



Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrlometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské výchovy

Lenka Burešová

Duchovní doprovázení u jedinců s psychiatrickou diagnózou

Bakalářská práce

vedoucí práce: Mgr. Klára Maliňáková

2019

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Brně dne 10.4.1019 Lenka Burešová

Je mou milou povinností poděkovat především své vedoucí práce Mgr. Kláře Maliňákové za metodické vedení, poskytnuté cenné rady a informace, za věnovaný čas během vypracování této práce. Dále bych chtěla poděkovat svému manželovi, a hlavně dcerám za technickou pomoc a podporu.

Obsah

Úvod	1
1 Základní potřeby člověka.....	2
1.1 Potřeby tělesné	2
1.2 Potřeby psychické.....	2
1.3 Potřeby sociální	2
1.4 Potřeby spirituální – duchovní	2
2 Historický náhled na péči o duševně nemocné.....	3
2.1 Péče ve starověku.....	3
2.2 Péče ve středověku	5
2.3 Péče v novověku.....	6
2.4 Péče v 19. a 20. století.....	6
2.5 Aktuální situace v České republice	6
3 Duševní nemoci	8
3.1 Příznaky duševních nemocí	8
3.2 Příčiny duševních nemocí.....	8
3.3 Nejčastější typy duševních poruch.....	9
3.3.1 Schizofrenie	10
3.3.2 Afektivní poruchy	12
3.3.3 Neurotické poruchy.....	12
3.3.4 Demence.....	13
3.3.5 Deprese.....	14
3.3.6 Poruchy osobnosti a chování u dospělých, psychopatie	14
3.3.7 Poruchy chování a emocí v dětství a adolescenci	15
4 Duchovní doprovázení.....	17
4.1 Historická zkušenost.....	17
4.2 Sdílení zkušenosti víry	18
4.3 Rozdíly mezi službou smíření a duchovním doprovázením.....	21
4.4 Rozdíly mezi psychoterapií a duchovním doprovázením	21
4.5 Duchovní život doprovázejícího	22

4.6	Duchovní doprovázení v praxi	23
4.7	Duchovní doprovázení v nemocniční praxi	24
5	Duchovní doprovázení u psychicky nemocných.....	25
5.1	Obecné zásady přístupu k psychiatrickým pacientům	27
5.2	Psychózy	27
5.3	Afektivní poruchy	29
5.4	Neurotické poruchy	30
5.5	Poruchy osobnosti	31
5.6	Situace vyžadující lékařskou pomoc	31
5.7	Zdravotník v roli doprovázejícího	32
5.8	Možnosti uspokojování duchovních potřeb nemocných v prostředí psychiatrického oddělení.....	34
6	Kazuistika	36
7	Dotazník.....	41
7.1	Vyhodnocení dotazníku	43
8	Závěr	46
9	Resumé	47
10	Bibliografie.....	48

Úvod

Tématem této bakalářské práce je duchovní doprovázení u jedinců s psychiatrickou diagnózou. Téma bylo vybráno vzhledem k více než třicetileté praxi zdravotní sestry na akutním psychotickém oddělení psychiatrické kliniky Brno.

Hlavním cílem práce je ukázat, že i lidé hospitalizovaní s psychiatrickou diagnózou mají své spirituální potřeby. A je zde nastíněna možnost o tomto tabuizovaného tématu mluvit a uskutečňovat jej i v rámci uzavřeného oddělení.

Duchovní doprovázení v různých nemocničních zařízeních se více prosadilo do klinické praxe až v posledních letech, ačkoli v méně rozvinuté formě bylo v rámci církve přítomno odjakživa. Po těchto duchovních službách stoupá poptávka a získávají překvapivou oblibu i v nemocničních zařízeních.

Křesťanská spiritualita se na rozdíl od jiných forem duchovní péče vždycky vyznačovala otevřeností, která oslovuje všechny lidi, angažovaností se pro druhé, pro všechny chudé, trpící a nemocné. Tak Ježíš spojuje vztah k sobě se vztahem k lidem, když slovy Matouše říká: „Cokoli jste udělali jednomu z nejmenších bratří, pro mě jste udělali.“¹

Teoretická část vychází z potřeb člověka, vychází z dějin, zmiňuje starověk, kde se zaměřuje hlavně na Starý a Nový zákon. Přes středověk a novověk se dostává až do dnešní doby a popisuje současný stav.

V odborné části se tato práce snaží nasměrovat do celkové problematiky nemocných, příčin a příznaků nemocí, vyjmenovává základní diagnózy, vymezuje duchovní doprovázení, zmiňuje duchovního vůdce, jeho rozlišování a zkušenost víry. Definuje také klíčové pojmy vycházející z konkrétního okruhu nemocí. A dotýká se roli zdravotníka jako doprovázejícího a možnosti uspokojování duchovních potřeb nemocných na uzavřeném psychotickém oddělení.

Naše zdravotnictví je vyspělé a z celosvětového hlediska zcela jistě nadprůměrné. Má však jeden vážný nedostatek, který mu je nemocnými často vytýkán. Zajímá se většinou jen o tělesné potřeby pacienta. Otázka smrti je obcházena a smrt a utrpení jsou představována jako selhání moderní medicíny. Teprve až se člověk setká s utrpením a bolestí blízké osoby, je nutné si přiznat smrtelnost a přijmout ji. Změnit postoje a priority, být užitečným a prospěšným je cílem této práce.

¹ Matouš, nedatováno, kap. 25.4.

1 Základní potřeby člověka

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako plné tělesné, duševní, sociální a duchovní blaho člověka. Tato definice je pro nás velmi důležitá, protože se od ní odvíjejí čtyři okruhy potřeb pacienta – tělesné, psychické, sociální a spirituální.

1.1 Potřeby tělesné

Mezi tělesné potřeby patří všechno, co vyžaduje fyzické nemocné tělo. V souvislosti s pokroky medicíny se následně zvyšuje počet přežívajících nevléčitelných nemocných. A ačkoli se v rámci výuky na lékařských fakultách naučí studenti mnoho dovedností, lidská smrtelnost zůstává tabu. V současné moderní medicíně jde totiž především o záchranu lidského života, ne o jeho konec.²

1.2 Potřeby psychické

Mezi potřeby psychické patří především požadavek na respektování lidské důstojnosti. Člověk je jedinečnou bytostí se svým vlastním a neopakovatelným posláním. A jako takového je nutno jej chápat a vždy respektovat. K plnohodnotnému životu potřebuje každý především pocit bezpečí. I proto je důležitá komunikace s pacienty.³

1.3 Potřeby sociální

Člověk je tvor společenský. Nemocný většinou stojí o návštěvy, které mohou přispívat k jeho rychlejšímu uzdravování, a i když je pravda, že nejsilnější vazby bývají většinou v rámci rodiny, měli bychom respektovat jeho přání.⁴

1.4 Potřeby spirituální – duchovní

Až do nedávné doby byly u nás duchovní potřeby pacienta více méně tabu. Není proto divu, že se stále ještě mnoho lidí domnívá, že jde o jakési uspokojování potřeb pouze „věřících“. Z praxe na psychiatrickém oddělení lze vyzorovat něco jiného. Po naplňování duchovních potřeb prahnou především „nevěřící“ pacienti, kteří se ve svém narušeném vnímání a myšlení setkávají se situacemi, kterým nerozumí.

² Srov. SVATOŠOVÁ Marie: Víme si rady s duchovními potřebami, Praha: Grada Publishing, a. s., 2012, s.21.

³ Srov. SVATOŠOVÁ Marie: Víme si rady s duchovními potřebami, Praha: Grada Publishing, a. s., 2012, s.22.

⁴ Srov. SVATOŠOVÁ Marie: Víme si rady s duchovními potřebami, Praha: Grada Publishing, a. s., 2012, s.22-23.

Věřící obvykle ví, co má dělat, a umí se podle toho zařídit. Právě v průběhu vážné nemoci se všichni bez rozdílu začínají zabývat životně důležitými otázkami po smyslu života. Každý v takové situaci potřebuje vědět, že mu bylo odpuštěno, a má potřebu i sám odpouštět. Touží vědět, že jeho život měl a až do poslední chvíle má smysl. Nenaplněnost této potřeby smysluplnosti se rovná skutečnému stavu duchovní nouze. Člověk tím trpí, někdy si i zoufá. Je vhodné mu ukázat, že v každé situaci se dá žít smysluplně.

2 Historický náhled na péči o duševně nemocné

2.1 Péče ve starověku

V **Egyptě** jsou první zmínky o léčebných pokusech, podobných dnešní pracovní terapii. Poruchy se léčily zařikáváním a modlitbami, mnohdy tancem či prací. Nemocní nacházeli azyl v chrámech.⁵

V **Babylónii** byli za původce duševních chorob označeni zlí duchové nebo trest boží za morální přečiny. Léčilo se zařikávacími formulami nebo podáváním chuťově a čichově odpudivých léků.

Indové a jejich nejstarší dochovaný lékařský dokument Ebersův papyrus z r. 1900 př. Kristem popisují depresi a zařikávání duchů. Léčilo se odvary.

Číňané vysvětlovali duševní choroby jako působení démonů, kouzel a temných sil. Léčba spočívala ve vyhánění pomocí rituálů, obřadů a proseb k bohům, ale i potíráním těla nemocného zapáchajícími mastmi.

Ve starověkém **Řecku** duševní choroby popisují již eposy Ilias a Odysseia (například u Oresta či Oidipa). Jejich příčinou jsou zlí duchové či trest bohů. K tradici starořeckého lékařství patřily tzv. Asklepeiony, tedy chrámy zasvěcené bohu Asklépiovi, jejichž část byla vyhrazena pro nemocné tělesně i duševně. Nemocní byli léčeni spánkem, ale také dietou, masážemi a koupelemi. Léčení bylo v rukou chrámových kněží a mělo povahu náboženského rituálu. Počátkem 6. století př. n. l. vznikají nové filozofické a přírodovědecké koncepce, které ovlivnily také pohled na lékařství. Řecký filosof Pythagoras označuje mozek za sídlo myšlení, duševní činnosti a syntézy smyslových vjemů, původ psychických chorob pak vidí v jeho onemocnění. Názory zakladatele vědeckého lékařství Hippokrata († asi 377 př.n.l.), později shrnuté v díle *Corpus Hippocraticum*, kde popsal některé duševní poruchy, ovlivnily podobu

⁵ Srov. MALÁ Eva, PAVLOVSKÝ Pavel: Psychiatrie, Praha: Portál, s.r.o., 2010, s.11.

lékařství v dalších staletích. Ve starořeckém zákonodárství je dokonce určeno právní postavení duševně nemocných.⁶

V **Izraeli** se popisy duševních nemocí objevují i ve Starém zákoně. Podrobně je vylíčeno například onemocnění krále Saula, kdy nemoc je vykládána jako hněv a trest Boží. Nejstarší popis melancholie je v Knize Jobově.⁷

V Novém zákoně jsou na mnoha místech popisovány Ježíšovy mimořádné činy, které nebylo možno rozumově vysvětlit. Šlo o uzdravování psychicky i fyzicky nemocných. Jen Matoušovo evangelium zmiňuje hned 5 exorcismů, uzdravení posedlých.

Posedlí v hrobních slujích: „Když se Ježíš dostal na protější břeh do gadarského kraje, vyšli proti němu dva posedlí, kteří vystoupili z hrobních slují. Byli velmi nebezpeční, takže nikdo nemohl projít tou cestou. Začali křičet: "Co je ti po nás, Boží synu? Přišel jsi nás trápit, dříve, než nastal čas?" Opodál se páslo velké stádo vepřů. Zlí duchové ho tedy prosili: "Vyháníš-li nás, pošli nás do toho stáda vepřů." Řekl jim: "Jděte!" Vyšli tedy a vstoupili do vepřů – a vtom se celé stádo hnalo po příkrém srázu do moře a zahynulo ve vodách. Pasáci utekli, přišli do města a tam všechno oznámili, i o těch posedlých. Tu vyšlo celé město Ježíšovi naproti, a když ho uviděli, prosili ho, aby z jejich kraje odešel.“⁸

Uzdravení němého: „Když odcházeli, přivedli k němu němého člověka, posedlého zlým duchem. A zlý duch byl vyhnán a němý mluvil. Zástupy v údivu říkaly: „Něco takového nebylo v Izraeli nikdy vidáno. Ale farizeové říkali: „Ve jménu knížete démonů vyhání demony.“ Ježíš obcházel všechna města i vesnice, učil v jejich synagógách, kázal evangelium království a uzdravoval každou nemoc a každou chorobu.“⁹

Uzdravení slepého a němého: „Tehdy k němu přivedli posedlého, který byl slepý a němý; a uzdravil ho, takže ten němý mluvil i viděl. Zástupy žasly a říkaly: „Není to Syn Davidův?“ Když to slyšeli farizeové, řekli: „On nevyhání demony jinak než ve jménu Belzebula, knížete démonů.“ Protože znal jejich smýšlení, řekl jim: „Každé království vnitřně rozdělené pustne a žádná obec ani dům vnitřně rozdělený nemůže obstát. A vyhání-li satan satana, pak je v sobě rozdvojen; jak tedy bude moci obstát jeho království? Jestliže já vyháním demony ve jménu Belzebula, ve jménu, koho je vyhánějí vaši žáci? Proto oni budou vašimi soudci. Jestliže však vyháním demony Duchem Božím, pak už vás zastihlo Boží království.“¹⁰

⁶ Srov. PROKŮPEK Josef: Psychiatrie, Praha: Avicenum, 1974, s. 13.

⁷ Srov. PRAŠKO Ján a kol.: Obecná psychiatrie, Olomouc: Univerzita Palackého, 2011, s.16.

⁸ Matouš, nedatováno, kap. 8, 28-34.

⁹ Matouš, nedatováno, kap. 9, 32-35.

¹⁰ Matouš, nedatováno, kap.12, 22-28.

Uzdravení dcery kananejské ženy: Ježíš se odebral do tyrského a sidónského kraje. A tu z toho kraje vyšla jedna kananejská žena a křičela: "Smiluj se nade mnou, Pane, synu Davidův! Moje dcera je krutě posedlá." Ale on jí neodpověděl ani slovo. Jeho učedníci k němu přistoupili a prosili ho: "Pošli ji pryč, vždyť za námi křičí." Odpověděl: "Jsem poslán jen k ztraceným ovcím domu izraelského." Ona mezitím přišla, klaněla se mu a prosila: "Pane, pomoz mi!" On jí však odpověděl: "Není správné vzít chléb dětem a hodit ho psíkům." Ona řekla: "Ovšem, Pane, jenže i psíci se živí kousky, které padají se stolu jejich pánů." Nato jí řekl Ježíš: "Ženo, jak veliká je tvá víra! Ať se ti stane, jak si přeješ." A od té chvíle byla její dcera zdravá."¹¹

Uzdravení chlapce: „Když přišli k zástupu, přistoupil k němu jeden člověk a na kolenou prosil: „Pane, smiluj se nad mým synem, neboť je náměsíčný a je na tom zle: často padá do ohně a často do vody. A přivedl jsem ho k tvým učedníkům, ale nemohli ho uzdravit.“ Ježíš odpověděl: „Pokolení nevěřící a zvrácené, jak dlouho ještě budu s vámi? Jak dlouho vás mám ještě snášet? Přiveďte mi ho sem!“ Ježíš mu pohrozil, a zlý duch z něho vyšel; a od té chvíle byl chlapec zdrav. Když byli učedníci s Ježíšem sami, přistoupili k němu a řekli: „Proč jsme ho nemohli vyhnat my?“ On jim řekl: „Pro vaši malověrnost! Amen, pravím vám, budete-li mít víru jako zrnko hořčice, řeknete této hoře: ‚Přejdi odtud tam‘, a přejde; a nic vám nebude nemožné.“ Takový duch nevyjde jinak než modlitbou a postem.“¹²

Evangelia nepodávají žádné návody, žádnou techniku boje se zlem. Jen konstatují, že v Ježíši je vítězství nad zlem přítomno, že v něm tato moc je, v tom, co říká a dělá. Každý je zván, i ten, kdo nepatří k lidu Izraele. Každý může přijít a radovat se. To je naděje v bolesti a beznaději, naděje pro lidskou omezenost. Věčná je radost, kterou může člověk zakoušet s Bohem. S Ježíšem přichází síla, která může lidské životy úplně obrátit naruby.

2.2 Péče ve středověku

Relativně fungující péče, která se začala objevovat ve starověku, v období středověku zanikla a do popředí se dostávají znovu nevědecké představy. Šíří se mysticismus, mnohé poznatky jsou zapomenuty. Nemoc je připisována zlým duchům, duševní choroba je považována za trest Boží.¹³ Péče o nemocné byla opět svěřena kněžím, jejichž intervence spočívala v náboženských obřadech a rituálech.¹⁴

¹¹ Matouš, nedatováno, kap. 15, 21-28.

¹² Matouš, nedatováno, kap. 17, 14-21.

¹³ Srov. PRAŠKO Ján a kol.: Obecná psychiatrie, Olomouc: Univerzita Palackého, 2011, s. 16.

¹⁴ SVATOŠOVÁ Marie: Přednášky: Doprovázení a umírání, Brno, Lipka, Kamenná 20., 16.3.2013

2.3 Péče v novověku

V novověku se začaly objevovat první pokusy o neklášterní azyly pro nemocné, které se jen náznakem pokoušely o sociálně právní ochranu duševně nemocných. Na tento aspekt postupně navazovaly i nové metody jako pouštění žilou, hladovka, podávání projímadel, dávidel a rotační stroje, které se však pro nemocné stávaly mnohdy velmi nebezpečné.¹⁵ Prvním pokusem o legislativu byl zákon uveřejněný r. 1714 v Anglii. Tento zákon soudce opravňoval vsadit do vězení každou šílenou a nebezpečnou osobu. Nemocní, kteří nikoho neohrožovali, byli necháni napospas. Postupně začala vznikat nejrůznější zařízení – městské azyly, nemocnice, vězení aj.¹⁶

2.4 Péče v 19. a 20. století

Tato století znamenala převrat, označovaný jako psychiatrická revoluce. Změna nastává v době francouzské revoluce a je spojena se jménem Philipa Pinela, který zavedl důstojný ošetrovatelský režim.¹⁷ Objevují se jeho nové poznatky, že každé násilné omezování duševně nemocných u nich může vyvolat protestní reakce a v podstatě zhoršuje jejich stav. S ohledem na tyto skutečnosti se objevují snahy psychicky nemocné pacienty neomezovat.

Pro praxi a pokrok byl dále významným objevem rozvoj psychofarmak, který umožnil pacientům opustit psychiatrické léčebny a zařadit se inkluzí do společnosti.

2.5 Aktuální situace v České republice

Psychiatrická péče v České republice se začala prosazovat až v 19. a 20. století. Do té doby nemocní neměli žádný přístup k ochraně ani k léčbě svých poruch. V Praze byl v době vlády císaře Josefa II. v roce 1790 zřízen první ústav pro choromyslné při všeobecné nemocnici. V období mezi lety 1860 až 1920 se začaly stavět velké psychiatrické léčebny. Například v roce 1870 byla zřízena Psychiatrická nemocnice v Kosmonosech, v roce 1880 byl otevřen ústav v Dobřanech a v roce 1903 se rozhodlo o vybudování Psychiatrické nemocnice Bohnice.¹⁸

Během válek a komunistického režimu v Československé republice byla péče tlumena a rozvíjela se pomalu. V roce 1960 začal pomalý rozvoj sítí ambulantních psychiatrů a

¹⁵ Srov. PETR Tomáš, MARKOVÁ Eva: Ošetrovatelství v psychiatrii, Praha: Grada Publishing, a. s., 2014, s. 24.

¹⁶ Srov. PETR Tomáš, MARKOVÁ Eva: Ošetrovatelství v psychiatrii, Praha: Grada Publishing, a. s., 2014, s.24.

¹⁷ Srov. PROKŮPEK Josef: Psychiatrie, Praha: Avicenum, 1974, s. 15.

¹⁸ Srov. PROKŮPEK Josef: Psychiatrie, Praha: Avicenum, 1974, s. 18.

1. 7. 1966 byl schválen zákon o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb.¹⁹ Až po roce 1989 se začalo mluvit o potřebě reformy psychiatrické péče, záměrem bylo, aby po celé České republice vznikala komunitní centra pro duševně nemocné, čímž by se zamezilo zbytečně dlouhé hospitalizaci a péče se tak přemístila do domácího prostředí.²⁰ V současné době zde však stále chybí dostatečné množství denních stacionářů, krizových center, chráněných bydlení a dalších služeb, které by tvořily síť komunitní péče po lidech s duševním onemocněním. Velkým problémem dneška je i citelný nedostatek přiměřeně vyškoleného personálu, který by zajišťoval kvalitní mimonemocniční péči.²¹

¹⁹ Srov. <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1966-20>- online.

²⁰ S r o v. Reforma péče o duševní zdraví. *Reforma péče o duševní zdraví* [online]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/>

²¹ Srov. Psychiatrické sestry a reforma psychiatrické péče - LideMeziLidmi.cz | Zdravotně sociální portál. *Lidé mezi lidmi - LideMeziLidmi.cz | Zdravotně sociální portál* [online]. Copyright © [cit. 03.04.2019]. Dostupné z: <http://www.lidemezilidmi.cz/novinky/psychiatricke-sestry-a-reforma-psychiatricke-pece>

3 Duševní nemoci

Tyto nemoci představují velkou specifickou skupinu onemocnění, které jsou v jiném postavení než nemoci tělesné. Duševně nemocný trpí a nese břímě hodnocení své choroby ostatními lidmi, dochází ke stigmatizaci. Stigma psychiatrického pacienta je spojeno se silnou emocí, posilovanou společností a kulturou.²² Stigmatizace má potom samozřejmě negativní důsledky pro léčbu. Řada pacientů se cítí nejistá, bojí se tyto pocity sdělovat svému okolí. Bohužel se vyskytují v produktivním věku, vedou k dlouhodobým hospitalizacím, pracovním neschopnostem, sociálnímu selhávání a zvyšování počtu vyměřených invalidních důchodů. Duševní porucha má negativní psychologický i ekonomický dopad na pacienta, jeho rodinu, děti i celou společnost.²³

3.1 Příznaky duševních nemocí

Příznaky, kterými se duševní nemoci projevují, mohou být velmi různorodé a mohou se týkat různých kvalit duševní činnosti, nálady, vnímání, myšlení. Obvykle není u duševně nemocných jen jediný chorobný příznak.²⁴

Duševně nemocný většinou bývá nápadný na první pohled. Při halucinacích, při nichž jde o poruchu vnímání, bývá změněno i myšlení a jednání nemocného. Nemocí se mění celá osobnost. Naopak u jiných nemocných se na první pohled choroba nemusí projevit, teprve až dotazováním nebo ze zpráv blízkých se dovídáme o jeho domněnkách, že je pronásledován, že mu všichni krivdí a podobně.

Při duševních chorobách jde tedy o změnu osobnosti, o poruchu vztahů k okolí, k realitě. Duševně nemocný nemá schopnost správně odrážet, zrcadlit, prožívat a zvládat reálný svět, skutečnost.²⁵

3.2 Příčiny duševních nemocí

Duševní poruchy jsou vyvolány jednak vlivy, které je možno poznat, např. na základě organického poškození mozku, ale i vlivy, které se zatím nepodařilo vědecky prozkoumat.²⁶

²² Srov. PRAŠKO Ján a kol.: Obecná psychiatrie, Olomouc: Univerzita Palackého, 2011, s.364.

²³ Srov. MALÁ Eva, PAVLOVSKÝ Pavel: Psychiatrie, Praha: Portál, s.r.o., 2010, s.10.

²⁴ Srov. DUŠEK Karel, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ Alena: Diagnostika a terapie duševních poruch, Praha: Grada Publishing, a. s., 2010, 42.

²⁵ Srov. PROKÚPEK Josef: Psychiatrie, Praha: Avicenum, 1974, s.26.

²⁶ Srov. MALÁ Eva, PAVLOVSKÝ Pavel: Psychiatrie, Praha: Portál, s.r.o., 2010, str.15.

V psychiatrii se donedávna přeceňoval význam endogenních činitelů. Dědičná je obvykle jen jistá vloha, dispozice, a záleží i na podmínkách, v nichž člověk žije, zda se projeví skutečnou nemocí. K exogenním příčinám patří všechny vlivy společenského prostředí člověka, které kladou zvýšené nároky na jeho nervovou soustavu. Může to být vliv sociálních činitelů, některé projevy protispolečenského chování, alkoholismus, závislost na drogách. Avšak tyto vlivy nemusí nutně vést u každého člověka k duševní poruše, záleží i na tom, jaký má dotyčný člověk typ vyšší nervové činnosti, jak se dovede jeho mozková kůra vypořádat s podněty a jak uvede do rovnováhy protichůdně působící procesy podráždění a útlumu, jak rychle a jak dokonale se dovede člověk přizpůsobit změněným situacím a jaký zaujímá postoj k traumatizujícím situacím. ²⁷

3.3 Nejčastější typy duševních poruch

V psychiatrické klasifikaci se postupně vytvořily systémy, které rozdělily poruchy na tři základní okruhy. Organické psychické poruchy, endogenní neboli funkční psychické poruchy a skupinu psychogenních psychických poruch. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí je dělíme do skupin, jak uvádíme níže, začínající písmenem F. ²⁸

F00 – F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických (demence, delirium, které není vyvolané alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami, jiné duševní poruchy způsobené poškozením mozku, poruchy osobnosti a chování způsobené onemocněním, poškozením a dysfunkcí mozku)

F10 – F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek (užíváním alkoholu, opioidů, kanabinoidů, sedativ, hypnotik, stimulantů, tabáku, prchavých látek)

F20 – F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (schizofrenie, porucha s trvalými bludy, akutní a přechodné psychotické poruchy, schizoafektivní poruchy)

F30 – F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady, manická fáze, bipolární afektivní porucha, depresivní fáze, periodická depresivní porucha)

F40 – F48 Neurotické poruchy, stresové a somatoformní poruchy (fobické úzkostní poruchy, anxiózní poruchy, obsedantně-nutkavá porucha, reakce na těžký stres, dissociativní poruchy, somatoformní poruchy)

²⁷ Srov. PROKŮPEK Josef: Psychiatrie, Praha: Avicenum, 1974, s.67.

²⁸ Srov. MALÁ Eva, PAVLOVSKÝ Pavel: Psychiatrie, Praha: Portál, s.r.o., 2010, s.43

F50 – F59 syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, poruchy spánku, noční děsy, můry, sexuální dysfunkce)

F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých (specifické poruchy osobnosti, nutkavé a impulzivní poruchy, hráčství, poruchy pohlavní identity, poruchy sexuální preference)

F70 – F79 Mentální retardace (stupně mentální retardace)

F80 – F89 Poruchy psychického vývoje (specifické vývojové poruchy řeči a jazyka školních dovedností, motorických funkcí, pervazivní vývojové poruchy)

F90 – F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání (hyperkinetická porucha, poruchy chování, emoční poruchy, poruchy sociálních funkcí, tiky)²⁹

V této práci zmiňujeme jen ty nejtypičtější a nejčtenější psychiatrické diagnózy.

3.3.1 Schizofrenie

Schizofrenie je jedno z nejzávažnějších psychických onemocnění, jedná se o jednu nejtěžších duševních poruch vůbec.

Ničí intelektový, osobnostní, emoční i sociální život jedince. Vede ke ztrátě kontaktu s realitou, k narušení vztahu k sobě samému a k vnějšimu světu. Lidé s tímto druhem onemocnění silně vnímají, že jejich okolí se změnilo a že mu přestali rozumět. Podivnost okolního světa v nich vyvolává úzkost, vzbuzuje strach a postupně si vytváří svůj vlastní svět neodpovídající realitě, tzv. bludy.

Charakteristickými projevy schizofrenie jsou pozitivní symptomy, jejichž projevem jsou bludné představy a myšlenky (slyšení vlastních myšlenek, vkládání, odnímání a vysílání myšlenek, bludy kontrolovanosti, pronásledování, bludy nadlidské síly nebo schopností).

Dalším projevem jsou halucinace (zrakové, hlasové, komentující pacientovo chování nebo myšlení), dezorganizace řeči (neschopnost držet základní linii, nesouvislost a zárazy), dezorganizované chování (ztuhlost, negativismus, mutismus, raptus).

Mezi negativní symptomy se řadí oploštělost emocí, úpadek vůle, iniciativy a spontánnosti, chudost řeči, ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, ztráta vztahů k okolí a výrazná sociální izolace.³⁰

²⁹ Srov. RABOCH Jiří, ZVOLSKÝ Petr et al.: Psychiatrie, Praha: Galén, 2001, s.139.

³⁰ Srov. DUŠEK Karel, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ Alena: Diagnostika a terapie duševních poruch, Praha: Grada Publishing, a. s., 2010, s.219 .

Základními formami schizofrenie jsou:

- Paranoidní – jedná se o nejčastější a nejobvyklejší typ schizofrenie. Charakteristickými projevy jsou bludy doprovázené halucinacemi. Mezi nejběžnější paranoidní poruchy myšlení počítáme bludy perzekuční, vztahovačné, originální, mesiánské, žárlivecké a bludy transformace vlastního těla. Často mají organizující vliv na myšlení a prožívání nemocného. Vedou ho k symbolickým výkladům skutečnosti, ke snaze ovlivnit skutečnost prostřednictvím myšlenek, působením na dálku a k jiným nezvyklým postupům. Nejčastější jsou halucinace sluchové, které vyhrožují, udílejí rozkazy. Dále bývají přítomny halucinace čichové, chuťové, zrakové, sexuální a jiné tělové.³¹
- Hebefrenní – začíná nejčastěji v dospívání a připomíná zvýšené, vystupňované klackovité chování v adolescenci, nesmyslné šklebení, grimasování a chichotání. Nálada je povrchní, nepřiměřená situaci. Typické je výrazné narušení efektivity, zabývání se náboženskými, filosofickými a abstraktními tématy, avšak povrchně, bez cíleného zájmu.³²
- Katatonní – dominují charakteristické funkční poruchy psychomotoriky. Jedním se závažným projevů je katatonní stupor (snížení spontánních pohybů a aktivity, stereotypie, ztuhlost, která může vést až k nehybnosti, k zaujímání nepřirozených pozic). Další projev je mutismus (pacient nekomunikuje, není schopen mluvit), nebo negativismus (zřetelný, nemotivovaný odpor ke všem instrukcím).³³
- Simplexní – nejnápadnější je změna osobnosti, pokles výkonnosti až ztráta zájmů, nečinnost, tupost, ochuzené myšlení, emoční otupělost, vyhaslost. Zanedbávání hygieny, neschopnost pracovního i sociálního fungování. Hrubé, nepochopitelné, bizarní chování a sociální izolace.³⁴

Farmakoterapie je u postižených velmi rozdílná, opírá se především o antipsychotika, se zvláštním zřetelem na věk pacienta, stadium onemocnění.³⁵ Je nutné brát ohled i na nežádoucí účinky, jako jsou akutní extrapyramidové příznaky. Nejkontroverznější léčebnou metodou je elektrokonvulzivní terapie³⁶, která není metodou první volby, ale v některých případech je nezbytná. Psychotická porucha je velmi zatěžující

³¹ Srov. RABOCH Jiří, ZVOLSKÝ Petr et al.: Psychiatrie, Praha: Galén, 2001, s.233.

³² Srov. RABOCH Jiří, ZVOLSKÝ Petr et al.: Psychiatrie, Praha: Galén, 2001, s.235.

³³ Srov. RABOCH Jiří, ZVOLSKÝ Petr et al.: Psychiatrie, Praha: Galén, 2001, s.236.

³⁴ Srov. MALÁ Eva, PAVLOVSKÝ Pavel: Psychiatrie, Praha: Portál, s.r.o., 2010, s.60.

³⁵ Srov. RABOCH Jiří, ZVOLSKÝ Petr et al.: Psychiatrie, Praha: Galén, 2001, s.245.

³⁶ Srov. RABOCH Jiří, ZVOLSKÝ Petr et al.: Psychiatrie, Praha: Galén, 2001, s.247.

onemocnění pro pacienta. Toto onemocnění vede ke snížení kvality života nemocného, k poruchám v sociální oblasti, mění se způsob, jakým člověk prožívá sám sebe, okolí, reálný svět ustupuje do pozadí a na jeho místo se dostává svět bludů a fantazií, ve kterém se člověk uzavírá.

3.3.2 Afektivní poruchy

Hlavními příznaky této poruchy jsou velmi výrazné, zřetelné poruchy nálady.

- Mánie – projevuje se rozjařenou, okolnostem nepřiměřenou náladou, provázenou hyperaktivitou a velikášskými postoji s nápadným, nevhodným společenským vystupováním. Manifestuje se jako motorický neklid, nadměrná hovornost, myšlenkový trysk, ztráta zábrán vedoucí k nepřiměřenému, nezodpovědnému, rizikovému chování – jako je nepřiměřené utrácení, flámování, podnikání, zvýšená sexuální aktivita, snížená potřeba spát a jíst.³⁷
- Bipolární afektivní porucha – jedná se o onemocnění, kde se střídají depresivní epizody s manickými, popřípadě remisemi, kdy je pacient bez známek afektivní poruchy. Jde o závažné celoživotní onemocnění, kde hereditární zátěž je vysoká. Je to velmi obtížně léčitelné onemocnění, s vysokým rizikem sebevražd.³⁸

Existuje široké spektrum této choroby od hluboké deprese do výrazně povznesené nálady. Léčba je závislá na fázi nemoci. V depresivní epizodě se podávají antidepresiva, v manické antipsychotika. Je třeba nalézt účinnou, dobře tolerovanou hladinu stabilizátoru nálady.³⁹ Léčba antidepresivy u bipolární poruchy je problematická vzhledem k možnému rychlému přesmyknutí nálady. Jedná se o celoživotní problém pacienta. K zásadám léčby patří její kontinuita, protože vysazení léků může vést k celkovému propadu a zhoršení stavu.

3.3.3 Neurotické poruchy

- Fobické úzkostné poruchy, u nichž jsou v popředí různé formy strachu, např. strach z ostrých předmětů, z vody, z létání, z uzavřených nebo otevřených prostorů, z hmyzu,

³⁷ Srov. MALÁ Eva, PAVLOVSKÝ Pavel: Psychiatrie, Praha: Portál, s.r.o., 2010, s.64.

³⁸ Srov. MALÁ Eva, PAVLOVSKÝ Pavel: Psychiatrie, Praha: Portál, s.r.o., 2010, s. 65.

³⁹ Srov. RABOCH Jirí, ZVOLSKÝ Petr et al.: Psychiatrie, Praha: Galén, 2001, s.257.

z hadů, nemoci atd. Speciálně se posuzuje sociální fobie, kde příznaky úzkosti vedou k nepříjemným emočním pocitům, k obavám z pozorování a negativního hodnocení, k vyhýbání se nepříjemným situacím, k vyhýbavému chování obecně, k sociální izolaci.⁴⁰

- Obsedantně-kompulzivní porucha, která se vyznačuje neodbytnými, vtírajícími se myšlenkami, představami (obsesemi) nebo akty (kompulzemi).⁴¹ Obsese zahrnují např. strach ze špíny, nákazy, z poškození, ze ztráty a kompulze (činy) snižují úzkost, kterou obsese (představy) vyvolaly. Často jsou to celé kompulzivní rituály. Jde o chronické onemocnění postihující jak osobní, tak profesní život pacienta, ten si uvědomuje nesmyslnost svého nutkavého chování a myšlení, snaží se mu odporovat, pociťuje však velké napětí a úzkost, které vymizí uskutečněním rituálu.⁴²
- Somatoformní porucha, kde tělesné symptomy připomínají somatické onemocnění, které je pro pacienta i okolí přijatelnější než stigmatizující psychiatrická porucha.⁴³ Například hypochondrická porucha, kdy je pacient zaměřen na domnělé vážné somatické onemocnění, jeho obava o vlastní zdraví je nadměrná až nepřiměřená.⁴⁴
- Poruchy příjmu potravy – jsou to závažné, obtížně léčitelné poruchy, které vznikají nejčastěji v dospívání. Jedná se o poruchy jednání vztahující se k jídlu, odlišnému vnímání vlastního těla a tělesných proporcí. Jejich výskyt se celosvětově dramaticky zvyšuje.⁴⁵

3.3.4 Demence

Jedná se o vážné duševní onemocnění, které vzniká v průběhu života po ukončení rozvoje poznávacích funkcí. Většinou se jako první příznak projeví zapomnětlivost a postupně dochází k poruše logického myšlení a soudnosti. Později nastupují i poruchy výkonnosti, desorientace, poruchy emotivity, chování, vnímání a poruchy spánku. Mezi demence patří např. Alzheimerova choroba, demence při Parkinsonově chorobě atd.⁴⁶

⁴⁰ Srov. MALÁ Eva, PAVLOVSKÝ Pavel: Psychiatrie, Praha: Portál, s.r.o., 2010, s. 69.

⁴¹ Srov. MALÁ Eva, PAVLOVSKÝ Pavel: Psychiatrie, Praha: Portál, s.r.o., 2010., s.70.

⁴² Srov. RABOCH Jirí, ZVOLSKÝ Petr et al.: Psychiatrie, Praha: Galén, 2001, s.290.

⁴³ Srov. MALÁ Eva, PAVLOVSKÝ Pavel: Psychiatrie, Praha: Portál, s.r.o., 2010, s.72.

⁴⁴ Srov. MALÁ Eva, PAVLOVSKÝ Pavel: Psychiatrie, Praha: Portál, s.r.o., 2010, s.72.

⁴⁵ Srov. MALÁ Eva, PAVLOVSKÝ Pavel: Psychiatrie, Praha: Portál, s.r.o., 2010, s.75.

⁴⁶ Srov. RABOCH Jirí, ZVOLSKÝ Petr et al.: Psychiatrie, Praha: Galén, 2001, s.146.

3.3.5 Deprese

Termínem deprese se v laickém životě užívá velmi často, i když nejčastěji se jedná jen o přechodnou depresivní epizodu. Depresivní ladění můžou spustit i některé léky (hormonální antikoncepce), roční období, psychická traumata, nepřiměřená zátěž apod. V diagnostice pro depresivní poruchu se musí vyskytovat nejméně tři z těchto kritérií po dobu nejméně dvou let: pokles energie, aktivity, nespavost, ztráta sebedůvěry, poruchy koncentrace, bezdůvodný sklon k plačtivosti, ztráta zájmu o sexuální oblast, pocit beznaděje, neschopnost splnit i sebemenší každodenní povinnosti, sociální staženost, menší hovornost.⁴⁷

Nemocný často nedokáže své pocity popsat, vyjádřit. Trpí pocity únavy, vyčerpanosti, poruchy spánku, brzké ranní probouzení v důsledku přetíženosti neuspořádaných myšlenek v hlavě. Pocity viny, sebeobviňování, pesimistický pohled do budoucna – v důsledku čehož se pacienti domnívají, že již nic nedokáží, jsou k ničemu. Člověk v depresi se obtížně soustředí nejen na práci, ale i na četbu či jakékoli jiné relaxační aktivity.⁴⁸ Časté bývají i tělesné potíže doprovázené bolestmi zažívacího traktu, svírání na hrudi. S tímto bývá spojeno i časté odmítání jídla a následný pokles váhy. Může se také vyskytnout i přítomnost depresivních bludných příznaků, kdy je nemocný nevyvratitelně přesvědčen, že se dopustil těžkého zločinu a ve všem vidí neodpuštělný hřích.

Dlouhodobě neléčené deprese mohou vést až k pokusu o sebevraždu. Dokonaná sebevražda je nazývaná suicidium. U takového člověka dochází k pocitu selhávání v životě, ocitá se v beznadějně situaci. Spouštěčem mohou být ale i rozvody, finanční problémy, interpersonální konflikty, ztráta vlastní hodnoty.

3.3.6 Poruchy osobnosti a chování u dospělých, psychopatie

Jedná se o relativně stálé poruchy, které jsou těžce ovlivnitelné jak psychoterapií, tak farmakoterapií. Její rysy se objevují již v dětském věku. S velkou pravděpodobností takový jedinec bude trpět celý život.

- Paranoidní porucha osobnosti, která se projevuje nedůvěrou, panovačností, vztahovačností a podezíravostí, taková osoba přikládá sobě velký význam, často cítí spiknutí vůči sobě.

⁴⁷ Srov. DUŠEK Karel, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ Alena: Diagnostika a terapie duševních poruch, Praha: Grada Publishing, a. s., 2010, s.239.

⁴⁸ Srov. MALÁ Eva, PAVLOVSKÝ Pavel: Psychiatrie, Praha: Portál, s.r.o., 2010, s.65.

- Schizoidní porucha osobnosti se vyznačuje omezenou schopností vyjádřit své city, chybí touha po důvěrných vztazích, celkově se pacienti uzavírají vůči okolnímu světu.
- Disociální porucha osobnosti je charakteristická bezohledností, amorálností bez pocitu viny. Nemocní nejsou schopni přijmout společenské hodnoty, většinou jsou nepoučitelní z trestu. Velmi často se stávají pachateli násilných a jiných trestných činů.
- Emočně nestabilní porucha osobnosti, která se projevuje nedostatečnou kontrolou impulsů, nezdrženlivostí, prudkými afekty vzteku, zlostí, násilným chováním. Často se střídají pocity prázdnoty s krátkodobými emočně nabitými vztahy, opakovanými krizemi, suicidálními výhrůžkami nebo sebepoškozujícími tendencemi. Tento typ osobnosti se často vyskytuje u drogově závislých jedinců.
- Histriónská porucha osobnosti se projevuje teatrálností, egocentrickým zaměřením se na sebe, zvýšenou, avšak povrchní emotivitou. Pacienti události zveličují, zkreslují, lžou, intrikují, manipulují bez pocitu viny. Jejich jednání je provázeno bouřlivými emocemi. K dosažení svých cílů používají účelovou manipulaci.⁴⁹

3.3.7 Poruchy chování a emocí v dětství a adolescenci

V tomto období probíhá složitý biopsychosociální vývoj jedince, na němž se podílejí biologické vloh, vlivy životního prostředí a výchovy. Vývoj probíhá na úrovni psychomotoriky, vnímání, paměti, myšlení, emocionality a sociálních vztahů. Některé projevy se liší od typické psychopatologie dospělých, většina symptomů je vázána na vývojové období jedince a vyskytuje se pouze v dětství nebo v adolescenci.⁵⁰ Například vývojové poruchy řeči, poruchy školních dovedností, motorických funkcí, tikové poruchy. Už v dětství se mohou projevit první příznaky nastupující schizofrenie, které ale nejsou identické s projevy u dospělých a liší se v různých vývojových etapách dítěte.

Poruchy chování tvoří nejčastější vykazovanou diagnózu v pedopsychiatrických ambulancích. Již v dětském věku je nápadná hyperkinetická porucha, poruchy aktivity a pozornosti. Dítě neposedí, nepostojí, u ničeho nevydrží, přitom bývá tělesně neobratné a nešikovné. Charakteristické je krátké rozpětí pozornosti, nesoustředěnost, roztržitost, zbrkllost. Poruchu

⁴⁹ Srov. MALÁ Eva, PAVLOVSKÝ Pavel: Psychiatrie, Praha: Portál, s.r.o., 2010, s. 80.

⁵⁰ Srov. RABOCH Jirí, ZVOLSKÝ Petr et al.: Psychiatrie, Praha: Galén, 2001, s. 357.

obvykle provází impulzivita, kolísání nálad, afektivní labilita a sociální selhávání. Tyto poruchy často přes agresi v mladším věku ústí do disociálního chování v adolescenci.⁵¹

⁵¹ Srov. MALÁ Eva, PAVLOVSKÝ Pavel: Psychiatrie, Praha: Portál, s.r.o., 2010, s.92.

4 Duchovní doprovázení

Duchovní doprovázení má svá specifika, u kterých je třeba si uvědomovat, jaké jsou skutečné potřeby osob, o něž pečujeme. Měli bychom mít na paměti čtyři základní okruhy, jak bylo zmíněno v úvodu, kterých se duchovní doprovázení týká: biologické, psychologické, sociální a spirituální. V naší práci se budeme věnovat takové pomoci, jež se uskutečňuje prostřednictvím komunikace, ve které se prolínají všechna čtyři témata a která má za cíl podpořit osobnostní rozvoj a přispět k důstojnosti člověka. To souvisí především se sebepoznáním, sebehodnocením a seberozvojem, včetně touhy dané osoby zařadit se do smysluplného řádu světa a nalézt své pevné místa v něm.

U duchovního doprovázení se nejedná o poradenství nebo snad mravní kárání, ale o určitou pomoc při pochopení osobní vnitřní situace.⁵² Ve společnosti panuje mylná představa, že prvořadým úkolem duchovního doprovázení je především udílet dobré rady, povzbuzovat a řídit duchovní kroky vedeného, což vede k domněnce, že tyto služby potřebují pouze zmatení, málo sebejistí a úzkostliví lidé. Žádají o ně však také i ti, kteří si v běžném životě dokáží poradit velice dobře, ale mají snahu hlouběji rozlišovat i v duchovních záležitostech. Doprovázení pak znamená víc než poskytování rad a řešení problémů. Znamená, že osoba, která vyhledává tuto službu, někam směřuje a chce tuto cestu s někým sdílet. Takový rozhovor nebude bezstarostný a bezcílný, ale měl by přispět k nalézání pravé duchovní cesty.⁵³ Duchovní doprovázení tedy chápeme jako partnerství nebo spíše aktivní účast společně s osobní odpovědností obou stran. Duchovní průvodce není nadřízeným svého svěřence, nýbrž jen a pouze zkušenějším souputníkem na cestě či pouti, starším duchovním bratrem poskytujícím duchovní pomoc.⁵⁴

4.1 Historická zkušenost

Důraz na duchovní zkušenost, která je nutná pro duchovní růst, není v dějinách ničím novým. Od nejranějších dob lidé rozvíjeli své zkušenosti s Bohem. Také evangelia popisují učedníky jako lidi, kteří vstupovali do svého vztahu s Ježíšem, poznávali ho, pozorovali, připojovali se k němu, sledovali jeho jednání a naslouchali jeho slovům. Postoj apoštolů k Ježíši prodělal

⁵² Srov. AUGUTYN Józef: Vedení Bohem. Praxe duchovního vedení, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, s.r.o., 2002, s.17.

⁵³ Srov. BARRY William A., CONNOLLY William J.: Praxe duchovního doprovázení, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, s.r.o., 2009, s.23.

⁵⁴ Srov. AUGUTYN Józef: Vedení Bohem. Praxe duchovního vedení, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, s.r.o., 2002, s.21.

jistý vývoj, učedníci zakoušejí a prohlubují své přesvědčení a později jej přijímají jako Mesiáše. Nabyté dovednosti jim dávají možnost kromě jiného i duchovně doprovázet a udílet rady jiným.

Z této zkušenosti čerpají i mnišské řády. “ První mniši varují duchovní průvodce před tím, aby nechtěli uzdravovat druhé dříve, než uzdraví sami sebe.”⁵⁵ Duchovní průvodce by sám celý život měl umět očišťovat své předsudky, vidět druhého člověka očima víry a nehodnotit ho. Neporoučet, nerozhodovat za druhého a nikdy neprohlásit něco za Boží vůli – to musí být samozřejmost.

První mniši vidí toto doprovázení ve třech krocích. “ První krok spočívá v tom, že hledajícího člověka vyvedeme ze země hříchu, ze země vnitřních závislostí a tlaků do svobody. Druhý krok má člověka a jeho životní vzorce otevřít Bohu, v něm by měl rozpoznat cíl své cesty. Třetí krok je potom pro mnichy kontempace, sjednocení s Bohem, schopnost osvobodit se sám od sebe a objevit v Bohu cíl vlastního života a vlastní touhy a v Bohu na sebe zapomenout.”⁵⁶

4.2 Sdílení zkušenosti víry

Duchovní vedení je ve své podstatě sdílením zkušeností víry. Tím, že duchovní vůdce sám nejprve zakusil ozdravující a milující sílu Boha, pocítil vnitřní pokoj a odpuštění hříchů, může se následně podělit o svou vlastní zkušenost s těmi, které mu Bůh sám posílá. Jeho víra se také promítá do modliteb za vedeného a vede k úctě a respektu člověka. Ve vedení je také nezbytné si ujasnit psychickou zralost vedeného, neboť zralost mravní a duchovní ovlivňuje reakce, chování i emocionální postoje. Psychickou zralost tak nejlépe posoudíme při rozhovoru především nasloucháním a rozlišováním obsahu dialogu a vnímáním řeči těla. Od samého počátku by doprovázející měl být schopen rozpoznat pravdivý stupeň úsilí a ochotu vedeného vést duchovní život, měl by umět rozlišit skutečnou vůli od pouhého předstírání snahy. Prvotním cílem by se mělo stát pochopení vedeného, že k uzdravení jeho problému vede jediná cesta a tou je jeho vlastní, přímý a smysluplný dialog s Bohem. Tato snaha přivede vedeného k pochopení smyslu života a může vyvrcholit i tím, že vedený začne vědomě pracovat i na vztazích se svým okolím. Není však vhodné, aby se doprovázející sám ujal odpovědnosti za proces vnitřního uzdravení v situaci, která jeho kompetence a zkušenosti

⁵⁵ Srov. GRÜN Anselm: Doprovázení na duchovní cestě, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, s.r.o., 2014, s.50.

⁵⁶ Srov. GRÜN Anselm: Doprovázení na duchovní cestě, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, s.r.o., 2014, s.51.

přesahuje. V tomto případě je např. vhodné doporučit pomoc spojenou s psychoterapií. Pro duchovního vůdce platí, že musí zůstat nestranný, nevyslovovat žádná hodnocení, ale snažit se o to, aby celou situaci objektivizoval sám svěřenec. Důležitou roli zde hraje především naslouchání, přijetí a soucit.

“Jinak vypadá v našem prožitku zkušenost, která zůstala uzamčena v nás samotných, a docela jinak vypadá, byla-li vyslovena před druhým člověkem. Svěřit se přináší úlevu i uspokojení, a navíc nás chrání před dvěma nebezpečími: na jedné straně před dramatizováním, démonizováním, na druhé straně před jejich banalizací a zlehčováním.”⁵⁷

Vůdce by poté měl vyslechnout jeho pocity, tužby, strachy a obavy. Rozumná míra úzkosti je nutným stimulem pro růst a vývoj.⁵⁸ Jestliže se má vztah vyvíjet, musí být obě strany otevřené. V prostředí důvěrného a otevřeného vztahu přijmeme snadněji vše neočekávané. Pro mnoho lidí taková důvěra není snadná.

Doprovázející musí umět vedeného povzbudit a zároveň upozornit na jeho nezralé nebo nevhodné motivace. Je třeba se vyvarovat striktně položených otázek, domáhat se jednoznačných prohlášení, což by se mohlo chápat jako určitý druh vyzvídání.

Skutečné vztahy nikdy nadlouho neplynou hladce. Slepota k některým stránkám života nebo k zjevnému smyslu určitého úryvku Písma je projevem odporu. Odpor se projevuje i neustálým opakováním stejných odpovědí. Vyhybání se modlitbě, opakované pozdní příchody, rozmlouvání o všem možném, to vše může být znakem odporu vůči Pánu.⁵⁹ Nejdůležitější je neztratit smysl pro humor a vědomí vlastní omylnosti. Znaky odporu jsou jen znaky.⁶⁰ Bylo by užitečné, kdyby doprovázený dokázal vidět odpor jako součást vzorce ve svém životě.

Na závěr by si měl sám vedený ujasnit, zda prožívá harmonii a jednotu s Bohem, která mu přináší vnitřní pokoj. Duchovní doprovázející by měl svého svěřence vést a podporovat v dalším hledání a nabízet duchovní podporu. Toto by se mohlo stát každodenní náplní opravdového křesťana.

Modlitba, rozjímání a ztišení se je po dialogu nutností, která vede k rozlišení vnitřních nových pocitů na obou stranách.

⁵⁷ AUGUTYN Józef: Vedení Bohem. Praxe duchovního vedení, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, s.r.o., 2002, s.118.

⁵⁸ Srov. BARRY William A., CONNOLLY William J.: Praxe duchovního doprovázení, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, s.r.o., 2009, s.102.

⁵⁹ Srov. BARRY William A., CONNOLLY William J.: Praxe duchovního doprovázení, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, s.r.o., 2009, s. 98.

⁶⁰ Srov. BARRY William A., CONNOLLY William J.: Praxe duchovního doprovázení, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, s.r.o., 2009, s.110.

I Marek Vácha v mnoha svých knihách a přednáškách doporučuje mladým lidem, aby si našli důvěrného společníka, pomocníka na cestě víry, autoritu, které by se mohli svěřit.

4.3 Rozdíly mezi službou smíření a duchovním doprovázením

Mezi službou smíření a duchovním doprovázením se jedná o zásadní rozdíl. Cílem zpovědi je usmířit člověka s Bohem, a to smí konat výlučně kněz. Hlavním úkolem zpovědi je Boží milosrdenství a knězova slova povzbuzení a rady. Podstatou duchovního doprovázení je však bezprostřední individuální pomoc člověku při jeho dialogu s Bohem. Tato služba nevyžaduje kněžské svěcení. Mohou ji konat muži i ženy, jsou-li dostatečně vyzrálí a mají-li zkušenosti. Rozhovor vedený v rámci duchovního doprovázení se netýká jenom problému hříchu, ale také všech ostatních otázek, na které člověk při rozhovoru nebo modlitbě s Bohem naráží. Vedení se tedy zaměřuje na hledání Boha a jeho vůle v jakékoli zkušenosti lidského života.

4.4 Rozdíly mezi psychoterapií a duchovním doprovázením

Základní rozdíl mezi psychoterapií a duchovním doprovázením spočívá v tom, že psychoterapeut obvykle zůstává pro klienta neutrální. Jedná se o profesionální přístup, který mu nedovoluje pohlížet na člověka z určitého úhlu pohledu, přičemž ateistický postoj většinou nebývá duchovně neutrální⁶¹. Pro věřícího pacienta tak často vzniká překážka, která mu nedovoluje vést plnohodnotný dialog. Obecně terapie a poradenství primárně pomáhá s problémovými oblastmi v jedincově životě a snaží se přinést zdravé řešení do určitého problému. Duchovní směřování je hlavně zaměřeno na hledání a dialog s Bohem. Vlastní řešení problémů není primární zaměření duchovního doprovázení.⁶²

Bohužel křesťansky orientovaných psychoterapeutů mnoho není. Spirituální péče však v sobě zahrnuje péči mnohem širší a bohatší, než aby mohla být zaměňována jen za určitý druh psychoterapie, která má za cíl, aby si pacient osvojil schopnost zvládat své emoce, poradil si v kritických životních situacích a získal odolnost vůči stresu.

Duchovní vedení má však v centru své pozornosti vztah člověka k Bohu, duchovního vůdce zajímá především vnitřní naladění člověka k těmto otázkám. Thomas Merton ve svých knihách říká, že duchovní vůdce není psychoanalytik, měl by však rozpoznat psychické problémy, které jsou mimo rámec jeho kompetence. Poslat vedeného pro specializovanou pomoc však neznamená přestat s duchovním vedením, je nezbytné, aby jej provázal i nadále.

⁶¹ Srov. VYMĚTAL Jan: Úvod do psychoterapie, Praha: Jiří Kocourek, 1992, s.9.

⁶² Srov. Spiritual accompaniment | Pathways to God. Pathways to God | [online]. Copyright © Jesuits in Britain [cit. 24.02.2019]. Dostupné z: <https://www.pathwaystogod.org/centres/ignatian-spirituality-centre-glasgow/spiritual-accompaniment>

Odlišnosti přístupu k duševně nemocným, kteří jinak samozřejmě řeší problémy vztahové a osobnosti jako zdravý člověk, obvykle spočívají v určitých omezeních či zvláštностech, souvisejících s daným duševním onemocněním, např. větší emoční labilita, podezřívavost, poruchy myšlení, nižší tolerance ke zvládnání stresu. Je proto nezbytné se s těmito specifiky seznámit a případně konzultovat s odborníky. Svým přístupem totiž můžeme člověku s duševní nemocí nejen výrazně pomoci, ale také ublížit.⁶³

4.5 Duchovní život doprovázejícího

Pro práci duchovního doprovázení je klíčová osobnost doprovázejícího, přičemž nejvýznamnější roli hraje jeho schopnost navazování vztahů. Nejde tady totiž o žádný kamarádský vztah ani o pečovatelskou pomoc. Sám duchovní průvodce by měl zvládnout retrospektivně nahlédnout na svůj dosavadní život, umět se dotknout svých životních zranění, která jej provázela od nejútlejšího věku a která stále mohou ovlivňovat negativně jeho přístup k druhým lidem a komunikaci s nimi znesnadňovat. Nezbytná u doprovázejícího je vřelost, vstupuje totiž do hlubokých vztahů. Měl by mít zralý nadhled a měl by umět včas odkrýt falešné obrazy o světě a o Bohu. Doprovázející, který nepochopil svou vlastní minulost, může vše chápat a racionálně interpretovat v mezích zásad morální teologie, ale těžko se může vcítit do situace odehrávající se v citovém a duchovním světě vedeného člověka. Hrozí nebezpečí, že duchovní vůdce bude předávat mylná řešení, která ve svém životě sám přijal. Musí tedy umět posuzovat své vlastní reakce, držet si odstup sám od sebe. Rozeznávání vlastních reakcí je objektivní a nutnou podmínkou k rozlišování pocitů a postojů vedeného. Na druhého totiž působíme tím, čím ve své nejhlubší bytosti jsme. Skutečná otevřenost, upřímnost a vnitřní svoboda spojená s úctou a vstřícností k druhému se neprojevují pouze ve slovech, ale v celém způsobu chování duchovního vůdce.⁶⁴

Je vhodné, aby měl i duchovní rádce zkušenosti s duchovní cestou. Sám by měl být odolný vůči nástrahám vlastních „démonů“. Mnoho lidí se zmítá v chaotickém a čím dál víc smysl postrádajícím světě. Toto hledání smyslu, tedy skály, která poskytne stabilitu v rychle se měnícím světě, je v jádru hledáním náboženství. V lidech se tak zákonitě probouzí touha pátrat po neotřesitelném bezpečí. Ze všeho nejvíc touží po vůdcích, kteří je k tomuto bezpečí

⁶³ Srov. OPATRŇY Aleš a kol.: Pastorační péče o psychicky nemocné, Praha: Karmelitánské nakladatelství s.r.o., 2016, s. 63.

⁶⁴ Srov. AUGUTYN Józef: Vedení Bohem. Praxe duchovního vedení, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, s.r.o., 2002, s.28.

dovedou. Ale tato situace přináší závažná nebezpečí. Nejsou ojedinělé případy, kdy se lidé nechají uchvátit různými guru, kteří slibují všemocný lék a rychlou odpověď.⁶⁵

Významné pro doprovázejícího je naučit se vhodně klást otázky, disponovat se svou intuicí a vyvarovat se určitých nepříjemných situací. Otázky začínáme vždy od obecných témat, ptáme se na životní příběh, religiozitu rodičů, náboženskou atmosféru doma, pocity bezpečí, jaké obrazy Boha byly předány, jaký je vztah k rodičům apod. Poté dle potřeby přecházíme ke konkrétním otázkám, přičemž vždy dbáme na slova povzbuzení a dodáváme odvahu k hovoru.

Další nezbytnou povinností vůdce je doprovázet svého svěřence modlitbou, zvláště v okamžicích, kdy pacient sám zakouší bezradnost, když pociťuje vnitřní odpor, ostych nebo jiné utrpení, které by mu mohlo svázat ruce při spolupráci. Modlitba by měla mít přímluvný charakter, měla by se stát především prostředníkem mezi Bohem a ztrápeným člověkem. Stát se dobrým vůdcem znamená také respektovat svobodu vedeného, tedy ctít osobní rytmus vedeného a jeho čas potřebný k hledání. U každého je tento aspekt individuální a doprovázející by neměl na vedeného naléhat a tlačit.

Je velmi důležité, aby se obě strany také shodly na účelu prostředcích doprovázení, takového spojení závisí na vzájemné shodě, na vytvoření pracovní dohody. Je nutné poukázat na to, že při doprovázení je primárním zájmem vztah doprovázeného k Bohu, že obě strany budou pracovat na zkušenosti s modlitbou, a ne řešit své konflikty s rodinou, v manželství, v práci.⁶⁶ A to přesto, že svým souhlasem s doprovázením bere na sebe vůdce odpovědnost nejen za duchovní růst doprovázeného, ale i za celý jeho život, což bývá často velkým břemenem plným neštěstí, slabostí a proher. Vůdcova spoluodpovědnost však hlavně znamená vést doprovázeného k jeho vlastní odpovědnosti a samostatnosti.

4.6 Duchovní doprovázení v praxi

Pokud za námi přijde člověk hledající to, co by dávalo smysl jeho nezakotvenému životu, nebo někdo, kdo výslovně chce rozvíjet silnější a osobnější vztah s Bohem, stojíme vždy před otázkou, kde začít. Nejprve je vhodné si uvědomit, že komunikace by měla být oboustranná, stejně jako náš soukromý rozhovor s Bohem, který k nám promlouvá slovem a činy. Náš křesťanský život je usnadněn pro nás doprovázející tím, že církev nabízí Písmo. Lidé, kteří

⁶⁵ Srov. BARRY William A., CONNOLLY William J.: Praxe duchovního doprovázení, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, s.r.o., 2009, s.28.

⁶⁶ Srov. BARRY William A., CONNOLLY William J.: Praxe duchovního doprovázení, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, s.r.o., 2009, s.163.

vyhledávají duchovní doprovázení, obvykle nejsou ve víře, modlitbě či čtení Bible začátečníky. Ale hledají něco víc.⁶⁷ Duchovní doprovázející povzbuzují své doprovázené, aby Pána žádali o to, co chtějí. Ze začátku mohou být jejich přání velmi široká, můžeme mít pocit, že doprovázení neumějí mluvit o duchovních zkušenostech nebo že duchovní zkušenost v jejich modlitbě nehraje důležitou roli. Může se také stát, že pro člověka nebude modlitba vůbec snadná, bude spíše zápasem, kdy zjišťují, že Pán je příliš vzdálený. Většina lidí se často nedokáže srozumitelně vyjadřovat⁶⁸, ale tato překážka pomalu mizí, obvykle se komunikace rychle zlepšuje tím, jak se poznáváme, mizí i úzkost. Vzájemná důvěra vyžaduje, abychom počáteční komunikaci věnovali zvýšenou pozornost, doprovázený často v této rané fázi teprve rozeznává svou duchovní identitu. Nejde o získávání informací, ale o povzbuzení doprovázeného, aby si pozorně všímal svých vnitřních stavů. Tímto se pozvolně propracujeme od zdánlivě planých a povrchních pocitů ke konkrétním skutečnostem.

Když se odehrávají první rozhovory, má toho doprovázený mnoho co říct⁶⁹, popisuje, kde se v životě nachází, co hledá, o koho se stará, jaký má pocit se života, kam chce směřovat. Také popisuje, co ho přimělo, aby vyhledal doprovázení. Pokud doprovázený dokáže svou zkušenost předložit v modlitbě, proces doprovázení dobře začal.

Způsob duchovního doprovázení se samozřejmě liší v závislosti na prostředí, ve kterém je poskytován. Jiný přístup si vyžádá kněžský seminář a jiný laik, jiný v nemocnici, ve škole.

4.7 Duchovní doprovázení v nemocniční praxi

Samozřejmě naprosto odlišná je pro doprovázejícího práce s nemocným v nemocničním prostředí. Nemocné nemůžeme nutit, aby své bolesti přemáhali a zlehčovali slovy, že se musí více modlit a pak se jejich potíže srovnají samy. Spíše bychom jim měli ukázat, že je to nová šance, jak znovu promyslet svůj postoj k životu a k Bohu. Aktivně vedeme pacienta k tomu, že si své problémy musí začít řešit sám, že je za něj nikdo jiný nevyřeší. Nabízíme jim možnost, aby o svých starostech společně s námi hovořili s Bohem, aby na to nebyli sami. Můžeme pokládat i několik pomocných otázek, abychom se vyvarovali vzájemného nepochopení, zároveň však nikdy ne k uspokojení vlastní zvědavosti. Během dialogu je vždy vhodné položit citlivou otázku, jak se pacient cítí a zda-li je ochoten pokračovat v dialogu.

⁶⁷ Srov. BARRY William A., CONNOLLY William J.: Praxe duchovního doprovázení, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, s.r.o., 2009, s.61.

⁶⁸ Srov. BARRY William A., CONNOLLY William J.: Praxe duchovního doprovázení, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, s.r.o., 2009, s.82.

⁶⁹ Srov. BARRY William A., CONNOLLY William J.: Praxe duchovního doprovázení, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, s.r.o., 2009, s.62.

Důležitým faktem je vytvoření vzájemné důvěry. Probouzet tuto důvěru by se mělo stát přirozeným darem duchovního průvodce. Svěřenec si vždy sám vybírá, jak dalece se otevře, a nám se někdy může zdát, že jeho výpovědi jsou jenom povrchní. Mnohdy není doprovázený skutečně schopem hlubšího vhledu, pacienti jsou v důsledku nemoci emočně plošší. Pokud se vedený rozhodl, že o určitých záležitostech nechce nebo není schopen mluvit, musíme jeho rozhodnutí respektovat. V duchovním doprovázení je velmi důležité vycítit a umět dobře načasovat správný okamžik, kdy je vedený otevřený mínění doprovázejícího. Ten v takové chvíli může pojmenovat problémy svěřence. Pod vrstvou zmatku a frustrace často číhají jiné reakce, které jsou ještě mnohem méně přijatelné. V pacientovi se může skrývat hněv vůči lidem, nenávisť k Bohu, zklamání sebou samým či pocit bezcennosti.⁷⁰ A doprovázející na to vše musí být dobře připraven. Postupně by vedený měl být schopen přijímat pravdu o sobě, kterou na počátku rozhovoru rozhodně odmítal. Doprovázející by měl ideálně zvládnout sokratovské kladení otázek tak, abych vedeného přivedl k poznání sama sebe. Společně hledáme to, co Bůh po nás chce. Často zakoušíme zmatek. Pocity, které se vynořují, se mohou zdát nepřijatelné⁷¹. Jakmile si však člověk své pocity připustí a přijme je, často zjistí, že je o nich možné a užitečné přemýšlet nezkresleně. Jinak se budou nepovšimnuté negativní pocity vypínat mezi člověka a Boha.

5 Duchovní doprovázení u psychicky nemocných

Zásadním požadavkem duchovního doprovázení člověka s psychickými obtížemi je jeho bezpodmínečně nutné přijetí bez předsudků, vnitřního odporu, odsuzování, morálního hodnocení. Duchovní péče souvisí s životem z víry. Morální hodnocení, vědomí odpovědnosti před Bohem a vědomí viny při lidských selháních nelze u psychicky nemocného hodnotit stejným způsobem jako u zdravého člověka. Může být zdrojem nedorozumění i ublížení nemocnému. Apel na morálku u nich nelze zcela pominout, zejména kvůli nim samotným. Proto je lépe vyhnout se ukvapeným hodnocením a napomínání. Sdělení by měla být řečena taktně, ale jasně, tak, aby nemocný nebyl uveden do situace, kdy by o svém přijetí pochyboval. Různé psychické obtíže vyžadují odlišný přístup, ale je třeba stále myslet na to, že i když je nemocný, nepřestává být věřícím člověkem. Zásadní jádro dobré pastorační péče

⁷⁰ Srov. BARRY William A., CONNOLLY William J.: Praxe duchovního doprovázení, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, s.r.o., 2009, s.86.

⁷¹ Srov. BARRY William A., CONNOLLY William J.: Praxe duchovního doprovázení, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, s.r.o., 2009, s.97.

u nemocných spočívá v dobrém rozlišení toho, co v daném stavu dotyčný může, či nemůže, co mu v oblasti života z víry a z praxe zbožnosti prospívá a co škodí.⁷²

Rozlišit projevy nemoci v psychiatrii bývá jedna z nejnepřehlednějších věcí. Některé duchovní zážitky nebo projevy mohou působit velmi realisticky. Mluví-li nemocný o vnitřním hlasu, má-li při modlitbě nějaké vize, ještě to nemusí znamenat patologii. Ale také nemusí jít o Boží vnuknutí. Proto není třeba reagovat příliš rychle a jednoznačně. Je lépe počkat s hodnocením, až se věci stanou jasnějšími. Tyto zážitky nebudeme ani hodnotit, ani podporovat, ani popírat. Jen registrovat. Je potřeba zdůraznit, že nemocný obvykle nepřichází o celý svůj obsah víry, že jeho poznání není celé deformované. Ale na interpretaci a projevy nemoc určitě vliv má. Někdy je to těžké rozlišit, ale čím déle spolupráce trvá, tím je větší naděje na lepší orientaci v situaci nemocného, ovšem za předpokladu, že jsme vnímaví, bez předsudků. V každém případě však chápající, nenaléhající, bez autoritativních postojů. Je možné se snažit nemocného ujišťovat o Boží přízni i při jeho duchovní nemohoucnosti či slabosti. Autoritativní postoj je na místě až v krajní situaci. Je potřeba jej střízlivě doprovázet ve zbožnosti, která odpovídá reálným možnostem v dané fázi nemoci. V žádném případě se nelze domnívat, že vedením k náročnému duchovnímu životu nemocnému pomůžeme. Vlastní doprovázení má respektovat možnosti nemocného, podporovat to, čeho je schopen, nevyžadovat to, čeho schopen není, a v neposlední řadě tlumit jeho úzkosti z toho, co v oblasti života z víry nekoná, ač to dříve konal.⁷³ Je potřeba spíše opakovaně ujišťovat, že toto onemocnění není jeho vinou a až mu bude lépe, že se ke svému dřívějšímu životu vrátí.

I pacientovo okolí je značně zatěžováno, setkáváme se s hlubokým nepochopením, kdy je psychická nemoc často chápána jako mravní selhání. Okolí nemocného potřebuje mnohdy pomoc stejně jako nemocný. Je potřeba, aby okolí nemocného přijalo, neizolovalo ho a podpořilo v naději na vyléčení. Nemocný potřebuje kvalitní lékařskou pomoc, kterou žádná duchovní péče či doprovázení nenahradí, je třeba apelovat, aby předepsané léky nemocný pravidelně užíval. Při atace nemoci spíše prospěje tlumení náboženských prožitků, nemocný hlavně potřebuje lidský přístup, který je přizpůsoben jeho aktuálnímu stavu. Není dobré, aby byli tito lidé vystavováni silným náboženským zážitkům, na které často reagují jinak než

⁷² Srov. OPATRNÝ Aleš a kol.: Pastorační péče o psychicky nemocné, Praha: Karmelitánské nakladatelství s.r.o., 2016, s.92.

⁷³ Srov. OPATRNÝ Aleš a kol.: Pastorační péče o psychicky nemocné, Praha: Karmelitánské nakladatelství s.r.o., 2016, s.96.

zdraví. Péče o duševně nemocného vyžaduje střízlivost v úsudcích a velkou trpělivost. Je zpravidla značně časově náročná.⁷⁴

Při doprovázení musí být vztah k nemocnému upřímný a opravdový, je nutno pacienty přijímat s jejich vůlí, ale i s jejich nevůlí, s jejich náladami a odmítáním.⁷⁵

5.1 Obecné zásady přístupu k psychiatrickým pacientům

Navázání kontaktu s psychiatrickým pacientem bývá vzhledem k poruchám duševního stavu často velmi obtížné, a to jak pro osobu doprovázející, tak i pro ošetřující personál. Je nutné opakovaně ujišťovat, že rozhovory jsou naprosto důvěrné a cokoli pacient řekne, nebude bez jeho souhlasu sděleno komukoli. Musíme tady být jen pro něj a zcela se věnovat jeho problémům. Dáváme najevo, že bereme jeho obtíže vážně a chceme se jimi do hloubky zabývat, i když jsou jeho témata v rozporu s realitou. Nevyvracíme jeho bludné myšlenky, naopak dáváme najevo, že chápeme, jak mohou být nepříjemné. Nehodnotíme pacientovy životní události, vyvarujeme se moralistických soudů. Snažíme se, aby se pacient projevil takový, jaký je, bez obav z kritiky a odsouzení. Snažíme se svým postojem vyjádřit, že si pacienta vážíme jako člověka. Často jde o pacienta s postižením intelektu nebo začínající degradací osobnosti v důsledku nemoci. Snažíme se užívat jazyk, který je pacientovi blízký, používáme výrazy, které jsou pro nemocného srozumitelné, ve shodě s jeho vzděláním, sociální úrovní a s ohledem na aktuální psychický stav.⁷⁶

5.2 Psychózy

U postižených s psychózou je velký rozdíl, v jaké fázi nemoci se s nemocnými setkáváme. V počáteční fázi první ataky často nastávají pocity rozhořčení, odmítání, nepřijetí nemoci. Pacienti nejsou schopni si svůj stav připustit. Velmi často také jejich rodina nemoc odmítá, často z neznalosti. V tomto období je nejdůležitější s nimi neustále mluvit, nenechat je v nevědomosti, zmatcích a nejistotě.

Také v období, kdy je nemoc již plně rozvinuta, kdy pacientův život je zcela pod vlivem bludů či halucinací, je potřeba jednat s velkou obezřetností a citem. Nezbytná je opatrnost a střízlivost při posuzování hlavně religiozních bludů. Doporučuje se nepřesvědčovat nemocného, že nemá pravdu, je potřeba klidně naslouchat. Je dobré s pacientem komunikovat

⁷⁴ Srov. OPATRŇY Aleš a kol.: Pastorační péče o psychicky nemocné, Praha: Karmelitánské nakladatelství s.r.o., 2016, s. 98.

⁷⁵ Srov. PERA Heinrich, WEINETR Bernd, Nemocným nablízku. Jak pomáhat v těžkých chvílích., Praha: nakladatelství Vyšehrad spol. s r.o., 1996, s.29.

⁷⁶ Srov. RABOCH Jirí, ZVOLSKÝ Petr et al.: Psychiatrie, Praha: Galén, 2001, s.63.

klidně, věcně a střízlivě bez emocí, dvojsmyslů a zlehčování. Většinou si nemocný po odeznění akutní fáze nemoci na minulé události pamatuje, proto je potřeba na to myslet. Pod vlivem léků mohou být jeho vyjadřovací schopnosti zpomalené a je potřeba tuto skutečnost akceptovat a přizpůsobit jí dialog. Měli bychom také vyvíjet snahu povzbuzovat nemocného ke komunikaci s okolním světem. Důležité je totiž, aby se pacient neuzavíral sám do sebe. Je nutné povzbuzení k nepřerušování léčby, k podpoře k pravidelnému užívání léků a k dodržování denního rytmu. Také je potřeba nemocnému naslouchat bez snahy poučovat, vysvětlovat a přesvědčovat. Často se stává, že pacienti projevují strach z okolí a z komunikace vůbec. Proto je dobré se nevnucovat a respektovat pacientovu rezervovanost. Vlastní doprovázení spočívá v obeznámení se s pacientovým onemocněním a projevy jeho nemoci. Doprovázející osoba by měla dokázat nemocného plně respektovat, pochopit, přijmout a podporovat.

Duchovní doprovázení příznivě ovlivňuje aktivní a adaptivní schopnosti zvládnání u pacientů se schizofrenií během remise. Pomáhá jednotlivci vyrovnat se se stresory souvisejícími s onemocněním. Toto doprovázení může pomoci při lepším zvládnání poruchy.⁷⁷

Samostatnou kapitolou je práce a komunikace s agresivním pacientem, na psychiatrických uzavřených odděleních je taková situace velmi častá. Agresivní chování pacientů zahrnuje celou škálu projevů, je nutno se je naučit a být schopen včas identifikovat hrozící problém. Hostilní, ironická a chladná komunikace s pacientem může agresi velmi lehce vyprovokovat. Mezi nejčastější spouštěče agresivního chování patří pocit ohrožení a strach, u psychóz samozřejmě vlivem bludné produkce, pocitů křivdy, nespravedlnosti, zklamání, ponížení, bezmoci, špatné interpretace reality, psychopatických rysů jedince, zdánlivého ohrožení zájmu pacienta.⁷⁸ Je potřeba dodržovat základní pravidla komunikace s agresivním pacientem a to tím, že nikdy s ním nepobýváme v uzavřené místnosti sami, bez možnosti přivolat pomoc. Samozřejmě také odstraníme z dosahu pacientů nebezpečné věci (sklo a podobně) a dodržujeme bezpečnou vzdálenost od nemocného, ta má být minimálně na délku paže.

⁷⁷ Srov. Against the Stream: religion and mental health – the case for the inclusion of religion and spirituality into psychiatric care. *National Center for Biotechnology Information* [online]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6048728/?fbclid=IwAR2ML31mxyGsqynCzemkrSNveNf76pJTz2D5Uh38yrtTyt6XXv-FenKGU>

⁷⁸ Srov. PTÁČEK Radek, BARTŮNĚK Petr a kol., *Etika a komunikace v medicíně*, Praha: Grada Publishing, a. s., 2011, s. 244.

Další klíčový fenomén je komunikace s adiktologickým pacientem. Základními dvěma pravidly jsou požadavek na motivaci pacienta a posilování jeho vůle a současně snaha k jeho pozitivnímu nastavení k léčbě a abstinenci.⁷⁹

5.3 Afektivní poruchy

Pro doprovázejícího je nutné podrobné seznámení se s nemocí pacienta a hlavně s fází, ve které se doprovázený nachází. Je důležité podpořit nemocného v přijetí nemoci, kterou by měl pochopit jako fakt, a naučit se rozeznávat varovné příznaky, které jsou typické pro manický či depresivní stav.

V manické epizodě, zejména když doprovázející a jeho okolí není seznámeno s diagnózou, hrozí nebezpečí, že nemoc může být zaměněna za nadšení pro víru, nadšení pro rapidní obrácení, probuzení silné víry. Člověk demonstruje nadprůměrnou skvělost, ale není schopen ji naplnit. Je nutné udržet klidnou střízlivou vstřícnost, nepověřovat úkoly. Hlavně veřejná vystoupení, různé katecheze a svědectví by v případě nemocného byly matoucí. Svá rozhodnutí a předsevzetí není schopen dotyčný zdaleka naplnit. V každém případě je nutná odborná léčba, přičemž její přijetí a respektování musíme u klienta a jeho okolí podporovat. Což bývá velký problém, protože dotyčný se cítí velmi dobře, má spoustu energie, síly a nápadů.

Depresivní epizoda musí být zřetelně odlišena od špatné nálady, pocitů skleslosti, pesimismu. Dalším úskalím jsou představy nejen pacienta, ale především jeho okolí, že si nemocný vše zavinil sám, že je to následek jeho malé víry či morálního selhání. Pacienti sami mohou být přesvědčeni o své bezcennosti, sebeobviňují se, že něco zkazili a že si zaslouží potrestání. Obecně platí, že tyto postoje nevyvracíme ani nepotvrzujeme. V takové chvíli je třeba v rozhovoru s nemocným předkládat jednoduchá životní témata. Neklást na něj žádné neúměrné nároky. Každou snahu je potřeba pochválit a hodnotit jako dostačující. Pokud jde o modlitbu, které v dané chvíli nemocný není schopen, není potřeba ji vyžadovat. Spíše pacienta ujistíme, že se za něj pravidelně modlíme my ostatní.

V období nejtěžších depresivních stavů, kdy je nemocný utlumen, je potřeba mu také přizpůsobit přístup k duchovnímu doprovázení. Je potřeba počítat s obtížnější komunikací vlivem medikace a vlivem nemoci. Komunikace se často odehrává spíše jednosměrně, pomoc s odvedením pozornosti ze sebe sama směrem ven, pomoc myslet a vidět pozitivně. Především je důležitá snaha nenuceně vyjadřovat pacientovi empatii. Není správné snažit se

⁷⁹ Srov. PTÁČEK Radek, BARTŮŇEK Petr a kol., *Etika a komunikace v medicíně*, Praha: Grada Publishing, a. s., 2011., s. 279.

nemocného v tomto stavu planě utěšovat ani nelze zprostředkovat vlídný vzájemný rozhovor. Při depresi je jakákoli naděje zablokována. Musíme se snažit nemocnému přiblížit v té oblasti, kterou má ještě pod kontrolou.⁸⁰ Myslet na to, že depresivní stav není pouhou špatnou náladou, ale vždy se jedná o velmi vážnou psychickou nemoc. I věřící člověk se může dostat na dno svých sil, zabývat se úvahami o odchodu z tohoto světa.

Velkým rizikem, které nesmíme podceňovat, je právě toto sebevražedné chování. Křesťané sice odmítají sebevraždu, považují život za Boží dar, morální teologie však, v souladu s Kodexem kanonického práva, pohlíží na sebevražedné jednání z takto vážných pohnutek s pochopením. Sebedestruktivní myšlenky jsou výsledkem více patologických duševních pochodů, které nejsou často ovladatelné, nemocný se ocitá v beznadějně situaci⁸¹. Při těžkých depresích lidé prožívají tak nesnesitelné stavy, že sebevražda je často jediným východiskem. Proto je nutná včasná diagnostika. Slova druhých o zamýšlené sebevraždě nelze nikdy brát na lehkou váhu.

Častým spouštěčem možných sebevražd jsou životní krize, stresy, selhání, finanční problémy, rozvody, ztráty blízké osoby, popřípadě životních cílů jako takových. Prvotními příznaky jsou stavy, kdy se nemocný izoluje od okolí, stahuje se do sebe, ztrácí dřívější zájmy, sebeobviňuje se, je agresivní vůči sobě, nenávidí se, má sebevražedné myšlenky, sny a fantazie. Popisují se jednotlivé kroky, které začínají úvahami o smrti, rozpolcením, ambivalentním postojem, oznamováním či naopak zatajováním sebevražedných myšlenek, zdánlivá úleva nastává v okamžiku rozhodnutí. A nemocný se na to postupně připravuje. Není pravda, že ten, kdo o sebevraždě mluví, ji nespáchá. Ani u věřícího člověka není víra zárukou. A dokonaná sebevražda samozřejmě velmi zasáhne do okolí zemřelého, jeho blízcí si často vyčítají, že tomu mohli zabránit, a cítí zodpovědnost. Tento pocit se nesmí nikdy posilovat. Okolí zemřelého je potřeba ujišťovat, že na sebevraždě nenese vinu a že jí nebylo možné zabránit – pro dotyčného byl život tak nesnesitelný, že sebevražda pro něj byla jedinou možností a jistě u Boha najde přijetí a trvalý pokoj.

5.4 Neurotické poruchy

V doprovázení je potřeba věnovat všem úzkostem zvýšenou pozornost, pochopit doprovázeného a snažit se vžít do jeho problémů. Ty se často promítají do duchovního života,

⁸⁰ Srov. PERA Heinrich, WEINETR Bernd, *Nemocným nablízku. Jak pomáhat v těžkých chvílích.*, Praha: nakladatelství Vyšehrad spol. s r.o., 1996, s. 98.

⁸¹ Srov. KAŠPARŮ Max: *Základy pastorální psychiatrie pro zpovědníky*, Brno: Cesta, 2002, s.81.

což by nemělo být zaměňováno za narušení morálních hodnot⁸². Na doprovázející osoby jsou kladeny náročné požadavky – především na trpělivost a toleranci. Neurotičtí pacienti potřebují více času, jejich úzkosti jsme schopni snad trochu oslabit, ale ne zcela odstranit. Pochvala za každý malý krůček může pro pacienta znamenat obrovské povzbuzení do dalšího života.

Nemocným pomůže především rozhovor, při němž dochází k psychickému uvolnění. Pro pacienta je velmi důležité se vypovídat, i opakovaně, potřebuje vnímavé naslouchání bez snahy okamžitého vyřešení problémů. Je třeba ujistit jej, že mu žádné nebezpečí nehrozí, že tady jsme pro něj. Důležitá je snaha odvést pozornost k jiným oblastem života, povzbudit.

Citlivě je potřeba přistupovat zejména k otázkám svědomí. Pacienti bývají často velmi přecitlivělí. Tady je na místě tyto osoby vést k přijetí Božího milosrdenství. Je nutné dávat pozor při volbě slov a čtení z Písma, aby je to nepodněcovalo k přehnané lítosti.

Pokud je neuróza silně rozvinutá, je namístě lékařská konzultace.

5.5 Poruchy osobnosti

Jedná se o trvalý stav, který se u nemocných projevuje určitými vlastnostmi a jejich chování se odlišuje od chování běžné populace. Jejich osobnost je nevyvážená, mívají problémy v mnoha sociálních situacích a v mezilidských vztazích. Na své chování nemají náhled, jsou nadměrně citliví k negativnímu hodnocení okolí, jsou podezíraví, vztahovační, žárliví. Často jednájí neuváženě s tendencemi k výbuchům zlosti a násilí. U žen se více projevují tendence k dramatizaci, přehnaným emočním projevům, zvýšené touhy po ocenění, manipulace, často využívají lež, simulují, intrikují. Pro doprovázejícího je dobré si uvědomit, že pokud je zachován kontakt s realitou, je potřeba podpora a pochopení, ale také nastavení pevných a jasných hranic. Doprovázející může svým přijetím, osobním přístupem, orientací a vzorem, nastavit zdravý náhled na svět. Nemůže však plně nahradit stávající farmakologickou či psychoterapeutickou pomoc.

5.6 Situace vyžadující lékařskou pomoc

U psychóz je třeba rozlišovat sny s náboženskou tematikou a halucinace. „Církev se vyjadřuje k mystickým jevům vždycky s velkou obezřetností. Každý případ vyžaduje také důkladné

⁸² Srov. KAŠPARŮ Max: Základy pastorální psychiatrie pro zpovědníky, Brno: Cesta, 2002, s.87.

klinické vyšetření.⁸³ Pokud vysledujeme, že reálný svět u pacienta ustupuje do pozadí, že se uzavírá do světa přeludů a fantazií, že se chová „divně“, popisuje nepříjemné hlasy, nabádající k sebepoškozování a k bizarnostem, je vhodné motivovat pacienta k návštěvě psychiatra. Všechny náboženské reformátorské bludy, pocity výjimečnosti, nepřiměřené vztahovačnosti, zvýšené sledovanosti, které vedou k pocitu ohrožení, už znamenají psychiatrickou diagnózu, která není zvladatelná laickým přístupem a je nutná léčba vhodnými medikamenty. V této chvíli můžeme pacienta motivovat, doprovodit k lékaři, podporovat v pravidelném užívání léků. Doprovázený ani doprovázející v případě religiózních bludů nemusí mít obavu, zdali je, či není lékař věřící, fundovaný psychiatr se často setkává s tímto typem bludů a umí jej náležitě vyhodnotit.

Při depresích pozorujeme dlouhodobě skleslou náladu, dlouhodobou neschopnost vyrovnávat se s běžnými požadavky života, nepřiměřené emotivní reakce, sklony k labilitě; je rovněž vhodné doprovázejícího motivovat k návštěvě lékaře. Poznámky o sebevraždě bychom neměli nikdy podceňovat, ale zároveň bychom měli mít na zřeteli, že u psychopatických jedinců se často jedná o formu manipulace a vydírání.

Úzkost je třeba rozlišit na úzkost jako trvalý rys a úzkost jako výraznou, přechodnou změnu klienta, která mu znesnadňuje život.

Pro doprovázejícího je dobrou zprávou, že současná medicína má velmi dobré prostředky pro ulehčení kvality života takovýchto pacientů.

5.7 Zdravotník v roli doprovázejícího

Na psychiatrických odděleních se využívá činnosti nejen pastoračních pracovníků, ale je velmi vhodné zapojit i věřící zdravotnický personál, často z řad sester či lékařů. Zdravotní sestry přicházejí s pacienty do každodenního kontaktu a jejich informovanost o zdravotním stavu pacienta může napomáhat k dobré kooperaci. Zdravotní sestry disponují většinou velmi kvalitními znalostmi z psychologie, psychiatrie a jsou přímo školeny k odpovídající komunikaci s pacienty.⁸⁴ Je třeba se zmínit, že pouhá zkušenost tohoto personálu není všemocným učitelem komunikačních dovedností. Efektivní komunikace může být získána také systematickou a cílenou přípravou. Není to otázka osobních dispozic, je z podstatné části

⁸³ Srov. AUGUTYN Józef: Vedení Bohem. Praxe duchovního vedení, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, s.r.o., 2002, s.145.

⁸⁴ Srov. VYMĚTAL Jan: Úvod do psychoterapie, Praha: Jiří Kocourek, 1992, s. 111.

naučena, jisté osobnostní charakteristiky mohou poskytnout dobrý základ, ale dobře se naučit komunikovat mohou všichni.⁸⁵

Zdravotnický personál v roli doprovázejícího by měl být především vyzrálou osobností nejen duchovně, ale i psychicky. Práce s duševně nemocnými pacienty je velmi náročná na trpělivé, vstřícné, klidné jednání. Přičemž empatie je v tomto případě nutnou podmínkou. „Empatie není soucit! Empatie je schopnost představit si, jak bychom se cítili, kdybychom se ocitli v situaci, v níž se nachází náš pacient.“⁸⁶

Další nesnázi, kterou je třeba překonávat ve styku s psychicky nemocnými, je problematika transferu, což je přenos nebo interpretace zážitků z minulosti do aktuálního vztahu mezi duchovním doprovázejícím a věřícím. U psychicky labilních pacientů je to velmi lehce realizovatelné. Ale přenos se samozřejmě může vyskytovat na obou stranách, a tím pádem by se doprovázející osoba měla naučit pracovat i s tímto rizikem. V pozitivním transferu se z pozice pacienta mohou přenášet city vděčnosti, úcty a lásky. V negativním transferu se mohou přenášet emoce, jako je strach, ponížení, nenávisť a vše se může obracet vůči doprovázejícímu.⁸⁷

V této souvislosti je dobré připomenout, že v řadách zdravotnického personálu může docházet k tzv. „vyhoření“; neschopnost se umět vcítit do pacientových pocitů, netrpělivost při naslouchání jsou nejčastějšími projevy opotřebování. U pomáhajících profesí vůbec je riziko vyhoření velmi vysoké, zvláště pokud se toto povolání vykonává s plným nasazením. Doprovázejícím osobám může plné nasazení přinášet mnohé nesnáze v podobě příliš důvěrné vazby, která znamená většinou budoucí problémy s usměrnitelností psychiatrických pacientů. Čas od času se stane, že vztah mezi doprovázejícím a klientem začne přerůstat rovinu terapie a začne být ovládán silnými city, jak nepřátelskými, tak může vzniknout složitější oboustranná sympatie. Podmínka jisté počáteční sympatie musí být splněna vždycky. Klient potřebuje být především vyslechnut a pochopen, i když si to sám nemusí plně uvědomovat. Pokud se tento vztah nedaří namířit jiným správným směrem, je lépe jej ukončit.⁸⁸ Duchovní vedení vyžaduje vzájemnou emocionální svobodu. Je v rukou doprovázejícího, aby toto dokázal usměrnit.

⁸⁵ Srov. PTÁČEK Radek, BARTŮNĚK Petr a kol., *Etika a komunikace v medicíně*, Praha: Grada Publishing, a. s., 2011, s. 44.

⁸⁶ Srov. PTÁČEK Radek, BARTŮNĚK Petr a kol., *Lékař a pacient v moderní medicíně*, Praha: Grada Publishing, a. s., 2015., s. 158.

⁸⁷ Srov. KAŠPARŮ Max: *Základy pastorální psychiatrie pro zpovědníky*, Brno: Cesta, 2002, s. 58.

⁸⁸ Srov. MATOUŠEK Oldřich: *Potřebujete psychoterapii?* Praha: Portál, s.r.o., 1995, s. 33.

Je třeba také zohledňovat, že pacient je v krátkodobé péči kliniky a že vzájemná setkávání jsou tedy časově limitovaná, takže ani pacient by si neměl utvářet příliš pevné vztahy k doprovázejícímu.

A zdravotnický personál by měl být speciálně školen v zásadách duševní hygieny. Víra člověku sice napomáhá k lepšímu a hlubšímu zvládnutí denních nesnází, ale zároveň je třeba připomenout často zmiňovaná slova Marka Váchy, že víra věřícímu člověku přináší daleko větší zodpovědnost. Zodpovědnost za sebe, ale i za druhé. Zásady duševní hygieny jsou dnes běžně dostupné a propagované v odborné i populární literatuře. Náboženství posiluje duševní zdraví.⁸⁹ Pro věřící však platí, že jejich posilou v životě je častější adorace, zklidnění se a důvěrný rozhovor s Bohem, odevzdávání všech starostí, pravidelné setkávání s duchovními či s jinými pastoračními pracovníky. I krátký rozhovor často pomůže krizi doprovázení překonat.⁹⁰

5.8 Možnosti uspokojování duchovních potřeb nemocných v prostředí psychiatrického oddělení

U hospitalizovaných na psychiatrických odděleních je rozhodující délka hospitalizace, v jaké fázi nemoci a léčby se pacient nachází. Z celkového množství pacientů na oddělení bývá asi tak pětina věřících. Při příjmu se na otázku po duchovních potřebách běžně dotazuje. Personál psychiatrie podle mých zkušeností je k těmto potřebám pacientů velmi vstřícný. Setkáváme se s různou duchovní zralostí a vyznáním, od tradičního náboženského cítění až po různé alternativy. Na našem oddělení je možnost navštěvovat mše, zprostředkovat návštěvy kněze, pastorační pracovnice, to vše je samozřejmě ovlivněno aktuálním stavem pacienta. Pokud je v akutním stavu, nemá povoleno opouštět oddělení, není schopen adekvátně prožívat ani víru. A tady je na místě duchovní doprovázení laiků, sester. Ty často přicházejí s aktuální pomocí podle potřeby. Právě na uzavřených odděleních se většinou standardně setkáváme s formou podpůrného rozhovoru s pacientem sami a bez vyrušování.⁹¹ Na přání pacientů se můžeme

⁸⁹ Srov. Psychiatry Research - Journal - Elsevier. *Object moved* [online]. Copyright © 2019 Elsevier B.V. [cit. 04.04.2019]. Dostupné z: https://www.journals.elsevier.com/psychiatry-research?fbclid=IwAR2_zurTW1W6fwsVurvWs7TpoBa5BwF11NJw0cg_pycZdRhuM0bQxqA66Ts

⁹⁰ Srov. PERA Heinrich, WEINETR Bernd, *Nemocným nablízku. Jak pomáhat v těžkých chvílích.*, Praha: nakladatelství Vyšehrad spol. s r.o., 1996, s.94

⁹¹ Srov. VYMĚTAL Jan: *Úvod do psychoterapie*, Praha: Jiří Kocourek, 1992, s.106.

připojit s modlitbou, duchovní četbou nebo jen mlčením s mlčícím pacientem, povzbuzením, pohlazením, objetím.

Velmi častým projevem nemoci u věřících, ale i nevěřících pacientů jsou silné religiózní bludy. V první řadě je potřeba velmi citlivě přistupovat ke každému zvlášť. Je nutné posoudit míru zkreslení reálného uvažování a poté se rozhodnout, jakým způsobem vést duchovní rozhovor s pacientem. V žádném případě nelze k pacientům přistupovat dle zaběhlých šablon a v případě bludů nevyvracet jejich přesvědčení. I když se nám zdá, že pacient je v nejhorším možném stavu, má halucinace a bludy, je pro něj velmi uklidňující tiché souznění, zároveň se slovy ujištění, zmírnění strachů a obav, a skutečnost, že daná doprovázející osoba vnímá jeho nepohodu a je schopna se postarat o potřeby nemocného. A je tady pro něho.

6 Kazuistika

Anežka 29 let.

Rodiče oba VŠ, ve farnosti velmi aktivní, otec hlavní varhaník, vede scholu, matka vedoucí katecheze pro děti a starost o květinovou výzdobu kostela, oba jsou ve farnosti velmi známí a aktivní, zejména otec tráví ve farnosti téměř veškerý svůj volný čas. Prarodiče z obou stran v jiných farnostech byli také velmi aktivní, nyní ve stáří již jen pasivně.

Otec zdravý, matka od dospělosti v péči psychiatrů, nervová labilita, deprese, návykové látky. Anežka je jedináček, vymodlené dítě, matka po několika potratech. V dětství často nemocná, již se objevovaly známky psychosomatických obtíží a manipulace s rodiči, vynucování pozornosti, silná fixace na matku a matky na dítě. Nástup do mateřské školy odložen až na předškolní rok. Ze stran rodičů zvýšená péče a starostlivost, preventivně ji teple oblékali, vyhýbali se větším dětským kolektivům, nepůjčovali ji příbuzným. Z lékařského hlediska dítě bylo zdravé, pouze sezonní alergie.

Nástup do 1.třídy s odkladem, zvolena škola v místě bydliště s křesťanským zaměřením. Družinu Anežka nenavštěvovala, matka ji vyzvedávala po obědě, pracovala na poloviční úvazek, aby mohla být s dcerou. Školní prospěch bez problému, Anežka byla velice pečlivá a svědomitá, nad přípravou a učením trávila více času, než bylo třeba. Ve škole mezi dětmi i učiteli oblíbená. V dospělosti několikrát uvedla, že cítí křivdy z dětství, nebyla vybrána do básnické soutěže, nehrála hlavní roli ve školním divadle, neměla nejhezčí aktovku apod. Do 9. třídy vysvědčení se samými jedničkami. V průběhu 9. třídy toužila po střední umělecké škole, kterou ji však rodiče nedovolili z důvodu nutnosti dojíždění a bydlení na internátě. Anežka se tedy podřídila a nastoupila na gymnázium. Někdy v této době u ní propukla mentální anorexie. Otec z toho byl nešťastný, ale přistupoval k problému velmi pasivně, matka byla překvapivě spokojená, že je dcera konečně hubená jako jiné dívky ve farnosti. Krátce poté přišla Anežka s piercingem a tetováním. Otec ji trestal několikátýdenním mlčením, matka v šoku, ale situaci nekomentovala.

V této době se s Anežkou protnuly i naše cesty. Od dětství má ke mně vztah blízké „tety“ z farnosti. Začala chodit na přípravu svátosti biřmování, kde jsem byla vedoucí její skupinky. Ze začátku přípravy mě oslovila s dotazem, jestli se můžeme setkávat pravidelně, že jsem někdo, ke komu má důvěru. Tato setkání, i když v průběhu času různě kolísala, trvají dodnes. Nejdříve jsem drobné psychické problémy připisovala běžnému vývoji dospívání, kdy člověk hledá svou vlastní cestu nejen k Bohu, ale odpoutává se od vlivu rodičů. Ráda se modlila, četla nabízenou literaturu, ráda diskutovala. V této době si také našla známost, rodiče chlapce

neschvalovali, takže měla potřebu o něm mluvit alespoň se mnou. Po roce došlo k rozchodu, což Anežku dost poznamenalo. Nicméně úspěšně odmaturovala a řešila, zda nastoupit na právnickou fakultu (kam byla bez problému přijata), nebo odjet na čas do kláštera hledat Boha a sama sebe. Hledání sebe sama je konec konců jejím celoživotním tématem. Nakonec podlehla tlaku okolí a nastoupila na vysokou školu.

Během studií střídavě přibírá / hubne (několik desítek kg), zmítá se pocity školu přerušit / dokončit, často mi telefonuje (i v noci) a pláče do telefonu, že si neví rady s životem, že neví, co od ní Bůh očekává, že má pocit, že dělá vše a nedostává nic. Narůstá zvýšená zaměřenost jen na vlastní potřeby (pocit výjimečnosti). Po úspěšném ukončení školy nenastupuje do práce, rodiče ji finančně nepřiměřeně podporují (disponuje vlastním bytem). Do popředí vystupují její somatické stesky. Objektivně dle lékařů je v pořádku, dochází k problémům s klouby, není schopná ani chodit, bolest hlavy a zad, bolest zubů, obchází specialisty, dožaduje se vyšetření, bez nálezů. Hledá jiné možnosti léčby, obrací se k východní medicíně, navštěvuje astrology, kartáře, alternativní léčitele, obrací se na různé kněze, exorcisty a dle jejího názoru nedochází k žádnému zlepšení. Často se na mě obrací s pláčem o pomoc, ale rady stejně nereflektuje. Platonicky se zamilovává do léčitele. Bohu dává ultimáta, její křesťanské smýšlení se dostává až do absurdní polohy. Odmítá návštěvy kostela, cítí tam špatnou energii, kterou nezvládá. Dožaduje se, abych jí přinesla svaté přijímání, ale chce jej přinést do parku nebo do kavárny, což odmítám. Před dvěma lety došlo na její přání k hospitalizaci, udává myšlenky na sebevraždu, na psychiatrickém oddělení vypovídá, že slyší hlasy, zejména hlas ďábla, který hodnotí její dosavadní život, cítí i jeho dotyky a jeho přítomnost. Po zásahu léčitele se situace ještě více zhoršuje, vysvětluje si to otevřením „čaker“ a „třetího oka“. I ve dne chodí v čepici a čelo s „třetím okem“ si neustále přikrývá rukou. Mluví o pocitech sledování, ohrožení, manipulace s myšlenkami. V noci nespí, očekává, že by k ní ve tmě mluvil ďábel. Udává bizarní prožitky, představy s magickým obsahem. Pociťuje kolem svého těla víření nebo vibrace, které interpretuje ve shodě s alternativními léčiteli jako působení lidských duší, čištění karmy nebo probouzení „hadí síly“. V nemocnici jsem ji byla několikrát navštívit, mluvila jsem s lékaři, s psychologem. Podle psychologického vyšetření má Anežka pouze emočně nestabilní poruchu osobnosti, histrionská, nevyzrálá, na sebe zaměřená osobnost. Během roku se situace příliš nemění, zabývá se jen sama sebou, je obklopena mnoha odborníky, jak lékaři, psychology, tak i léčiteli, dochází k mírnému zklidnění, avšak během léta opět vyhrožuje sebevraždou a nastupuje do nemocnice na psychoterapeutické oddělení, kde je naopak velmi spokojená, cítí se dobře mezi pacienty, má pocit, že jim ona pomáhá, spolupacienty označuje za nové nejlepší

přátele, staré přátele i rodinu úplně odmítá. Cítí se výjimečná. Nabízenou návštěvu známého kněze zavrhuje, dožaduje se jen veřejně známých autorit a doufá, že po jedné jejich návštěvě se okamžitě uzdraví. Ale ani rady kněží nerespektuje, stále se obklopuje amulety, léčiteli, pravidelně chodí ke kartářce. Do kostela odmítá i jen vstoupit, pociťuje tam negativní energie a vibrace. Její psychika se modlitbou prý horší, četba Bible nepomáhá, cítí i modlitbu druhých na dálku a odmítá ji z důvodu velkého zhoršení svého stavu. Ale kontaktu se mnou se domáhá, vyžaduje jej, vždy to musí být podle jejího názoru, je velmi obtížné udržet určité hranice. Pokud ji nevyhovím, trestá mě mlčením. Je to pro mě emočně velmi náročné. Často mám pocit beznaděje.

Momentální situace je taková, že si na psychoterapeutickém oddělení našla přítele s podobnými problémy, o své víře mluvit nechce, mše svaté nenavštěvuje, má pocit, že ji okolí nechápe. Vyhýbá se svátostem, pokud ji na to upozorním, jen se usměje a tvrdí, že to nezvládne. Ale stále vyžaduje setkávání a má potřebu se mi svěřovat.

Další dvě kazuistiky jsem zvolila záměrně úplně odlišné – u psychotických pacientů, s nimiž jsem byla v kontaktu jen v nemocnici po dobu hospitalizace, kdy průběh jejich onemocnění byl velmi těžký:

Martin, 22 let.

Žije s rodiči, s dvěma mladšími bratry, vychováván v klasické katolické rodině na jižní Moravě. Pro časný nástup onemocnění nebyl již schopný ani dostudovat střední školu. Byl celkem třikrát hospitalizovaný pro paranoidní schizofrenii. Stále popisuje trvání religiózní bludné produkce, i po poslední hospitalizaci. Mluví k němu ďábel, který mu vyhrožuje, že přijde do pekla, přikazuje mu, co má dělat. Pak má také hlasy dobrých lidí, kteří mu radí, jak se ďábla zbavit. Večer před poslední hospitalizací si četl z Bible pasáž o tom, že je lépe si useknout ruku a vydloubnout si oko než přijít do pekla. A nakonec si pod vlivem psychózy, sluchových halucinací, opravdu vydloubl pravé oko a chtěl si useknout i pravou ruku, ale kvůli nesnesitelné bolesti zkolaboval. A tak jej našli jeho rodiče. Sám připouští často i suicidální úvahy, mnohdy mu přijde jeho stav už nesnesitelný.

S Martinem jsem byla každou hospitalizací v blízkém kontaktu, snažila jsem se s ním hodně mluvit, zjistit, zda má stále úmysl si ublížit, jak se cítí. Navštěvovali jsme mše, snažila jsem se s ním i modlit, bylo vidět, že je rád, ale sám nebyl aktivní, při modlitbě nemluvil. Odpovídal v jednoduchých větách. Sám byl spíše tichý, sociálně stažený, pasivnější. Nálada depresivnější. Bylo obtížné se mu přiblížit. Odmítal mluvit o svých religiózních bludech.

Hlasy ho nabádaly, aby o tom nemluvil, vyhrožovaly mu. Snažila jsem se jemně a nenásilně brát ohled na jeho postižení, podporovat ho bez jakéhokoliv odsuzování, hodnocení.

Postupem léčby byl Martin ke svému automutilačnímu jednání kritický, při léčbě spolupracoval. Po zavedení medikace postupně udával snižování a četnost sluchových halucinací, ale v dalších týdnech opětný výskyt, i když v menší míře. Vzhledem k závažnosti autoagresivního jednání a těžkému průběhu onemocnění byl domluven překlad do léčebny. A od té doby již spolu v kontaktu nejsme.

Jan, 27 let.

Dlouhodobě léčený s diagnózou paranoidní schizofrenie, v minulosti opakovaně hospitalizovaný na psychiatrickém oddělení.

Rodinná anamnéza je bezvýznamná, vyrůstal v úplné rodině se dvěma sourozenci. Do ZŠ nastoupil s ročním odkladem, v páté třídě přestoupil na osmileté gymnázium. Ve škole průměrné hodnocení, příliš ho škola nebavila, kázeňské problémy neměl. Hrál závodně házenou, s otcem občas rybařil. V rodině atmosféra klidná.

Před první hospitalizací v 17 letech měl zážitek s Kristem – „zvláštní vnitřní naplnění, láska“. Od té doby se jeho život radikálně změnil, stal se věřícím, často chodil do kostela, četl Bibli, měl pocit, že se všechno zlepšilo. Sám připouští, že se trochu stranil kamarádů a na nic jiného, než na víru se nedokázal soustředit. Po několika měsících zažil ale hodně nepříjemný pocit, že do něj vstoupilo zlo. Bylo mu divně, snažil se s tím bojovat, úpěnlivě se modlil. Svoje oči viděl jako ďábelské, slyšel hlasy, které mu říkaly, že se má zříct Krista, nemá mu věřit. Nedokázal myslet na nic jiného. On sám měl strach, aby někomu neublížil, odmítal i sám vyjít ven, často měl sebevražedné myšlenky. Matka, která je jediná z rodiny věřící, vzala syna ke knězi a ten jim doporučil návštěvu psychiatra a domluvil ji.

Během první hospitalizace byl na oddělení tenzní, trápily ho úporné sluchové halucinace religiozního charakteru. Byl sociálně stažený, spíše depresivního ladění, zaměřený na religiozní prožitky, dlouho a intenzivně se modlil. Po nasazení léčby stav velmi kolísá, opakovaně se znovuobjevují masivní sluchové halucinace, chová se inadekvátně, schovává se pod postel, lehá si na zem, cítí velké pocity viny, neodklonitelné stavy, byl až zlý, pokud byl z modlitby vyrušen. Toto trvá několik týdnů, kdy je úzkostný, halucinace jsou stále přítomny, dlouhodobě a intenzivně se modlí. Tendence k autoagresi, komplikovaný průběh.

Hospitalizace se opakují, střední školu dokončil, ale vysokou školu nezvládá, studium pro nemoc přerušuje.

K druhé hospitalizaci dochází po stavu, kdy po nepřetržitých mnohahodinových modlitbách na kolenou došlo k takovým poškozením kůže, že musel podstoupit plastiku. Stále cítí nepříjemné prožitky, že udělal spoustu hrozných věcí, které jsou velmi odporné. Téměř nespál a neustále se modlil. Stav se dlouhé týdny nemění.

I při dalších hospitalizacích stále přetrvává pocit, že se dopustil těžkých hříchů, veliké viny, nejhoršího možného rouhání. Šel i ke zpovědi, tam cítil, že pohrdá Bohem, což je podle jeho názoru to nejhorší, co se může stát. Subdepresivní ladění stále přetrvává, neodklonitelný, emočně oploštěný, stále četné religiózní obsahy.

Během čtyř mnohatýdenních hospitalizací jsem s pacientem navázala bližší vztah, často jsme spolu mluvili o škole, jeho plánech do budoucna, o víře. Ale ve stavech, kdy mu bylo nejhůř, odmítal jakýkoli dotaz ohledně víry. Zcela byl pod vlivem bludů, hlasů. Odmítal cokoli říci, obsah nechtěl prozradit, tvrdil, že by se mohlo stát ještě něco horšího, musí se intenzivně modlit, my nejsme schopni to pochopit. Nesmí nám to říct. Opakovaně jsme ho museli bohužel násilím kurtovat k lůžku, hlavně po transplantaci kůže na kolenou. Byl schopný celé dny klečet na kolenou i přes bolest. Byl zlobný, agresivní, neklidný, často plačtivý, pocítoval velký strach, úzkosti. Vyhrožoval. V těchto chvílích nebyl schopen vnímat pomoc. I přes odpor, odmítání, jsem se ho snažila podporovat. V období remisí jsme dlouho diskutovali o víře, jeho postoje se v těchto momentech zdály relevantní. Ale jakmile se objevily hlasy, nebyl schopný korigovat své chování.

Na těchto kazuistikách jsem chtěla názorně ukázat, jak je náročné duchovní doprovázení u psychicky nemocných osob. Nemoc mění celou osobnost, je to pro pacienty velmi náročné.

7 Dotazník

1. Pohlaví:
 - Muž
 - Žena
2. Věk: _____
3. Považujete se za tradičně věřícího?
 - Ano
 - Ne
4. Dává Vám víra smysl života?
 - Ano
 - Ne
5. Dává Vám víra klid, mír, pokoj?
 - Ano
 - Ne
6. Je to pro Vás posila, podpora?
 - Ano
 - Ne
7. Je to životní směr?
 - Ano
 - Ne
8. Považujete se za člena nějaké církve?
 - Ano
 - Ne
9. Souhlasíte, že každý člověk má i duchovní potřeby?
 - Ano
 - Ne
10. Přistupujete ke svátostem?
 - Ano
 - Ne
11. Modlíte se pravidelně? Promlouváte v duchu s někým?
 - Ano
 - Ne
12. Navštěvujete kostel?
 - Ano
 - Ne
13. Čtete náboženskou nebo duchovní literaturu?
 - Ano
 - Ne

14. Využíváte možnosti promluvit si s knězem?
- Ano
 - Ne
15. Víte, co je duchovní doprovázení, setkali jste se s tímto doprovázením?
- Ano
 - Ne
16. Měl(a) byste zájem s někým mluvit o duchovních věcech?
- Ano
 - Ne
17. Máte tuto možnost?
- Ano
 - Ne
18. Chodíte do společenství, máte přátele mezi věřícími?
- Ano
 - Ne
19. Čtete pravidelně Bibli?
- Ano
 - Ne
20. Chtěl(a) byste se modlit i s jinými lidmi?
- Ano
 - Ne
21. Jste spokojený(á) se svými osobními vztahy, s podporou přátel?
- Ano
 - Ne
22. Při své nemoci míváte religiózní bludnou produkci, hlasy?
- Ano
 - Ne
23. Prikazují Vám něco hlasy, jsou obtěžující?
- Ano
 - Ne
24. Vnímáte, že tyto hlasy jsou projevem nemoci, jste schopen(a) toto rozlišit?
- Ano
 - Ne
25. Jste spokojený(á) se svým životem?
- Ano
 - Ne

Vyhodnocení dotazníku

Počet dotazovaných: 22

Číslo otázky		
1.	Muži: 13	Ženy: 9
2.	Průměrný věk: 47	

	Ano	Ne
3.	6	16
4.	21	1
5.	18	4
6.	20	2
7.	16	6
8.	12	10
9.	22	0
10.	12	10
11.	16	6
12.	18	4
13.	5	17
14.	15	7
15.	13	9
16.	22	0
17.	10	12
18.	12	10
19.	4	18
20.	10	12
21.	17	5
22.	7	15
23.	7	15
24.	4	18
25.	11	11

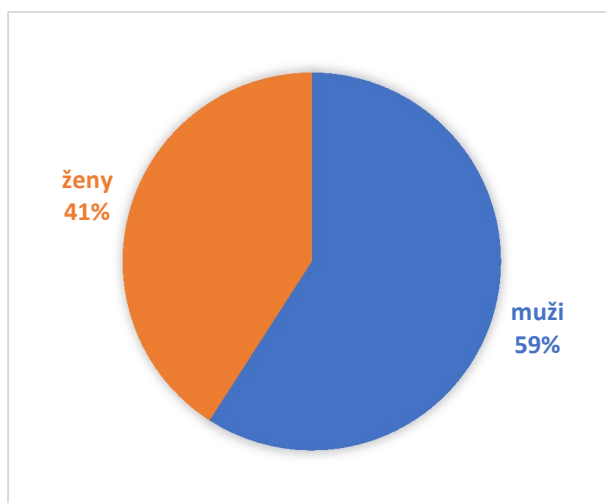
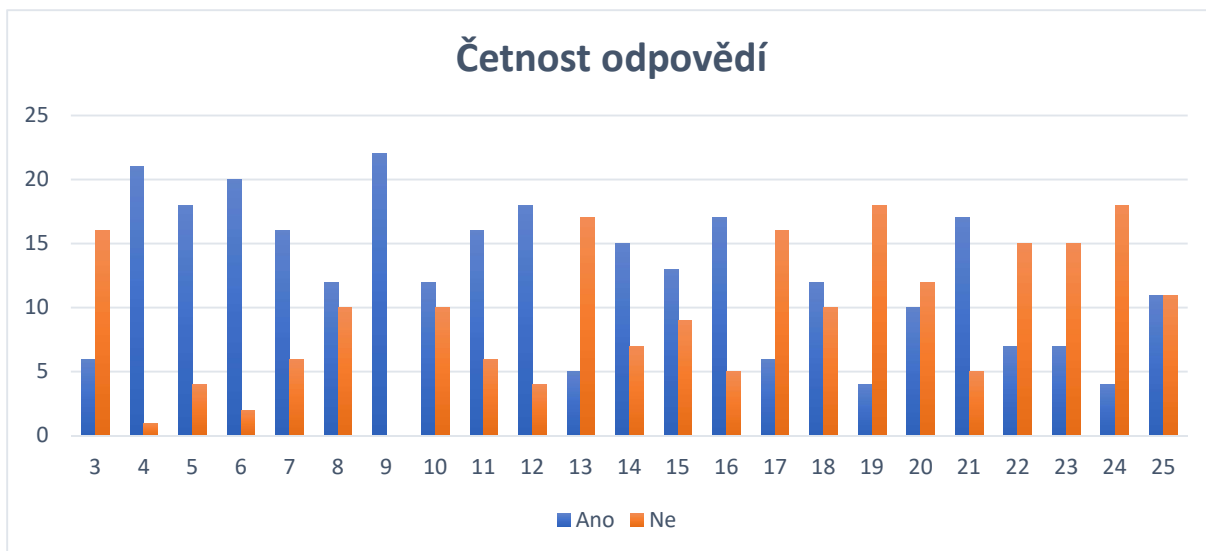
V této poslední části chci doplnit předchozí teoretické kapitoly.

Výzkum byl proveden za účelem zhodnocení, zda mají pacienti se závažnou psychiatrickou diagnózou zájem o duchovním doprovázení, či mají potřebu rozhovorů na duchovní téma a jaké jsou jejich představy o duchovním doprovázení.

Výběr respondentů byl z pacientů s diagnózou F20, Paranoidní schizofrenie, v období částečné remise, a také s určitým vztahem k náboženství, k duchovnímu životu.

Ke zpracování tohoto tématu byl proveden výzkum formou dotazníku, ve kterém byly stanoveny okruhy otázek. Scénář je uveden výše. Dotazníky byly zodpovídaný při rozhovoru, protože mnoho pacientů má potíže se soustředěním a pochopením otázek, ale ze všech odpovědí je zřetelně patrné, že pacienti mají velkou potřebu o svém duchovním životě mluvit. Často žijí v zajetí svých bludů, celoživotně mají hlasy, ani medikamentózní léčba nemoc zcela nepotlačí a okolí je nechápe, nemá již na ně trpělivost. I v rozhovoru s nimi je často velmi obtížné rozlišit jejich čistě náboženskou potřebu od bludné psychotické produkce. Mnohdy nejsou toto schopni sami rozlišit, to je nejvíce patrné v odpovědích na otázky číslo 22.-24. Ale zcela jasně vyplývá, že každý nemocný má velkou potřebu sdílet své pocity, svůj vnitřní svět, a to se jim v běžném kontaktu s jinými lidmi nedostává. Často se svěřují, že ještě nikdo s nimi na toto téma nemluvil a je patrná u nich po takovém rozhovoru určitá úleva.

Domnívám se, že také určitá nespokojenost, která se odráží v hodnocení prožívání jejich života může souviset se sociální izolací, s enormní mírou osamocení, se sníženou schopností zvládat náročnější sociální situace. Studie rovněž potvrzuje, že pozitivní a negativní schizofrenní symptomatologie má přímý vliv na zhoršenou kvalitu života u pacientů se schizofrenií.



8 Závěr

Praxe duchovního doprovázení u osob s psychiatrickou diagnózou ukazuje, že lidé s tímto typem onemocnění nemají o nic menší spirituální potřeby než lidé psychicky zdraví. Spíše naopak. Potřebují mnohem větší podporu. Často žijí osamoceně, opuštěně. Liší se pouze v jejich naplňování a prožívání, jinak probíhá v akutní fázi nemoci a jinak u chronifikovaných pacientů.

Duchovní doprovázení znamená především setkání s konkrétním člověkem a jeho bolestmi tady a teď, s ohledem na dobu a stav, ve kterém se nachází. Duchovní doprovázení je služba náročná a velmi citlivá, je třeba vždy dbát na naprostou diskrétnost. Pacienti potřebují nalézt své vlastní ukotvení v Bohu i v těchto těžkých chvílích nemoci.

Člověk v dnešní společnosti se až příliš často cítí vyloučený, trpí frustracemi, depresemi, prožívá samotu, beznaděj, často v důsledku zdravotních i psychických potíží. V průběhu duchovního doprovázení je nutno si všímat všech rovin člověka. Pro věřícího nemocného je duchovní doprovázení velmi důležité, protože se jedná o jeden z aktivních přístupů, který dokáže psychiatrickému pacientovi prokazatelně ulevit, nalézt klid, smíření, větší jistotu v životě a přivádět ke spáse. Duchovní doprovázení jako takové slouží lidskému procesu zrání a má napomoci zachovávat směr cesty k Bohu, otevřít se Bohu.

Proto je nezbytné, aby všichni pracovníci v pastorační, v nemocniční i na psychiatrii, prohlubovali své teoretické a praktické znalosti a zkušenosti v oblasti komunikace, sociální psychologie, psychopatologie, psychiatrie. Je potřeba se naučit rozlišovat, kdy doprovázený potřebuje pouze přijetí, podporu a kdy už je nezbytné motivovat svěřeného člověka k vyhledání odborné pomoci.

Vnitřní rozkolísanost současného člověka pramení z nespokojenosti jeho nejzákladnějších vnitřních tužeb a narušování řádu a pravidel lidského společenství, jehož ovocem je rozpad rodiny, dále pak absence přirozených autorit, jež by měly být vzorem a zprostředkovatelem porozumění světu, stejně jako oslabení závazných hodnotových orientací, jež v našich podmínkách představuje křesťanství a obecně humanitní vzdělanost. Důsledek opouštění duchovních evropských tradic se může promítat do meziosobnostních vztahů a každodenního zpovrchňování základních hodnot.

9 Resumé

Cílem práce bylo vymezit pojem duchovního doprovázení, nastínit psychiatrické diagnózy, zásady duchovního doprovázení jak u zdravých, tak i nemocných psychiatrických pacientů. Pozornost je věnována nejčastějším psychiatrickým diagnózám a popisuje přístup duchovního doprovázení nejen ke zdravým věřícím, ale především nabízí vhodnou aplikaci této pomoci pacientům na uzavřených psychiatrických oddělení.

Anglická anotace

The aim for this work was to specify the term of spiritual guidance, outline the diagnoses from psychiatric point of view and the rules for spiritual guidance of medically healthy or disabled patients. Main focus lies in the most common psychiatric diagnoses and is dedicated to different approaches to spiritual guidance, offering help not only to mentally healthy members of church but primarily as a suitable type of help to hospitalised patients on psychiatric clinics.

10 Bibliografie

1. AUGUTYN Józef: Vedení Bohem. Praxe duchovního vedení, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, s.r.o., 2002. ISBN 80-7192-759-7
2. BARRY William A., CONNOLLY William J.: Praxe duchovního doprovázení, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-7195-217-6
3. ČEŠKOVÁ Eva: Schizofrenie a její léčba, Praha: Maxdorf s.r.o., 2012. ISBN 978-80-7345-266-7
4. DUŠEK Karel, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ Alena: Diagnostika a terapie duševních poruch, Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. ISBN 978-80-247-1620-6
5. GRÜN Anselm: Doprovázení na duchovní cestě, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, s.r.o., 2014. ISBN 978-80-7195-705-8
6. HOSÁK Ladislav, HRDLIČKA Michal a kol.: Psychiatrie a pedopsychiatrie, Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8
7. KAŠPARŮ Max: Základy pastorální psychiatrie pro zpovědníky, Brno: Cesta, 2002. ISBN 80-7295-031-2
8. MALÁ Eva, PAVLOVSKÝ Pavel: Psychiatrie, Praha: Portál, s.r.o., 2010. ISBN 978-80-7367-723-7
9. MATOUŠEK Oldřich: Potřebujete psychoterapii? Praha: Portál, s.r.o., 1995. ISBN 80-7178-036-7
10. MOORE Robert L.: C. G. Jung a křesťanská spiritualita, Praha: Portál, s.r.o., 1998. ISBN 80-7178-195-9
11. OPATRNÝ Aleš a kol.: Pastorační péče o psychicky nemocné, Praha: Karmelitánské nakladatelství s.r.o., 2016. ISBN 978-80-7195-995-3
12. PERA Heinrich, WEINETR Bernd, Nemocným nablízku. Jak pomáhat v těžkých chvílích., Praha: nakladatelství Vyšehrad spol. s r.o., 1996. ISBN 80-7021-152-0
13. PETR Tomáš, MARKOVÁ Eva: Ošetřovatelství v psychiatrii, Praha: Grada Publishing, a. s., 2014. ISBN 978-80-247-4236-6

14. PRAŠKO Ján a kol.: *Obecná psychiatrie*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. ISBN 978-80-244-2570-2
15. PROKŮPEK Josef: *Psychiatrie*, Praha: Avicenum, 1974. ISBN 08-018-7
16. PTÁČEK Radek, BARTŮNĚK Petr a kol., *Etika a komunikace v medicíně*, Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. ISBN 978-80-247-3976-2
17. PTÁČEK Radek, BARTŮNĚK Petr a kol., *Lékař a pacient v moderní medicíně*, Praha: Grada Publishing, a. s., 2015. ISBN 978-80-247-9908-7
18. RABOCH Jiří, ZVOLSKÝ Petr et al.: *Psychiatrie*, Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8
19. SCHLEGEL Helmut: *Duchovní koučink, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, s.r.o., 2014. ISBN 978-80-7195-714-0*
20. SVATOŠOVÁ Marie: *Přednášky: Doprovázení a umírání*, Brno, Lipka, Kamenná 20.
21. SVATOŠOVÁ Marie: *Víme si rady s duchovními potřebami*, Praha: Grada Publishing, a. s., 2012. ISBN 978-80-247-4107-9
22. VYMĚTAL Jan: *Úvod do psychoterapie*, Praha: Jiří Kocourek, 1992.
23. *Reforma péče o duševní zdraví. Reforma péče o duševní zdraví* [online]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/>
24. *Psychiatrické sestry a reforma psychiatrické péče - LideMeziLidmi.cz | Zdravotně sociální portál. Lidé mezi lidmi - LideMeziLidmi.cz | Zdravotně sociální portál* [online]. Copyright © [cit. 03.04.2019]. Dostupné z: <http://www.lidemezilidmi.cz/novinky/psychiatricke-sestry-a-reforma-psychiatricke-pece>
25. *Spiritual accompaniment | Pathways to God. Pathways to God* | [online]. Copyright © Jesuits in Britain [cit. 24.02.2019]. Dostupné z: <https://www.pathwaystogod.org/centres/ignatian-spirituality-centre-glasgow/spiritual-accompaniment>
26. *Spiritual Accompaniment. Healthcare services, reablement or respite stays and events. Relax, restore and recuperate. Care for body, mind and spirit* [online]. Copyright © 2019 The Dorothy Kerin Trust Registered Charity No.1095940 [cit. 24.02.2019]. Dostupné z: <https://www.burrowswood.org.uk/spiritual-wellbeing/spiritual-accompaniment>

27. Psychiatry Research - Journal - Elsevier. *Object moved* [online]. Copyright © 2019 Elsevier B.V. [cit. 04.04.2019]. Dostupné z: https://www.journals.elsevier.com/psychiatry-research?fbclid=IwAR2_zurTW1W6fwsVurvWs7TpoBa5BwF1lNJw0cg_pycZdRhuM0bQxqA66Ts
28. Against the Stream: religion and mental health – the case for the inclusion of religion and spirituality into psychiatric care. *National Center for Biotechnology Information* [online]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6048728/?fbclid=IwAR2ML31mxyGsqynCzemkrSNveNf76pJTez2D5Uh38yrtTyt6XXv-_FenKGU