

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Charitní a sociální činnost

Hana Toufarová

**Klient s duševním onemocněním v sociální práci
a pastorační péči**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: ThLic. Michal Umlauf

2011

*Prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci vypracovala
samostatně s využitím uvedených pramenů a literatury.*

.....
podpis autora práce

Zde bych chtěla poděkovat vedoucímu mé práce ThLic. Michalu Umlafovi za trpělivost, odborné vedení a podnětné návrhy při tvorbě bakalářské práce, a všem těm, kteří mi s mou bakalářskou prací pomáhali a podporovali mě při její tvorbě.

OBSAH

Úvod.....	6
1. Sociální práce a její metody	8
2. Pastorace (pastorační péče)	13
2.1 Definice.....	13
2.2 Cíl pastorační péče.....	13
2.3 Vztah pastorace k jiným pomáhajícím disciplínám.....	14
2.4 Objekty pastorační péče.....	14
2.5 Duchovní rozměr péče o nemocného.....	14
2.6 Pohled na nemoc z hlediska víry.....	15
2.7 Pastorační péče v sociální práci.....	16
3. Duševní onemocnění	18
3.1 Psychóza.....	18
3.2 Druhy psychóz.....	19
3.2.1 Deprese.....	19
3.2.2 Schizofrenie.....	19
3.3.3 Bipolární porucha.....	21
4. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním	23
4.1 Role sociálního pracovníka při práci s lidmi s duševním onemocněním... 23	
4.2 Sociální pracovník v oblasti komunitní péče o duševní zdraví a jeho potřeby vzdělávání	24
4.3 Práce s rodinou duševně nemocných.....	25
4.4 Specifické potřeby duševně nemocných.....	25
4.5 Komunikace s klientem.....	29
4.6 Klient v sociální práci a v systému sociálních služeb.....	29
4.6.1 Obecná charakteristika.....	29
4.6.2 Multidisciplinární tým.....	31
4.6.3 Multidisciplinární práce.....	33
4.7 Svépomocná hnutí.....	33
5. Pastorace pacientů s duševním onemocněním	34
5.1 Obecné zásady.....	34
5.2 Exorcismus.....	34

5.3 Zásady pastoračního přístupu u jednotlivých typů poruch a nemocí.....	34
5.3.1 Manická epizoda.....	34
5.3.2 Bipolární porucha.....	35
5.3.3 Deprese.....	35
5.3.4 Schizofrenie.....	36
5.4 Stigma, strach, předsudky, odmítání.....	36
Závěr.....	38
Seznam použité literatury a zdrojů.....	39
Seznam příloh.....	41

Úvod

Lidé s duševním onemocněním žijí mezi námi. Mnozí z nich jsou nenápadní a tiší, takže o jejich nemoci často ani nevíme. Přesto bychom na setkání s nimi měli být připraveni, neboť zařadit se mezi ně a takto onemocnět může kdykoliv kdokoliv z nás.

Já osobně jsem se poprvé s takto nemocným člověkem setkala na střední škole. Jedna spolužačka, která byla spíše uzavřené povahy, nechodila delší dobu do školy, čemuž nikdo z ostatních studentů nepřikládal hlubší význam, poněvadž si všichni mysleli, že má běžnou banální nemoc. Až později nám třídní učitel sdělil, že tato dívka má vážné psychické problémy, trpí nechutenstvím, bere léky „na hlavu“ a nechce chodit do školy, protože se obává posměchu ostatních. Někteří spolužáci odsoudili její delší absenci tím, že je líná se učit. Dotyčná spolužačka byla nějaký čas hospitalizovaná na psychiatrické klinice a nakonec přestoupila na jinou školu v sousedním městě, hlavně proto, že tam o jejích problémech nikdo nevěděl.

K mému dalšímu setkání s psychickou nemocí došlo asi za dva roky po této události a to už mne zasáhlo mnohem hlouběji, neboť se jednalo o blízkého příbuzného. Do té doby to byl úspěšný inteligentní bezproblémový člověk, student vysoké školy, který pocházel z dobře situované rodiny. Pro jeho okolí a hlavně jeho rodiče to byl veliký šok, který si naprosto nedokázali vysvětlit. Zřejmě kvůli nedostatku informací to považovali za osobní selhání vlastní výchovy a před veřejností se velice styděli za to, co je potkalo.

Teprve po této události mne začalo vše okolo psychických nemocí více zajímat, protože do té doby jsem měla ve svém povědomí tyto nemoci spojeny výhradně s lidmi ze sociálně slabého prostředí, s bezdomovci apod. a neuvědomovala jsem si, že takto může onemocnět i „běžný“ člověk z „dobré“ rodiny.

O několik let později, už coby studentka této školy, jsem záměrně šla v rámci povinné školní praxe do „Klubu v 9“ ve Žďáře nad Sázavou, který pracuje pod místní oblastní charitou. Toto zařízení je určeno pro lidi s duševním onemocněním v produktivním věku, kteří jsou v invalidním důchodu a snaží se opět zapojit do běžného života. Setkala jsem se zde s lidmi různého věku, různých nemocí a různých povolání, z nichž někteří onemocněli už na škole, takže šli do invalidního důchodu, aniž by předtím někde pracovali. Všechny ovšem spojovala jedna velká touha: nebýt se svým trápením sám a být ostatními přijímán bez výhrad i se svým handicapem. U některých klientů bylo patrné nízké sebevědomí, protože se setkali s negativním postojem okolí kvůli své nemoci. Byli zde ovšem i pacienti, kteří svůj úděl nesli

statečně, bez komplexů, s vědomím, že i přes všechny problémy jsou hodni vést hodnotný život, v rámci svých možností. Pomáhala jim v tom především jejich víra.

Bohužel stále takto nemocné vidíme jako lidi nehodné našeho zájmu a odsouváme je na okraj společnosti. Tuto osvětu je však třeba „kázat“ i uvnitř církve, neboť překvapivě i mezi křesťany je mnoho lidí, kteří o takto handicapovaných málo vědí a neumějí k nim zaujmout vhodný postoj.

Cílem mé práce je popsat nejčastější duševní nemoci a práci s duševně nemocnými lidmi z pohledu sociálního pracovníka a pastýře (pastoračního pracovníka).

V úvodních kapitolách je definována sociální práce a pastorační péče jako taková. Práce následně informuje o nemocech samotných, a to z medicínského hlediska. V dalších kapitolách jsou rozebrány sociální potřeby klientů, sociální práce s nimi a konkrétní přístupy pastoračního pracovníka u jednotlivých nemocí. Tento postup jsem zvolila z toho důvodu, protože mne zajímá tato problematika i z křesťanského hlediska. Zmiňuji se zde také o předsudcích veřejnosti vůči duševně nemocným.

Při zpracování této práce jsem použila metodu kompilace z nastudované literatury v kombinaci s využitím vlastních zkušeností z práce s klienty.

Práce je zaměřena teoreticky. Obsahuje i kasuistiky, kde je možno nahlédnout „praktičtěji“ do reálného života nemocných.

1. Sociální práce a její metody

„Sociální práce je společenskovední disciplína a zároveň i oblast praktické činnosti. Jejím cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (například chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti aj.)“¹

“Posláním sociální práce se většinou chápe poskytování sociálních služeb jednotlivcům, rodinám, skupinám nebo komunitám. Účelem těchto služeb je pomoci klientům vyrovnat se s nezměnitelnými problémy, omezit nebo odstranit problémy, které lze změnit nebo vyřešit, popřípadě přispět ke zlepšení situace tam, kde je možná úprava sociálních poměrů.“²

„Sociální práce vede dialog mezi tím, co chce společnost ve svých normách, a tím, co chce klient. Cílem sociální práce je pak rozvíjet tento dialog ke vzájemné spolupráci.“³
„Cílem sociální práce je podpora fungování klienta v jeho sociální situaci. Sociální práce se rovněž profesionálně zabývá lidskými vztahy v souvislosti s výkonem sociálních rolí.“⁴

K největšímu rozvoji sociální práce došlo ve 20. století. V té době se rozvíjela teorie a zpracování metod sociální práce. Metody sociální práce pomáhají sociálním pracovníkům při řešení nejrůznějších praktických úkolů. Jsou tři základní: individuální, skupinová a práce s komunitou.

a) Metoda individuální

Počátky této metody datujeme do první poloviny 19. století. Za průkopnici individuální sociální práce v USA považujeme Mary Richmondovou., která kladla důraz na sociální vztahy jedince. Používala termíny jako terapie, anamnéza či sociální diagnóza, což dalo vznik tzv. medicínskému modelu sociální práce.⁵

Dalším typem sociální práce byl diagnostický přístup, zkoumající minulost pacienta, jehož představitelkou byla Gordon Hamiltonová. Tento princip se uplatňuje v sociální práci dodnes. Hamiltonová rovněž poprvé použila termín „psychosociální“. Hovořila o tom, že jedinec se vzájemně ovlivňuje se svým okolím, v němž žije.⁶

¹Matoušek, O., Slovník sociální práce, Portál, Praha 2008, s.200.

²Řezníček, I., Metody sociální práce, Slon, Praha 1994, s.20.

³Úlehla, I., Umění pomáhat, Slon, Praha 1999, s.25.

⁴Cit. podle Mahrová G, Venglářová M., Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, Grada, Praha 2008, s.9.

⁵Srov. Mahrová G., Venglářová G., Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, Grada, Praha 2008, s.19.

⁶Srov. tamtéž, s.19

Přístup orientovaný na řešení problému pojmenovala Helen Perlmanová, jejímž cílem bylo zapojit klienta do řešení problému a zaktivizovat jeho vnitřní síly i možnosti jeho okolí k vyřešení problému.⁷

V 70. letech 20.století byla individuální sociální práce ovlivněna systémovou teorií. Důraz se kladl na důležitost interakcí klienta a jeho prostředí.

V Německu se vyvíjela individuální sociální práce v období po 2. světové válce a čerpala z amerických vzorů. Představitelkami této školy v Německu byly Kamphiusová a Bangová, které kladly větší důraz na pedagogické ovlivňování. Dále v Německu vznikaly nové koncepty individuální sociální práce, kupříkladu koncepty navazující na psychosociální přístup, zohledňující vzájemnou závislost ekonomických, psychologických a sociálních podmínek.⁸

U různých terapeutických škol se inspirojí technikami a postupy terapeutické koncepty. Rozporuplné cíle jednajících osob a vícerozměrnost problémů popisují multifunkční koncepty. Nabízí se psychologicko-pedagogické poradenství a praktická pomoc v životních situacích. Koncepty zaměřené na specifické cílové skupiny jsou přizpůsobeny aktuálním konkrétním potřebám definovaných skupin (například duševně nemocní, drogové skupiny, týrané ženy či děti apod.).⁹

Case-management zahrnuje plánování pomoci jednotlivcům či rodinám v komplexních problémových situacích, které je časově omezeno. Tyto situace často vyžadují nasazení více druhů služeb a nabídek pomoci státních i nestátních subjektů. Case- management je odkloněn od terapeuticky zaměřeného poradenství.¹⁰

V současnosti lze definovat individuální sociální práci coby metodu sociální práce s rodinami či jednotlivcem, mající potřebu podpory jakoukoli formou osobní pomoci. O individuální sociální práci jde proto, že je to pomoc individualizovaná. Individualizace vystihuje jedinečnost problému klienta. Toto vyjádření ukazuje klienta nikoli jako objekt, ale jako subjekt sociální práce.¹¹

⁷Srov. Mahrová G., Venglářová M., Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, Grada, Praha 2008, s. 20.

⁸Srov. Mahrová G., Venglářová M., Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, Grada, Praha 2008, s.20.

⁹Srov. tamtéž, s.20.

¹⁰Srov. tamtéž,s.21.

¹¹Srov .tamtéž, s.21.

b) Metoda skupinová

Tato metoda se zatím v našich zeměpisných šířkách příliš nerozšířila. Pomáhá lidem, kteří mají stejný problém a snaží se jej společně řešit. Ve skupině si uvědomí, že nejsou osamoceni, že podobné potíže mají i ostatní lidé, což jim pomáhá se začlenit do skupiny.

Při společné skupinové práci se lidé navzájem ovlivňují přímým vzájemným působením. Je třeba vždy brát v potaz klientovo sociální prostředí, pracovat nejen s ním, ale i s jeho nejbližším okolím, a také i s jinými skupinami, ve kterých se dotyčný pohybuje.

Skupina představuje různé seskupení lidí, od malých skupin (rodina), přes malé organizace až k větším celkům. Ve skupině je klientům umožněno vzájemně se informovat o problémech, učit se novým schopnostem, upevňovat mezilidské vztahy a získávat pocit sounáležitosti a jistoty, že někam patří.

Modely sociální práce se skupinou mohou být rozlišovány podle teoretické orientace, podle problémových oblastí, podle druhů klientů nebo podle délky působení.

Rozlišujeme tyto druhy skupin (podle Browna):

- skupiny osob stejného druhu – tzn. stejného postižení či stejných potíží (drogově závislí)
- skupiny úkolově či účelově zaměřené, které řeší nějaký problém
- skupiny psychoterapeutické
- skupiny svépomocné- vzájemná pomoc (např. anonymní alkoholici)
- skupiny pro výcvik lidských vztahů – skupiny setkání –encounter
- skupiny zaměřené na dosažení sociálních cílů – získávání praktických zkušeností a dovedností (práce s mládeží)¹²

Sociální pracovník při práci se skupinou musí vycházet ze situace skupiny, rovněž musí počítat s určitými konflikty v rámci skupiny. Jeho úkolem je pracovat tak, aby podporoval vývoj skupiny. Pomocí různých technik podporuje a usnadňuje navazování vztahů mezi členy své skupiny, investuje do nich i svou osobnost, nabízí „lidský vztah v rámci profese“. Pracovník musí ovládat znalost skupinové dynamiky. Podle individuálních dispozic může zastávat různé role, které také může dle různých fází vývoje měnit. Shrnuje a komentuje události, které se dějí ve skupinovém procesu.¹³

¹²Srov. Matoušek, O., *Metody a řízení sociální práce*, Portál, Praha 2003, s.157.

¹³Srov. tamtéž, s.156.

Členství ve skupině má svá pravidla. Těmi základními jsou například mlčenlivost a důvěrnost, otevřenost a upřímnost, právo říci „stop“, odpovědnost k sobě i k druhým a dodržování organizačních pravidel.¹⁴

Cíle si utváří sama skupina podle toho, jak je zaměřena a z jakých členů se skládá. Může jít o vzájemnou podporu, osobní růst, odstranění nežádoucích symptomů nebo poskytování informací. Pro lidi ve skupině je důležitý pocit skupinové identity a sounáležitosti. Člen skupiny může být pomáhajícím a zároveň i tím, komu je pomáháno.¹⁵

c) Práce s komunitou

K rozvoji této metody u nás dochází až v několika posledních letech, avšak ve světě má komunitní práce až stoletou tradici. Komunita (z latinského *communitas*) znamená společenství lidí se společnými zájmy a stejným cílem. Komunita má své hranice – mohou být geografické, politické, ekonomické nebo sociální. Komunita je postavena na pilířích – společné zájmy, společné problémy, kulturní dědictví či společné sdílené hodnoty. V neposlední řadě také má komunita svoji strukturu – formální a neformální organizace a sociální uskupení.¹⁶

Vyváženě žijící komunita je charakteristická tím, že se vyznačuje vzájemnou důvěrou a týmovou prací, má rozvinutou efektivní vnitřní komunikaci, vytváří si vlastní záměry a identitu. Dále by měla být různorodou jednotou, být otevřená do budoucna, vychovávat a měla by být schopna předávat formy a hodnoty dalším generacím. Dobrá komunita také usnadňuje lidem účast na veřejných věcech a vytváří si vnější a vnitřní vazby. V praxi se setkáme s pojmy občanská komunita, výcviková komunita, spirituální komunita a terapeutická komunita.¹⁷

Komunitní práce je metoda směřující k vyvolání a podporování změny v rámci místního společenství. Pod tímto pojmem rozumíme přístup k lidem, proces, jak je aktivizovat, aby se sami starali o řešení problému, nebo také projekt, jak vyřešit určitý problém.

Mezi znaky komunitní práce patří například to, že se používá pro řešení problémů a pro navozování změny v místním společenství, vede k přerozdělování a sdílení zdrojů, kompetence a odpovědnosti, rozšiřuje možnosti lidí ovlivnit to, co se s nimi děje

¹⁴Srov. tamtéž, s. 161-162.

¹⁵Srov. Matoušek, O., *Metody a řízení sociální práce*, Portál, Praha 2003, s. 159.

¹⁶Srov. Matoušek, O., *Metody a řízení sociální práce*, Portál, Praha 2003, s. 253.

¹⁷Srov. tamtéž, s. 254.

a v neposlední řadě zapojuje do řešení problémů a do rozhodování a života komunity její občany, stejně jako místní instituce a organizace.¹⁸

Komunitní pracovník je člověk, který je jakýmsi „startujícím efektem“. Jeho úkolem je být přirozenou autoritou, znát lidi, prostředí a možnosti komunity. Je nutné, aby se orientoval v daném prostředí, navázal vztahy důvěry a byl schopen rozpoznat konkrétní potíže komunity. Zároveň by měl kontaktovat lidi, spojit různé skupiny a místní instituce, kteří jsou ochotni se na řešení problémů podílet.

Role komunitního pracovníka je náročná, po „nastartování“ a odvedení té nejtěžší a nejdůležitější práce a když už je komunita schopna pracovat sama a začínají se objevovat první výsledky a splněné úkoly, odchází. Tento pracovník vlastně usiluje o to, aby jeho role byla zbytečná a on mohl s klidným svědomím odejít.¹⁹

V komunitní práci používáme mnoho dalších nejrůznějších termínů. Rozlišujeme komunitní akce (lokální akce zaměřené na konflikt), komunitní rozvoj (pomoc skupinám s osvojením dovedností, čímž se zvyšuje uvědomění a zlepšuje kvalita života), komunitní organizaci (cílem je zkvalitňování vztahů mezi různými organizacemi), komunitní péči (snaha o kultivaci dobrovolnických služeb a sociálních sítí, komunitní vzdělávání (vytváření vyváženého vztahu mezivzděláváním a komunitou) atp.²⁰

¹⁸Srov. tamtéž, s.254.

¹⁹Srov. Matoušek, O., Metody a řízení sociální práce, Portál, Praha 2003, s.266.

²⁰Srov. Mahrová G., Venglářová M., Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, Grada, Praha 2008, s.26.

2. Pastorace (pastorační péče)

2.1 Definice

Pastorační péči neboli pastoraci definují různí autoři či teologové různě. Podle Josefa Smolíka je „*pastorační péče službou k víře a k životu z víry.*“ Německý autor R. Blum hodnotí pastoraci jako „*osobní opatrování věřícího člověka duchovním.*“ Evropský klasik protestantské pastorační péče Eduard Thurneysen pastoraci chápe jako „*vyřízení poselství – zvěstování Božího slova jednotlivci.*“ O.Handler říká, že „*pastorační péče je nejen zvěstování Božího slova, ale i zcela konkrétní realizace toho, co se ve zvěstování člověku sděluje.*“ Walter Neidhard oproti tomu uvádí, že „*pastorační péče je poradenstvím v církevním kontextu.*“ Konečně dle H. Daewela „*pastorační péče je určitou formou pomoci lidem, kterým jde o neustálý růst ve víře a o zrání víry. Jejím cílem je posvěcení.*“²¹

Obecně je možno říci, že pastorační péče klade důraz na zvládání těžkostí, životních krizí a obtíží a také posílení víry. Tato péče je zacílena na lidi s různými úzkostmi, bolestmi, nemocemi stáří, blížící se smrti a utrpení, osamění apod. Od takto pojmenované pastorační péče očekáváme povzbuzení, potěšení či nalezení správného postoje, upevnění a ukotvení ve víře.²²

„*Pastorační péčí o nemocné a trpící rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho nemoci a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho situace a to na jeho dostupné úrovni víry.*“²³

2.2 Cíl pastorační péče

R.Blum: „*Pomáhat lidem, kteří se snaží vidět svou životní situaci z hlediska křesťanské víry a podle toho pak i realizovat (uskutečňovat) svůj vlastní život. Toto vidění je přitom chápáno jako dar a ne jako výsledek odborného uvažování.*“

G.R.Collins: „*Cílem pastorace je pomáhat druhým lidem - spolubratřím a spolusestrám - k tomu, aby byli opravdovějšími a zralejšími křesťany.*“

D.Stollberg: „*Cílem pastorace je posílit odvahu k věření.*“²⁴

²¹Všechny definice pastorační péče cit. dle Křivohlavý, J.,*Pastorální péče*, Oliva, Praha 2000, s.12-14.

²²Srov. Křivohlavý J.,*Pastorační péče*, Oliva, Praha 2000, s. 14.

²³Opatrný,A.,*Malá příručka pastorační péče o nemocné*, Pastorační středisko sv.Vojtěcha při Arcibiskupství pražském, Praha 2001, s. 4.

²⁴Křivohlavý, J.,*Pastorální péče*, Oliva, Praha 2000, s. 15-16.

2.3 Vztah pastorační péče k jiným pomáhajícím disciplínám

Pokud si chceme vyjasnit vztah pastorační péče ke spolupracujícím disciplínám jako jsou medicína, psychologie, psychiatrie a sociální práce, nutno říci, že nejde o „čisté“ vymezení pastorační péče. „Můžeme říci, že pastorační působení zmíněné odborné přístupy a zásahy předpokládá, pokud možno s nimi spolupracuje, ale nemá a nemůže je suplovat, určitě ne dlouhodobě.“²⁵ Východiskem tohoto působení je samotné evangelium, dále prostředí církve, do které ten, komu je pomáháno, patří, nebo je do něj nenásilně pozván. Hlavní podstatou je ovšem víra, vzhledem k níž samotné se dané problémy řeší a která má růst u toho, komu se pomáhá, tak i u toho, kdo pomáhá.²⁶

2.4 Objekty pastorační péče

Předpokládá se, že pastorační péče nemusí být nutně určena pouze pro křesťany, nebo ty, kteří se ke křesťanským církvím hlásí. Již v evangeliu je jasně ukázáno, že Ježíš pomáhal každému, kdo o jeho pomoc požádal, tedy i nevěřícím. Ostatně i praxe ukazuje, že pastýřská pomoc bývá hojně vyhledávána i lidmi, kteří do církve nepatří.²⁷

2.5 Duchovní rozměr péče o nemocného

Duchovní rozměr péče o nemocného vidíme například v tom, že okolí bere v úvahu duchovní oblast nemocného člověka, a také v tom, že se stará o naplnění jeho duchovních potřeb. Pastorační péče v nemoci přichází v době, kdy člověka trápí strach, ohrožení, nejistota. Každý člověk v době nemoci projde určitou vnitřní i vnější proměnou, která nadále ovlivní jeho život. Člověk se tak také setkává s hranicemi svých vlastních možností, bilancuje svůj dosavadní život. V této situaci se mnozí často zabývají existenčními otázkami, otázkami o vlastní identitě, smyslu bytí, o Bohu.

Pastorační péče v nemoci vnímá člověka jako jedinečnou osobnost, žijící v určitých sociálních vztazích, v určitém prostředí, s vlastním hodnotovým žebříčkem, s neopakovatelným osobním příběhem, touhami, a také vztahem k Bohu, ať vědomým či nevyřčeným. Pastorační péče přijímá člověka jak v jeho důstojnosti, tak i v bídě, často v životní situaci, bývá mezníkem v jeho životě.

²⁵Opatrný, A., Pastorační péče v méně obvyklých situacích, Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství pražském, Praha 2001, s.5

²⁶Srov. Opatrný, A., Pastorační péče v méně obvyklých situacích, s.5

²⁷Srov. tamtéž, s. 5.

Pastorační péče je také osobním opatrováním věřícího duchovním. Má podobu osobního zájmu o konkrétního člověka, kdy hlavním zdrojem pomoci je evangelium. Důraz bývá kladen na posílení naděje, víry a nalezení bezpečí v Bohu v těžkých chvílích. Pastorační pracovník je ten, kdo radí, pomáhá, zvěstuje boží poselství.²⁸

2.6 Pohled na nemoc z hlediska víry

Postoj k nemoci se u jednotlivých lidí, ať jsou věřící či nevěřící, liší. Pro někoho je utrpení, bolest či smrt argumentem k odmítání Boha. Jiní lidé si myslí, že utrpení se Bohu líbí. Uzdravení naopak považují za podezřelou věc a zdráhají se o něj Boha prosit. A jsou takoví, kteří delší nemoc považují za vadu ve víře a jsou toho názoru, že pokud je naše víra dostatečná, Bůh každou nemoc uzdravuje.

V evangeliu se dozvídáme, že Ježíš se k nemoci stavěl coby její odpůrce a nikomu neradil, aby v nemoci dobrovolně setrval. Přesto v celých dějinách vidíme bolest, utrpení, nemoc i smrt u křesťanů i nekřesťanů, navzdory všem zázračným uzdravením. Království Boží je už zde přítomno, ale není tady nová země a nové nebe a ještě není vzkříšení. Proto máme utrpení, smrt a bolest coby zkoušku i šanci.

Nový Katechismus katolické církve o tom hovoří takto: *„Nemoc může vést k úzkosti, k uzavření do sebe, někdy dokonce k zoufalství a vzpouře proti Bohu. Může však také napomáhat člověku k větší zralosti, pomoci mu rozlišit v jeho životě, co není podstatné, aby se zaměřil na to, co je důležité. Velmi často nemoc vyvolává hledání Boha a návrat k němu.“* (KKC 1501)²⁹

Nemoc často člověka více či méně vyřadí z běžného života, z některých vztahů, z práce. Vyvstávají otázky, co bude v budoucnosti vlastní, i lidí nejbližších, na člověku závislých. To vše je pro člověka nejen fyzickou, ale i psychickou zátěží.

Zároveň je to i zkouškou víry, přímo úměrné vážnosti nemoci a bezmoci v dané době. I hluboce věřící člověk, ve víře zralý, může být v době nemoci postaven před velmi těžkou překážku pro svou víru – vzpomeňme na spravedlivého Joba. Tato zkouška si žádá značnou trpělivost doprovázejícího i modlitby mnohých. Může být ovšem cestou k velké zralosti víry. V utrpení je však možné i víru ztratit. Tak může nevyslyšená prosba znamenat konečné zatvrzení se člověka vůči Bohu. I přesto jsou nemoc a bolest výzvou k obrácení. Ježíšovi šlo

²⁸<http://www.getsemany.cz/node/1129>

²⁹Srov. Opatrný, A., Malá příručka pastorační péče o nemocné, Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství pražském, Praha 2001, s. 4.

o uzdravení člověka celého, tedy nejen tělesné stránky, ale i dimenze duševní, jinak řečeno, šlo mu o spásu.³⁰

2.7 Pastorační péče v sociální práci

To, co dnes nazýváme sociální prací, bylo po dlouhou dobu v Evropě doménou církve. Projevy nezištné lásky k bližnímu (v nejstarší církvi svěřené jáhnům) byly postupně institucionalizovány, časem vznikala špitální bratrstva a samostatné řehole. Postupem času se stále více stupňovaly nároky na odbornost pracovníků v těchto činnostech. Na jedné straně tak stojí morální hodnoty a projevy lásky a osobního nasazení, tak velmi potřebné k této práci, a na straně druhé je nutná kvalifikace a specializace k té které práci. Vznikaly proto zařízení přímo zaměřená na určitý druh pomoci potřebným skupinám obyvatel (postižení, nemocní, staří lidé, opuštěné děti...).

Tato péče, která byla původně v rukou církve se postupně stala nepostradatelnou, a postupně přecházela na „bedra“ státu. Církev však stále „hrála“ v péči o potřebné důležitou úlohu – tak tomu alespoň bylo v západních zemích.

U nás tomu bylo jinak, podobně jako v ostatních státech s komunistickým režimem. Po nástupu komunismu u nás byly postupně rušeny všechny sociální instituce, které do té doby spravovala Charita. Financování, organizování a vykonávání veškeré sociální péče vzal do rukou stát. Ideály nezištné pomoci, lásky, nesené v náboženské dimenzi byly striktně zavrženy. Duchovní rozměr v medicínské a sociální péči byl opomíjen. Naštěstí dnes se prosazuje celistvější pohled na člověka a péče o duchovní stránku o nemocného a trpícího člověka se stává i u nás požadavkem.³¹

Otázky, které se naskýtají k úvaze: je pastorační péče „přídavkem křesťanství“ v jinak čistě odborné sociální práci? Nebo je sociální práce pouhým doplněním klasické pastorace?

Nejdříve pohled na pastorační péči v jejím širším smyslu - tedy ne pouze v záběru na život farnosti, konání bohoslužeb, klasické fungování života církve. Pastorační péče je zde myšlena jako pomoc konkrétnímu člověku (popř. rodině nebo skupině), který se dostal do obtížné životní situace a její řešení není schopen sám zvládnout. Takto chápaná pastorační péče se, při zachování veškeré kvalitně odvedené odborné sociální práce, především opírá o víru dotyčného člověka na jemu dostupné úrovni. Vycházíme z předpokladu, že každý člověk má svoji vlastní historii víry, jinak řečeno, každý má svoji jedinečnou linii vztahu

³⁰Srov. Opatrný, A., Malá příručka pastorační péče o nemocné, Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství pražském, Praha 2001 s. 6.

³¹Srov. Opatrný, A., Pastorační péče v sociální práci, Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství pražském, Praha 2001, s.9-10.

s Bohem (ať už ji pojímá kladně nebo naopak). Protože respektujeme člověka v jeho jedinečnosti, respektujeme tak i jeho vlastní cestu víry. S každým takovým člověkem jednáme s úctou, ať už se nachází v kterémkoli aktuálním stavu. Jde tak vlastně o setkání, kdy prostřednictvím pastýře Bůh člověku nabízí přijetí spásy, bez vnucování či manipulace. Tak dochází k naplnění představy o pastorační péči v sociální práci, sloužící lidem věřícím i těm, kteří víru odmítají.³²

Pokud pastorační péči chápeme jako pomoc člověku v celé škále jeho problémů a těžkých životních situacích, které mohou v životě nastat, kde vedle problémů v rodině a mezilidských vztazích bývá nejčastějším takovým problémem nemoc - ať už fyzická či psychická, pak hlavním úkolem duchovního je vidět člověka Božím pohledem bez předpojatostí, sklonit se ke člověku jako se ke každému z nás sklání Bůh a učit každého trpícího vidět ve svém utrpení nový smysl: spojení s Kristem.

³²Srov. Opatrný, A., Pastorační péče v méně obvyklých situacích, Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství pražském, Praha 2001, s. 9-10.

3. Duševní onemocnění

3.1 Psychóza

Psychózy jsou vedle neuróz, kterými se v této práci nebudu blíže zabývat (protože během neuróz nedochází výrazně např. k poruše vnímání a myšlení), závažným častým duševním onemocněním.

„Psychóza je závažné duševní onemocnění, které mění prožívání člověka ve vztahu k okolí a k sobě samotnému. Během psychotického onemocnění dochází v různé míře ke změně všech základních kvalit duševního života člověka. Změny v myšlení, vnímání a citech mohou dosáhnout takové intenzity, že nemocný nedokáže odlišit, co je skutečné a co není.“³³

V mnoha případech přitom nemocný vůbec nemá pocit nemoci - považuje se za zcela zdravého a odmítá léčení. Dá se říci, že člověk postižený psychózou se dostává do svého vlastního, nereálného světa a ostatním lidem a skutečnému světu se odcizuje. Ostatní lidé přestávají nemocnému rozumět, nedokáží jeho jednání a projevy pochopit a on sám jim nedokáže vysvětlit, co se s ním děje. Psychický stav nemocného však není neměnný. Obvykle se u něj střídají období, kdy trpí výraznými příznaky psychózy – hovoříme o tzv. akutní atace psychózy, s obdobími, kdy má jen nepatrné nebo vůbec žádné potíže - tato období označujeme jako remise.³⁴

Léčba psychóz se liší podle fáze onemocnění, ve které se postižený nachází, a podle míry dalšího postižení. Při akutních stavech je zásadní léčba léky, k zabránění nových atak nemoci je opět nejdůležitější pravidelné užívání předepsaných léků. Mezi akutními atakami nemoci v době zmírnění nebo vymizení příznaků se dostávají do popředí psychoterapeutické postupy léčby.

Obzvlášť důležitá je osobnost terapeuta a jeho léčebné metody. Každý terapeut by měl používat víc než jednu metodu. Ve všech fázích hraje důležitou úlohu spolupráce s nejbližšími příbuznými. Pokud je léčba postiženého ambulantní formou příliš zatěžující, jak tomu bývá při prudkých nebo déle trvajících krizích, je na místě psychiatrická hospitalizace. Lékař zpravidla odesílá nemocného do nemocnice také tehdy, pokud v důsledku nemoci pacient začíná být nebezpečný sám sobě nebo svému okolí.³⁵

³³ Praško, J. a kol., Psychotická porucha a jak se jí bránit, Praha 1998, s. 17.

³⁴ Srov. <http://vasinasi.webnode.cz/o-nas/co-je-to-psychoza/>.

³⁵ Srov. Praško, J., Psychotická porucha a její léčba, Maxdorf, Praha 2001, s.28-29.

3.2 Druhy psychóz

3.2.1 Deprese

Pojem deprese zřejmě zná každý z nás. Často slýcháváme, „mám depku“. Většinou je tím myšlena krátkodobá špatná nálada, stres, špatné rozpoložení. Opravdová deprese v lékařském slova smyslu je ovšem závažné déletrvající onemocnění. Deprese postihuje celý organismus. Od běžného smutku nebo mírného zhoršení nálady se liší tím, že je výrazně hlubší než smutek a trvá mnohem déle.

Mezi nejtypičtější příznaky deprese patří poruchy spánku, pokles výkonnosti, bezdůvodné obavy a úzkosti, pocity domnělého provinění, poruchy soustředění, ztráta chuti k jídlu, nezáměr o sebe, o své koníčky, přátele, nezáměr o sex. Časté jsou sebevražedné myšlenky, zanedbávání základních hygienických návyků. Pacient je vyčerpaný, smutný až otupělý, má pocity méněcennosti a sebeobviňování.³⁶

„Deprese není vada charakteru. Není to špatná nálada nebo osobní slabost, která by se dala změnit vůlí nebo tím, že se člověk „dá dohromady.“³⁷

Velmi často se setkáváme s tzv. poporodní depresí, neboť období po porodu je z hlediska duševního zdraví ženy tím nejrizikovějším obdobím. U třetiny případů nemoc sama odezní, ale až u 10% žen je potřeba léčba.³⁸

„Deprese nepochybně provází lidstvo převážnou část jeho historie. Již starověk znal depresi (příznaky nemoci popisované starými autory se velmi podobají dnešním) a z historek lze odvodit, že melancholii měli v antickém Řecku na svědomí olympští bohové.“³⁹

V dnešní době patří deprese k nejčastějším psychickým nemocem v obecné populaci. Alespoň jednu depresivní epizodu si během života prožije přibližně 25% obyvatel. U žen se deprese objevuje téměř dvakrát častěji než u mužů. V posledních desetiletích je výskyt tohoto onemocnění častější než dříve, od konce druhé světové války je zaznamenán posun počátku choroby do mladších věkových kategorií.⁴⁰

3.2.2 Schizofrenie

Schizofrenie patří mezi velmi závažné duševní poruchy. Za základní znaky schizofrenie považujeme poruchy myšlení a jednání, bludy a halucinace (například hlasy).

³⁶ Srov. Doubek P. a kol., Deprese a její léčba, Maxdorf, Praha 2007, s. 7

³⁷ Höschl, C., Deprese známá neznámá, brožura, s. 2

³⁸ Srov. Raboch, J., Psychiatrie minimum pro praxi, Triton, Praha 2006, s. 102

³⁹ <http://www.ordinace.cz/clanek/deprese/>

⁴⁰ Srov. <http://www.online-lekarna.cz/index.php/>.

„Schizofrenie postihuje přibližně 1% populace bez ohledu na zeměpisnou lokalizaci, rasovou příslušnost, pohlaví či sociokulturní vlivy. Vzniká nejčastěji v mladém věku, v rozmezí 15-35 let, u žen o něco později než u mužů.“⁴¹

Schizofrenie dříve byla a i dnes pro mnohé lidi stále je nemocí záhadnou a nevysvětlitelnou. Názor, že se jedná o nemoc nevyléčitelnou, ovšem není přesný. Dlouhodobá praxe ukazuje, že jedna třetina nemocných se po prvním návalu nemoci vyléčí a nemoc se již nikdy do konce života neobjeví. Další skupinu tvoří pacienti, kteří se uzdraví částečně a nemoc se během života vrací. Pouze poslední jedna třetina lidí zůstane až do konce svého života závislá na péči lékařů a z nemoci se již nikdy plně nezotaví.⁴²

Etiologie nemoci je dosti nejasná, vznik choroby zapříčiňují nejen faktory psychologické, sociální nebo biologické, ale rovněž genetika zde hraje určitou roli.⁴³

Základní typy schizofrenie jsou tyto:

- paranoidní schizofrenie – nejčastější forma, charakteristická bouřlivými atakami s halucinacemi a bludy
- hebefrenní schizofrenie – méně častá, pacienti mají „klackovitě“ chování
- katatonní schizofrenie – vyskytuje se vzácně, pacient upadá do stuporu – nereaguje na okolí
- simplexní schizofrenie – pomalé uzavírání se do vlastního vnitřního světa

Rozdělení do těchto forem je spíše teoretické. V praxi se často stává, že se tyto druhy nemoci setkávají, popřípadě jeden typ přechází do druhého. Druhy nemoci se mohou také různě kombinovat.⁴⁴

„Schizofrenici běžně ztrácejí schopnost pracovat, protože nemoc je totálně ničí. Často jsou nemocní, protože stav duše se promítá i do stavu těla. Je statisticky prokázáno, že schizofrenici umírají v průměru o 10 let dříve než zdraví lidé. Proč tomu tak je vědci zatím stále nevědí. Ze slavných osobností schizofrenie trápila například spisovatele Gustava Flauberta, malíře Francisca Goyu, Vincenta van Gogha, fyzika Isaaca Newtona nebo skladatele Georga Fridricha Handela.“⁴⁵

⁴¹Vágnerová, M., Psychopatologie pro pomáhající profese, Portál, Prah 2008, s. 334.

⁴²Srov. Vinař, O., Schizofrenní onemocnění, brožura, s. 4-5.

⁴³Srov. Pavlovský, P., Psychiatrie minimum pro praxi, Triton, Praha 2006, s. 73.

⁴⁴Srov. Vágnerová, M., Psychopatologie pro pomáhající profese, Portál, Prah 2008, s. 345.

⁴⁵ <http://tn.nova.cz/magazin/zena/zdravi-a-zivotni-styl/schizofrenie>

3.2.3 Bipolární porucha

Bipolární porucha – dříve nazývaná maniodepresivní nemoc nebo maniodepresivní psychóza – je biologicky způsobené psychické onemocnění.

„Bipolární porucha má tendenci vyskytovat se v celých rodinách a více než dvě třetiny lidí s bipolární poruchou mají nejméně jednoho blízkého známého postiženého touto poruchou nebo velkou depresí. Genetika však zcela nevysvětluje, kdo tuto poruchu dostane a kdo ne. Je možné, že rozvoj této poruchy souvisí s procesem zcitlivění (podnícení). Zdá se, že první epizody této poruchy jsou vyvolány nebo „spuštěny“ nějakou velkou změnou nebo stresující událostí, ale že každá epizoda způsobuje změny v mozku, díky nimž je daná osoba k dalším epizodám náchylnější, a které nakonec vedou ke spontánnímu výskytu epizod.“⁴⁶

Bipolární porucha se objevuje asi u 1-2 lidí ze sta. U této poruchy se objevují jak fáze deprese, tak fáze mánie nebo povznesené nálady. V depresivní fázi jsou přítomny příznaky depresivní poruchy, v manické fázi příznaky mánie. Někdy dochází ke zvratu v náladě náhle a rychle (například přes noc), ale častěji jsou přechody postupné. *„Partneři a členové rodiny považují někdy depresi za menší zlo, kdežto postižení sami prožívají manické epizody jako příjemnější.“⁴⁷*

Bipolární porucha se vyznačuje jednak jako porucha nálady, ale především střídání a kolísání dvou extrémních poloh – tj. mánie a deprese (deprese byla popsána v předchozí kapitole).

Mánii poznáme jako pocit vysoké výkonnosti, dobré nálady a pro pacienta veskrze příjemných pocitů. Takto nemocný člověk je v době své manické epizody velmi hovorný, má malou potřebu spánku, má potřebu realizovat spoustu nepromyšlených návrhů, které však posléze není schopen dokončit. Často uzavírá neefektivní smlouvy a obchody, aniž si uvědomuje, že svým lehkomyšlným chováním přivede sebe i své blízké do problémů. Výjimkou nejsou ani různé společenské ostudy či všelijaká sexuální dobrodružství, například časté střídání partnerů, jejichž dopad si v danou chvíli neuvědomuje.⁴⁸

„I když bipolární porucha může postihnout kohokoliv v kterémkoliv věku, typicky začíná v pozdním dospívání nebo rané dospělosti. Často nebývá rozpoznána jako nemoc a postižení lidé mohou zbytečně trpět celá léta. Když tato porucha zůstane neléčena, může vést k devastujícím následkům, jako například zneužívání alkoholu a omamných látek,

⁴⁶ http://www.janssen-cilag.cz/disease/detail.jhtml?itemname=schizophrenia_about

⁴⁷ Rahn, E., Psychiatrie učebnice pro studium a praxi, Grada Publishing, Praha 2000, s. 267.

⁴⁸ Srov. Herman, E., Bipolární porucha a její léčba, Maxdorf, Praha 2007, s.11.

narušené vztahy, slabé výsledky v práci nebo ve škole, finanční a sociální problémy a zvýšené riziko sebevraždy. ⁴⁹

Všechny jmenované psychické nemoci mohou kdykoliv „navštívit“ kohokoliv z nás, bez ohledu na věk, pohlaví či společenské postavení. Každé z onemocnění může mít různě dlouhé trvání i průběh – jsou lidé, kteří se léčí celý život, léčba jiných probíhá opakovaně s různě dlouhými intervaly a u některých dojde během života pouze k jedné atace, která se již nikdy neobjeví.

Největším mýtem, v naší společnosti stále přetrvávajícím, je to, že každý člověk, který v průběhu svého života onemocněl psychickou chorobou, musí být zákonitě agresivní nebezpečný blázen, kterému nezbyvá nic jiného, než být do konce života „odklizen“ do ústavu či psychiatrické léčebny, aby neohrožoval své okolí.

Mnohé případy potvrzují, že pokud pacient spolupracuje s lékařem, dodržuje jeho rady a pravidelně užívá léky, může vést bezproblémový plnohodnotný život, po ukončení léčby se zpět vrátit do zaměstnání a k rodině a s pomocí okolí se začlenit do běžné společnosti.

⁴⁹http://nanesen-cilag.cz/disease/detail.jhtm?itemnate=bipolar_about

4. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Sociální práce s duševně nemocnými lidmi se může individuálně lišit rozsahem i různými cíli – může mít například formu krizové intervence, až po oblast dlouhodobého léčení vleklých poruch.

Člověk, využívající služeb sociálního pracovníka, označujeme slovem klient. Pomoc, kterou klient od sociálního pracovníka požaduje, může zahrnovat více potřeb, ať už se jedná o rodinnou intervenci, informace týkající se sociálního zabezpečení, pomoc v oblasti rodinného, pracovního či občanského práva nebo se může jednat o specifické intervence jako například rodinnou psychoterapii či poradenství. Komplexní sociálně–zdravotní péči potřebují především lidé, jejichž sociální fungování je znevýhodněno delší dobu – tedy dlouhodobě duševně nemocní.

Dobrá péče by měla také zahrnovat prevenci stigmatizace duševně chorých, která se vyskytuje nejen mezi jednotlivci, ale i ve vztazích místní komunity, popřípadě ve vztahu celé společnosti k takto postiženým lidem.⁵⁰ Samozřejmostí je schopnost orientovat se v základní psychopatologii zmíněných nemocí, a brát ji při jednání s klientem v úvahu.

Pokud klient ze strany pracovníka cítí přirozenost, respekt a zájem, v neposlední řadě i to, že naslouchá jeho názorům a vnímá jeho prožívání, je schopen a ochoten přistoupit na komunikaci a spolupráci.⁵¹

4.1 Role sociálního pracovníka při práci s lidmi s duševním onemocněním

V moderní psychiatrii, která nabízí služby kontinuální léčby, sociální podporu a která chce člověku s psychickým problémem pomoci obnovit jeho sociální fungování, má sociální pracovník následující úkoly:

- plní roli jakési „spojky“ mezi duševně nemocným a okolím, jehož podmínky musí dobře znát – cílem je sociální začlenění klienta
- podporuje proces uzdravování (tedy nejen vyléčení) – přijetí sama sebe, pochopení smyslu svého života, zvládání nemoci a „sžítí“ se s nemocí
- mapuje sociálně–zdravotní potřeby klienta, potřebu podpory, vliv a možnosti prostředí.
- podporuje sociální začlenění klientů

⁵⁰Srov. Matoušek, O., Sociální práce v praxi, Portál, Praha 2005, s. 133-134.

⁵¹Srov. Mahrová, G, Venglářová M., Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, Grada, Praha 2008, s. 126.

- musí vycházet z určitých individuálních daností, jakými jsou diagnóza nemocného, jeho věk a zkušenosti, prostředí, ze kterého pochází, vzdělání, charakteristiky osobnosti
- vytváří s klientem vztah založený na důvěře, partnerství a vzájemného respektování

Sociální pracovníci se mohou specializovat v následujících činnostech – psychiatrická a sociální rehabilitace, psychoedukace, psychoterapie (individuální, skupinová či rodinná), případové vedení – case management.

Práce s duševně nemocnými klienty je časově i psychicky náročná a na sociálního pracovníka jsou kladeny nároky nejen na jeho stránku osobnostní, ale i v oblasti jeho vzdělání.⁵²

4.2 Sociální pracovník v oblasti komunitní péče o duševní zdraví a jeho potřeby vzdělávání

Ve většině evropských zemí, co se týče vývoje systému psychiatrické péče, dochází k odstupu od tradičního systému nemocniční péče (jedná se o dlouhodobý pobyt nemocného ve velkých ústavech), ke komunitnímu systému péče o uživatele s psychickou nemocí. Psychosociální rehabilitace a práce s komunitou vychází z ekologického a sociálního modelu duševního onemocnění, jež dává východiska pro práci sociálního pracovníka. V našich poměrech stále přetrvává více redukcionistický biomedicínský model, kde funkce sociálního pracovníka jsou zúženy pouze na roli administrativního pracovníka. Důsledkem toho jsou jen malé možnosti působnosti na sociálních faktorech uzdravení nemocného. Duševní nemoc může „probíhat“ celý život a její obraz může být různý. Zásah profesionálů musí být pružný, přizpůsobený často se měnícímu průběhu nemoci.⁵³

U nás, v ČR, chybí strategie financování a budování systému komunitní péče o lidi s duševní nemocí, která by připouštěla nutnost spolupráce zdravotních a sociálních služeb. V integrovaném pojetí onemocnění je postavení sociálního pracovníka nezastupitelná. V multidisciplinárním týmu denního stacionáře nebo lůžkového oddělení sociální pracovník plní úlohu „vstupního mostu“ do komunity, kde většinou dobře zná dané poměry, právní zdroje, má schopnost spolupracovat s blízkými nemocného, pomáhá řešit nejrozmanitější situace. V centrech denních aktivit, terénních týmech či v podporovaném bydlení nebo podporovanému zaměstnání se věnuje nejvíce případovému klinickému vedení s využitím

⁵²Srov. Matoušek, O., Sociální práce v praxi, Portál, Praha 2005, s.135-138.

⁵³Srov. Probstová, V. Sociální pracovník v oblasti komunitní péče o duševní zdraví a jeho potřeby vzdělávání, Sociální práce, 1/2008, s.69.

metody psychiatrické rehabilitace. Těchto služeb je u nás, bohužel, stále nedostatek. Vzdělávání sociálních pracovníků zaměřených na práci s lidmi s duševním onemocněním, musí zahrnovat specifické znalosti a dovednosti, včetně morálních kvalit každého pracovníka. Rovněž nároky na vzdělání jsou značné. V oblasti sociální práce určení povinnosti a nastavení systému následného vzdělání chybí.⁵⁴

4.3 Práce s rodinou duševně nemocných

Při práci s duševně nemocným člověkem hraje důležitou roli také jeho bezprostřední okolí a nejbližší lidé – rodina. S rodiči (případně jinými nejbližšími příbuznými) sdílí společnou domácnost přibližně 30-60% pacientů se závažnou duševní nemocí, proto se práce s rodinou a nejbližší sociální sítí klientů stala důležitou součástí práce sociálních pracovníků. Ti se tak snaží dosáhnout toho, aby rodina chápala podstatu duševní choroby, věděla, jak se chovat v krizových a pro nemoc specifických situacích, zvládala problémy a uměla si stanovat pro sebe i klienta dosažitelné cíle.⁵⁵

Při práci se členy rodiny může být vedle práce individuální využita i práce se skupinou. Sociální pracovník se snaží ovlivňovat prožívání a chování rodinných příslušníků, přičemž by měl mít na paměti, že i příbuzní nemocného mají své osobní potřeby a potřebují emoční i praktickou podporu. Problémy, které se rodina s pomocí pracovníků snaží řešit, by měly být rozčleněny do menších, postupně řešitelných kroků.⁵⁶

4.4 Specifické potřeby duševně nemocných

a) Bydlení

Mnoho duševně nemocných lidí žijí v přirozeném domácím prostředí společně s dalšími členy rodiny a více či méně se (dle závažnosti svého onemocnění) podílejí na chodu domácnosti.

Pokud se jedná o pacienty, kteří kvůli své nemoci mají sníženou soběstačnost nebo zcela ztratili schopnost se o sebe postarat, můžeme se u nás, v České republice, setkat s duševně nemocnými v několika typech zařízení sociálních služeb. Jsou to například domovy důchodců, ústavy sociální péče či specializované domovy důchodců pro psychiatrickou

⁵⁴Srov. Probstová, V. Sociální pracovník v oblasti komunitní péče o duševní zdraví a jeho potřeby vzdělávání, Sociální práce, 1/2008, s.70.

⁵⁵Srov. Matoušek, O., Sociální práce v praxi, Portál, Praha 2005, s.144.

⁵⁶Srov. Matoušek, O., Sociální práce v praxi, Portál, Praha 2005, s.144-145.

klientelu. Bohužel někteří duševně nemocní se v důsledku své choroby ocitnou zcela bez domova.⁵⁷

Co se týče podporovaného bydlení – chráněné byty, existuje v naší republice zatím málo zařízení, nabízející tyto služby duševně nemocným klientům.

Potřeby klientů lze rozdělit do skupin, které jsou spíše než samotnou diagnózou pacientů určeny etapou klientova života, v níž u něj došlo k nástupu nemoci. Tomu také odpovídají jednotlivé druhy bydlení.

Jestliže nemoc zasáhla člověka v mládí, v době „startu do života“, může být odchod z nevyhovujícího domácího prostředí a od rodičů určitým řešením daného psychického problému. Efektivním přístupem v tomto případě by byla kombinace psychoterapeutického a rehabilitačního modelu, například léčebná komunita pro mladé s psychiatrickým onemocněním. Tento způsob bohužel u nás zatím chybí.⁵⁸

Další část klientů tvoří skupina lidí, kteří většinou pobírají invalidní důchod – tzn. nemoc jim znemožnila běžné sociální fungování včetně uplatnění na trhu práce. Tito lidé většinou žijí s rodinou nebo sami v rodinném prostředí, přesto často trpí sociální izolací. Podpora v bydlení, která by jim pomohla, by měla být zaměřena na obnovu a nácvik sociálních dovedností.⁵⁹

Jinou skupinou klientů, žijících v běžném domácím prostředí jsou lidé, zvládající nároky všedních dnů s menšími obtížemi. Často navštěvují dlouhodobě ambulantně psychologa či psychiatra. Jejich pracovní zařazení nebývá výrazněji narušeno, pracují na plný úvazek nebo pobírají částečný invalidní důchod, založili vlastní rodinu. Jejich vážnější problém nastává ve výraznějších zátěžových situacích (úmrtí blízkého člena rodiny, nepříznivá pracovní situace, ztráta sociálních jistot). Pomoc, kterou potřebují však může být omezena pouze na dobu zvládnutí zátěže.⁶⁰

Poslední skupinou jsou nemocní dlouhodobě žijící v dříve zmíněných institucích. Tito lidé mají často problémy se základní sebeobsluhou, neboť kvůli dlouhodobému pobytu a hospitalizacím v sociálních zařízeních či léčebnách ztratili schopnost se o sebe postarat, popřípadě tyto dovednosti nikdy nenabyli. Nemají ani sociální dovednosti a jsou tedy zcela závislí na sociálně-zdravotním systému. Pro tyto lidi může být vhodné chráněné bydlení, kde

⁵⁷Srov. Matoušek, O., Sociální práce v praxi, Portál, Praha 2005, s.145.

⁵⁸Srov. tamtéž, s.147.

⁵⁹Srov. tamtéž, s.147.

⁶⁰Srov. tamtéž, s.147.

mají individuální podporu. Tento způsob však není možný ve všech případech. Pro některé klienty bývá „poslední stanicí“ dům s pečovatelskou službou.⁶¹

b) Práce

Někteří lidé s duševní nemocí jsou schopni pracovat na plný úvazek, někteří pracují na úvazek částečný a pobírají invalidní důchod. Poslední skupinu takto nemocných tvoří pacienti, kterým jejich zdravotní problém znemožňuje pracovat úplně. Je pochopitelné, že krátké akutní ataky nemoci nemusí pracovní dráhu výrazněji narušit, ovšem dlouhodobé trvalé a vážné změny psychiky, spojené s poruchami emocí, sebeprožívání, pozornosti či kognitivních funkcí vedou k naprosté ztrátě schopnosti pracovat.⁶²

Pro některé klienty je přiznání plné invalidity již samo o sobě určitým handicapem a „ocejchováním“, za které se stydí. Pro některé je to ovšem jediný jistý příjem v jinak nejisté a složité situaci. Mnozí takto postižení lidé se tak stanou dlouhodobě (někdy i celoživotně) závislí na sociálním systému státu.

Cesta k uzdravení je složitá. Praxe ukazuje, že u mnohých klientů po době zlepšení zdravotního stavu a pokusu nově začít pracovat znamená konfrontace s „tvrdou realitou“ opět zhoršení psychiky, čímž se dostávají do určitého bludného kruhu a proto potřebují individuální přístup.⁶³

Překážky pracovního začlenění duševně nemocných se dělí na vnější a vnitřní. Mezi vnější se řadí neodpovídající pracovní podmínky, nezaměstnanost, nesprávná integrační politika pro handicapované, firemní pravidla. Překážky vnitřní, projevující se v rovině osobní, jsou faktory kvalifikační (kvalita vzdělání, pracovní dráha), psychiatrická onemocnění (typ nemoci a závažnost), pracovní dovednosti, sociální fungování a v neposlední řadě sebedůvěra.

Práce je ve většině případů prostředkem proti sociální izolaci. Cílem pracovní rehabilitace by mělo být rozšíření a udržení pracovních schopností a návrat do pracovního kolektivu. Úkol sociálního pracovníka nebude spočívat ani tak v pomoci získávání pracovních návyků a dovedností (to je spíše práce pro pracovního terapeuta), ale v překonávání zmíněných vnějších a vnitřních bariér.⁶⁴

Zařízení, ve kterých může probíhat pracovní rehabilitace, jsou například denní centra či klubová zařízení. Na chodu těchto klubů se mohou podílet sami klienti, kteří zde kromě absolvování denních programů dobrovolně pracují například v kavárnách či jídelnách.

⁶¹Srov. tamtéž, s.148.

⁶²Srov. Matoušek,O., Sociální práce v praxi, Portál, Praha 2005, s.148.

⁶³Srov. tamtéž,s.149.

⁶⁴Srov. tamtéž,s.149.

V rehabilitačních chráněných dílnách lidé pracují pod vedením pracovních terapeutů v menších skupinkách, ze přiměřenou finanční motivační odměnu. Klienti sami si s pomocí pracovníka sestavují svůj rehabilitační individuální plán a pravidelnou docházkou, trénováním odpovědnosti a pracovních schopností se snaží obnovit pracovní návyky.

Přechodné zaměstnávání je způsob krátkodobé pracovní rehabilitace v přirozeném prostředí, klade však velké nároky na profesionalitu asistenta.

Novým trendem je tzv. podporované zaměstnávání, kdy je klient zařazen na běžné pracovní místo, kde se mění intenzita podpory, která je mu poskytována pracovním asistentem. Podpora by měla mít další návaznost práce a měla by být dostatečně dlouhá.⁶⁵

c) Volný čas

Smysluplné trávení volného času je důležitou součástí života psychicky nemocných lidí. V různorodém společenství takto nemocných se nacházejí lidé (v závislosti na jejich věku, vzdělání, sociálním statusu, konkrétní životní situaci) s nejrozmanitějšími zálibami a zájmy a představami o naplnění svého volného času. V tom jim ovšem mohou bránit některé překážky, například finanční náročnost, odmítání duševně nemocných okolím, strach z neznámého prostředí, nedostatečné schopnosti a dovednosti, vedlejší účinky léků, různé projevy duševní nemoci, nízké sebevědomí nebo „psychologické bariéry“ (nápadnost v chování, problémy s komunikací).⁶⁶

Dlouhodobě nemocní obvykle žijí ve velké sociální izolaci a okruh jejich sociálních kontaktů bývá většinou velmi úzký. Úkolem sociálního pracovníka zde spočívá v navázání spojení mezi klientem a jeho okolím. Jeho snahou by mělo být „otevírání dveří“ do různých zařízení (například centra denních aktivit), pomoc při organizování služeb, které sami klienti nabízejí ostatním (kurzy vaření) atp.

Klient má možnost zapojit se do mnoha akcí, probíhajících v rámci komunitních zařízení, jako jsou zájezdy, výlety, pobyty, vánoční či jiné oslavy. Při organizaci těchto akcí mají i sami klienti možnost převzít iniciativu do vlastních rukou a tím tak udělat další krok ke svému uzdravení či zlepšení svého stavu.⁶⁷

⁶⁵Srov. Matoušek, O., Sociální práce v praxi, Portál, Praha 2005, s.150.

⁶⁶Srov. tamtéž, s.151.

⁶⁷Viz Matoušek, O., Sociální práce v praxi, Portál, Praha 2005, s. 151.

4.5 Komunikace s klientem

Při hovoru s klientem musíme brát v úvahu jeho momentální stav. Je samozřejmě rozdíl v komunikaci s člověkem ve stabilizovaném stavu, a například s někým, kdo právě „prožívá“ máni. Projevy a situace mohou tedy být velmi pestré.

V každém případě se sociální pracovník musí obrnit velkou trpělivostí. Musíme mít na paměti, že obsah sdělení může být ovlivněn narušeným vnímáním reality pacientů (bludy, halucinace). V takové situaci je třeba si zachovat chladnou hlavu. Také je třeba si uvědomit, že klientům může být v jejich situaci nepříjemně, mohou právě prožívat napětí či úzkost. To by měl dobrý sociální pracovník schopný svým zájmem o pochopení klientovy situace v rámci rozhovoru zmírnit.⁶⁸

4.6 Klient v sociální práci a v systému sociálních služeb

4.6.1 Obecná charakteristika

Klient využívající služeb sociálních pracovníků je vůči odborníkům v sociální práci v roli rovnocenného partnera a spolupracovníka. Tento způsob vzájemného vztahu vychází z psychosociálního pojetí sociální práce, přičemž volba životního stylu je na klientovi a jeho rozhodnutí musí být respektováno. Některé situace ovšem tyto předpoklady zcela nenaplnují, což se týká především právě lidí s duševními problémy. Tito lidé se mohou (často i nedobrovolně) ocitnout spíše v roli patientské, kdy dochází k postavení lékař-pacient a zároveň sociální pracovník-klient. Úkolem sociálního pracovníka jakožto odborníka je zaměřit se na podporu zdravého potenciálu klienta. Důležitým faktem je i skutečnost, že klientem nebývá pouze samotný jedinec s duševní nemocí, ale i celé jeho blízké sociální okolí. Je dobré (v rámci možností) zainteresovat do spolupráce i širší rodinu s cílem dosáhnout co největší klientovy samostatnosti.

Na klienta s psychickými potížemi bychom neměli hledět jako na problém či diagnózu, je třeba brát v úvahu, že je to především člověk se specifickými potřebami, jehož potíže spočívají v některé z oblastí psychických funkcí. Právě sociální pracovníci se v rámci sociálních služeb snaží klientovy problémy odstraňovat nebo alespoň zmírňovat.⁶⁹

Z nejširšího pohledu patří do systému sociální pomoci duševně nemocného člověka všichni lidé vyskytující se v jeho blízkosti, tedy rodina, nejbližší přátelé a spolupracovníci.

⁶⁸Srov. Mahrová, G., Venglářová, M. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, Grada, Praha 2008, s. 128.

⁶⁹Srov., Mahrová, G., Venglářová, M., Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, Grada, Praha 2008, s. 27-28.

Tito lidé jsou však mnohdy s klientem natolik „sžiti“, že si leckdy vyvstalý problém neuvědomí, nevidí jej, nebo nejsou schopni jej rozpoznat. Odborníci, kteří jsou schopni reálného pohledu mohou být naopak příliš daleko. Někdy tak vznikne problém, kdy je potřeba duševní nemoc odborně léčit, ale nemocný se nemá k pomoci jak dostat nebo o ní sám neví.⁷⁰

Někdy lidé s duševní nemocí vyhledají pomoc sami. Důležitou vlastností sociálního systému služeb o takto nemocné by mělo být aktivní vyhledávání. Do širokého spektra služeb totiž patří každý, kdo pracuje v pomáhajících profesích. Velmi důležité jsou komunikační schopnosti každého jednoho pracovníka a jeho smysl pro takt a schopnost volby vhodného místa, formy i osoby, kterou oslovíme a současně nabídneme pomoc. První reakce ze strany pacientů nebývá vždy pozitivní, leckdy bývá i velmi bouřlivá. Důležité je (ostatně jako u každé nemoci), aby problém byl objeven a pomoc přišla co nejdříve. Pracovník v sociální sféře by měl být dostatečně informován a znát seznam míst a adres, kam má dotyčného člověka odkázat a rozpoznat, kdy může v rámci svých možností a schopností pracovat sám a kdy je na místě nemocného předat do rukou jiného odborníka.⁷¹

Prvním článkem je tedy první kontakt s klientem, zprostředkovaný samotným pacientem nebo jeho rodinou, či sociálním pracovníkem. To bývá hlavním a prvořadým úkolem pro nízkoprahové kluby a zařízení, jejichž základním cílem je snižování rizik spojených se sociálními či psychickými problémy klientů. Přesahují-li potíže klienta možnosti těchto zařízení, mohou jej sociální pracovníci odkázat do odborných ambulancí nebo kontaktních center. Úkolem sociálních pracovníků je nejen dodat klientovi odvahu tuto formu péče vyhledat, ale v případě potřeby jej sem doprovodit. Mnohým nemocným tento stupeň pomoci postačuje a jsou posléze jsou schopni se zařadit do normálního života. Někteří se pak v různých časových intervalech do těchto zařízení vrací.⁷²

Část klientů využije jakýsi mezistupeň – stacionární péči. Jde o kombinaci pobytu v zařízení s odbornou péčí a klientova pobytu doma. Velkým problémem je nedostupnost zmíněných zařízení, protože ta se vyskytují pouze ve větších městech.

Dalším prvkem v systému služeb pro duševně nemocné lidi je rezidenční (pobytová) péče, čili pobyt v zařízení s nepřetržitým provozem. Tímto může být psychiatrická léčebna, psychiatrická klinika, psychiatrické oddělení nemocnice nebo domov pro osoby se zdravotním postižením. Klienti zde pobývají různě dlouhou dobu (několik týdnů, ale někdy i dlouhé měsíce), někteří zde i trvale žijí. Pokud pacient ohrožuje sám sebe nebo své okolí, ocitne se

⁷⁰Srov. Mahrová, G., Venglářová M., Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, Grada, Praha 2008, s.44-45.

⁷¹Srov. tamtéž, s.45.

⁷²Srov. tamtéž, s.45.

zde často nedobrovolně. Zde zaměstnaní sociální pracovníci bývají členy odborných multidisciplinárních týmů. Zaměřují se především na sociální oblast života klientů, snaží se u nich podporovat zdravé sociální návyky a dovednosti a jejich hlavním cílem je dosáhnout co největší soběstačnosti klientů.⁷³

Ne vždy je možné, aby se nemocný po pobytu v léčebně vrátil do svého předchozího prostředí. V těchto případech sociální pracovníci zajišťují klientům návaznou doléčovací péči, jejíž formy jsou různé, ať je to např. návrat do ambulantní pomoci nebo využití doléčovacího zařízení.

V podstatě se dá říci, že sociální pracovníci se všemi možnými silami snaží o znovuzачlenění klienta do pracovního života a společnosti.⁷⁴

4.6.2 Multidisciplinární tým

Složitost a náročnost léčby duševních nemocí vyžaduje přímo úměrný počet a složení odborného personálu, který se na uzdravení nemocného podílí. Níže je uvedeno, se kterými profesemi se v průběhu terapie pacient může setkat.

Při prvních obtížích a příznacích nemoci se většina lidí obrátí na svého praktického lékaře. Ten po identifikaci a posouzení konkrétního problému klienta obvykle předá specialistovi.⁷⁵

V některých případech bývá prvním člověkem, na kterého se nemocný obrátí, psycholog. Psycholog je absolventem filozofické fakulty a nemocnému je schopen poskytnout psychoterapii, nikoli však medicínskou léčbu. Tento odborník nemá ve své kompetenci předepisování léků, neboť nemá lékařské vzdělání. Nadále se však zřejmě bude podílet na další léčbě klienta. Pokud klientovy obtíže překročí možnosti psychoterapie, psycholog jej přepošle k odbornému lékaři, tedy k psychiatrovi. To je člověk, léčící medicínskými metodami a je způsobilý rozhodovat o dalším průběhu léčby. Provede diagnostiku a ve většině případů zahájí léčbu medikamenty. Vztah klienta s psychiatrem je jedním ze zásadních, který má na léčbu značný vliv. Kromě odborných znalostí si totiž psychiatr musí umět poradit i se všemi úskalími komunikace a práce s klientem. Zároveň musí disponovat i určitými osobnostními kvalitami, a být tak schopen vzbudit v pacientovi důvěru, tolik potřebnou a důležitou ve vztahu pacient-lékař.⁷⁶

⁷³Srov. Mahrová, G., Venglářová M., Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, Grada, Praha 2008, s.46.

⁷⁴Srov. Mahrová, G., Venglářová M., Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, Grada, Praha 2008, s. 47.

⁷⁵Srov. tamtéž, s.60.

⁷⁶Srov. tamtéž, s.61.

Další důležitou úlohu v péči o takto nemocné hrají zdravotní sestry. S nimi se pacient musí setkat v odborné ambulanci každém zdravotním zařízení. Dobrá zdravotní sestra je zárukou dobrého kontaktu mezi nemocným a lékařem.⁷⁷

Jestliže pacientův stav vyžaduje hospitalizaci v některé ze zdravotních institucí, přichází pacient do styku s dalšími therapy. Mohou to být arteterapeuti, muzikoterapeuti či dramaterapeuti. Pracují individuálně či ve skupinové terapii a v rámci své specializace se snaží pomocí uměleckého vyjádření (kresbou, hudbou, malbou, pohybem atd.) zprostředkovat nové pohledy klienta na jeho problémy, původ jejich vzniku a hledají možné cesty práce s nimi. Rehabilitační pracovníci a ergoterapeuti pomáhají s nácviky konkrétních dovedností, s pomůckami, s rehabilitací. Jedná se o aktivitu, jejímž cílem není výrobek, ale aktivita sama o sobě, respektive dobrovolná možnost seberealizace.⁷⁸

V průběhu dlouhodobé léčby se obvykle nemocný nevyhne kontaktu se sociálním pracovníkem (pracovnicí). Ten by měl klientovi poskytnout dostatek informací v souvislosti s jeho aktuálním stavem – objasnit systém sociální a zdravotní péče (což zahrnuje informace o nemocenských dávkách, druzích a výši invalidního důchodu, průběh získávání a přezkoumání důchodu, zaměstnávání psychicky nemocných, a v neposlední řadě také právní pomoc). Sociální pracovník se snaží podpořit zdravé chování klienta, přičemž uplatňuje metody skupinové a individuální práce.

Sociální pracovníci také sestavují s klientem individuální plán, odvíjející se od jeho aktuálního sociálního a zdravotního stavu. Tuto činnost pracovníci provádí obvykle již po ukončení klientovy hospitalizace, bývá tedy poskytována v klientově domácím prostředí či v zařízení pro následnou rehabilitaci.⁷⁹

Na zvládání specifických obtíží klientů pracují podpůrné skupiny (například skupina pro závislé na alkoholu). V těchto skupinách, které bývají vedeny odborníkem (mohou být ovšem i zcela laické) se klienti mohou vzájemně setkávat, vyměňovat si informace, zkušenosti a prožitky. Pozitivem je odbourání izolace jednotlivců a nalézání nových možností řešení situace klientů.⁸⁰

Důležitou složkou systému jsou i linky důvěry, jejichž velkým kladem je naprostá anonymita. Bývají provozovány formou telefonických či internetových linek a může se na ně obrátit kdokoliv v jakkoliv svízelné situaci bez obav, že nebude vyslechnut.⁸¹

⁷⁷Srov. Mahrová, G., Venglářová M., Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, Grada, Praha 2008, s.61.

⁷⁸Srov. tamtéž, s.61.

⁷⁹Srov. tamtéž, s.61.

⁸⁰Srov. tamtéž, s.62.

⁸¹Srov. tamtéž, s.62.

Důležitou součástí týmu péče o klienta jsou jeho rodina a blízcí, přestože se nejedná o profesionály. Rodina je „místo“, kde pacient v rámci své role funguje a jehož členové bývají klientovou nemocí nejvíce ovlivněni. V dobře fungující rodině může nemocný čerpat sílu a měl by zde najít podporu, tak důležitou v jeho nelehké situaci.⁸²

4.6.3 Multidisciplinární práce

Podstatou multidisciplinární práce je provázanost, čili součinnost mnoha odborníků v rámci týmu. V prostředí instituce nebo organizace jde o fungování konkrétního týmu profesionálů, kteří vedle vlastní práce spolupracují i s odborníky či týmy odjinud. Důležitá je ochota spolupracovat, vzájemná důvěra, soudržnost týmu, respektování i jiných pohledů na péči a v neposlední řadě i pravidelné vyhodnocování kvality péče.⁸³

4.7 Svépomocná hnutí

„Svépomocné hnutí uživatelů péče je ve světě poměrně rozvinuté, u nás si hledá cestu k samostatnosti a nezávislosti.“⁸⁴

Tyto instituce se snaží o podporu práv klientů, o ovlivňování kvality služeb i organizování aktivit pro volný čas. Jejich význam je nezastupitelný, neboť pomáhají klientům „vyjít“ ze své izolace a podporují jejich integraci. Z organizací, věnujících se duševně nemocným lidem, patří například sdružení Fokus, který pracuje v různých místech naší republiky. Vznikají a již dobře fungují stále nová občanská sdružení pro pomoc psychicky nemocným (Kolumbus, Zahrada 2000, Mens sana atd.). V rámci České asociace pro duševní zdraví vychází časopis Esprit (Časopis pro všechny, kterým duševní strasti nejsou lhostejné), Zrcadlo.

V některých městech naší země pracují denní centra pro duševně nemocné (Klub v 9 ve Žďáře nad Sázavou, patřící pod zdejší oblastní Charitu, Charita v Olomouci).

⁸²Srov. Mahrová, G., Venglářová M., Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, Grada, Praha 2008, s. 63.

⁸³Srov. tamtéž, s. 63.

⁸⁴Matoušek, O., Sociální práce v praxi, Portál, Praha 2005, s. 151.

5. Pastorace pacientů s duševním onemocněním

5.1 Obecné zásady

Zásadním požadavkem je bezpodmínečné přijetí nemocného pastoračním pracovníkem, vlídný přístup bez předsudků a odsuzování. Pracovník se také musí vyhnout morálním soudům a unáhleným hodnocením. Ovšem ani ta nejlepší pastorační péče nemůže nahradit odbornou lékařskou pomoc, kterou nemocný potřebuje především.⁸⁵

5.2 Exorcismus

Exorcismus je vymítání zlých sil. Zmiňuji jej proto, neboť v souvislosti s psychickými nemocemi může být určitým řešením. Je ovšem třeba zdůraznit, že smí být prováděno pouze knězem s výslovným povolením biskupa. V určitých radikálních nekatolických skupinách se vymítání praktikuje často, až neuváženě, mnohdy i nekompetentními lidmi, což může mít na nemocného člověka spíše negativní vliv. Tato záležitost je velmi citlivá, vážná a nesnadná, doporučuje se proto spolupráce s věřícím zkušeným psychologem či psychiatrem.⁸⁶

5.3 Zásady pastoračního přístupu u jednotlivých typů poruch a nemocí

5.3.1 Manická epizoda

„V pastoračním rozhovoru s klientem, který není pastoračnímu pracovníkovi znám, může manická epizoda představovat docela dobrou past. Je-li totiž mánie manifestována v oblasti náboženských témat, může být zaměněna za nadšení pro víru, výsledek obrácení, probuzení apod. Pokud je takto hodnocena, dostane se klientovi velmi snadno povzbuzení nebo je pověřen úkolem, který odpovídá jeho (manickým) představám, ale ne jeho skutečným možnostem.“⁸⁷

Jedním z hlavních znaků mánie je ovšem vysoké sebevědomí, u pacientů někdy přecházející až v chvástavost. V tomto případě může i méně zkušený pastorační pracovník rozpoznat, o co se jedná. Opravdu upřímný věřící totiž obvykle nedemonstruje svoji

⁸⁵Srov., Opatrný, A., Pastorační péče v méně obvyklých situacích, Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství pražském, s. 19.

⁸⁶Tamtéž, s. 19.

⁸⁷Opatrný, A., Pastorační péče v méně obvyklých situacích, Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství pražském, s. 19

neobvyklou dokonalost. V době mánie pacient také často učiní mnoho rychlých, lehkomyšlných rozhodnutí, dohod či slibů. Teprve až po čase, kdy nemoc odezní, se často ukáže, že svá předsevzetí není schopen zrealizovat. Tyto nesplněné nápady však nelze posuzovat jako morální selhání dotyčného člověka.

Při pastoračním rozhovoru má pastorující k nemocnému přistupovat vstřícně a klidně, avšak střízlivě a s rozumnou soudností.

Pokud se jedná o přístup ke svátostem, jisté pochybnosti lze mít u svátosti manželství. Jak již bylo řečeno (napsáno) výše, mnohá rozhodnutí učiní člověk nemocný mánií neuvědoměle až neuváženě, aniž by domýšlel následky. Nelze proto objektivně posoudit, jak vážně byl myšlen slib manželství, učiněný v době nemoci.

„U svátosti smíření, pokud by k ní v tomto stavu vůbec došlo, je třeba počítat s nepřesným sebehodnocením, které ale není zaviněné.vyznání tedy bude nezaviněné neúplné nebo nepřesné (jde o morální nemožnost správného vyznání), ale lítost a touha po odpuštění mohou být samozřejmě autentické, byť ne vždy aplikované na správně rozpoznaný předmět lítosti.“⁸⁸

5.3.2 Bipolární porucha

Je pravděpodobné, že ji pastorační pracovník při jednodobém kontaktu nebo v kontaktech časově značně odlehlých vůbec nerozpozná, což ho značně handicapuje. Je-li seznámen s diagnózou, je to velká pomoc. Pastorační péče se pak musí přizpůsobit fázím, ve kterých se nemocný nachází.

I zde platí, že kromě pastorační péče je nutná i péče odborného lékaře. Pokud se jedná o duchovní život klienta, lze říci, že je třeba (ostatně jako u jiných duševních nemocí) vést ke střízlivé zbožnosti, odpovídající reálným možnostem konkrétního člověka v dané fázi jeho onemocnění.⁸⁹

5.3.3 Deprese

Deprese bývá těžko rozpoznatelná od pouhé špatné nálady nebo momentální psychické indispozice. Mnozí laici někdy nemocného odsuzují, že si nemoc zavinil sám. Rovněž není pravda, že by depresivní onemocnění bylo důsledkem nesprávného duchovního života.

⁸⁸Srov. Opatrný, A., Pastorační péče v méně obvyklých situacích, Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství pražském, s.20.

⁸⁹Srov. tamtéž, s.21.

U svátostí je v tomto případě nejproblematictější svátost pokání, proto je zřejmě nejvhodnější ji v akutním stavu nemoci zcela vynechat. U eucharistie záleží na zájmu samotného nemocného. U svátosti pomazání nemocných visí otazník, neboť ta bývá některými teology a odborníky doporučována, jiní mají naprosto opačný názor.

Obecně platí, že v době nemoci by neměly být na pacienta kladeny žádné větší nároky, ani v případě modlitby, které nemusí být schopen.⁹⁰

5.3.4 Schizofrenie

Onemocnění schizofrenního typu jsou pro pastorační práci obtížná zvláště v tom, že některé příznaky či prožitky nemocného se podobají náboženským zážitkům a v počáteční fázi nemoci se od nich někdy těžko rozeznávají.⁹¹

5.4 Stigma, strach, předsudky, odmítání

V souvislosti s duševními nemocemi se často hovoří o stigmatu nebo stigmatizaci. Jedná se o označení stavu či situace, kdy je dotyčný vyloučen z plného přijetí společností tzv. „normální většinou“. Kvůli tomu tak dochází k určité formě diskriminace ze strany ostatních spoluobčanů například formou omezení práv, posměchu, trestům nebo odmítavým reakcím. Ve starém Řecku bylo stigma viditelným znamením na těle, které bylo označováno ze společnosti vyřazeným osobám, například zlodějům, zrádcům nebo otrokům.

Od dob dávno minulých až dodnes je na duševní choroby pohlíženo jako na trestný čin, hřích či neschopnost ovládat svoje chování. Takto postižení lidé bývají stále označováni jako „cvoci, psychouši, šílenci“. Mnoho lidí nechápe psychické onemocnění jako zdravotní problém, a domnívají se, že jsou tyto potíže způsobeny vadným charakterem.

Lidé s duševním onemocněním bohužel stále patří mezi nejvíce podceňované postižené a se stigmatem se potýkají i přes zdravotní osvětu, která již v posledních letech udělala určitý pokrok. Dopady uvedené diskriminace jsou však stále dosti hluboké, a nejedná se jen o nepříjemné pohledy nebo jízlivé poznámky.

Pacientům s psychickou diagnózou nejsou garantována základní lidská práva, jsou omezováni v případech, kdy žádají o bydlení, při výběru vysoké školy či v oblasti

⁹⁰Srov. Opatrný, A., Pastorační péče v méně obvyklých situacích, Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství pražském, s. 21-22.

⁹¹Srov. Opatrný, A., Pastorační péče v méně obvyklých situacích, Pastorační péče v méně obvyklých situacích, Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství pražském, s. 23.

rodičovských práv. Velkým problémem je také pracovní uplatnění, kde kvůli své zdravotní indispozici špatně shánějí práci, a proto je často okolí hodnotí jako neschopné nebo líné.

„Skrz prsty“ bývá na takto handicapované lidi nahlíženo nejen kolegy či sousedy, ale také médií, zdravotníky, trestním systémem a dokonce i odborníky z oboru péče o duševní zdraví, ostatními pacienty či rodinnými příslušníky. Toto odmítání ze strany veřejnosti má svůj dopad jak na sebevědomí dotyčných klientů, ale také na jejich schopnost osamostatnění a celkovou úroveň života.

Dlužno dodat, že oblast péče o duševně nemocné je z hlediska financí značně podhodnocena.⁹²

Psychicky nemocný člověk často trpí pocity méněcennosti i viny, církev bývá často jediným prostředím, kde bývá přijat a i pro zkušeného kněze může být „tvrdým oříškem“ si s jeho problémy poradit. Navíc některé projevy duševní nemoci lze lehce zaměnit za projevy duchovní, což pro méně zkušeného pastoračního pracovníka může znamenat problém. Každá psychická nemoc má svá specifika a proto musí být přístup k jednotlivým nemocným individuální a tak také musí být posuzováno, zda je přístup daného člověka ke svátostem vhodný či nikoliv.

Domnívám se však, že obecně lze říct, že duševní nemoc nikterak nezbavuje člověka jeho osobních práv k tomu, aby s ním bylo zacházeno důstojně a s láskyplným přijetím

⁹²Srov., Hamid-Bahma, S., (překlad redakčně zpracován), Stigma, strach, předsudky, odmítání, ESPRIT: časopis pro všechny, kterým duševní strasti nejsou lhostejné, 2009, roč. XIII, č. 8-9, s. 6-7.

Závěr

O duševních nemocech se lze dozvědět v odborné literatuře velké množství informací, navíc v posledních letech můžeme najít potřebné znalosti na internetu. Díky stále rychlejšímu vývoji moderní medicíny je již dnes na trhu dostačující množství léků na tuto problematiku, které pomáhají zkvalitňovat život jejich uživatelů.

O životě a běžných problémech lidí s psychickou nemocí však již tolik materiálů dostupných nemáme. Ačkoliv tato oblast již není tolik tabuizována jako v dobách minulých, stále je mnoho lidí, kteří na člověka s psychiatrickou diagnózou hledí s velkými předsudky.

Cílem mé práce bylo popsat (kromě popisu chorob samotných) práci s takto nemocnými, jak z pohledu sociálního pracovníka, tak i z křesťanského pohledu.

Velkým úskalím mé práce byl (jak už bylo naznačeno) nedostatek odborné literatury v dostupném jazyce, týkající se pastorační či sociální práce s duševně nemocnými lidmi.

Sociální problémy osob s psychickými nemocemi jsou závažné (dlouhodobá nezaměstnanost či invalidita, chudoba atd.). Diskriminaci těchto lidí potvrzují samotní nemocní, ale i odborníci, kteří s nimi pracují. Duševně nemocní jsou stále viděni jako méněcenní, hlavně proto, že mnoho z nich kvůli své nemoci nemůže pracovat a musí proto pobírat invalidní důchod. Velký problém nastává u dlouhodobě nemocných lidí, jejichž sociální kontakty se stále sužují a ocitají se ve velké společenské izolaci, což i nadále prohlubuje jejich psychické potíže. Myslím, že řešením je větší informovanost, vstřícnost, méně lhostejnosti a odložení všech předsudků a chimér. O to se snaží zaměstnanci či dobrovolníci v mnoha organizacích či sdruženích, ačkoliv jsou si vědomi toho, že je to běh na dlouhou trať. Duševně nemocní lidé touží po obyčejném štěstí jako každý jiný člověk. Pomoci jim v tom můžeme i my, okolní spoluobčané. Stačilo by přijmout je takové, jací jsou.

Jako velký problém také vidím nedostačující počet služeb pro duševně nemocné lidi, konkrétně služby podporovaného bydlení a zaměstnávání, která se vyskytují většinou jen ve velkých městech.

Sociální pracovníci se svou činností snaží těmto lidem s psychickou nemocí pomoci ať už při hledání vhodného zaměstnání, bydlení či smysluplného využití volného času. Zprostředkovávají také klientovi kontakt s „normálním“ světem.

Pastorační pracovníci (pastýři) jsou nápomocní nemocným v jejich cestě víry, doprovázejí je při svátostech, při nichž mohou nalézt útěchu a ulehčení svých břemen ve svém nelehkém životním údělu.

Seznam použité literatury a zdrojů

A) Literatura

- Ambros, P., *Studijní texty z pastorální teologie III*, 1. vydání, CMTF UP Olomouc 2002
- Doubek, P. a kol., *Deprese a její léčba*, Maxdorf Praha 2007, 1. vydání, ISBN 978-80-7345-136-3
- Hamid – Balma, S., Stigma, strach, předsudky, odmítání. *ESPRIT: Časopis pro všechny*, kterým duševní strasti nejsou lhostejné, 2009, roč.XIII, č. 8-9, s. 6-7
- Herman, E., a kol., *Bipolární porucha a její léčba*, Maxdorf Praha 2007, ISBN 978-80-7345-135-6
- Höschl, C., *Deprese známá neznámá*, brožura, bez vnočení a místa vydání
- Kašparů, M., *Základy pastorální psychiatrie pro zpovědníky*, Cesta Brno 2002, ISBN 80-7295-031-2
- Křivohlavý, J., *Pastorální péče*, Oliva Praha 2000, 122 stran ISBN 80-85942-42-9
- Mahrová, G.-Venglářová, M., *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, Grada Praha 2008, stran 176 ISBN 978-80-247-2138-5
- Matoušek, O., *Metody a řízení sociální práce*, Portál Praha 2003, 365 stran ISBN 80-7178-548-2
- Matoušek, O., *Slovník sociální práce*, 2. vydání Portál Praha 2008, 272 stran ISBN 978-80-7367-368-0
- Matoušek, O., *Sociální práce v praxi*, Portál Praha 2005, 345 stran ISBN 80-7367-002-X
- Opatrný A., *Malá příručka pastorační péče o nemocné*, Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství pražském, Praha 2001
- Opatrný, A., *Pastorační péče v méně obvyklých situacích*, Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství pražském, 3. vydání, Praha 2001
- Praško, J., *Co je to deprese a jak se léčí*, 2. vydání Triton Praha 2007, 31 stran ISBN 978-80-7387-065-2
- Praško, J., a kol., *Psychotická porucha a jak se jí bránit*, Maxdorf, Praha 2001, ISBN 80-85912-65-1
- Probstová, V., *Sociální pracovník v oblasti komunitní péče o duševní zdraví a jeho potřeby vzdělávání*. Sociální práce, 2008, č. 1, s. 68-75

- Raboch, J., *Psychiatrie minimum pro praxi*, 4. vydání, Triton Praha 2006, ISBN 80-7254-746-1
- Rahn, E., *Psychiatrie učebnice pro studium a praxi*, 1. vydání, Grada Publishing Praha 2000 stran 466 ISBN 80-7169-964-0
- Řezníček, I., *Metody sociální práce*, SLON Brno 1994, 75 stran ISBN 80-85850-00-1
- Úlehla, I., *Umění pomáhat*, 2. vydání, SLON Praha 2007, 128 stran ISBN 978-80-86429-36-6
- Vágnerová, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Portál Praha 2008, 4. vydání, 670 stran, ISBN 978-80-7367-414-4
- Vinař, O., *Schizofrenní onemocnění*, brožura, bez vnočení a místa vydání

B) Internetové zdroje

- Anders, Martin. *Deprese* [on-line]. Praha: 2004, 4 s. [cit. 2009-10-17] dostupný z < <http://www.ordinace.cz/clanek/deprese/> >
- *Co je to psychóza*. In *Psychóza* [on-line]. Praha: 2008, 2 s. [cit. 2009-10-16] dostupný z < <http://vasinasi.webnode.cz/o-nas/co-je-to-psychoza/> >
- *Co je schizofrenie*. In *Schizofrenie* [on-line]. Praha: 2009, 2 s. [cit. 2009-10-12] dostupný z < http://www.janssen-cilag.cz/disease/detail.jhtml?itemname=schizophrenia_about >
- Martelliová, L., *Pastorační péče*. In *Getsemany* [on-line]. Černošice: 2007, 8 s. [cit. 2011-03-12] dostupný z < <http://www.getsemany.cz/node/1129> >
- *Možek-mysl-nálada*. In *Online lékárna* [on-line]. Stochov: 2009, 1 s. [cit. 2009-10-10] dostupný z < <http://www.online-lekarna.cz/index.php?cmd=category&id=76> >
- *Schizofrenie*. In *Zdraví a životní styl* [on-line]. Praha: 2009, 1 s. [cit. 2009-10-12] dostupný z < <http://tn.nova.cz/magazin/zena/zdravi-a-zivotni-styl/schizofrenie> >

Seznam příloh

Příloha č. 1	Kazuistika případu, kdy se jedná o onemocnění schizofrenií.....	43
Příloha č. 2	Kazuistika případu, kde jde o formu psychogenní deprese (způsobenou životní situací).....	43
Příloha č. 3	Kazuistika případu, kde jde o formu deprese způsobenou z vnitřních, endogenních příčin.....	44

Přílohy převzaty z: Matoušek O., Sociální práce v praxi, Portál, Praha 2005
Kašparů M., Základy pastorální psychiatrie pro zповědníky, Cesta ,
Brno 2002

Příloha č. 1: Kazuistika případu, kdy se jedná o schizofrenii (z pohledu sociální práce)

Sociální pracovnice jako členka týmu pracuje s Janou, opakovaně hospitalizovanou osamělou matkou osmiletého chlapce. Jana dříve odmítala pomoc. Vůči profesionálům byla podezřívavá, nepravidelně užívala léky, opakovaně byla hospitalizovaná v psychiatrické léčebně. Pracovnice i klientka pravidelně věnují pozornost chodu domácnosti, režimu dne, vztahům se sousedkami a kamarádkami, řeší neobvyklé situace (například odjezd syna do školy v přírodě, kdy zvýšení zátěže vedlo k nárůstu paranoidních obav u klientky).

Sociální pracovnice pracuje metodou rehabilitačního plánu. Cílem tohoto plánu je, aby klientka zvládla hospodaření s penězi, pravidelně brala léky, zajistila synovu docházku do sportovního klubu. Jednotlivé kroky vyplývající z plánu si Jana píše do stolního kalendáře, kde si odškrtvává splněné úkoly. Jana říká, že si díky tomu nepřipadá „tolik jako blázen“. Oceňuje i to, že sociální pracovnice má děti: „Mohu se prostě zeptat, jak některé věci dělá, a pak se sama rozhodnout.“ Sociální pracovnice říká: „Obdivuji ,jak Jana bojuje s poruchami pozornosti, zvýšenou únavností, pohotovostí k obavám, vnitřní tendencí vnímat nepříjemné situace jako útok proti sobě a jak je pro ni výchova dítěte hnací silou k práci na sobě.“

Příloha č. 2: Kazuistika případu, kde jde o formu psychogenní deprese (způsobenou životní situací)

Stanislav K., dvacetiletý student je psychiatricky vyšetřen na resuscitačním oddělení nemocnice, kam byl převezen pro pokus o sebevraždu léky. Tělesně a psychicky byl vždy zdrav.

Popisuje, že jeho rodiče se před třemi roky rozvedli a on se rozhodl žít po rozvodu u své matky, protože, jak se říká, volil menší zlo. Otec se z bytu odstěhoval, více neměl o syna zájem. Matka žila sama v bytě se synem pouze rok, a potom se seznámila s jiným mužem, kterého do bytu přistěhovala. Mezi synem a matčíným druhem nastaly silné neshody. Matka vždy stála na straně svého partnera, byla vůči synovi nekritická, zaujatá, vyčítala mu, že chodí na vysokou školu, že ho musí živit. Matčín druh trval na tom, aby syn školy zanechal a z bytu se odstěhoval. Všechno mu vyčítal, dělal mu doma doslova peklo a byl hrubý nejen na něho, ale také na jeho matku, kterou dokonce fyzicky napadal. Matka ovšem odmítla vystěhovat druhá a vystěhovala syna. Ten tuto situaci obtížně snášel, protože neměl ani otce ani matku, neměl domov.

K tomu přišly první vážné neúspěchy ve studiu. Opakoval řadu ročníkových zkoušek. V tu dobu, před prázdninami, se seznámil s dívkou, také studentkou. Jednalo se u něho o veliké citové vzplanutí, v dívce viděl jediného člověka, kterého měl. O prázdninách jeho děvče odjelo na dětský tábor, jako vedoucí oddílu, a zde si našlo novou známost. Po návratu z tábora oznámila dívka Standovi, že už o něho nestojí. Standu tento šok, jak událost rozchodu popisuje, zlomil úplně. Nebyl schopen se připravit na zbývající ročníkové zkoušky, a také je neudělal.

Byl nalezen ve sklepě sousedního domu v bezvědomí, když před tím požil asi padesát tablet nejrůznějších léků. Při vyšetření popisuje nesmyslnost života, dlouhodobé depresivní stavy a touhu po smrti.⁹³

Příloha č. 3: Kazuistika případu, kde jde o formu deprese způsobenou z vnitřních, endogenních příčin

M. R., šestapadesátiletý strojní zámečnick, ženatý, otec tří dětí. V rodině spáchala jeho matka sebevraždu oběšením, když mu bylo jedenáct roků. Byl vždy zdravý. Oženil se v pětadvaceti letech, sňatek byl uzavřen církevně, děti byly pokřtěné, on chodil pravidelně do kostela, ke svátostem jednou za dva až tři roky. Pracoval v servisní dílně. Jeho první dítě, synek, zemřelo několik hodin po porodu na vrozenou srdeční vadu. Obtížně se s tím tehdy, před třiceti roky, vyrovnával, ale čas postupně zhojil i tuto bolest. Jeho koníčkem bylo rybaření a zahrádka. Povahově byl vždy společenský, jeho manželka popisuje manželství jako klidné, dobré a naplněné pohodou. Sděluje však, že již loni na podzim byl manžel víc unavený než dříve, hůře spal a stěžoval si na různé bolesti, k lékaři nešel. Asi po čtyřech měsících se stav sám upravil.

Letos, opět na podzim, začal špatně spát, budil se hlavně po půlnoci, dělal si starosti z práce, že ji nezvládne, ráno se mu nechtělo do zaměstnání nejen proto, že si nevěřil, ale také proto, že nebyl schopen vstát z postele. Nejhůře mu bylo zvláště ráno, byl smutný, sklíčený, přepadlý, málomluvný, podceňoval se a začal si vyčítat. Například to, že altán na zahradě, který sám postavil, spadne, zabije vnoučata, která si tam budou hrát, bude vinen jejich smrtí. Proto chtěl, aby se altán zboural, ač byl velmi pevný a v dobrém stavu. Bolesti břicha si vykládal jako rakovinu a jako boží trest za hříchy z mládí, kdy onanoval. Po nějaké době si začal vyčítat, že smrt svého prvního syna zavinil vlastně on sám tím, že si před svatbou nenechal udělat krevní vyšetření a v něm by se jistě poznalo, že má špatnou krev

⁹³ Kašparů, M., Základy pastorální psychiatrie pro zповědníky

a že následkem toho jeho synek po narození zemře. Kdyby se neženil, nemusel se mu narodit nemocný syn. Navštěvuje často kněze v obci a žádá ujištění, že jeho těžké hříchy lze ještě napravit. Stále dokola se zpovídá z toho, že zabil syna, že v mládí onanoval, že postavil altán, který zabije děti...

Přichází stále smutnější, pláče, nevěří, že mu bylo odpuštěno, zpovídá se každý druhý den z nových a nelogických, nesmyslných sebeobvinění. Přestává chodit do práce, vyčítá si, že není k ničemu. Proto také odmítá potravu, nechce jíst, protože jako těžký hříšník si jídlo nezaslouží. Následně jen sedí, hledí do prázdna, skoro nemluví, jen vzdychá. Chce zemřít.

V prvním případě jde o depresivní stav u mladého studenta, který se dostal do životního debaklu. Ztratil otce, matka se mu odcizila, nezvládl studium a opustila ho dívka. Jeho depresivní stav, který vyvrcholil sebevražedným pokusem, si lze důvodně vysvětlit.

Ve druhém případě žije starší muž v plné životní pohodě, vše je v jeho životě v pořádku, a přesto začne náhle trpět depresemi. V jeho případě jde o poruchu metabolismu v centrálním nervovém systému a hraje zde roli i dědičný podklad (matka, která spáchala sebevraždu, trpěla pravděpodobně také depresivní poruchou) a byl zde odpovídající věk pro vznik depresí, včetně ročního období, kdy se poslední roky zdravotní stav pacienta pravidelně zhoršoval.

Pastorační doporučení:

Jedním z předpokladů dobře vykonané svátosti smíření je přiměřená pacientova lítost. Zpovědníkovi by mělo být nápadné, když kajícník nad běžnými hříchy produkuje nepřiměřenou emotivní odezvu. Přesahuje-li zkroušenost skutečný obsah vin, může zpovědník uvažovat buď o emoční labilitě, hysterické osobnosti, vlivu alkoholu, depresivním stavu kajícníka nebo jiné duševní poruše.

Je nutné dodat, že posouzení deprese a její rozlišení od jiných výše uvedených duševních projevů, záleží také na zpovědnicové formě, tedy zda jde o klasickou zpovědnici, kde kněz vyznání pouze slyší, aniž by kajícníka viděl, nebo o bezbariérovou zpovědnici, zpovědní místnost, kde může kněz hodnotit celkové chování, vystupování a doprovodné projevy dotyčného člověka. Může ohodnotit mimiku, úpravu zevnějšku, grimasování a jiné. Pokud zpovědník pojme podezření na depresi, ať už z výše popsaných projevů nebo přímo z obsahu vyznání, musí sledovat především dvě oblasti:

Původ deprese:

Přestože není někdy vhodné, aby se zpovědník zdržoval u obsahu jistých vyznání, zde je na místě doporučit výjimku. Zpovědník by se měl tázat na příčinu smutku, kterým dotyčný trpí. Je vhodné zjistit, zda depresivní ladění kajícího je způsobeno tragickou životní událostí, nebo je bezdůvodné, jak o tom hovoří obě kazuistiky. Pokud zpovědník zjistí, že příčina deprese je tzv. „bezpředmětná“, anebo kající se člověk sděluje dokonce bludy, je namístě lékařská péče.

Ochotu spolupráce mimo zpovědníci:

Pokud kněz zjistí, že má před sebou hlubší depresivní stav, zvláště když zde hrozí nebezpečí sebeublížení nebo sebevraždy, je jeho zásadní povinností vyhledat pro nemocného vhodnou a zpovědní tajemství neporušující lékařskou pomoc. Buď odeslat dotyčného k lékaři, nebo se spojit s příbuznými a požádat je, aby se nemocného ujali. Není nutné dotýkat se obsahu zpovědního sdělení. Je vhodné, aby kněz navázal spolupráci s nemocným i mimo zpovědníci. Záleží na situaci, okolnostech a použité formě nabídky.

Není důležité, jak již bylo v obecné části uvedeno, zda jsou psychiatr nebo praktický lékař, kteří se nemocného ujmou, věřící či nevěřící. Každý lékař pozná duševní nemoc, i když se projevuje religiózním obsahem. Při hluboké depresi, kde přichází často pocity těžkých provinění, sebeobviňování a myšlenek na smrt, se nedá nic z toho vymluvit, rozmluvit, nelze ani vysvětlit nesmyslnost sebeobviňování nebo jiných bludných myšlenek.

Zpovědník by se neměl domnívat, že sebemoudřejší, procítěný a logicky vedený duchovní rozhovor ve zpovědníci i mimo ni změní biochemické reakce v mozku nemocného a eventuálně se mu tak podaří rozmluvit sebevražedné jednání nebo vyvrátit blud.

Nelze se ani spoléhat na víru nemocného jedince a domnívat se, že věřící katolík sebevraždu nespáchá. Poznámky o sebevraždě nelze nikdy podceňovat. Není pravda, jak se často říká, že ten, kdo o sebevraždě mluví, nikdy se k ní neodhodlá. Pokusit se může. Slova o sebevraždě jsou často signálem, který člověk vysílá do okolí, aby jeho trýzeň, kterou prožívá, byla brána na zřetel.

Jiná je situace, pokud depresivní rozlada není hluboká, má reálný podklad a pouze odráží životní situaci, kterou dotyčný člověk prožívá. Zde je na místě povzbudivé slovo, posílení ve víře, přátelský přístup a společné hledání východiska z problémů. Zde není lékařská pomoc nevyhnutelně nutná.

Hluboká deprese, melancholie, může způsobit, že kajícník někdy není schopen vyznání. Jeho psychické i motorické schopnosti mohou být utlumeny tak, že pouze hledí, vzdychá a není schopen komunikace v té míře, která naplňuje plnohodnotné vyznání. K dosažení smíření může dojít jiným způsobem. Vhodná je nezatěžující forma, kdy kněz eventuálně krátce rozebírá a předřikává jednotlivá přikázání Desatera a požádá kajícníka, aby kývnutím hlavy nebo jiným znamením dal najevo, že uváděného hříchu lituje. Potom může následovat povzbuzení a rozhřešení. Tyto případy zpovědní praxe přicházejí v úvahu většinou u kněží, kteří plní službu zpovědníků v psychiatrických léčebnách.

Přestože zásadní pomoc patří v případech onemocnění depresí do rukou lékaře, role duchovního nekončí. Bude-li duševně nemocný léčen v psychiatrickém ústavu, kam kněz dochází, nebo bude léčen ambulantně a zůstane v domácím prostředí, je velice dobré, aby byl duchovní servis zajištěn nejen jemu, ale také jeho blízkým. Péče o příbuzné je neméně důležitá, bohužel se na ni často zapomíná. Svátostmi má kněz posloužit nemocnému vždy. Včetně svátosti nemocných. Duchovní rozhovor má být podpořen biblickými citacemi, jak je uvádí rítus obřadů pomazání nemocných a péče o nemocné.

Nejen zdravý, ale tím více nemocný člověk má mít splněny základní lidské potřeby ke své spokojenosti. Mimo potřeby biologické sem patří i potřeba pocitu vlastní hodnoty, dobrý vztah k druhým lidem, dobrý a blízký vztah s Bohem.

U všech případů duševního onemocnění má poskytovat podporu celé okolí. Lidé jsou ovšem bezradní, protože nemoci nerozumí. I zde je proto úlohou kněze, který je o podstatě choroby aspoň částečně informovaný, aby příbuzné poučil a dodával jim naději. Zde jsou, tak jako jinde v životě, na místě slova Písma o tom, že máme nést břemena jedni druhých, abychom naplnili zákon Kristův.

Přístupy duchovního k nemocnému s depresí:

- podporujte nemocného v rozhodnutí léčit se
- ukažte nemocnému přirozený cíl, na který by se těšil
- nezlehčujte stav nemocného a neříkejte mu, “ že to nic není“
- nenuťte nemocné do činnosti a nenaléhejte na ně, neobviňujte je z lenosti
- zásadně se varujte toho, abyste nemocné posílali k léčitelům⁹⁴

⁹⁴ Kašparů, M., Základy pastorální psychiatrie pro zpovědníky