

Spirituální péče a psychoterapie

Mgr. Jaromír Odrobiňák

Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha; FN Na Bulovce, Praha

Cílem článku je přiblížit pojem spirituální péče, odlišit její užší a širší pojetí, objasnit vztah mezi spirituální péčí a psychoterapií, popsat současný stav zavádění spirituální péče do zdravotnictví v České republice. Jeho druhá část je pak věnována příkladům konkrétní podoby spirituální péče. Upozorňuje na možné patologické formy spirituality. Přibližuje způsoby jejího poskytování u některých vybraných psychiatrických diagnóz.

Klíčová slova: spirituální péče, nemocniční kaplan, psychoterapie.

Spiritual care and psychotherapy

The aim of this survey article is to present the concept of the spiritual care and to differentiate its narrower and broader conception, to clarify the relationship between the spiritual care and psychotherapy and to describe the actual situation in the introduction of the spiritual care into the system of health care in the Czech Republic. The second part introduces examples of concrete forms of the spiritual care, warns of pathological forms of spirituality and presents the ways how to offer the spiritual care to patients with some selected psychiatric diagnoses.

Key words: spiritual care, hospital chaplain, psychotherapy.

Psychiat. pro Praxi 2010; 11(3): 127–129

Užší a širší pojetí spirituální péče

Spirituální péči v užším slova významu se rozumí péče, kterou tradiční církve a náboženské společnosti poskytují věřícím prostřednictvím svých duchovních. Například katolický kněz, který je přivolán k pacientovi, aby mu poskytl svátost smíření. Spirituální péče v širším slova významu je však poskytována napříč spektrem věřících, a dokonce i těm, kteří se sami neidentifikují s nějakou konkrétní církví nebo náboženstvím. Hranice mezi těmito dvěma podobami poskytování spirituální péče není ostrá a v praxi se často prolíná. Spirituální péče v širším slova významu vychází z modelu člověka, který tvoří vedle somatické, psychické a sociální dimenze také dimenze spirituální. Psychosomatický přístup již prokázal, jak úzce souvisí tělesný stav s duševním stavem člověka. Proto se stává běžným jevem, že členy zdravotnických týmů jsou také kliničtí psychologové a psychoterapeuti, kteří pomáhají nejen diagnostikovat duševní poruchy u hospitalizovaných pacientů, ale také napomáhají k odstraňování psychických bloků, které brání, anebo alespoň brzdí ozdravné procesy v somatické oblasti. Stejně úspěšně se prosazuje i kladení důrazu na saturování sociálních potřeb pacienta při jeho léčbě. S vyřešením sociálních problémů existenčního charakteru (finanční otázky nebo otázky bydlení, zejména pokud onemocnění, úraz či věk nedovolují návrat do stavu před hospitalizací) pomáhají sociální pracovníci, které jsou podobně jako psychologové již běžnou součástí zdravotnického personálu.

Styčné plochy mezi spirituální péčí a psychoterapií

Setkávání psychoterapie se spirituální péčí se pak děje u témat, která se dotýkají duchovní dimenze člověka. Například hledání smyslu života, vyrovnání se s beznadějí, pocitem viny. Nejedná se pochopitelně o otázky výlučně spirituální, nýbrž obecně existenciální, a proto právě existenciálně orientovaná psychoterapie a další humanistické psychotherapeutické směry mohou být rovněž cennými pomocníky při hledání odpovědí na ně. Zejména v případech pacientů, kteří nejsou praktikující věřící a neznají institucionalizovanou podobu odpuštění ve formě rituálu.

Zavádění spirituální péče do zdravotnictví v České republice

Jaké jsou v praxi výhody a překážky, ošetřuje-li spirituální potřeby psycholog, nebo teolog? Oba v českém prostředí ještě narážejí na předsudky. Pacienti často odmítají vyšetření nebo pomoc psychologa či psychoterapeuta se slovy, že nejsou blázní. Svou roli v tom sehrává, že běžná populace nadále špatně rozlišuje mezi rolí psychologa a psychiatra. O nic lépe však často nepochodí ani duchovní. Pacienti jej odmítají s odůvodněním, že nejsou věřící a nechťžijí žádného „faráře“. Je záležitost dlouhodobě osvěty odborné i laické veřejnosti dostatečně objasnit, že poskytovatelé spirituální péče ve zdravotnictví mají v etickém kodexu přímo zapovězeno působení ve smyslu získávání věřících pro nějaké církve či náboženské

společnosti. Překvapivé ovšem je, že často jsou to i praktikující věřící, kteří odmítají návštěvu duchovního. V pozadí je v tomto případě jiný předsudek, totiž že návštěva duchovního je spojena se smrtí. Zejména v katolické tradici došlo k posunu, že svátost nemocných (mazání oleji), která má posilovat v nemoci, byla zaměňována za svátost umírajících, a dokonce byla lidově označována jako poslední pomazání. Toto je natolik rozšířené, že návštěvu kněze na nemocničním oddělení, třeba i za účelem poskytnutí jiné služby (např. podání eucharistie či vykonání zpovědi), vnímají také nevěřící často negativně, že je jim takto připomínána smrt. Tabuizování smrti je v našem zdravotnickém prostředí přes veškeré deklarování o pravdivém a otevřeném informování pacienta o jeho skutečném stavu natolik silné, že je nelibě vnímáno už i jen oblečení, které prozrazuje, že se jedná o duchovního (kolárek, černý oblek, apod.). Do toho v poslední době vstupuje i módní trend náboženské korektnosti, který pomalu zapovídá jakékoliv deklarování religiozity ve veřejném prostoru, ať už jde o náboženské symboly (např. křížek) nebo o hlasitou modlitbu či četbu duchovních textů. Poskytovatelé spirituální péče v širším slova významu se proto snaží podobným nedorozuměním předcházet. Při svém působení se obvykle pohybují v civilním oblečení, pokud hygienické důvody nenařizují něco jiného. Snaha o naprosté vyprázdnění spirituální péče od jakýchkoliv religiozních atributů však vede k matení příjemců této péče a celého okolí.

Odlišnosti mezi spirituální péčí a psychoterapií

Psychoterapeut obvykle zůstává pro klienta neutrální, a proto nedeklaruje, jestli je věřící, a pokud ano, jakého vyznání či směru. Duchovní vstupuje do vztahu s klientem s předznamenáním, že věřící je, a často je veřejně manifestováno i jakého vyznání. Tato jeho vlastní zakotvenost v určité duchovní tradici mu sice vytváří zázemí, ze kterého čerpá zdroje pro poskytování spirituální péče, ale zároveň dovoluje respektovat postoje a názory pacienta. Ateistický postoj totiž není postoj duchovně neutrální. Pro dokreslení situace v psychoterapeutické obci přidávám následující zkušenost. Zhruba před deseti lety jsme se pokusili z podnětu Psychoterapeutické sekce České křesťanské akademie vytvořit seznam křesťanský orientovaných psychoterapeutů. Upozorňuji, že se mělo jednat jen o křesťanský orientované, či-li určitým hodnotám otevřených psychoterapeutů a nikoliv nutně věřících terapeutů. Výsledek byl hubený, a pokud je mi známo, dodnes takový seznam v našem prostředí nevznikl. Důvodů tohoto neúspěchu bylo několik. Ukázalo se, že křesťanský orientovaných psychoterapeutů není mnoho. Aniž bychom měli statistická čísla, vzájemná zkušenost ukazuje, že psychologové ani psychiatři nepatří v populaci zrovna k nejreligioznějším skupinám. Pokud jsou spirituálně orientovaní, pak čerpají často inspiraci z východních směrů (buddhismus, zen, jóga), nebo jsou vyložené eklekticky zaměřené (new age, alternativní směry). Skupina křesťanský orientovaných psychoterapeutů se pak bránila začlenění do takového seznamu zhruba ze tří důvodů. Jednak se obávali, že by jim takové předznamenání mohlo komplikovat psychoterapeutický vztah s klientem, který by očekával určitá předpojetí v kolizních tématech (interrupce, antikoncepce, rozvody, aj.). Další vyjadřovali obavu, že by přívlastek křesťanský orientovaný psychoterapeut odrazil velkou skupinu klientů, kteří křesťanské hodnoty nesdílí, a strachovali by se z indoktrinace. A konečně byli tací, kteří se domnívali, že podobný seznam by mohl být značně nevyvážený co do odbornosti toho, co by se vydávalo za křesťanský orientovanou psychoterapii.

Dynamika spirituálního života

Zakázka na „věřícího terapeuta“ obvykle vychází od věřících, kteří mají, v některých případech nikoliv bezdůvodnou obavu, že bude jejich víra zesměšňována či patologizována. Nebo, a to už obvykle z mylné obavy, že vstup

do psychoterapie je o víru připraví. Moudrý a zkušený psychoterapeut nebagatelizuje spirituální zkušenosti klienta, ačkoliv sám kráčí jinou cestou. Námitka druhá, totiž obava, která vyplývá ze zkušenosti, že někdo věřící opustil svou víru poté, co podstoupil psychoterapii, plyne z jistého nedorozumění. Nejedná se nutně o ztrátu víry, ale spíše o posun na stupnici víry. Věřící jsou často rigidní ve svém pojmání spirituality a svou v dětství nabytou podobu víry považují za jedinou správnou. Uniká jim, že podobně jako ve všech ostatních oblastech, ve kterých procházejí vývojem, tak i jejich duchovní život, má-li být zdravý, musí procházet určitým procesem. V literatuře se můžeme setkat s více teoriemi spirituálního růstu (1, 2, 3). Bez ohledu na to, kolik vývojových stadií jednotliví autoři uvádějí, shodují se v tom, že spirituální život je dynamický. Obvykle začínají nějakým nultým obdobím nereflekované víry, ve kterém nemůžeme setrvat celoživotně. Spolu s naší celkovou socializací následuje stupeň, v němž má víra podobu poslušnosti vůči autoritě či pravidlům. V této rigidní formě spirituality už lze ustrnout na celý život. Také se z ní lze vydat do slepého ramene spirituality, v němž opět někteří setrvávají po celý zbytek života, a to je její odmítnutí. Opakem tohoto vývojově slepého ramene je přechod do třetího stadia, které se vyznačuje smysluplným aplikováním závazných norem do vlastní aktuální situace. Ovšem teprve poslední, nejvyšší stupeň spirituálního života, který můžeme označit napříč všemi duchovními směry a školami jako období mystické, se vyznačuje vše integrující kvalitou. Opsat podobu takového mystického stadia je úkol stejně nelehký a ve výsledku nejednoznačný, jako se pokoušet definovat pojem samotné spirituality, proto zde ocituji jen kritéria zdravé víry, jak je formuloval W. Rebell: Přispívá k rozvoji osobnosti. Podporuje harmonické vztahy s druhými lidmi. Vyznačuje se otevřeností pro životní skutečnosti. Nevzbuzuje strach. Uschopňuje k pluralitní toleranci. Udržuje si postoj hledání. Má individuálně rozdílnou míru tvůrčí síly. Dává prostor pro humor a pro slavení (4).

Jsou to kritéria vyjádřená nenáboženským jazykem, a proto umožňují provázet v rámci spirituální péče k jejich dosažení každého, u koho rozpoznáme nenaplněné spirituální potřeby. V praxi může mít toto doprovázení podobu duchovního vedení, jak jej popisuje J. Ruffing:

Odkrytí nejhlubší touhy, které se člověk zpravidla bojí. Odhalení odporu vůči Bohu (člověk se Bohu často vyhýbá, přestože tvrdí, že po něm touží). Popis, interpretace a teologické pochope-

ní náboženského zážitku, pojmenování a uvědomění si jeho důsledku pro život. Pomoc při rozlišování duchů: pokoj – nepokoj (5).

Podoby spirituální péče

Hagioterapie v sobě kloubí prvky existenciální psychoterapie s postupy spirituální péče. Systematicky se jí po léta věnuje MUDr. Prokop Remeš a více je možné se o ní dozvědět na webové adrese: www.hagioterapie.cz.

Spirituální péče v širším slova významu však v sobě zahrnuje péči mnohem vrstevnatější a bohatší, než aby mohla být zaměřovaná jen za určitý druh psychoterapie.

- Přítomnost u lůžka = Mlčení s mlčícím klientem, kontakt na principu bazální stimulace.
- Podané informace = Informování o spirituální péči a jí blízkých tématech.
- Podpurný rozhovor = Emoční přeladění u agrese, deprese, úzkosti, pláče – svého druhu spirituální „krizová intervence“.
- Poradenský rozhovor = Vztahová a jí podobná problematika (partnerská, generační, vrstevnická atd.) řešená často právě z pohledu duchovního.
- Terapeutický rozhovor = Obsahuje existenciální témata.
- Skupinová setkání = Inspirována duchovními texty (bibliodrama, hagioterapie).
- Svátostná služba = Modlitba, četba duchovní literatury, svátosti.
- Bohoslužba = Ve vyhrazeném prostoru nebo přímo na oddělení.
- Přednáška, seminář = Odborná nebo osvětová.
- Profesní kontakt = Konzultace s personálem o klientovi nebo o spirituálních tématech.
- Supervize, porada = Poskytovaná nebo přijímaná.
- Jiné = služby (doprovod, vzkazy, apod.).

Uvedený výčet toho, co se skrývá pod pojmem spirituální péče v širším slova významu, jistě není konečný. Povšimněme si však těch bodů, které korelují s psychoterapií, přesněji s její emergentní a krátkodobou formou.

Na prvním místě je to podpurný rozhovor, který se soustředí zejména na práci s emocemi pacienta. Umožňuje jejich abreakci a zlegitimuje jejich průchod. Mapuje předchozí duchovní život pacienta. Nakolik jsou tyto zkušenosti nosné v současnosti? Co z toho pomáhalo v minulosti? Co lze znovu nastartovat a co nově objevit?

V poradenském rozhovoru se nejčastěji soustředíme na funkčnost vztahů. Někteří klienti žijí z důvodů své víry ve vztazích, které

hraničí až s patologií (domácí násilí, nejrůznější druhy závislostí, závažná psychická onemocnění a další faktory, které znemožňují společné soužití) a netuší, že existují psychické příčiny, které existenci takových manželství z pohledu kanonického práva zneplatňují (6). Často se ukazuje, že jejich manželství už dávno neplní svou roli a je udržováno ryze formálně. Při procházení jednotlivých funkcí rodiny (např. společné hospodaření, společná výchova dětí, společné trávení volného času, společný intimní život) objeví, že rozvod v tomto případě pouze oficiálně konstatuje stav, který už nastal dávno. Toto zjištění jim pak napomůže realizovat kroky k jeho uskutečnění, otevře je pro nové vztahy a vede k psychickému uzdravení, které až dosud bylo blokováno překážkami zdánlivě spirituálního charakteru.

Terapeutický rozhovor se věnuje spirituálním nebo existenciálním tématům v pravém slova významu. Využívá některé prvky logoterapie V. E. Frankla (tři kategorie hodnot – 7) a přístupu zaměřeného na člověka C. R. Rogerse (akceptace, autenticita, empatie – 8). Zaměřuje se na hledání opor v životě a jejich posilování. Vychází se přitom z modelu tří základních opěrných bodů, které dodávají našim životům stabilitu a předcházejí tak pádu do krize v okamžiku ztráty některého z nich. Jedná se o naše zázemí v rodině, o naše zaměstnání, záliby a přátele. V životě průběžně o některou z opor dočasně přicházíme anebo je oslabena. Jsme ale schopni za pomoci dvou zbylých opor ztrátu krátkodobě vybalancovat. Neobnovíme-li včas ztracenou oporu, může se stát, že přijdeme o další ze zbylých dvou, a pak už je skutečně náročné uchovat si trvale vnitřní stabilitu. Spirituální péče k tomuto obecně přijímanému modelu nabízí oporu čtvrtou, a tou je víra jako nositelka naděje.

Patologické formy spirituality

Nabízí se otázka, v čem může spočívat spirituální péče u člověka, který své spirituální potřeby naplňuje. V případě, že se jedná o zdravé projevy religiozity, pak je spirituální péče posiluje a rozvíjí. Napomáhají k tomu nejrůznější rituály, duchovní texty a rozhovory. Někdy se však namísto ozdravného potenciálu víry setkáváme při spirituální péči s případy, kdy dosavadní duchovní praxe anebo začlenění do sekty přispívají u klienta k psychopatologii. Často stojí v pozadí falešné představy o Bohu a duchovním životě (9). V takovém případě je možné využít technik společných s některými psychotherapeutickými postupy. Napsání dopisu, který může být následně obřadně zničen, či posazení se proti prázdné

židli a vedení rozhovoru se sužující představou Boha (trestajícího, pronásledujícího, obviňujícího) v bezpečném prostoru spirituální péče, či nejrůznější rituální techniky, mezi které patří i prosté zapálení svíčky. Mnoho užitečných impulzů pro spirituální péči v těchto případech nabízí teorie mentální reprezentace Boha (10).

Spirituální péče o pacienty s psychickým onemocněním

Aby prostor spirituální péče byl skutečně bezpečným, klade to na jejího poskytovatele zvýšené nároky ohledně odborné přípravy a praxe. Vedle vlastního teologického a religionistického vzdělání by měl nejen absolvovat psychotherapeutický výcvik a kurz v krizové intervenci, ale osvojit si také určitou teoretickou a praktickou erudici v psychopatologii, vývojové psychologii a psychologii osobnosti. U schizofrenních onemocnění, která jsou často až nadměrně provázena bludnou produkcí s duchovními obsahy, se v rámci spirituální péče snažíme spíše o jejich tlumení než rozvíjení. Podobný přístup je také u klientů, kteří trpí afektivní poruchou v její manické fázi. Naopak ve fázi deprese je příležitost dostat spirituální potřeby do popředí, protože jejich nenaplnění může se vznikem aktuálního stavu pacienta souviset. Nevhodný by byl přístup, který by klienta v této fázi onemocnění zabřemenoval pocity viny z neplnění některých závazků, plynoucích ze spirituální zkušenosti, ale je na místě opět rozvíjet významnou dimenzi víry, kterou je naděje. Specifickým přístupem je pak spirituální péče u klientů se sebevražednými úmysly. Také v tomto případě je nevhodné moralizování a jiné podoby mravního zabřemňování, ale je na místě odvaha vstoupit do dialogu na toto téma, které je pro klienta v danou chvíli zásadní a mnohými ostatními v jeho okolí odmítané. Spirituální péče však obsahuje v sobě i vnášení hodnot a kritérií správného jednání, které se může uplatnit u klientů se závislostmi nebo při léčbě sexuálních delikventů. Co do způsobu, stejně jako v psychotherapii, pracuje spirituální péče s klienty individuálně i skupinově. Další podobnost spočívá v tom, že také poskytovatel spirituální péče by měl pracovat pod nějakou formou supervize. Samozřejmostí je, že by měl pracovat týmově, a to je hlavní důvod snah, aby se poskytovatelé spirituální péče stali součástí zdravotnických týmů. To by jim umožnilo konzultovat problémy, které při poskytování spirituální péče nastanou, a naopak získávat potřebné informace o klientovi. Jejich důležitou devízou pak může být čas, který mohou klientovi nabídnout, protože nejsou svazováni ošetřovatelskými

plány zdravotních sester a bodovanými výkony lékařů a klinických psychologů. Výsledkem je prostor k ventilaci klienta, který zvláště pokud je hospitalizován, prožívá stavy úzkosti a smutku nad ztrátou svého prostředí, svých obvyklých činností a běžných kontaktů se svými blízkými. Nejistota z budoucnosti a čas, který běží pomaleji než doma, přináší na mysl témata, která by se za jiných okolností vůbec nevyplavila anebo by byla v zárodku zahnána nějakou činností. Proto častými adepty pro spirituální péči jsou jedinci, kteří trpí výkyvy nálad (strachem, pesimismem), nejednoznačnými efekty z návštěvy blízkých osob, ale také samotou anebo negativním hodnocením dosavadního života či výhledu do budoucnosti. Často se takoví pacienti projevují apatií nebo agresí či jiným způsobem odmítání spolupráce se zdravotnickým personálem. V důsledku toho se spirituální péče dotýká také příbuzných a personálu.

Závěr

Spirituální péče je provázení na cestě k transcendentnu a jako každý výstup i tento předpokládá existenci více cest. Některé jsou prudší a jiné pozvolné, některé jsou s příjemným výhledem do krajiny, jiné pro svou náročnost nedovolují soustředit se na nic jiného než na samotný výstup. Cestu si volí klient, poskytovatel spirituální péče dbá, aby byla zvolená trasa bezpečná.

Literatura

1. Holm NG. Úvod do psychologie náboženství. Praha: Portál, 1998: 87–89.
2. Peck MS. V jiném rytmu. Olomouc: Votobia, 1995: 141.
3. Remeš P, Halamová A. Nahá žena na střeše. Praha: Portál, 2004: 94–95.
4. Kašparů M. Základy pastorální psychiatrie pro z odpovědníky. Brno: Cesta, 2002: 12.
5. Kotvrda J. Supervize v duchovním doprovázení. In: Havrdová Z, Hajný M, et al. Praktická supervize. Praha: Galén, 2008: 202.
6. Klimeš P. Psychické příčiny neplatnosti manželství. Olomouc: MCM, 2004: 111–143.
7. Frankl VE. Lékařská péče o duši. Brno: Cesta, 1994: 61–63.
8. Rogers CR. Způsob bytí. Praha: Portál, 1998: 123–140.
9. Frielingsdorf K. Falešné představy o Bohu. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1995: 87–127.
10. Klimeš J. Psycholog a jeho svědectví o Kristu. Praha: Portál, 2008: 145–148.

Mgr. Jaromír Odrobiňák

Koordinátor spirituální péče
Psychiatrická léčebna Bohnice
Ústavní 91, 181 02 Praha 8
jaromir.odrobinak@plbohnice.cz

