

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

2009

Hana Toufarová

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Charitní a sociální činnost

Hana Toufarová

**Pastorační péče o pacienty s psychiatrickým
onemocněním
Bakalářská práce**

Vedoucí práce: ThLic. Michal Umlauf

2009

*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. Pastorace (pastorační péče).....	8
1.1 pojem „duchovní“.....	8
1.1.2 Křesťanské pojetí duchovního života.....	8
1.1.3 Duchovní rozměr péče o nemocného.....	9
1.2 Co se rozumí pastorační péčí.....	11
1.3 Pohled na nemoc.....	13
2. Psychiatrická onemocnění.....	16
2.1 Co je psychóza.....	16
2.1.1 Jak se psychóza léčí.....	16
2.2 Druhy psychiatrických onemocnění.....	17
2.2.1 Deprese.....	17
2.2.2 Schizofrenie.....	18
2.2.3 Bipolární porucha.....	23
3. Pastorace pacientů s psychiatrickou diagnózou.....	27
3.1 Obecné zásady.....	27
3.2 Exorcismus.....	28
3.3 Zásady pastoračního přístupu u jednotlivých poruch a nemocí.....	29
3.3.1 Manická epizoda.....	29
3.3.2 Bipolární afektivní porucha.....	30
3.3.3 Depresivní epizody.....	30
3.3.4 Schizofrenie.....	32
3.4 Stigma, předsudky.....	32
Závěr.....	36
Seznam použité literatury a zdrojů.....	37
Seznam příloh.....	39

Úvod

Lidé s psychiatrickým 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 (v roce 1995), 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.

Tato práce v úvodních kapitolách pojednává o tom, jak vlastně definujeme pastorační péči. Dále informuje o nemocech samotných, z medicínského hlediska. Nakonec o konkrétních přístupech pastoračního pracovníka u jednotlivých onemocnění. Zmiňují se zde také o předsudcích veřejnosti vůči duševně nemocným.

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

1. Pastorace (pastorační péče)

1.1 Pojem „duchovní“

Pod pojmem „duchovní“ si většina lidí představuje „něco“, co je opakem „tělesného, nemateriálního. Význam slova „duchovní“ chápeme jako něco nadzemského, nadpřirozeného. Proto duchovní svět bývá spojen s neobvyklými věcmi, jako například se zázraky, zjeveními apod.¹

Použijeme-li místo výrazu „duchovní rozměr“ odpovídající latinské slovo „spirituální“ a vztáhneme-li tento výraz na člověka, pacienta, můžeme takto bez obtíží nahlížet na člověka jako na plnohodnotnou lidskou bytost. Nebudeme ho již vidět pouze jen jako více či méně fungující organismus, ale vnímáme jeho osobní historii, vidíme ho v síti vztahů, tedy i v dimenzi sociální, a také v rozměru hloubek jeho nitra, jeho vnitřních jistot a nejistot a v těch vztazích, které mohou jít dál než jsou pracovní vztahy k lidem a k věcem, tedy v rozměru duchovním.²

1.1.2 Křesťanské pojetí duchovního života

Neboť naše pojednání bude neseno v náboženském duchu, je na místě rozebrat si toto pojetí z křesťanského hlediska.

„Základní rozlišení křesťanského pojetí duchovního od pojetí ostatních spiritualit je neseno pojmem „osoba“. Co je člověk „sám o sobě“? Není to jeho sebevědomí, to co si myslí sám o sobě (psychologický přístup), ale to, jak o něm smýšlí Bůh, jak ho vidí a vnímá.

Základní přístup křesťanské antropologie můžeme shrnout poněkud zjednodušeně a nepřesně, ale k našemu účelu zcela dostačujícím způsobem takto: Člověk se rodí na tento svět jako člověk, s lidskou přirozeností. Přirozenost je to, co nás spojuje s ostatními lidmi, tj. rozum, vůle, cit, sociální a psychologické potřeby, vnitřní struktura, společná zákonitost individuálního růstu a zrání, lidská důstojnost, lidské hodnoty, dary atd. člověk se však rodí rovněž se svou jedinečností, neopakovatelností a originalitou.“³

¹ srov. Ambros, P., Studijní texty z pastorální teologie III, s. 8

² srov. Opatrný, A., Malá příručka pastorační péče o nemocné, s. 1

³ Ambros, P., Studijní texty z pastorální teologie III, s. 8

Originalitu každého z nás nejlépe vyjadřuje naše jméno. Člověk tak chápe svoji náležitost k lidskému rodu, ale zároveň cítí svoji jedinečnost, výjimečnou individualitu každého jedince.

Křesťanský přístup ke spiritualitě je založen na přesvědčení, že pravé „lidství“ každého člověka se plně rozvíjí až na základě vztahu s Otcem.⁴ Křesťané věří, že Bůh stvořil člověka proto, aby žil ve společenství nejen s ním, ale i s druhými lidmi. Harmonie vztahů nás všech tak můžeme dosáhnout pouze tak, když budeme žít v souladu s Božím řádem a každý z nás bude žít v osobním vztahu s Bohem.

1.1.3 Duchovní rozměr péče o nemocného

Dnes se stává naštěstí běžným celistvé chápání potřeb nemocného a z nich vyplývajících úkolů pro ty, kteří se o něho starají. Bývá to vyjádřeno známou čtveřicí potřeb, která odpovídá čtveřici dimenzí člověka jakožto bytosti tělesné, sociální, psychické a duchovní. Úkoly okolí nemocného se proto charakterizují jako péče o biologické potřeby, pomoc v řešení sociálních potřeb, vystižení a realizace psychologických potřeb a pomoc k naplnění duchovních (spirituálních) potřeb.

Protože nemocný je bytostí sociální, je zapojen v řadě sociálních vazeb, záleží velmi na tom, zda se příbuzní a přátelé nemocného smíří a vyrovnají s nemocí, s aktuálním stavem nemocného, s jeho ubohostí, kontrastující s dřívější silou a svěžestí. Kdo jeho stav nepřijme, ten mu jen málo pomůže a nebude mu oporou. Jinak řečeno jde o to, zda okolí nemocnému „dovolí“ být nemocným, zda mu „dovolí“ slabost a to psychickou či intelektuální, skleslost, mrzutost, změny fází vyrovnávání se s nemocí. Kvalita pomoci, kterou nemocnému poskytuje jeho okolí, závisí do velké míry také na tom, jak dalece chápe toto okolí duchovní dimenzi nemocného, do jaké míry jsou lidé v blízkosti nemocného ochotni se do této oblasti s nemocným pouštět v rozhovorech. Pokud ten, kdo chce nemocnému prospět, tuto dimenzi nevnímá nebo ji má následkem výchovy uzavřenou či ji vědomě vyřazuje, potom mu nezbude, než se omezit nejčastěji na oblast biologických a někdy sociálních potřeb, případně zůstane u pochybného rozveselování nemocného nebo se setkání raději vyhne. Nemocný ovšem většinou dobře pozná, zda jeho partner v rozhovoru je nebo není schopen a ochoten s ním mluvit o tom, co je v hloubce za událostmi dne, za popisem zdravotních problémů

⁴ srov. Ambros, P., Studijní texty z pastorální teologie III, s. 9

a za běžnými konverzačními tématy. Šířka, hloubka, aktivizace duchovní dimenze toho, kdo se o nemocného stará, hraje také velmi důležitou roli.

Mnozí se stále ještě domnívají, že těžce nemocný člověk nemá žádné úkoly, je ze všeho „omluven“, nic se od něho nečeká. Jakkoliv to zpravidla platí po stránce péče o biologické potřeby, neplatí to zdaleka o sféře sociální a duchovní.

V dlouhodobé nemoci je na jedné straně na řešení spirituálních otázek jakoby dost času, na druhé straně je ale dlouhodobá nemoc vyčerpávající. Jakou roli v ní tedy duchovní dimenze hraje? Jak silně má být její realizace akceptována? Můžeme říci, že tato dimenze je určitým způsobem základem jak pro způsob, kvalitu a prožívání vztahů k ostatním lidem, tak pro vztah k sobě samému, k vlastnímu životu a u mnohých i k Bohu. Její podpora a realizace nevyžaduje jako partnera rozhovoru a prožívání ve všem stejně smýšlejícího člověka, ale v každém případě člověka, který tuto dimenzi života vnímá, s určitou úctou uznává a sám se před ní neskrývá ani před ní neprchá. Proto můžeme říci, že základním prvkem pro podporu duchovní dimenze nemocného člověka je především chápající partner rozhovoru, který je otevřený všem tématům nemocného. Takovýto rozhovor může nabýt vyloženě náboženského charakteru. Pokud se tak stane, je zpravidla pro nemocného nejdůležitější stupeň důvěry, který k partnerovi rozhovoru má, odborná kompetence v oblasti náboženství bývá až na druhém místě. Důležité je, aby se partner v rozhovoru nemocnému přizpůsobil a nechtěl vše stále převádět na svůj vlastní duchovní svět či systém.

Je také možné, že přijde na pořad realizace explicitních náboženských potřeb: je žádáno setkání s duchovním, udělení svátostí apod. Zde se má nemocnému samozřejmě všemožně vyjít vstříc. Bylo by velmi praktické, kdyby zdravotnický personál – bez ohledu na vlastní náboženskou orientaci – znal běžné potřeby praktikujících věřících u nás a měl představu o jejich naplnění, aby se nebál neznámých věcí nebo jim z neznalosti nebránil.⁵

„Podle mnoha zkušeností se má za nesporné, že duchovní život člověka většinou nějakým způsobem pokračuje i ve stavech silně snížené schopnosti komunikace. Jako kněz mám nejednu zkušenost ze setkání s pacientem, který řadu dní i týdnů nekomunikoval vůbec se svým okolím, ale při setkání s duchovním komunikovat začal a dovršil prakticky jakýsi vnitřní proces růstu víry nebo touhy po smíření, který v něm dlouho trval a nakonec došel své plné realizace. Uvádím to proto, abych podpořil názor, že nemocný nemá být po žádné stránce „odepsán“, dokud žije, a to ani po stránce své duchovní dimenze, kterou není schopen nijak navenek projevit. Je v tom i naděje, že hluboce chápavým a porozumivým přístupem můžeme

⁵ srov. Opatrný, A., Malá příručka pastorační péče o nemocné, s. 2-3

*prospět i člověku, který nekomunikuje. Křesťan pak je přesvědčen, že jak modlitba za nemocného, tak modlitba u nemocného, jakož i udělení některých svátostí má smysl i tehdy, když nemocný, který by ve stavu vědomí toto vše přijímal, není při vědomí a zdánlivě nemůže ani vnímat ani reagovat. Stručně řečeno, domnívám se, že neuděláme zásadní chybu, když budeme u dlouhodobě těžce nemocného předpokládat víc duševních a duchovních dějů, než se nám na první pohled zdá. V opačném případě bychom ho mohli o něco připravit nebo mu ublížit.*⁶

1.2 Co se rozumí pastorační péčí

Obecně je možno říci, že v pastorační péči je kladen důraz na posilování víry a zvládání životních obtíží (těžkostí, krizí, nemocí, životních katastrof) z hlediska víry. Tato péče je zaměřena na lidi prožívající přerůzné těžkosti, úzkosti a strachy, bolesti, utrpení a nemoci, stáří a blízcí se smrti, osamění, sociálního a jiného tlaku a útlaku. Od takto definované pastorální péče se pak očekává potěšení, povzbuzení, nalezení správného postoje, bezpečí a skrytosti v Bohu. Očekává se i pomoc v orientaci víry v nejasné situaci, pomoc při rozhodování v různých životních situacích.⁷

Pastorační péči 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. Šíře si to rozeberme:

Jednání s člověkem - je to slovo snad příliš odtažitě, je ale voleno proto, aby bylo zřejmé, že prvotní kontakt je kontakt s člověkem, který potřebuje druhého člověka či druhé lidi ke zvládnutí své situace. Tento kontakt má svůj primární cíl v tom, že nemocný „má člověka“, ne v tom, že nemocným je manipulováno k dosažení určitých cílů, nebo že je nemocnému položena skrytá či zjevná podmínka: „já jsem tu proto, abych se s tebou bavil o víře, případně tě připravil pro přijetí svátostí, a pokud to odmítneš, odejdu.“ Jinak řečeno: toto jednání má z hlediska křesťana ztělesňovat Ježíšovu lásku k trpícím, Boží náklonnost ke všem lidem.

Respektování jedinečnosti člověka - křesťan doprovázející nemocného, bude stále tísňen dvěma póly, mezi nimiž vede jeho cesta. Na jedné straně se bude chránit manipulace s nemocným, vnucování vlastních názorů a postojů, na druhé straně nebude chtít stát vůči

⁶ Opatrný, A., Malá příručka pastorační péče o nemocné, s. 3

⁷ srov. Křivohlavý J., Pastorační péče, s. 14

nemocnému neutrálně tak, že by vlastně učinil své křesťanství neviditelným a neslyšitelným. Aby se jednomu i druhému vyhnul, udělá doprovázející nejlépe, když nebude hledět v první řadě na sebe a nebude si stále klást otázky o tom, co všechno by měl nemocnému říci a jak šikovně by měl „vpassovat“ křesťanské pravdy do vzájemných hovorů. Místo toho by měl jako výchozí pozici zvolit fakt, že oba, on i nemocný, jsou plnoprávní a zodpovědní lidé, kteří se setkávají v rovnocenné situaci. Oba se mají respektovat, oba si mají co nabídnout, oba se mohou navzájem obohatit, a to tím, co jeden svobodně předá a druhý taktéž svobodně přijme. Oba mají za sebou kus své životní cesty, ze které nemohou nijak vyskočit, ale díky které mohou využít to nejlepší, co už mají za sebou. Možná se bude zdát tento postoj málo horlivý, málo evangelizující, příliš laxní. Vychází ale ze vzorů, které vidíme v evangeliu. Ježíš oslovuje ty, kteří ho potkávají tak, že jim ponechává plnou svobodu. Říká jim spíš „chceš-li“ nebo se ptá „věříš?“, ale neříká „musíš věřit“, a samozřejmě také nijak nevyčítá těm, kteří po setkání s ním odcházejí. Bůh, který nenutí, je Bůh, který získává. Křesťané mají vydávat svědectví, a ne agitovat, vnucovat a obtěžovat. Podle Písma: „Buďte vždy připraveni dát odpověď každému, kdy by vás vyslychal, o naději, kterou máte, ale činite to s tichostí a uctivostí“ (1 Petr 3,15-16).

Doprovázení v nemoci a přístup z pozice křesťana - slovo „doprovázení“ není jen slovem v pastorační literatuře módním. Je to slovo, které vystihuje jak povinnost pomáhajícího (pokud doprovázím, tak neopouštím, nejsem určen jen pro šťastné chvíle), tak respektování doprovázeného (není jen „objektem péče“ nebo vhodnou osobou k získání pro naše plány), a také skutečnost, že nemocný nepřichází bez vlastní historie, jde svou životní cestou, na níž se k němu doprovázející přidružuje.

Právě z požadavku na pravdivost vztahů a postojů a z požadavku vzájemného respektu doprovázejícího a doprovázeného vyplývá, že je-li doprovázející křesťanem, nemůže a nemá své křesťanství prostě odložit u dveří a být jakýmsi „fungujícím neutrálem“. Křesťan, ať chce nebo nechce, se nakonec stýká s nemocným na úrovni své víry, podle míry realizace své víry ve vlastním životě. Co je nadto, to předstírá.

Prakticky to znamená, že by měl v nemocném především vidět člověka Bohem milovaného, člověka, který je předmětem Boží péče - ať už on o tom ví a hlásí se k tomu, nebo mu je to jedno, případně tvrdí pravý opak a o Bohu nechce ani slyšet. Dále to znamená, že se bude snažit mít nemocného rád bez ohledu na to, jak se má nemocný k němu. A že se za něho bude modlit. A konečně to znamená, že sice bude právem toužit po tom, aby se nemocnému co nejvíce otevřel poklad evangelia, že bude toužit po nastoupení co nejjistější cesty nemocného ke spáse, ale že bude po Božím vzoru plně respektovat cestu a rozhodnutí

nemocného - a že ho nebude nijak zjevně ani skrytě „trestat“ za to, když nemocný bude jeho nejlepší a nejlépe míněné nabídky z oblasti náboženského života míjet nebo přímo odmítat. Ostře řečeno: doprovázející by neměl mít s doprovázeným méně trpělivosti, než má Bůh s ním samotným. A s Bohem musí umět čekat, nebo se to musí naučit.

1.3 Pohled na nemoc z hlediska víry

Postoj k nemoci je u jednotlivých lidí, ať věřících nebo nevěřících, velmi rozličný. Pro některé lidi je nemoc a utrpení (smrt) vrcholným argumentem pro jejich odmítání Boha. Pro jiné lidi je utrpení a nemoc takřka jedinou věcí, o které si myslí, že se Bohu líbí, a že si jí cení. Proto utrpení bližních všelijak ideologizují - dělají z něj věc, kterou je takřka si na Bohu žádat. Naopak uzdravení považují za věc podezřelou a nezřídka se ostýchají Boha o ně prosit. A jsou takoví, kteří trvající nemoc považují za defekt víry a tvrdí, že je-li naše víra dostatečná, Bůh uzdraví každou nemoc.

„Co může a má říci křesťanská teologie ke stále se objevujícímu pohledu na nemoc jako na trest za osobní hříchy?“ Covi velice prostého: zopakovat Kristova slova k slepému od narození: „Nezhřešil ani on ani jeho rodiče, ale mají se na něm zjevit skutky Boží“ (Jan 9,3) ⁸

Pohled do evangelia nám ukazuje, že Ježíš se staví k nemoci jednoznačně jako její odpůrce a nikomu nedoporučuje, aby v nemoci dobrovolně setrval. Přesto nám celé dějiny ukazují nemoc, bolest a smrt jako trvalé průvodce lidských, a tedy i křesťanských životů, přes všechna podivuhodná a mimořádná uzdravení. Království Boží je už mezi námi, ale není tu nové nebe a nová země a ještě nejsme vzkříšeni, a tak tedy tu je nemoc, bolest a smrt jako zkouška i jako šance. Nový Katechismus katolické církve o tom mluví velmi vyváženě:

„Nemoc a utrpení vždy patřily k nejvážnějším problémům, které podrobují lidský život zkoušce. V nemoci člověk zakouší vlastní bezmocnost, vlastní meze a svou ohroženost. Každá nemoc nám může dát zahlédnout smrt.“

„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 1500,1501)

⁸ Kašparů, M., Základy pastorální psychiatrie pro zpovědníky, s. 60

Nemocný je svou nemocí často více méně vyřazen z běžného života, tedy ze své práce, z některých vztahů, jeho život začne více či méně postrádat smysl, je stavěn před trýznivé otázky o budoucnosti vlastní i těch, kteří jsou na něm závislí. Mnohdy se dostává zcela nečekaně a naráz do úplně nové životní situace, se kterou neměl dosud žádné zkušenosti. To všechno znamená pro člověka nejen velkou fyzickou, ale hlavně psychickou zátěž. A zpravidla to znamená velkou zkoušku víry, tím větší, čím je stav beznadějnější nebo příchod bezmoci rychlejší. I silně věřící člověk, zralý psychicky i zralý ve víře, může být nemocí postaven před neobyčejně těžkou překážku pro svou víru - vzpomeňme na spravedlivého Joba. Tato zkouška víry není žádnou hanbou, není zpravidla lehce odstranitelná a vyžaduje trpělivost doprovázejícího i modlitby mnohých. Může to být ale cesta k velké zralosti víry. V utrpení lze ovšem i víru ztratit, a ještě více to platí pro ty, kdo jsou svědky utrpení svých blízkých. Tam může znamenat nevyslyšení prosby, vyslané k Bohu jen lehkovážně, konečné zatvrzení se člověka vůči němu.

Nicméně nemoc a utrpení jsou výzvou k obrácení. Cesta k tomuto obrácení ale nemusí být ani rychlá ani krátká. Otázka uzdravení je pak zdrojem mnoha nedorozumění. I věřící lidé mnohdy počítají jen s uzdravením tělesným „aby mohli zase pracovat“. Ježíš zcela zřetelně uzdravením tělesným nijak nepohrdal, ale šlo mu o uzdravení celého člověka, tedy v jeho dimenzi tělesné i duševní, nebo ještě lépe: šlo mu o spásu. Katechismus katolické církve to vykládá takto:

„Kristův soucit s nemocnými a jeho četná uzdravení nemocných všeho druhu jsou jasným znamením skutečnosti, že „Bůh navštívil svůj lid“ (Lk 7,16) a že Boží království je blízko. Ježíš nemá jen moc uzdravovat, nýbrž i odpouštět hříchy: přišel uzdravit úplně celého člověka, duši i tělo. Je lékařem, jakého nemocní potřebují. Jeho soucit se všemi trpícími jde tak daleko, že se s nimi ztotožňuje: „Byl jsem nemocen a navštívili jste mě“ (Mt 25,36). Jeho přednostní láska k nemocným nepřestala během staletí zcela zvláštním způsobem podněcovat křesťany k tomu, aby pečovali o všechny, kdo trpí na těle i na duchu. Ona je zdrojem neúnavného úsilí přinášet jim úlevu v jejich trápeních.“

„Ježíš často žádá nemocné, aby věřili. K uzdravování používá znamení: sliny a vkládání rukou, bláto a omývání. Nemocní se snaží dotknout se ho, „protože z něho vycházela síla a uzdravovala všechny“ (Lk 6,19). Tak se nás Kristus ve svátostech i nadále „dotýká“, aby nás uzdravoval.“

„Kristus, pohnut tolikerým utrpením, nejen dovolil, aby se ho nemocní dotýkali, ale bere jejich trápení za své: „Vzal na sebe naše slabosti a nesl naše nemoci“ (Mt 8,17).

Avšak neuzdravil všechny nemocné. Jeho uzdravení byla znamením příchodu Božího království. Ohlašovala mnohem radikálnější uzdravení: vítězství nad hříchem a nad smrtí skrze jeho velikonoční oběť. Kristus vzal na kříži na sebe celou tíži zla a „sňal hříchy světa“ (Jan 1,29). Nemoc je pouze jeho důsledkem. Svým utrpením a svou smrtí na kříži dal Kristus utrpení nový smysl: od té doby nás utrpení může připodobnit Kristu a spojit s jeho vykupitelským utrpením.“ (KKC 1503,1504,1505)⁹

Pastorační péče je definována jako pomoc duchovního člověku v celé škále jeho problémů a těžkých životních situací, které mohou v životě nastat. Vedle problémů v rodině a mezilidských vztazích bývá nejčastějším takovým problémem nemoc - ať už fyzická či psychická. 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.

⁹ srov. Opatrný, A., Malá příručka pastorační péče o nemocné, s. 4-6

2. Psychiatrická onemocnění

V této kapitole si probereme nečastější psychické nemoci, kterými trpí naše populace a objasníme si základní pojmy.

2.1 Co je psychóza

„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.“¹⁰

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.¹¹

2.1.1 Léčba psychóz

Léčba 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 pružnost terapeuta a jeho léčebných strategií. Každý terapeut by měl používat víc než jednu metodu. Ve všech fázích má velký význam spolupráce s nejbližšími příbuznými. Pokud je léčba postiženého ambulantní formou příliš zatěžující, jak tomu bývá při prudkých nebo déle trvajících krizích, je možná psychiatrická hospitalizace.

¹⁰ Praško, J. a kol., Psychotická porucha a jak se jí bránit, s. 17

¹¹ srov. <http://vasinasi.webnode.cz/o-nas/co-je-to-psychoza/>

Lékař zpravidla odesílá nemocného do nemocnice také tehdy, když díky psychotickým prožitkům dochází k ohrožení sebe nebo druhých.

2.2 Druhy psychiatrických onemocnění

2.2.1 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, jejíž příznaky a projevy si zde nyní vysvětlíme.

„Deprese je závažné psychické onemocnění, je to nemoc postihující celý organismus. Pro depresi je charakteristické opakování epizod chorobného smutku, beznaděje, ztráty energie, vůle, sebedůvěry a radosti ze života. Deprese je provázena pesimistickými výhledy do budoucna, poklesem výkonnosti, bezdůvodnými obavami a úzkostmi, pocity méněcennosti a domnělého provinění, myšlenkami na sebevraždu, poruchami spánku, poruchami soustředění, nezájmem o sebe, svou práci, rodinu, přátele, koníčky a záliby, které dříve těšily. Od běžného smutku nebo rozladěnosti se deprese liší v tom, že je intenzivnější než smutek, trvá déle a nepříznivě ovlivňuje výkonnost.“¹²

Příčiny deprese

„Některé typy deprese se častěji objevují v určitých rodinách, což může znamenat, že je zde přítomna vrozená biologická zranitelnost. Zdá se však, že ne každý, kdo zdědil zranitelnost v depresivní poruše, jí také onemocní. Pravděpodobně zde hrají roli další faktory, zejména stresující zážitky a stresující prostředí, které spouštějí začátek nemoci. Velká depresivní porucha se také může objevovat v některých rodinách v následujících generacích. Ovšem objevují se také u lidí, v jejichž rodinné historii nikdy podobné potíže nebyly. Není tedy zatím jasné, jaký podíl u velké deprese hrají genetické vlivy, zaměstnání, narození dětí, menopauza, odchod do důchodu) se mohou často stát spouštěčem depresivní poruchy.“¹³

Mezi nejtypičtější příznaky deprese patří poruchy spánku, ztráta chuti k jídlu, nezájem o své koníčky, přátele, nezájem o sex. Časté jsou sebevražedné myšlenky, zanedbávání

¹² Doubek P. a kol., Deprese a její léčba, s. 6

¹³ Praško, J., Co je to deprese a jak se léčí, s. 8

základních hygienických návyků. Pacient je vyčerpaný, smutný až otupělý, má pocity méněcennosti a sebeobviňování.¹⁴

„Deprese není vada charakteru. Není to špatná nálada nebo osobní slabost, která by se dala změnit vůlí nebo tím, že se člověk „dá dohromady.“¹⁵

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.¹⁶

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.¹⁷

V současnosti je deprese nejčastějším psychiatrickým onemocněním v obecné populaci. Přibližně 25% lidí prožije během života alespoň jednu epizodu deprese. Ženy trpí depresí přibližně dvakrát častěji než muži. Výskyt tohoto onemocnění v posledních desetiletí vzrůstá, od konce druhé světové války je zaznamenán posun počátku nemoci do nižších věkových kategorií.¹⁸

2.2.2 Schizofrenie

Schizofrenie patří mezi velmi závažné duševní poruchy. Za základní znaky schizofrenie považujeme poruchy myšlení a jednání.

„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.“¹⁹

Byla doba, kdy se myslelo, že diagnóza schizofrenie znamená, že nemocný bude duševní chorobou poznamenán na celý život a že bude trávit značnou část života v psychiatrickém ústavu. Byli i lékaři, kteří toto onemocnění pokládali za nevléčitelné. Jestliže se nemocný přesto uzdravil, usoudili, že schizofrenie byla diagnostikována mylně. Ještě donedávna byly názory na tuto nemoc značně rozporné. To souviselo se skutečností, že na tomto onemocnění zůstalo mnoho nevyjasněného, ba záhadného. Lidem připadalo

¹⁴ srov. Doubek P. a kol., Deprese a její léčba, s. 7

¹⁵ Hoschl, C., Deprese známá neznámá, s. 2

¹⁶ srov. Raboch, J., Psychiatrie minimum pro praxi, s. 102

¹⁷ <http://www.ordinace.cz/clanek/deprese/>

¹⁸ srov. <http://www.online-lekarna.cz/index.php/>

¹⁹ Vágnerová, M., Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 334

myšlení a chování pacienta nepochopitelné - nepochopitelnou jako by se stávala i samotná nemoc. Trvalo dost dlouho, než byly tyto pesimistické názory překonány. Už začátkem 20. století ukázal švýcarský psychiatr E. Bleuler, že jedna třetina nemocných schizofrenií se po prvním návalu nemoci uzdraví a zůstane už celý život v pořádku. Druhá třetina nemocných se taky uzdraví, ale nemoc se jim během dalšího života vrací. Jen jednu třetinu nemocných postihoval tehdy zlý osud: jejich psychika se nikdy nezotavila, zůstali provždy nemocní a žili buď v ústavech, nebo mimo ně jako podivíni, kteří byli většinou odkázáni na pomoc jiných.²⁰

Etiologie není dosud zcela jasná, důvodem je především skutečnost, že jde spíše o skupinu poruch, které se v některých symptomech shodují. Lze tudíž předpokládat, že její vznik ovlivní komplex mnoha faktorů, jejich vzájemná interakce. Jde o soubor dědičných dispozic, vývojově podmíněných změn, specifických zkušeností a vyvolávajících podnětů.²¹

Výsledky zkoumání schizofrenie potvrzují, že k jejímu vzniku přispívají i genetické faktory, avšak není zatím jednoznačně určeno, o jaký typ dědičnosti jde. Dispozici ke vzniku této choroby mohou vytvářet různé geny, může se na ní spolupodílet i větší počet genů. Míra exprese genetické informace nemusí být příliš velká, onemocní jen někteří z těch, kdo takové dispozice mají. Tato skutečnost byla potvrzena studii monozygotních dvojčat, jež jsou vždycky geneticky totožná, ale v 50% onemocní jen jedno. Schizofrenie má různé příznaky i různý průběh, a proto lze předpokládat, že může být i geneticky heterogenní. Zatím bylo identifikováno několik genů, jejichž narušení může zvýšit riziko vzniku schizofrenie, ale míra jejich vlivu není přesně známa.

Nápadnosti verbálního projevu vyplývají z poruch myšlení. Ty se navenek projevují nesouvislou, nesmyslnou nebo ochuzenou řečovou produkcí. Nemocní se často vyjadřují bizarním způsobem, projevují se zde tzv. verbigerace (nemocný stále opakuje totéž slovo nebo slovní spojení, bez ohledu na situaci), vytvářejí neologismy (tj. nová, neobvyklá a často nesmyslná slova) a komolí běžné výrazy, jejich řeč může být agramatická. Krajinou variantou takového narušení je tzv. slovní salát, kdy je verbální vyjádření zcela nesouvislé, to znamená, že mezi jednotlivými slovy neexistuje žádná spojitost. Užívají neobvyklých spojení slov, která mohou vycházet z jejich zvukové podobnosti, ale nerespektují logickou souvislost. V rámci postupující choroby, respektive v její chronické fázi dochází spíše k obsahovému ochuzení slovního vyjádření, eventuelně i k celkovému omezení verbální produkce.

²⁰ srov. Vinař, O., Schizofrenní onemocnění, s. 4

²¹ srov. Pavlovský, P., Psychiatrie minimum pro praxi, s. 73

Citové prožívání lidí trpících schizofrenií se mění z hlediska kvantity, kvality i adekvátnosti. V akutní fázi choroby převažují většinou nepřiměřené emoce, s postupujícím onemocněním dochází k jejich oploštění a otupělosti.

Jejich citové reakce bývají neadekvátní vyvolávajícím podnětům a situacím, bývají nepředvídatelné, někdy mohou být zcela opačné, než by bylo možné očekávat, například nemocný reaguje smíchem ve zcela neutrální situaci. Někdy mohou mít i v této oblasti pocit zasahování, nemohou například tento projev ovlivnit.

Nemocní mohou být na některé podněty nápadně přecitlivělí, mohou u nich vyvolávat neočekávanou či neobvykle silnou reakci. Tento projev bývá zapříčiněn zvýšením intenzity i frekvence nepříjemných emočních prožitků a projevuje se tendencí k sociální izolaci jako obranné reakci. Zejména na počátku onemocnění se můžeme setkat s projevy nápadné emoční lability. Tento projev lze chápat jako prognosticky pozitivní. Dost často se objevují i deprese, postihují přibližně čtvrtinu nemocných schizofrenií.

Afektivní ambivalence vyjadřuje protichůdnost aktuálních citových prožitků, jejich rozpornost a neslučitelnost. Může jít o rozpolcení vztahu k lidem, k určitému jednání, například o lásku, nenávisť, závislost i nepřátelství, touhu a strach. Lze ji chápat jako projev dezintegrace emočního prožívání, který je prognosticky nepříznivý. Ambivalence stimuluje obdobně protichůdné reakce, jejich neslučitelnost se může projevit úplnou neschopností jednat, tj. stuporem. Ambivalence se může projevit ve vztahu k čemukoli, nemocný je například závislý na své matce, ale zároveň ji ponižuje, kritizuje a někdy dokonce i bije.

Ambivalence ovlivňuje celkové hodnocení různých situací a jeho výsledkem je neadekvátní jednání. Standardní emoční reakce postupně spíše vyhasínají. Celková citová otupělost, útlum a apatie, vyhasnutí schopnosti prožívat emoce, se objevuje spíše v pozdější fázi onemocnění. Tento projev je rovněž prognosticky nepříznivý.

Nápadnost v chování bývají diagnosticky významné, často jsou impulsem k úvaze o duševním onemocnění. Může jít například o neklid, mluvení k sobě, neadekvátní smích, nebo naopak nápadné omezování kontaktu a aktivity. Mnohé nápadnosti v jednání lze chápat jako projev kognitivních a emotivních poruch. Nemocný reaguje tak, jak aktuální situaci chápe a prožívá, proto jeho chování často bývá neadekvátní a bizarní. Může jít o tendenci odmítat jídlo, nebo naopak sklon k sebepoškozování a sebezraňování atd.

V chování nemocných se projevuje i změna aktivační úrovně, která má nejčastěji charakter zpomalení či útlumu určitých reakcí nebo se projevuje celkovou nečinností. Nemocným může chybět schopnost iniciovat jakékoli cílevědomé jednání, mohou být nápadní celkovým stuporem (ztuhnutím), nebo mutismem (nemluvností). Vzácněji se projeví tendence

k nadměrné aktivitě, obvykle selektivně zaměřené, či k nepřiměřenosti projevu. Mohou to být například echolálie, tj. neúčelné opakování slov, nebo echopraxie, tj. neúčelné opakování určitých pohybů.

Základní typy schizofrenie jsou čtyři. Jejich rozdělení je spíše teoretické, protože v praxi se mohou překrývat, eventuelně jedna forma přechází do jiné, průběh této choroby může být značně různorodý. Uvedený přehled zahrnuje jen základní typy. V praxi se lze setkat i s kombinovanými variantami, s tzv. nediferencovanou schizofrenií apod.

Pro **paranoidní schizofrenii** je charakteristický blud s paranoidním obsahem a halucinace. Nemocný je ke svému okolí patologicky podezřívavý, vztahovačný, v rámci svého bludu je přesvědčen, že je ohrožen, pronásledován, hrozí mu zničení, bude použit k nějakému účelu nadpřirozenými silami atd. Může se objevit také patologická žárlivost. Blud ohrožení může být vztahován nejen k nadpřirozeným bytostem (například mimozemšťanům), ale i k určitým lidem - členům rodiny, sousedům, spolupracovníkům apod. Vzniká zde určité nebezpečí, že by nemocný mohl tyto nic netušící lidi napadnout, aby se - v rámci své privátní logiky - bránil proti ohrožení. Často se objevují halucinace, zejména sluchové, ve formě hlasů, které něco přikazují, hrozí atd. S výjimkou pocitů ohrožení a podezřívavosti bývají jedinci trpící paranoidní schizofrenií emočně spíše otupělí, či alespoň nenápadní. Mívají také poruchu vůle, bývají hypobuličtí, nedovedou se přinutit k potřebné aktivitě. Myšlení je narušené, především vzhledem k jejich bludnému výkladu reality. Paranoidní schizofrenie může vzniknout i v pozdějším věku, někdy až okolo 40 let.

Hebefrenní schizofrenie vzniká v období adolescence a rané dospělosti, tj. mezi 15 a 25 lety. Mívá špatnou prognózu, protože zasáhne rozvoj osobnosti v době, kdy by se měla vytvářet a stabilizovat nová identita jedince. Pokud v této vývojové fázi propukne závažné duševní onemocnění, nová identita se nevytvoří a původní dětské sebepojetí nemůže sloužit jako stabilní základ. Hebefrenní forma schizofrenie se jeví jako prohloubená a protahovaná puberta s podivným způsobem uvažování, nápadným šaškováním a klackovitým chováním neodpovídajícím věku.

Charakteristickým znakem je porucha myšlení. Může se objevit sklon k pseudofilozofickému myšlení, k úvahám o obecných, náboženských, metafyzických či filozofických otázkách, které nejsou založeny na potřebných znalostech, ani neberou v úvahu racionální argumenty. Myšlení může být inkoherentní, postupně dochází k jeho celkovému ochuzení a zúžení. Verbální projev bývá nápadný, nemocní užívají neobvyklých slovních spojení a někdy vytvářejí neologismy. Objevují bizarní bludy, hypochondricky nebo kosmicky zaměřené. Halucinace bývají častěji zrakové než sluchové (zatímco u nemocných

s paranoidní schizofrenií je tomu naopak). Nemocný může mít potíže s vymezením vlastní identity, neví, kým je, někdy si není jistý ani tím, zda je žena, nebo muž, člověk, či něco jiného atd.

Porucha emočního prožívání se na počátku onemocnění obvykle projevuje podrážděností, kolísáním citových prožitků, bezdůvodným střídáním emočního vzrušení s depresí a strachem. Pro hebefrenní schizofrenii je typická i moria, tj. hypomanická nálada která se projevuje tendencí k nevhodnému žertování. Postupně dochází k oploštění emočního prožívání, k apatii. Tuto změnu lze chápat jako prognosticky nepříznivý signál.

V oblasti sociálního chování je nápadný nedostatek zábran, sociální necitlivost, hrubost či vulgarita. Někdy nemocní jednají suverénně, jako by věděli všechno nejlíp, a na korektivní reakce okolí nereagují. Někteří mají tendence k neomalenému vtipkování a znevažování jiných lidí. Jindy se mohou projevovat artisticky a od jakýchkoli kontaktů se izolovat. Nápadné bývají i mimické a pantomimické projevy, které mají za normálních okolností určitý komunikační význam, avšak nyní jej ztrácejí, takže se podle nich nelze orientovat. Nemocní grimasují, reagují smíchem, který je nepřiměřený situaci, nebo podivně a nesmyslně gestikulují. Může dojít také k omezení mimických projevů, k hypomimičnosti, kdy výraz tváře neodpovídá prožitkům či jednání nemocného. Poruchy a nápadnosti v chování vyplývají z patologických změn uvažování a prožívání. Nemocní mohou reagovat náhlým, zdánlivě bezdůvodným útekem, toulají se apod. Často nedbají o svůj zevnějšek, někdy se nápadně oblékají, v pozdější fázi onemocnění se tímto způsobem může projevovat i celkový úpadek osobnosti.

Třetím typem je **katatonní schizofrenie**. Tato forma schizofrenie (dnes velmi vzácná) je typická nápadnostmi v oblasti motorické aktivity. Obvykle se rozlišují dvě varianty:

Produktivní forma, která se vyznačuje nadměrnou a nepřiměřenou pohybovou aktivitou, respektive paradoxním jednáním. Může jít o celkově zvýšenou aktivaci nebo například jen o echolálie či echopraxie, kdy nemocný stále opakuje určitá slova či věty nebo nějaké pohyby.

Stuporózní forma, která se projevuje celkovým zpomalením či útlumem veškeré motorické aktivity, ztrátou vůle k jakékoli činnosti. To znamená, že pacient se nehýbá, často vydrží velice dlouho v jedné poloze, nemluví a projevuje odpor vůči snaze jej aktivovat. Je negativistický, a pokud nějak reaguje, jeho reakce bývají paradoxní, tj. opačné, než k jakým jej vybízeli pokyn. Nemocný reaguje jako loutka, pokud by byl uveden do určité polohy, například kdyby jej někdo posadil nebo mu zvedl ruku, pak by v této poloze zůstal. Tento příznak se nazývá *flexibilitas cerea*, tj. vosková ohebnost. Objevují se halucinace,

hlasy, které zakazují mluvit, jednat, jíst apod. Tito nemocní mohou být značně nevyzpytatelní, jelikož nelze odhadnout, k čemu je jejich halucinace vyzvou.

Pro **simplexní formu schizofrenie** je charakteristický časný a plíživý vznik. Na počátku se může jevit jako porucha osobnosti s nápadnou leností a sociální nepřizpůsobivostí. Nemocní nerespektují běžné sociální normy, potulují se a zahálejí. Jsou bez zájmu o cokoli, tráví celé dny v nečinnosti. Bývají apatičtí a artističtí, uzavírají se do sebe a izolují se od společnosti. Jsou nápadní svou neschopností zvládat i běžné požadavky, přestávají o sebe dbát a postupně upadají. Jejich myšlení se postupně zhoršuje až na úroveň demence.²²

„Schizofrenici běžně ztrácejí schopnost pracovat, protože nemoc je totálně ničící. 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.“²³

2.2.3 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.“²⁴

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

²² srov. Vágnerová, M., Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 336

²³ <http://tn.nova.cz/magazin/zena/zdravi-a-zivotni-styl/schizofrenie>

²⁴ http://www.janssen-cilag.cz/disease/detail.jhtml?itemname=schizophrenia_about

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.“²⁵

V názvu bipolární porucha se skrývá jednak to, že se jedná o poruchy nálady, a jednak to, že jde o střídání a oscilování mezi dvěma póly extrémů nálady, ale i kolísání okolo tzv. normální nálady. O depresi jsme se již dozvěděli v předchozí kapitole.

Během manické epizody má postižený člověk nadnesenou náladu, většinou subjektivní pocit zvýšené výkonnosti, sníženou potřebu spánku, bývá mnohmluvný, lehkomyšlný, může dělat ostudu. Mívá tendenci se chlubit, chce realizovat spoustu povrchních nápadů, většinou však nic nedokončí, přechází z jedné aktivity na druhou. Rád utrácí peníze za nedůležité věci. Pokud mu někdo odporuje, snadno sklouzne do agresivity. Mánie zasahuje myšlení, rozhodování a chování způsobem, který vede k vážným problémům a někdy i ostudám. To nositeli v dané chvíli nevadí, naopak je s tímto stavem velmi spokojený. Projevem může být utrácení peněz, ukvapená pracovní a společenská rozhodnutí, sexuální dobrodružství apod.

Přesný mechanismus vzniku příznaků bipolární poruchy není dosud znám, předpokládá se však, že je způsobena nerovnováhou biochemických látek mozku - neurotransmiterů - především serotoninu, noradrenalinu, dopaminu, kyseliny gamaaminomáselné a glutamátu.

Jde o jednoznačně biologicky podloženou nemoc, podobně jako je například bronchiální astma nebo diabetes. V žádném případě nejde o rozmar, osobní slabost nebo životní nezář. Její propuknutí, projevy a průběh jsou ovlivněny vlivy genetickými, biochemickými, hormonálními a vlivy prostředí.

První epizoda porucha nálady pod obrazem plně vyjádřené deprese nebo mánie se nejčastěji objevuje mezi 15. a 25. rokem života. Nicméně v kterémkoli životním období se může objevit epizoda bipolární poruchy. Často je možné nalézt první příznaky bipolární poruchy již u dětí a dospívajících. V těchto obdobích nejčastěji pod obrazem zvýšené dráždivosti dítěte, výchovných problémů, úzkostných stavů, výbuchů vzteku, kolísání nálady. Plně vyjádřené epizody poruchy nálady v tomto období většinou nejsou zjevné.²⁶

²⁵ Rahn, E., Psychiatrie učebnice pro studium a praxi, s. 267

²⁶ Herman a kol., Bipolární porucha a její léčba, s.16

„Vzácněji se objevují bludy, které jsou výrazně ovlivněny manickým laděním, obsah bludů vždycky souvisí s přeceňováním a neadekvátním sebehodnocením. Nemocný se může cítit vyvolený či povoláný k výjimečným úkolům. Nejčastěji jde o:

Megalomaničtý blud. Nemocný je přesvědčen o své významnosti a výlučnosti. Velikášství někdy bývá spojeno s pocity ukřivděnosti, s potřebou dokazovat ostatním lidem svou domnělou hodnotu.

Paranoidní a reformační blud. Nemocný se cítí být spasitelem všeho lidstva, objeví lék na rakovinu apod. Vyjadřuje potřebu zasahovat do veškerého dění a ovlivňovat svět, který jej - podle jeho názoru - nedoceňuje.²⁷

„Sebehodnocení nemocného je nekritické, nepřiměřeně zvýšené, na úroveň neodpovídající skutečnosti. Nemocný má tendenci se přeceňovat, je přesvědčen, že všechno zvládne a bez problémů vyřeší, nic špatného jej nemůže potkat. Nevidí žádné komplikace a ohrožení, nedovede odhadnout nebezpečí, často dochází k nebezpečnému hazardování. Případné potíže zavinili jiní, vinu hledá vždycky mimo sebe. Není schopen přiměřeně reagovat na jednání lidí ve svém okolí. Zpětná vazba mu neslouží jako informace, která by vedla ke korekci jeho chování. Porucha sebehodnocení se projevuje i v této oblasti: jsou skvělí a neomylní, všechno dělají dobře.“²⁸

Manická nálada se odráží i ve změně tělesných funkcí. Nemocní mívají nadměrně aktivizované fyziologické procesy, a v důsledku toho se mění jejich tělesné potřeby. Mívají nadměrnou chuť k jídlu, ale na jídlo nemají čas, nepotřebují ani dlouho spát, a přesto se cítí svěží. Na druhé straně mívají zvýšenou sexuální apetenci, takže v této fázi často neselektivně střídají různé partnery.

„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, narušené vztahy, slabé výsledky v práci nebo ve škole, finanční a sociální problémy a zvýšené riziko sebevraždy.“²⁹

²⁷ Vágnerová, M., Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 384

²⁸ Vágnerová, M., Psychopatologie pro pomáhající profese, s. 385

²⁹ http://www.janssen-cilag.cz/disease/detail.jhtml?itemname=schizophrenia_about

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 nezbývá 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.

3. Pastorace pacientů s psychiatrickou diagnózou

3.1 Obecné zásady

Zásadním požadavkem pastorační služby člověku s psychickými obtížemi nebo člověku nemocnému je jeho bezpodmínečné přijetí pastoračním pracovníkem bez předsudků, vnitřního odporu a jakéhokoliv odsuzování. To je jistě samozřejmým požadavkem i jinde, zejména v oblasti psychologie a psychiatrie. Pastorační služba ale v sobě nese jedno neopominutelné osidlo, a to je osidlo morálního hodnocení a s tím související zkoumání viny. Pastorační péče je projevem života z víry, vychází z křesťanské životní orientace a proto do ní morální hodnocení činů, vědomí a odpovědnosti před Bohem a vědomí viny při lidských selháních bezesporu patří. Pokud se ale aplikuje u psychicky handicapovaného člověka stejným způsobem jako u zdravého, je to zpravidla nenáležitě, vlastně mnohdy nespravedlivé a může to být zdrojem jak nepochopení, tak dokonce ublížení nemocnému člověku. Na druhé straně nelze morálku ani u nemocného člověka zcela suspendovat, a to nejen kvůli objektivnímu morálnímu řádu, ale i kvůli samotnému nemocnému. V této chvíli tedy jen řekněme, že při setkání s psychicky nemocným nebo handicapovaným člověkem se musí pastorační pracovník vyhnout rychlým hodnocením, explicitně vyjadřovaným morálním soudům a zbožným nebo i méně zbožným napomináním v oblasti morálky. To neznamená, že nemůže vyjádřit taktně, ale jasně, co by sám nedělal, s čím nesouhlasí nebo co mu není milé. Základní požadavek přijetí nemocného tím ale nesmí být dotčen a nemocný nesmí být uveden do situace, kdy o svém přijetí je nucen pochybovat. Rovněž si musí být pastorační pracovník jasně vědom toho, že nejen nesmí zahrnovat nemocného zbožnými frázemi (to by ovšem neměl dělat nikdy), ale že mu mnohdy nemůže dávat ani obvyklé rady ohledně zbožnosti a projevů víry (modlete se, musíte Pánu Bohu věřit), které jsou u zdravých lidí zpravidla na místě.

Zdůraznění určitých odlišností v přístupu k psychicky nemocnému ovšem může vést až k přehnanému dojmu, že psychické obtíže vždy suspendují život z víry, že nemocný nemůže prostě nic. To ale může právem pociťovat jako netaktnost nebo i poníženi a znehodnocení. Je třeba stále uznávat, že věřící člověk, který byl navštíven psychickou obtíží nebo nemocí, nepřestal být věřícím člověkem, nestal se zcela nemohoucím, ovšem nemůže realizovat všechno to, co může zdravý člověk. A v rozlišení toho, co v daném stavu může a nemůže, co mu v oblasti života z víry a z praxe zbožnosti prospívá a co škodí, spočívá

zásadní jádro dobré pastorační péče o nemocného (ostatně i o zdravého). Na závěr nejdůležitější poznámka:

Nemocný potřebuje především kvalitní lékařskou péči, kterou nenahradí sebelepší péče pastorační!³⁰

3.2 Exorcismus

V souvislosti s psychickými potížemi se občas objevuje i otázka exorcismu (vymítání zlých sil). Buď proto, že člověk zápolí s těžkými duševními stavy, exorcismus sám žádá, nebo proto, že ho žádá jeho okolí nebo konečně proto, poněvadž tíha duševní nemoci, se kterou si nemůže nemocný poradit a kde někdy medicína málo pomůže, se právem jeví jako koncentrované zlo. A proti němu chce okolí nemocného zasáhnout. V této věci je ale třeba veliké obezřetnosti. Katolická církev se dnes staví k otázce exorcismu zodpovědně až úzkostlivě. Smí ho provádět kněz jen s výslovným dovolením biskupa. Předtím se zpravidla žádá, aby psychiatrické vyšetření vyloučilo, že jde jen a pouze o psychickou nemoc (může jít ovšem o kombinaci obojího - nemoci i intervence ducha zla). V každém případě je třeba vědět, že nevhodným postupem lze nemocného vmanévrovat do situace, kdy se jako posedlý začne chovat. Právě tomu se chce církev vyhnout. Pokud nemocný sám o exorcismus žádá nebo pokud chce například manžel exorcismus pro svou manželku, s níž má trvalé spory, je téměř jisté, že zde exorcismus není na místě.

Ještě je třeba dodat, že v některých radikálních křesťanských nekatolických skupinách se exorcismus praktikuje velice široce, lehkomyšlně, a tedy škodlivě. Kromě jiného je pak pozornost lidí přímo připoutávána k duchu zla, což je nežádoucí. Rozlišení ohledně exorcismu patří do rukou zkušeného kněze, pokud možno ve spolupráci se zkušeným věřícím psychologem či psychiatrem. Nebývá většinou snadné.³¹

³⁰ srov. Opatrný, A., Pastorační péče v méně obvyklých situacích, s. 6

³¹ srov., tamtéž, s. 7

3.3 Zásady pastoračního přístupu u jednotlivých typů poruch a nemocí

3.3.1 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. Mánie se ale naštěstí také vyznačuje přehnaně kladným sebehodnocením a to může i méně zkušeného pastoračního pracovníka upozornit na to, oč jde. Věřící člověk totiž zpravidla demonstruje spíš svou nedostatečnost, než svou nadprůměrnou skvělost. Druhý signál bývá rozpoznatelný až za nějaký čas: rozhodnutí a předsevzetí, vyplývající z mánie, není schopen člověk ani zdaleka naplnit.

V pastoračním rozhovoru je tedy nutné udržovat ze strany pastorujícího polohu klidné střízlivé vstřícnosti, která „nerozdmýchává ohničky nadšení mánie“, ale také partnera nesráží a nedegraduje na osobnost takřka nesvéprávnou. Nesplněné „manické sny“ nelze posuzovat jako morální selhání. V každém případě má pastorující vědět, že je nutná odborná léčba a její přijetí a respektování má, pokud je to možné, u klienta a jeho okolí, podporovat. Nikdy ovšem do ní nesmí zasahovat.

Pokud jde o svátosti, pochybnost by mohla být jedině u svátosti manželství, pokud by se jednalo o dlouhodobější poruchu. Byla by zde totiž na místě otázka, zda jde při uzavření manželství skutečně o plnohodnotné vědomé rozhodnutí, o pravý osobní souhlas. 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.

Důležité je, aby člověk v této fázi nebyl pověřován úkoly, které odpovídají jeho manickému projevu, ale ne jeho možnostem a aby pokud možná mu bylo zabráněno ve veřejném vystupování (katecheze, svědectví apod.), které by zřejmě bylo matoucí a neadekvátní.³²

³² srov. Opatrný, A., Pastorační péče v méně obvyklých situacích

3.3.2 Bipolární afektivní 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. Cílem je podporovat působení léčby (psychofarmak i jiných způsobů terapie), totiž vyrovnávání výkyvů oběma směry. Pastorační péče ale nemůže v žádném případě nahrazovat odbornou léčbu.

Pokud jde o styl duchovního života, je nutné se vyhnout dvěma extrémům. U člověka, žijícího určitým stylem zbožnosti, není možné ani vhodné jeho zbožnost vyřadit úplně (byť dočasně) z jeho života a právě tak není možné po něm žádat obecně uznávané, ale náročné cesty zbožnosti, zvýšené úsilí o dokonalost apod. Dá se říci, že zde jako i u jiných duševních potíží je třeba vést ke zbožnosti střízlivé, která odpovídá reálným možnostem v dané fázi nemoci a v žádném případě se nedomnívat, že vedení k bohatšímu, náročnějšímu a plnějšímu duchovnímu životu nemocnému pomůžeme. Tyto snahy jsou adekvátní situaci zdravých lidí, ne psychicky nemocných.³³

3.3.3 Depresivní epizody

Deprese, která musí být zřetelně odlišena od špatné nálady, okamžité skleslosti, záchvěvů pesimismu apod., představuje pro pastoračního pracovníka řadu úskalí. Především je v pokušení myslet si to, co většina laické veřejnosti: že si totiž depresi nemocný zavinil sám, případně že je to následek jeho malé víry či morálních selhání. I když u exogenních depresí může být morální selhání také jednou z příčin deprese, rozhodně se nedá označit deprese prostě za důsledek špatného duchovního života nebo za důsledek vin klienta. Právě tak je třeba se varovat i jen náznaků laických postojů, podle kterých by depresivní člověk „nebyl nemocný jen kdyby chtěl“, „kdyby nebyl tak líný“, „kdyby se trochu snažil“, případně „kdyby se pořádně modlil“. Povzbuzení typu „musíš se vzchopit, jsi přece křesťan“, „důvěřuj Pánu Bohu, a uvidíš, že to bude dobré“, „řádně a víc se modli“, „jdi se vyzpovídat“ apod. jsou sice dobře míněna, ale ve skutečné depresi jsou přinejmenším nesmyslná, spíše mohou ještě prohloubit a utužit patologické pocity viny, které k depresi mnohdy náležejí.

³³ srov. Opatrný, A., Pastorační péče v méně obvyklých situacích

Pacienti mohou mít mikromanické bludy (přesvědčení o své bezcennosti), autoakuzační bludy (obviňují se nepřiměřeným způsobem a cítí neadekvátní vinu za to, co zkazili), perzekuční bludy (přesvědčení, že budou zaslouženě potrestáni). O postoji k bludům platí i v pastoraci obecná zásada: nemají se ani potvrzovat, ani vyvracet. Řada křesťanských témat, podporujících přiznání vin a pokoru, jsou pro vyjádření těchto bludných představ vhodným podkladem. Pastorační pracovník je tedy může snadno podpořit nebo se je bude snažit naopak energicky vyvracet poukazy na Boží milosrdenství, omlouvat je, vysvětlovat. Nic z toho není ovšem účinné. Spíše je třeba nekonfliktně a jednoduše nemocnému v rozhovoru předkládat normální témata života, případně i postoje víry - ty ale velmi střízlivě a v množství pro pacienta únosném.

Pokud jde o svátosti, bývá v tomto případě situace spíše obtížná. Především je problematická svátost pokání. Většinou platí, že při závažnější depresi ji nemocný buď není schopen vůbec absolvovat, nebo není schopen ji prožít jako osvobozující pomoc ve svém životě. V zásadě lze doporučit po dobu akutního stavu nemoci tuto svátost vynechat. Při všem vědomí o její objektivní platnosti a tedy i ceně, je třeba vědět, že nemocný ji většinou prožije tak, že si z jejího slavení odnese spíš prohloubení pocitu své nedostatečnosti a viny, než uzdravující osvobození. Eucharistii nemocný přijímat může, pokud sám chce. Ale mnohdy se spíše nebude cítit hoden (patří to k obrazu nemoci), a proto nemá být k přijímání ani v nejmenším nucen.

Svátost pomazání nemocných je některými teology a biskupy psychicky nemocným v podstatě odpírána (psychická nemoc není považována za dostatečný důvod), jinými doporučována. Sám autor se přiklání jednoznačně k názoru, že závažné psychické onemocnění je mnohdy ohrožením života člověka (nebezpečí suicidia z nemoci plynoucí), že je u závažnějších onemocnění větším oslabením sil nemocného, než oslabení stářím, které je uznávaným důvodem k udělení svátosti, že tedy závažné psychické onemocnění je legitimním důvodem k udělení svátosti pomazání nemocných. U deprese je ovšem opět otázkou, jak si skutečnost udělení svátosti depresivní člověk zařadí, a jak ji uchopí - zda jako pomoc, nebo jako další zátěž. To záleží v nemalé míře na tom, k jakému pochopení a hodnocení svátosti dospěl v období, které nemoci předcházelo. Pokud ji už tehdy pochopil jako prostředek pomoci a léku pro slabého člověka, je větší naděje, že ji tak bude chápat i v nemoci. Ale nemusí to tak být vždy.

Co se týče duchovního života, není možné klást v depresi na pacienta prakticky žádné nároky. I to nejmenší, čeho je v oblasti víry a modlitby schopen, má být pochváleno a hodnoceno jako víc než dostatečné. Pokud jde o modlitbu, které nebývá nemocný schopen,

nesmí se na něj klást žádné nároky, spíše je třeba ho ujišťovat, že teď se za něho modlíme my ostatní. Je to ovšem třeba také dělat, i když nemocný může reagovat pochybností, zda je toho hoden nebo tvrzením, že to nemá cenu.³⁴

3.3.4 Schizofrenie

Onemocnění schizofrenního typu jsou pro pastorační péči 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.³⁵

3.4 Stigma, strach, předsudky, odmítání

Lidé, kteří onemocní duševní chorobou, to v životě vůbec nemají jednoduché, i přesto, že v oblasti péče o duševní zdraví došlo z hlediska lidských práv během posledních padesáti let k mnoha pozitivním změnám. Podařilo se přesunout klienty z psychiatrických nemocnic do domů s podporovaným bydlením. Současná nabídka léčebných možností a sociálních podpůrných sítí pomáhá lidem s psychickými problémy tak jako nikdy předtím.

Ve slovníku velké části naší společnosti se však nepřestaly vyskytovat slova jako „šilencec, psychouš, cvok“ - hanlivé označení pro lidi, kteří se ve svém životě potýkají s nějakým druhem duševní krize. Tyto diskriminující výrazy jsou stále zde a není lehké se jich zbavit. Proč je tomu tak? Mnozí lidé stále nechápou psychické nemoci jako zdravotní potíže a myslí si, že jsou tyto problémy způsobeny špatnou sebekontrolou či vadným charakterem. A to vše se děje i přesto, že odborníci se dlouhodobě snaží o narovnání tohoto pokřiveného pohledu na psychickou nemoc, a dokonce v této oblasti již vyhlásili své vítězství.

Je nutné si uvědomit, že stejně jako si člověk nevolí svou rasu či pohlaví nebo nemůže ovlivnit své fyzické postižení, tak si také nevolí a nemůže ovlivnit svou duševní poruchu. Většina lidí se ale domnívá, že psychické onemocnění je něco „jiného“. Očekává se, že své chování by měl mít člověk pod kontrolou. Každý musí být pánem svých myšlenek a emocí. Jedná se ale o názory založené na stereotypech, laických předpokladech či falešných obrazech, které často vytváří média. Lidé, kteří se nacházejí v psychické krizi, se tak často

³⁴ srov. Opatrný, A., Pastorační péče v méně obvyklých situacích

³⁵ srov. Opatrný, A., Pastorační péče v méně obvyklých situacích

musí vyrovnávat i s nepochopením od svých blízkých - „No tak, trochu se snaž a seber se. Neflákej se pořád, dělej něco, vždyť ti nic není“...³⁶

Stigma

Všichni, kteří mají co do činění s oblastí duševního zdraví, velmi často hovoří o problematice stigmatu nebo stigmatizace. Co se pod tímto označením skrývá? Podle původce teorie stigmatu Ervinga Goffmana, je stigma označení pro situaci, kdy je člověk vyloučen z plného přijetí společností, tzv. „normální“ většinou. V důsledku toho dochází k určité formě diskriminace ze strany společnosti, např. trestům, omezení práv, posměchu nebo odmítavým reakcím. Ve starém Řecku bylo stigma viditelným znamením na těle, které bylo vypáleno nežádoucím osobám, jako například otrokům, zlodějům či zrádcům. Ačkoliv v dnešní době nejsou duševně nemocným vypalována do kůže žádná poznávací znamení, společnost se k nim mnohdy chová jako k oněm viditelně poznamenaným podvratným žvlům Řecka.

Od dávných dob až dodnes je na duševní nemoc nahlíženo jako na hřích, trestný čin, problém s chováním nebo jako na kombinaci některých z těchto nešvarů. Přes měnící se situaci zůstává pohled společnosti na duševně nemocné stejný: v nejhorším případě je psychicky postižený člověk nenapravitelný, v tom nejlepším je schopen dočasného uzdravení díky přísnému dodržování stanoveného programu.

Lidé se zkušeností s duševní nemocí nebo závislostí patří mezi nejvíce podceňované postižené, a dokonce i přátelé, rodina či terapeuti těchto lidí jsou nuceni vypořádávat se se stigmatem, které s sebou psychická krize přináší. Velká americká studie mezi klienty s duševním onemocněním ukázala, že téměř 80% respondentů se někdy setkala se zraňujícími nebo urážlivými poznámkami a více než čtvrtině dotázaných bylo někdy řečeno, že by měli snížit svá očekávání od života. Ale dopady této diskriminace jsou hlubší než jen nepříjemné pohledy a jízlivé poznámky. Klientům s psychickou nemocí jsou odpírána základní občanská práva, setkávají se s nenápadnou či okázalou diskriminací při žádosti o bydlení, zaměstnání, podporu v nezaměstnanosti, při výběru vysoké školy, ale také ve věci rodičovských práv, imigračního statutu, nebo dokonce zájezdu do zahraničí. Je na ně často nahlíženo jako na občany druhé kategorie, a to jak sousedy či spolupracovníky, tak například i zdravotníky, trestním systémem, médií, ale dokonce i profesionály z oblasti péče o duševní zdraví, ostatními klienty nebo jejich blízkými. Takové odmítání člověka ze strany sociálních

³⁶ srov. Opatrný, A., Pastorační péče v méně obvyklých situacích

sítí, zdrojů a institucí má značně negativní dopad na jeho samostatnost, uzdravení a celkovou kvalitu života. A právě z důvodu diskriminace duševně nemocných je oblast duševního zdraví výrazně podfinancována.

Veřejnost se chce domnívat, že nemoc či neobvyklé chování se nějak projevují z určitého důvodu, protože jestliže tomu tak není, pak je život zredukován na souhru náhod. Proto je na lidi s duševním onemocněním nahlíženo dle projevů jejich nemoci, aby bylo možné udělat rozdíl mezi „nimi“ a „námi.“ Psychicky nemocní lidé či lidé se závislostí jsou pod vlivem stereotypů označováni jako násilníci, jako ti, jejichž chování je nepředvídatelné. Společnost také věří, že mají špatné společenské dovednosti, nejsou schopni uzdravení a za své nemoci si mohou sami. Z těchto důvodů jsou lidé přesvědčeni, že by takto postižení měli být hospitalizováni nebo zavřeni, stojí sice za to poskytnout jim pomoc, ale veřejnost se na to nemusí dívat.

Duševní onemocnění se řadí vedle sexuálně přenosných nemocí, epilepsie a lepry do kategorie postižení, která již odedávna v lidech vyvolávají velký strach. Tyto choroby nejsou atraktivní pro televizní charitativní pořady. „Zdá se, že společnost potřebuje jednu nemoc, která se stane synonymem zla a její oběti budou obviňovány“, napsala Susan Sontagová ve své studii týkající se AIDS. Toto tvrzení je snadno převoditelné na duševní nemoci. Ve slovech Sontagové nacházíme ale i naději. V průběhu doby se stigma proměňuje. Je možné ho vytvářet (řízení pod vlivem alkoholu, kouření) nebo redukovat (rakovina, AIDS). Když se poučíme z různých kampaní bojujícím proti škodlivým předsudkům v jiných oblastech, snad se také jednou za přispění nějaké osvětové kampaně osvobodíme od předsudků a stereotypů spojených s duševní nemocí.

Zajímavé je, že mezi kulturami a jejich úrovní předsudků k duševním nemocem jsou rozdíly. Například v rozvojových zemích má schizofrenie lepší prognózu, protože je sociálně lépe přijímána. Je proto třeba, abychom se nejen věnovali inovativnímu výzkumu, ale také se poučili ze zkušeností s duševní nemocí v ostatních zemích.³⁷

Psychicky nemocný člověk často trpí pocity méněcennosti i viny, církve bývá často jediným „místem“, 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.

³⁷ srov. Hamid – Balma, 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

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.³⁸

³⁸ srov. Opatrný, A., Pastorační péče v méně obvyklých situacích

Závěr

Problematika psychiatrických onemocnění je poměrně rozsáhle zpracována v odborné literatuře, mnoho se toho lze také dozvědět v médiích.

Ve své práci jsem si stanovila několik cílů. Jedním z nich bylo upozornit na stigma, které „visí“ nad psychiatrickými pacienty a dát najevo, že velkým problémem v této oblasti je nedostatečná informovanost veřejnosti, která také způsobuje odtažitý přístup společnosti k těmto lidem.

Také jsem chtěla sdělit, že i takto nemocným lidem je možno pomoci. Záleží na víře, pokoře a přijetí do společenství ostatních věřících a pastoračních pracovníků. Nemocní mohou přistupovat ke svátostem, při zpovědi a spolupráci se zasvěceným pastoračním pracovníkem mohou přistupovat ke svátostem, kde mají možnost ulehčení svých břemen a nabrání sil ve svém nezáviděníhodném životním údělu.

Velkým úskalím mé práce bylo především to, že problematika pastorační duševně nemocných je v české literatuře zpracována pouze jedním autorem. Přesto jsem se rozhodla napsat tuto práci s úmyslem sdělit, že Bohu jsou tyto lidé milí jako každý z nás. To, jaké překážky a utrpení mají zde na Zemi, tím více buduje a upevňuje jejich víru.

Jak již bylo řečeno, společenské postavení lidí s psychiatrickou diagnózou je velmi závažné. Ačkoliv žijeme ve svobodě a demokracii již dvacet let, předsudky veřejnosti vůči duševně nemocným jsou stále velké a diskriminace těchto lidí stále existuje, neboť v očích mnoha spoluobčanů jsou stále bráni jako méněcenní, hlavně proto, že mnoho nemocných kvůli své nemoci nemůže pracovat a musí proto pobírat invalidní důchod. Domnívám se, že církevní společenství a církve (viděna jako rodina a ne jako organizace) může být jedním z mála míst, kde jsou tyto lidé svými sourozenci v Kristu přijímáni bez výhrad stejně tak jako každého člověka k sobě přijímá milující Bůh.

Seznam použité literatury a zdrojů

- 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
- Hoschl, C., *Deprese známá neznámá*
- 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
- Opatrný A., *Malá příručka pastorační péče o nemocné*, Pastorační středisko 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
- 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
- Vágnerová, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Portál Praha 2008, 4. vydání, 670 stran, ISBN 978-80-7367-414-4
- Vinař, O., *Schizofrenní onemocnění*, brožura

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 >
- *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 mánií.....	40
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

Příloha č. 1: Kazuistika případu, kdy se jedná o onemocnění mánií

Třicetiletý, ženatý středoškolský profesor, otec dvou malých dětí byl v učitelském sboru i mezi studenty a jejich rodiči hodnocen jako seriózní, slušný a systematický člověk. Jeho manželství bylo spořádané, on i jeho manželka byli praktikujícími katolíky.

Několik posledních dnů se u něho začala projevovat nervozita a neklid, kterých si někteří kolegové nevšimli vůbec, jiní si je vysvětlovali jako následek únavy a přepracování. Manželka si všimla mužova změněného chování, protože přestal v noci spát, budil se za pár minut po usnutí, chtěl si stále povídat a nevydržel ležet v posteli. Do práce odcházel již v 6 hodin ráno, zvonil na školníka, aby mu otevřel školu. Druhý den odešel do školy už ve 4 hodiny, budil školníka a dožadoval se řemeslnického nářadí, aby mohl odmontovat všechny vodovodní kohoutky a vyčistit potrubí ještě dříve, než žáci přijdou do školy. Protože mu školník odmítl vyhovět, odešel pan profesor na místní autobusové nádraží a koupil v tamním novinovém stánku veškeré noviny a časopisy v hodnotě kolem čtyř tisíc korun. Peníze vybral dva dny předtím z účtu, část již utratil za koupi železné káry, část věnoval na dobročinné účely a za zbytek nakoupil časopisy. Vrátil se ještě toho rána domů, časopisy uložil na železnou káru a jel znovu do školy, která už byla otevřená. Do káry naložil všechny sešity, které měli jeho kolegové ve sborovně, a přidal k nim učebnice, jež našel ve třídách. Potom s plnou károu odejel do Sběrných surovin, veškerý papír prodal a za pár korun, které obdržel, nakoupil v samoobsluze několik pytlíků bonbónů, které donesl do školy. Tam je nabízel svým kolegyním a studentkám za pohlavní styk. Do třídy nešel, nevyučoval, místo toho sháněl další papír do sběru.

Když byl ředitelem školy několikrát upozorněn na to, aby se vrátil do hodin a vyučoval, a také na nevhodnost svého chování, odešel ze školy a na místní faře se přihlásil knězi „do služeb“ jako kostelník. Žádal, aby byl knězem okamžitě vyzpovídán a aby ho kněz naučil zpovědnímu umění, protože i on mu chce v tomto směru ve farnosti vypomáhat. Slíbil, že vymění krytinu na střeše kostela a potom, až natře i kostelní věž, pozve do obce premiéra a vládu. Žádal také kněze, aby mu dal k dispozici psací stroj a hned začal psát přes kopíráky pozvánky pro jednotlivé členy vlády s tím, že za svoje pozvání chce být na oplátku sám jmenován členem vlády, aby ve státě zavedl teokracii. Za nějakou chvíli faru opustil, odešel na zahradu, po žebříku vylezl na střechu farní garáže, začal shazovat krytinu s tím, že určitě vyhraje ve Sportce a nechá všechno pokrýt pozlaceným plechem.

Privolaná manželka se snažila marně odvést svého muže domů, manžel jí na ulici začal objímat a zpívat milostné písně. Privolaný lékař zajistil pro nemocného hospitalizaci v psychiatrickém zařízení. Dodatečně ještě manželka zjistila, že nemocný muž v době její nepřítomnosti nabrousil naostro všechny stříbrné příborové nože, čímž je plně znehodnotil. Ztráta na bankovním kontě byla přes 70 000 korun.

Pastorální doporučení:

Pokud se věřící člověk trpící právě akutně rozvinutými manickými příznaky zpovídá, nedělá tak z větší části proto, že by v lítosti toužil po svátosti smíření, ani proto, že by si své prohřešky z minulosti zcela uvědomoval. Důvod ke zpovědi bývá v této fázi onemocnění pokaždé provokován právě nemocí a tomu také odpovídá obsah a úroveň vyznání.

Již z faktů, že kajícník sděluje spíše svá pozitiva než hříchy, že jeho informace jsou buď kusé, nedotažené do logického konce, projev je neklidný, jeho řeč i myšlení jsou zrychlené nebo má tendenci z obsahu zpovědi vytvořit diskusní nebo logicky bezobsažné fórum, musí zpovědník vytušit, že má před sebou člověka, který je nějakým způsobem více či méně duševně alternován. Člověk v manické fázi prožívá spíše pocity bezproblémovosti, nadnesenosti, falešného velikášství a bezhříšnosti.

Důvod, proč kontaktuje zpovědníka, může vycházet z „chorobné aktivity“. Zdůrazněme, že může, protože i zde mohou existovat výjimky a s těmi musí dobrý zpovědník počítat. Zda vyznání ohodnotí jako smysluplné, splňující obsahem i formou platnou svátost smíření, je ponecháno zcela individuálnímu posouzení. Jinak, pokud zpovědník vidí, že motivace, forma, přístup i obsah zpovědi nejsou adekvátní, měl by pro rozhovor nalézt jiné východisko než finální rozhršení. Současně by měl zpovídánému podat srozumitelné vysvětlení učiněného závěru a rozhodnutí. Nikoho totiž nelze ze zpovědnice propustit bez sděleného východiska, a to ani člověka, který trpí manickou psychózou.

Je ovšem nutné si uvědomit, že takto postižený jedinec neakceptuje nikoho, ani žádnou radu, návod, sdělení nebo usměrnění. Není toho schopen, jeho vůle je plně pod vlivem vážné duševní nemoci.

Zcela jinak je tomu v případě, že kajícník přichází již po prodělaném léčení, a tedy bez projevů duševního onemocnění, v dobré psychické kondici a lituje skutků, které provedl v manickém stavu. Mnozí zpětně kající zpětně popisují, že v době onemocnění nebyla změna jejich jednání nebo kontrola chování možná. A mají pravdu. Přesto cítí vinu za to, čeho se dopustili. Ať už za spáchané škody na majetku nebo dobré pověsti. Zpovědník musí

rozeznat z okolností samotného vyznání, zda byl hřích spáchán dobrovolně a úmyslně – nebo k jeho spáchání vedla manická epizoda.

Pokud kněz zjistí, nebo mu dotyčný sám sdělí, že uvedenou nemocí trpí, měla by se s kajícím situace velmi taktně rozebrat a je vhodné vysvětlit mu, jak je jeho jednání pod vlivem nemoci hodnoceno z hlediska morální teologie. To danému člověku znatelně pomůže v oblasti práce s výčitkami svědomí. Postižení se někdy pokoušejí, ať už v počínající fázi deprese nebo mánie, zvládat svůj stav zvýšenou konzumací alkoholu. Zpovědník si při své intervenci musí být vědom toho, že manický stav jeho renitenta je současně obtížným obdobím také pro jeho příbuzné. Dochází často k urážkám, zraněním a společenské ostudě, které se dlouho hojí. Zvláště děti takto postiženého rodiče nesou nemoc jako společenskou újmu. Postižení se snaží vysvětlit vznik své choroby přetěžováním, nesnesitelností života s partnerem, tíživou životní situací a zraněními. Bývá v takových případech časté, že dochází k bludnému kruhu zraňování, když zdravý partner trpí nemocí svého druha nemocný partner trpí následně výčitkami ze strany zdravého partnera.

Kněz by měl porozumět tomuto mechanismu a zaujmout jak ve vedení renitenta ve zpovědnici, tak v pastorační rodině mimo zpovědnici přiměřenou úlohu moudrého rádce. Neměl by také zapomínat na to, že se dá jednotlivým relapsům dosti úspěšně předcházet dodržováním léčby a užíváním léků. A k tomu by měl, jako duchovní autorita, kajícího povzbuzovat.

Někdy je po prodělaném chorobném stavu pocit viny nemocného tak silný, že hraničí se zoufalstvím. Zvláště když se v době manické epizody dopustil závažného sexuálního extempore, nebo učinil právní akt (podpis nevýhodné smlouvy, výběr a utracení peněz), který následně znatelně poškodil nebo zcela zruinoval celou jeho rodinu. V takovém případě by měl kněz doporučit penitentovi, aby požádal o pomoc právníka a spolu s ním žádal tzv. soudně znalecké vyšetření z oboru psychiatrie. Toto vyšetření, které provádí soudní znalec, rozhodne, zda vyšetřovaný v době podpisu smlouvy nebo konání jiného právního aktu trpěl duševní poruchou nebo chorobou, která způsobila změnu jeho ovládacích a rozpoznávacích schopností.³⁹

³⁹ Kašparů, M., Základy pastorační psychiatrie pro zpovědníky

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.⁴⁰

⁴⁰ Kašparů, M., Základy pastorální psychiatrie pro zповědніky

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

M. R., šestapadesátiletý strojní zámečnický, 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 lékařům 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. Nejhorší 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 zavinił vlastně on sám tím, že si před svatbou nenechal udělat krevní vyšetření a v něm by se jistě poznalo, že má špatnou krev 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 kající 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 kajícího 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 kajícího 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 zpovědnici:

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 zpovědnici. 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 seabemoudřejší, procítěný a logicky vedený duchovní rozhovor ve zpovědnici i mimo ni změní biochemické reakce v mozku nemocného a eventuálně se mu tak podaří rozmluvit seabvražedné jednání nebo vyvrátit blud.

Nelze se ani spoléhat na víru nemocného jedince a domnívat se, že věřící katolík seabvraždu nespáchá. Poznámky o seabvraždě nelze nikdy podceňovat. Není pravda, jak se často říká, že ten, kdo o seabvraždě mluví, nikdy se k ní neodhodlá. Pokusit se může. Slova o seabvraždě 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 rozřešení. 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“
- nenut'te nemocné do činnosti a nenaléhejte na ně, neobviňujte je z lenosti
- zásadně se varujte toho, abyste nemocné posílali k léčitelům⁴¹

⁴¹ Kašparů, M., Základy pastorální psychiatrie pro zповědníky