrobněji rozebírá smysl výrazu následovně: v řečtině znamená tento pojem nedbalost, nezáměr nebo zbabělost se rozhodnout, v Septugiantě je to výraz pro žal, skleslost, malomyslnost, sklíčenost. Užívá se v souvislosti srdce, které je plné beznaděje a smutku. V jazycích, kterými mluvili pouštní otcové, jsou ekvivalenty stejně názorně vypovídající stav duše: v kopštině *pehlopep* – únava, rozmrzelost, v syrštině *quta reyana* znamená rozštěpení, roztržení srdce, podobně i v latině – *anxietas cordis*. Evagrius mluví v této souvislosti o „poledním démonu“, který působí na duchovní i fyzický život, vede ke ztrátě sil, životní energie až k rozkladu osobnosti. (Podle Ventura, 2003).

Tímto popisem vystihuje naprosto stav lidí psychicky nemocných, kteří v určité fázi svého života nemohou najít motivaci pro jakékoliv konání. Konečným stavem bývá pak upadání do deprese a myšlenky na sebevraždu. Akédie dezintegruje celý život, neboť podle Evagria ochromuje rozum, vášnivost a žádostivost. Podle otců však neexistuje zlo, proti kterému by nebyl lék. Začátkem terapie je snaha o vytrvalost. Pro mnichy to znamenalo zůstat ve své cele, určit si míru činnosti (práce), dělat ji pořádně a neustupovat (nerozptylovat se ničím jiným), dokud ji nedokončí. (Podle Ventura, 2003).

„Jeden bratr se zeptal starce: „Co mám dělat? Moje špatná myšlenka mi nedovolí ani chvilku zůstat v kelle.“ Stařec mu řekl: „Běž, synu, usad' se ve své kelle, pracuj rukama a neustále se modli k Bohu. *Svou starost hod' na Hospodina* a ať tě nikdo nesvede, abys odtamtud odešel. [...]“ (APO I, VII, 31).

Tato užitečná rada je bezesporu vhodná i v dnešní době. Práce a řád jsou nejlepší terapeutické prostředky aplikované nadčasově. Práce není myšlena jen manuální, mnichové doporučují jako nejvhodnější lék službu druhému, tedy udělat něco užitečného pro druhé. Tuto „medicínu“ předepisuje i Kassián, který v otevření se potřebám druhých a lásce k nim formou účinné pomoci spatřuje samotný základ terapie. (Podle Ventura, 2003).

„Abba Hilarión pravil: „Jsi-li smutný, skoro vždycky to znamená, že myslíš jen na sebe.“ (Kern, 2005, 227).

Kromě uvedených způsobů léčby akédie otcové doporučují otevřenost vůči zkušenému duchovnímu člověku, kterému dají nahlédnout do hlubin své duše - myšlení, pocitů, pochybností a bojů. V dnešní době není příliš reálné navštěvovat pravidelně moudrého mnicha, alespoň pro většinu lidí ne, možnost vyslechnout stezky a povzbudit skleslé máme ale všichni, třeba i v rámci svého povolání.

### **3.2. Osobnost pracovníka (možné inspirace pro sociálního pracovníka)**

Zopakujme si, že nezbytnou součástí socioterapeutické práce je setkání dvou lidí, přičemž pracovník profesionálně pracuje také se sebou samým s cílem být při setkání klientovi co nejužitečnější, tj. poskytnout mu to, co potřebuje (přijetí, bezpečí,

porozumění, informace, doporučení, podporu, zkušenost, dovednosti atd.), a to takovým způsobem, aby mohl být klient co nejsoběstačnější, aby mohl žít svůj život dle vlastních rozhodnutí a nést za sebe odpovědnost. Je zřejmé, že při naplnění tohoto požadavku se pracovník pohybuje nejen na pomezí psychoterapie a socioterapie, ale také socioterapie a pastorače. Přestože sociální pracovník nevykonává pastorační práci (jeho úkolem není v první řadě duchovní provázení člověka na cestě ke Kristu, ale velmi hmatatelné provázení nemocného k uschopnění jeho sociálních rolí), nelze duchovní rozměr pominout. Celostní pohled na člověka jako osobnost bio-psycho-socio-spirituální by měl být v sociálních službách samozřejmostí. Jak jsme naznačili výše, nemocného nejvíce osloví způsob chování a jednání pomáhajícího. Můžeme vykládat a nabízet cokoli, pokud ovšem podle toho nebudeme sami žít, těžko někoho oslovíme.

Můžeme si položit otázku: „Mohou, a případně jak, inspirovat otcové pouště moderního sociálního pracovníka, který je vybaven mnohými odbornými znalostmi, praktickými dovednostmi získanými na praxích a stážích, v poslední době také stále více absolvováním psychoterapeutických výcviků? Možná právě zájem o psychoterapii v profesi sociální práce svědčí o tom, že kromě odborných znalostí a dovedností ještě něco schází. Něco dost podstatného. Svatý otec Benedikt XVI. ve své encyklice *Deus Caritas est* tuto podmínku nazývá „*formaci srdce*“.

Právě zde však narážíme na jistá úskalí, o kterých velmi přehledně pojednává Doležel (2008) ve svém příspěvku o osobnostních rizicích pomáhající praxe. Vychází v něm především z názorů německého psychoanalytika Schmidbauera a bavorského pastorálního psychologa Baumgartnera, kteří se zabývají riziky pomáhající profese z pohledu pomáhajícího, tzv. syndromem pomocníka. Odhaluje zde pravdu o skutečných motivech volby pomáhající profese, kterými mnohdy není čistý altruismus a láska k bližnímu, ale spíše vzory chování rodičů a hlavně neuvědomovaná a tedy nepřiznaná traumata z dětství (nedostatek lásky, vytěsněné pocity ukřivděnosti, strachu, hněvu, nenaplněná přání atd.). To se nejčastěji projevuje tím, že pomáhající nemusí mít, a často také nemá, dostatečné sebevědomí, má potřebu si dokazovat svoji hodnotu (svoji užitečností, oceněním, výkony), očekává pozitivní zpětnou vazbu za svoji „námahu“. Schmidbauer to výstižně formuluje následovně: „Mám rád bližního svého **místo** sebe sama.“ (Podle Doležel, 2008, s. 36).

Stenger, rakouský pastorální psycholog, popisuje tři základní podoby rizikových motivů pomáhání. Prvním je přání získat uznání a lásku. V tomto případě hrozí nebezpečí, že pomáhající vztah může být ze strany sociálního pracovníka zneužit

k léčbě vlastních zranění. Tzn., že pomáhám, abych něco dostal. Druhým rizikem je neuvědomovaná bezmoc a projevuje se přáním mít nad druhými moc, kontrolu. Kromě toho, že takovýto pomáhající často spíše zneschopňuje, než uschopňuje klienta svou neustálou péčí a kontrolou, díky sebezpečování vlastních sil u něho záhy dochází k vyhoření. A konečně třetím motivem je potřeba mít skrze pomáhání podíl na životě druhých. Někteří lidé nedokážou, nebo mají strach, žít svůj vlastní život, a drogou se jim stává potom prožívání osudů druhých v roli nezúčastněných pozorovatelů (podobně je tomu třeba při fascinaci televizními seriály). Doležel nabízí ve svém příspěvku osvědčené „léky“ z biblické duchovní tradice, které vedou k sebezpečování, k vědomí vlastní hodnoty jako milovaného Božího dítěte, k uvědomění si a přijetí svých vlastních zranění a slabostí. Každý člověk je jako „pomačkaný mraveneček“, říkal jeden duchovní otec na exerciciích o sebezpečování, „ale o každém Bůh ví a posílá ho, počítá s ním.“ Podobně Doležel nabízí obraz zraněného lékaře, který po vzoru samotného Ježíše Krista na základě přijetí vlastních zranění dokáže být skutečným lékařem pro druhé. (Srov. tamtéž, s. 37-38, 40, 45).

Zkusme se tedy podívat, co k tomuto tématu mohou říct otcové pouště. Najdeme u nich také inspiraci k účinné „léčbě“? Ve svém mnišském životě si kladli za úkol přivádět všechny (včetně sebe především) k Bohu. Stejně tak v dnešní době nabádá svatý otec Benedikt XVI.:

„Je třeba přivádět tyto pracovníky k onomu setkání s Bohem a Kristem, které by v nich probouzelo lásku a otevíralo jejich duši druhému, takže láska k bližnímu pro ně už nebude přikázání uložené, tak říkajíc zvenku, nýbrž důsledek vyplývající z jejich víry, která se stává činnou v lásce (srov. Gal 5,6).“ (DEUS CARITAS EST, 2006, s. 47).

Nechme se tedy vést jejich příkladem a moudrostí, je třeba začít nejprve u sebe, jak bylo řečeno, abychom mohli vést druhé. Jinak sebe i toho, komu chceme pomoci, uvádíme do nebezpečí, kdy „slepý vede slepého a oba spadnou do jámy.“ (Srov. Mt 15,14).

### **3.2.1. Modlitba jako zdroj sebezpečování**

„Stařec řekl: „Poznej sám sebe a nikdy nepadneš. Začni pracovat na své duši, tj. vroucně se modli a miluj Boha, dříve než jí někdo jiný dá špatné myšlenky.“ (APO II, XII, 26).

V modlitbě mniši rozmlouvají s Bohem a uvědomují si, že právě v modlitbě, pod Jeho světlem, nemůžou uniknout sami před sebou. Schopnost modlitby vést člověka k hlubšímu poznání byla otcům dobře známa. Věděli, že tím, že v modlitbě člověk odhlíží sám od sebe a hledí na Boha, může na sebe pohlédnout Božíma očima a lépe se poznat.

„Někdo z otců říkal: „Jako není možné, aby někdo uviděl svou tvář v bahnitě vodě, tak se ani duše nemůže začít modlit nazíravou modlitbou, jestliže se nejdříve neočistí od cizorodých myšlenek.“ (APO II, XII, 16)

Pro mnichy znamená sebepoznání více než uvědomění si nevědomého. Sebeoznání je pro ně především poznání vlastního hříchu. To je ovšem nevede ke skleslosti a obavám, ale k pokoře a větší vydanosti Bohu. Zkoumání vlastních myšlenek a zápas s nimi je součástí modlitby, ve které ovšem nebojují sami, ale v moci Boží. Modlitba otců spočívá především ve volání a naslouchání, jde o setkání s Kristem:

„Nějací lidé se zeptali abba Makaria: Jak se máme modlit?“ Stařec jim řekl: Není potřeba něco drmolit, ale často vzpínat ruce a říkat: Pane, smiluj se nade mnou, jak chceš a jak umíš.“ A jestliže na vás doléhá boj, tak: „Pane, pomoz mi.“ On sám ví, co prospívá, a smiluje se nad námi.“ (APO II, XII, 11).

Pro člověka dnešní doby je jejich modlitba více než aktuální. V hektické době si neumíme udělat čas na ztišení a nedáme tak prostor ani možnosti sebepoznání. Utíkáme od sebe pod záminkou „důležité činnosti, služby, práce“, právě proto, že ze setkání se sebou máme strach. Také často nevíme, jak se vlastně máme modlit. Rady otců jsou prosté a účinné, vyžadují ovšem odhodlání a vytrvalost. Zajímavou metodu radí Kassián mnichům i nám. Doporučuje, „*abychom si úmyslně opakovaně představovali to, co nás vzrušilo, abychom s tím v neustálém boji myšlenek zápasili, o to rychleji se nám pak dostane léku.*“ (Podle Grün, 1997, s. 20).

### **3.2.2. Modlitba jako cesta k lásce**

Sebeoznání je prvním krokem k uzdravení. Dalším krokem je lítost nad vlastními hříchy. Slzy vycházející ze zármutku nad vzdálením se od Boha mniši považují za dar. Tímto zármutkem vyjadřuje člověk touhu po spáse, harmonii, integritě. V pláči se setkává sám se sebou a s Bohem bez nasazování nějakých masek. Pláč očišťuje a otevírá nás uzdravující Boží milosti.



„ Ještě řekl: Když tě v srdci napadne nepřátelská myšlenka, nehledej v modlitbě jiné a jiné prostředky, ale naostří proti nepříteli meč slz.“ (APO II, XII, 5).

Jestliže člověk usiluje o modlitbu, uzdravuje se v něm vše bez ohledu na jeho vlastní sílu nebo schopnosti. Ustavičnou modlitbou poznávali mniši, kým vlastně jsou, které chybné postoje a nálady je vnitřně vzdalují a vzdalují od Boha. V modlitbě cítili, že jsou obrazem Božím a současně v pokoře vnímali, že jsou hříšníky a bez Boha nemohou nic. To On uzdravuje, očisťuje a proměňuje. Kdo přenechá v modlitbě Bohu a Jeho uzdravující přítomnosti sebe sama, najde cestu sám k sobě, usmíří se sám se sebou, uzdraví se.

Uzdravující působení modlitby je zdůrazňováno především v textech východního mnišství. O cestě k ustavičné modlitbě srdce vypráví Poutník, který našel bohatství neustále opakované Ježíšovy modlitby, ustavičné vzývání Jeho jména, které nejprve naplní celou mysl, až se stane modlitbou srdce. V duchovním bohatství svatých otců nacházíme „tři klíče“ k pokladnici vnitřní modlitby: časté vzývání jména Ježíše Krista, soustředění se na toto vzývání a ponoření mysli do srdce. (Srov. UVP).

Konkrétní rady Poutníka pro každého, kdo touží po vnitřní modlitbě, jsou popsány ve „svodu poučení Otců, jaký je způsob konání modlitby a podmínky pokroku v ní:

*Častost*, tj. mnohonásobné opakování modlitby Ježíšovy.

*Pozornost* čili pohroužení mysli v Ježíše Krista a odhánění jiných myšlenek.

*Změna slov modlitby*, tj. pronášení Ježíšovy modlitby někdy celé, někdy zkrácené.

*Pravidelnost*, tj. aby byla tu modlitba, tu čtení žalmů, sedění, stání s rozepjatýma rukama a opět modlitba Ježíšova...

*Stání před Bohem*, tj. stále pociťovat Boží přítomnost a při veškeré činnosti pamatovat na Boha.

*Zřeknutí se světa*, a zároveň pamatování na smrt a sladkost modlitby.

*Neustálé vzývání jména Ježíše Krista* v každém případě a čase, buď o samotě, nahlas nebo mezi lidmi pouze v mysli.

*Usínání* na lůžku s Ježíšovou modlitbou.

*Vnější modlitba* o získání vnitřní, tj. vyžádání pomoci od Pána k horlivosti a otevření vnitřní modlitby v srdci." (UVP, s.188).

Tato modlitba vede od člověka ke Kristu, od pýchy k pokoře, od sebestřednosti k opravdové lásce. Otcové pouště zjistili, a mnoho dalších svatých podle jejich příkladu ověřilo, že čekání na Boha je bezcenné, není-li tento čas vyplněn tím, že se podle svých

sil snažíme přijímat Jeho milost k tomu, abychom mohli milovat své bližní jako sebe samé. Tato cesta je obsažena i v radách mnichům:

*„Počátkem naší spásy a moudrosti je podle Písma bázeň před Hospodinem. Z bázně před Hospodinem se rodí spásná zkroušenost. Ze zkroušenosti srdce vychází zříkání se, tj. nahota a opovržení všemi statky. Z nahoty se vytváří pokora. Z pokory přichází na svět umrtvování vůle. Umrtvováním vůle se vykořeňují a oslabují všechny neřesti. Po zapuzení neřestí vyraší a vzrůstají ctnosti. Růstem ctností se získává čistota srdce. Čistotou srdce se dosahuje dokonalosti apoštolské lásky.“* (Cassianus, 2007a, s. 79).

To je cesta, vedoucí ke skutečné formaci srdce, k tomu, co Ježíš nazval: „jediným, čeho je třeba“, k novému přikázání lásky. (Srov. J 13,34).

## Závěr

Dnešní psychologické vědy často složitě a zdlouhavě objevují terapeutické metody, které vedou k uzdravení duše i těla. Obvykle přicházejí na to, co pouštní otcové znali dávno před námi. Kromě toho nebyli v roli jakýchsi „expertů“, kteří jsou vyškoleni, aby pomáhali druhému, ale sami na sobě žili to, co potom, na základě často bolestných a dlouholetých zkušeností, předávali mladším. Snad právě tento jejich postoj, plný slitování, lásky k člověku, ale také neutuchajícího optimismu a důvěry v dobro, dokáže oslovit právě toho, kdo se cítí nedostatečný, odmítaný, druhými nepřijatý. Pokud bychom se nechali oslovit jejich pokorou, solidaritou se slabými, milosrdnou láskou, mohli bychom oslovit i druhé. Cestu k tomu nám ukazují zřetelně a je použitelná pro každého, kdo chce poznat sám sebe. Otcové nepochybovali o tom, že když se člověk setkává s Bohem, setkává se sám se sebou, jak jsme poznali v jejich zkušenostech s modlitbou, současně ale, když se poctivě snaží setkat sám se sebou, přibližuje se současně k Bohu, jde o setkání s Ním.

Pokud bychom se pokusili shrnout naše zamyšlení nad možnými inspiracemi v sociální práci s lidmi, kteří trpí psychickou nemocí a mají možnost určitou chvíli s námi jako pracovníky ve službě být, pak najdeme celou řadu námětů a nápadů, které je možné využít v rámci poskytované péče. Především, jak bylo několikrát zdůrazněno, je to náš postoj k nemocnému, který záleží právě na tom, jak umíme sami sebe přijímat. Otcové žili příkázání lásky a moc dobře věděli, že milosrdenství k bližnímu vyrůstá z poznání a přijetí sebe sama včetně vlastních slabostí, zranění i selhání. Jejich způsob boje a zacházení s myšlenkami je další možností, jak se nechat oslovit a pomoci druhým, kteří úzkosti, vtíravé myšlenky a protivenství zažívají. Mohli bychom také třeba zapůjčit knížky, kde se s otcí mohou setkat přímo nebo prostřednictvím dnešních autorů. V jejich Apofthegmatech nebo Lécích jsou obsaženy rady pro každou příležitost. Nesmíme však zapomenout na nebezpečí, o kterém dobře věděli staří otcové, totiž že náš život se odehrává „v boji duchů v povětrí“. Je třeba umět rozlišovat, kdy a co je ještě pro druhého přijatelné a dobré, a co by mu spíš uškodilo. K tomu je zapotřebí modlitby, společné, pokud je to možné, modlitby před každým setkáním, a také mít možnost poradit se s moudrým duchovním a moudrým lékařem, jako i otcové často chodili pro radu k moudřejším, a všechno své konání vždy svěřovali Bohu. Dokázali

ještě mnohem více - nést druhé v modlitbě a dělit se s nimi o jejich hřích, aby jejich břemeno nebylo pro ně příliš těžké.

V této práci šlo skutečně spíše o zamyšlení a pouhý nástin celé hloubky moudrosti prvokřesťanských mnichů z pouště. Bylo by jistě zajímavé zabývat se tématem více do hloubky, místo teoretické práce hledat možné inspirace v rámci výzkumu přímo u lidí nemocných, u duchovních, kteří mají zkušenosti s provázením lidí s psychickým onemocněním nebo zkusit např. případovou studii. Vzhledem k problematice pastorační a duchovní péče o tyto lidi, jak jsme si naznačili ve 2. kapitole, se domnívám, že by takové pohledy mohly být přínosem. Šíře tématu, požadovaný rozsah práce a původně zvolený cíl nás však vedl jiným směrem.

Mohlo by se nyní zdát, a možná by to tak i lidé, kterým o nich chceme vykládat, mohli chápat, že pouštní otcové jsou vzorem, kterého musíme dosáhnout. I na toto nebezpečí mají laskavou radu inspirovanou Božím pohledem na každého z nás:

„Velký Antonín se už pomalu chystal na odchod z tohoto světa, když zaslechl, jak o něm jeden bratr říká: „Byl velký jako Mojžíš...“ Otevřel jedno oko a řekl: „Jsi daleko od pravdy, bratře... Na onom světě se mě totiž Bůh nebude ptát: Proč jsi nebyl Mojžíšem?, ale: Proč jsi nebyl Antonínem?“ (Kern, 2005, 206).

Zdůrazňovali jsme mj., že otcové nebyli askety, co se týká optimismu a smyslu pro humor, nechme se i touto jejich stránkou inspirovat a zakončeme tedy společně s otci vesele:

„Když abba Hermetios pozoroval, jak pomíjející jsou plody jeho studia, jemuž se od mládí v Alexandrii oddával, prohlásil: „Kdybych se měl ještě jednou narodit, zase bych studoval jako nedouk.“ (Tamtéž, 198).

## Bibliografie

ANCILLA, M. (1999) *Ve škole otců pouště*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.

*Apothegmata: výroky a příběhy pouštních otců I. (APO I)*. (2000) Přel. Pavlík, J. Dotisk 1. vydání. Praha: Benediktinské arcidiákonství sv. Vojtěcha a sv. Markéty.

*Apothegmata: výroky a příběhy pouštních otců II. (APO II)*. (2005) Přel. Pavlík, J. Praha: Benediktinské arcidiákonství sv. Vojtěcha a sv. Markéty.

*Apothegmata: výroky a příběhy pouštních otců III. (APO III)*. (2008) Přel. Pavlík, J. Praha: Benediktinské arcidiákonství sv. Vojtěcha a sv. Markéty.

ATANÁŠ, sv. (2010). *Život sv. Antonína Poustevníka*. Přel. Ventura, V., Mendelová, E. 2. vydání, Velehrad: Refugium Velehrad-Roma.

BAJER, P. (2008a) Fokus usiluje o komplexní, koordinované, individuálně zaměřené a dlouhodobé služby. *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 1, s. 4-6.

BAJER, P. (2008b) Poradenství v oblasti sekt a nových náboženských směrů čerpá i z díla Carla Rogerse. *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 4, s. 46–47.

BAJER, P. (2008c). U řady duševně nemocných můžeme dosáhnout návratu do běžného života, tvrdí přednostka psychiatrické kliniky. *Sociální práce /Sociálna práca* č. 1, s. 23-24.

BAJER, P. (2008d) Komunitní služby sdružení Eset-Help pomáhají duševně nemocným ke změně. *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 1, s. 7-10.

BENDA, J. (2007) *Mystika a schizofrenie: Mystické zážitky jako předmět klinického zájmu*. Ústí n. L.: Lulu.com.

*Bible: Písmo svaté Starého a nového zákona.* (1998). Český ekumenický překlad. 11. vydání. Praha: Česká biblická společnost.

BURDOVÁ, I. (2006). *Křesťanská psychoterapie*. Brno: Sypták.

CASSIANUS, J. (2007) *Zvyky cenobitů a léky na osm základních neřestí (a): knihy 1-4*. Přel. Koupil, O. a kol. Praha: Benediktinské arcidiákonství sv. Vojtěcha a sv. Markéty.

CASSIANUS, J. (2008) *Zvyky cenobitů a léky na osm základních neřestí (b): knihy 5-12*. Přel. Koupil, O. a kol. Praha: Benediktinské arcidiákonství sv. Vojtěcha a sv. Markéty.

CURYLO, V. (2010). *Pouštní otcové jako inspirace pro komplexní pojetí člověka v pomáhajících profesích* (bakalářská práce). Olomouc: Univerzita Palackého.

DOLEŽEL, J. (2008) Osobnostní rizika pomáhající praxe: Syndrom pomocníka ve světle biblické moudrosti. *Spravedlnost a služba III*. Olomouc: Caritas -VOŠ sociální, s. 32-46.

DÖRNER, K., PLOG, U. (1999) *Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Přel. Lorenc, J. Praha: Grada.

*Encyklika DEUS CARITAS EST nejvyššího pontifika Benedikta XVI.* (2006) Přel. Pospíšil, C. V. Praha: Paulínky.

FIALA, P. (2008) Historia Lausiaca 1 – Mnišství a jeho formy. [on-line]. Cit. 27.7.2011  
Dostupné z: <http://revue.theofil.cz/revue-clanek.php?clanek=379>

GRŮN, A. (1997) *Modlitba a sebepoznání*. Přel. Šťouráčová, J. Praha: Zvon.

GRŮN, A. (2006) *Vyznej se sám v sobě*. Přel. Polívková, H., Šťouráčová, J. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.

KAŠPARŮ, M. (2002) *Základy pastorální psychiatrie pro zpovědníky*. Brno: Cesta.

- KERN, R. (2005) *Humor pouštních otců*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- KLOSOVÁ, L. (2008) Sociální práce s duševně nemocnými. *Esprit. Časopis (nejen) pro duševní zdraví*, roč. XII, č. 1-2, s. 4.
- KŘIVOHLAVÝ, J. (2000). *Pastorální péče*. Praha: Oliva.
- MADRE, P. (1999). *Tajemství Boží lásky a služba uzdravování*. Přel. Joneš, J. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ M. a kol. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada.
- MAREŠ, P. (2008). Recenze: Václav Ventura, Spiritualita křesťanského mnišství I. *Teologické texty*, č. 1 [on-line]. Cit. 22. 7. 2011 Dostupné z:  
<http://www.teologicketexty.cz/casopis/2008-1/Vaclav-Ventura-SPIRITUALITA-KRESTANSKEHO-MNISSTVI-I.html>
- MATOUŠEK, O. (2003a). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
- MATOUŠEK, O. a kol. (2003b). *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál.
- MATOUŠEK, O. a kol. (2005). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál.
- OPATRŇNÝ, A. (2001). *Pastorační péče v méně obvyklých situacích*. 3. vydání, Praha: Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství pražském.  
Dostupné také z: [http://knihovna.net/KNIHA/0054\\_t01.htm](http://knihovna.net/KNIHA/0054_t01.htm)
- PĚČ, O., BAJER, P. (2008). Editorial. *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 1, s. 1.
- PFEIFER, S. (1995). *Slabé nésti: Moderní psychiatrie a biblická duchovní péče*. Přel. Kubík, A. Ostrava: JUPOS.

PRAŠKO, J. a kol. (2005). *Léčíme se s psychózou: Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. Praha: Medical Tribune CZ.

PRAŠKO, J. a kol. (2001). *Psychotická porucha a její léčba*. Praha: Maxdorf.

PRUŽINSKÝ, Š. (2003) *Patrológia II. Církevná a kresťanská literatúra 2. až 8. storočia*. Prešov: Pravoslávna bohoslovecká fakulta Prešovskej univerzity.

STAROWIEYSKI, M. (2000) Apofthegmata pouštních otců z hlediska literárního. In *Apofthegmata: výroky a příběhy pouštních otců I*. Přel. Pavlík, J. Dotisk 1. vydání. Praha: Benediktinské arcidiocésie sv. Vojtěcha a sv. Markéty.

ŠPIDLÍK, T. (1995) *Prameny světla (Příručka křesťanské dokonalosti)*. Velehrad: Refugium Velehrad-Roma.

ŠUPA, J., *Expertiza pro cílovou skupinu „Osoby s duševním onemocněním“* [on-line]. Cit. 10. 4. 2011. Dostupné z: <http://www2.brno.cz/download/osp/1197449363.doc>

*Upřímná vyprávění poutníka svému duchovnímu otci. (UVP)*. (2001). Přel. Vítámvás, P. Olomouc: Refugium Velehrad-Roma.

VÁGNEROVÁ, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3., rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál.

VANDER, J. (2004). *Psychologické aspekty pastorální péče* (diplomová práce). Brno: Masarykova univerzita.

VENTURA, V. (2003) Osm zdrojů duchovní nestability podle mnišské tradice. (Studie). *Teologické texty*, č. 5 [on-line]. Cit. 22. 7. 2011. Dostupné z: <http://www.teologicketexty.cz/casopis/2003-5/Osm-zdroju-duchovni-destability-podle-mnisske-tradice.html>

VENTURA, V. (2006). *Spiritualita křesťanského mnišství I*. Praha: Benediktinské arcidiocésie sv. Vojtěcha a sv. Markéty.



Wilken, J. P., van Hollander, D. (1999). STORM Rehabilitation. Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci. Pracovní překlad výukového materiálu.  
Dostupné také z: [www.fokusvysocina.cz/document.ashx?id=23](http://www.fokusvysocina.cz/document.ashx?id=23)

## **Internetové zdroje**

Diabasis. [on-line] cit. 24. 7. 2011. Dostupné z:  
<http://www.diabasis.cz/psychospiritualni-krize>

Asociace komunitních služeb pro péči o duševní zdraví. Dostupné z:  
<http://www.askos.cz>.

Revize koncepce oboru psychiatrie 2008. Dostupné z: [http:// www.ceskapsychiatrie.cz](http://www.ceskapsychiatrie.cz)

Česká asociace pro psychické zdraví: projekty MATRA I, II, III. dostupné např. z:  
[http://www.cmhcd.cz/pilotni\\_projekty.html](http://www.cmhcd.cz/pilotni_projekty.html).

## **Seznam příloh:**

Příloha č. 1: Tzv. velký a malý rehabilitační cyklus

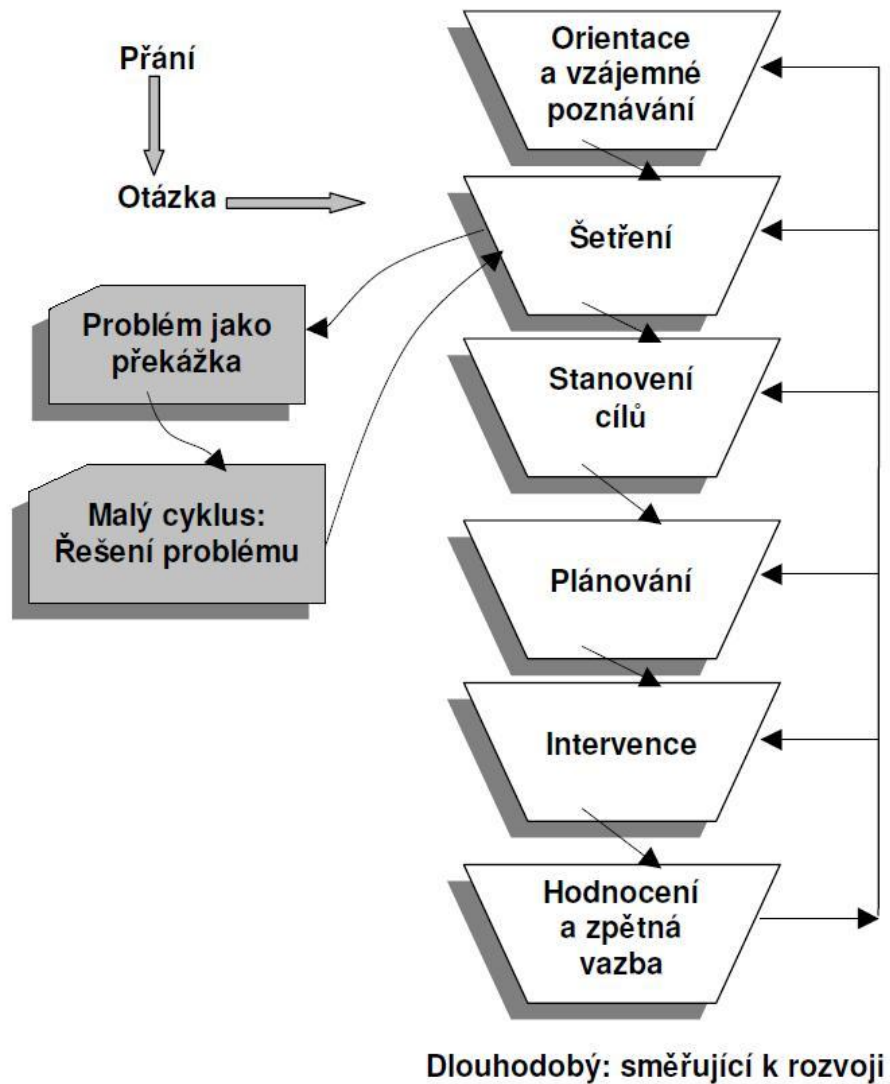
Příloha č. 2: Oblasti, ve kterých může být člověk nemocen

Příloha č. 3: Celková pomoc psychicky nemocnému

## Příloha č.1

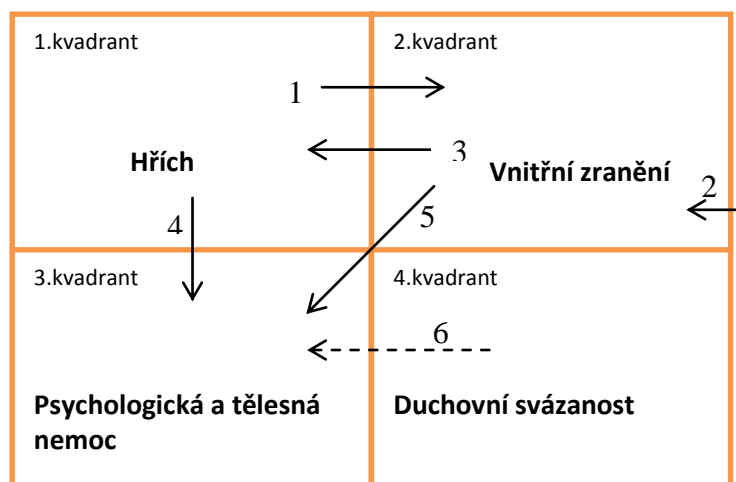
Tzv. velký a malý rehabilitační cyklus

### DLOUHODOBÝ A KRÁTKODOBÝ CYKLUS RHB PROCESU



## Příloha č. 2

Oblasti, ve kterých může být člověk nemocen (Kašparů, 2002, s. 66)



### Příloha č. 3

Celková pomoc psychicky nemocnému (Pfeifer, 1995, s. 171)

