

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Autoreferát disertační práce



**EXISTENCIÁLNĚ ANALYTICKÉ POJETÍ ŽIVOTNÍHO SMYSLU A
JEHO VÝZNAM PRO PÉČI O VÁŽNĚ NEMOCNÉ A UMÍRAJÍCÍ
PACIENTY ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ**

MUDr. Eva Kalvínská

Praha 2012

Univerzita Karlova v Praze

Obor: Bioetika

Předseda oborové rady: Doc. MUDr. PhDr. Jan Payne, Ph.D.

Školicí pracoviště: ÚHSL 1.LF UK v Praze

Školitel: Doc. ThDr. Václav Ventura, Th.D.

Disertační práce bude nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněna k nahlížení veřejnosti v tištěné podobě na Oddělení pro vědeckou činnost a zahraniční styky Děkanátu 1. lékařské fakulty.

OBSAH:

Abstrakt	4
Abstract	5
1. Úvod	7
2. Hypotézy, cíle a metodika práce	9
3. Obraz o člověku	9
4. Existenciálně analytické pojetí smyslu v lidském životě	16
5. Zdraví a nemoc	20
6. Praktické uplatnění existenciálně analytických východisek v práci s trpícími ve zdravotnických zařízeních	24
7. Diskuse	27
8. Závěry	28
9. Shrnutí	31
10. Seznam použitých zdrojů	33
11. Seznam publikací autorky	38

Abstrakt

V českých nemocnicích bývají problémy pacientů vnímány především jako obtíže somatického rázu a tomu pak odpovídá i redukováná péče o ně. Bývá kvalitní po fyzické stránce, ale psychosociální péče se teprve pomalu rozvíjí a péče spirituální je na samém začátku nebo chybí zcela.

Tato práce je věnována možnosti zkoumání, porozumění a naplňování duchovních potřeb, především potřeby životního smyslu, zvláště lidí těžce, nevyléčitelně nebo terminálně nemocných. Zdravotnický personál nemá dostatek zkušeností s péčí o duchovní rozměr člověka, nemá ani dost znalostí a dovedností jak nemocným v tomto ohledu poskytovat potřebnou péči a pomoc, ač jde mnohdy o potřeby rozhodující o kvalitě života či dožívání nemocného.

Jako jeden z teoretických modelů, vhodných pro klinickou aplikaci tohoto záměru, je zde uplatněna antropologie V. E. Frankla a jeho školy „logoterapie a existenciální analýzy“. Tento přístup je věnován především otázkám naplnění a/nebo frustrace potřeby smyslu v běžných i v krajních životních situacích člověka. Zvláště je v něm rozpracována problematika ztráty či znovunalezení duchovního smyslu v situacích lidského utrpení, včetně situací osobní konfrontace jedince a jeho blízkých s nemocí a s umíráním.

Teoretické rozpracování témat hledání smyslu, vlivu existenciální frustrace a/nebo znovunalezení ztraceného smyslu na prožívání stresu, na myšlení a cítění nemocného a na funkci jeho tělesných regulací imunitních je pak východiskem k doložení potřeb a možností pečovat o tuto stránku jeho lidství. Teoretický rozbor je doplněn několika kazuistickými příklady, jež mají obecný výklad názorně ilustrovat.

To je zpracováno v kontextu historickém a v kontextu nyní budované institucionální spirituální podpory pacientů v rámci zdravotní péče ve světě i u nás. Výsledný závěr má povahu jednak etických vodítek v tomto ohledu, jednak již prováděných anebo v brzké budoucnosti žádoucích praktických opatření ve vzdělávání zdravotníků a v poskytování takto zacílené péče.

Cílem této práce je poskytnout ucelený obraz potřeb a možností kvalitní odborné péče o nemocné po stránce duchovní a přispět tak ke změně vnímání spirituální dimenze pacientů v kontextu celostního pohledu na ně. Může tak být podnětem ke změně přístupu k pacientům ve zdravotnických zařízeních ve smyslu porozumění všem jejich potřebám a souvislostí, odpovídajících hodnocení kvality života dle WHO (bio-psycho-sociálně-spirituální model člověka).

Klíčová slova:

existenciální analýza, existenciální frustrace, kvalita života, logoterapie, nemocniční duchovní, ošetrovatelská péče, smysl života, spirituální anamnéza, spirituální péče, spirituální potřeby, umírání, vůle ke smyslu.

Abstract

In Czech hospitals, a patient's problems are usually perceived mainly as troubles of a somatic nature, which reduces the quality of the care provided. It is usually very professional in terms of fulfilling the patient's physical needs. However, the care provided in the domain of the patient's psycho-social needs is developing rather slowly, while caring for their spiritual needs is either totally absent or only beginning to be realized and offered.

This thesis looks into the ways in which the spiritual needs, above all the need to find a meaning in one's life, can be examined, understood, and fulfilled – especially in people that are seriously, incurably or terminally ill. The hospital staff do not have enough experience concerning the care of the spiritual dimension of man, nor do they have enough knowledge and skills to provide the necessary care and assistance, although such needs could often be crucial for the quality of life of such patients.

V. E. Frankl's anthropology, which is the basis of his therapeutic approach of logotherapy and existential analysis, is applied here as one of the theoretical models that are suitable for the clinical application of this thesis. This approach concentrates on the fulfillment and/or the frustration of the human quest for meaning during common as well as extreme life situations. Particularly, it elaborates on the issue of the loss or recovery of the spiritual meaning in situations of human suffering, including one's confrontation with illness and dying.

The theoretical elaboration of topics such as the search for meaning, the stressful impact of experiencing existential frustration and/or the recovery of meaning in life, their consequences for the thinking and feeling of the ill person and on the functioning of his/her immune regulations is a starting point to establish the needs and possibilities to take care of that aspect of his/her humanity.

It is worked through in the historical context as well in the context of the currently developing institutional spiritual support of patients in the framework of health care both abroad and in the Czech Republic. The conclusions are presented in the form of ethical guidelines as well as practical provisions in training the hospital staff and in providing thus targeted care. The theoretical analyses are supplemented with several case examples to illustrate the general conclusions.

The aim of this thesis is to provide a comprehensive picture of the needs and possibilities in providing high-quality professional care of the ill in terms of spiritual support, and to help change the perception of the spiritual needs of patients in the context of a holistic approach to them. It may also provide an impulse to change the approach to patients in health care institutions towards a deeper understanding of all their needs and personal contexts, corresponding to

the concept of the quality of life as defined by the WHO in terms of the bio-psycho-social-spiritual model of man.

Key words:

existential analysis, existential frustration, quality of life, logotherapy, hospital chaplains, nursing care, meaning in life, spiritual history, spiritual care, spiritual needs, dying, will to meaning.

1. Úvod

Ve své práci zastávám názor, že téměř každý člověk, zejména dlouhodobě nebo infaustně nemocný či umírající, se dříve či později konfrontuje se smyslem ve svém životě,¹ který náleží do duchovní dimenze² lidské bytosti, a často bilancuje.

I když mám zato, že každý člověk potřebuje ve své specifické situaci nacházet odpovědi ohledně smyslu ve svém životě sám, neboť nikdo druhý to není schopen udělat za něj, jsem přesvědčena o tom, že by v týmu nemocničních zaměstnanců měl mít své pevné místo pracovník, který by byl pro pacienty, jejich blízké, ale i pro zdravotnický personál oporou při hledání odpovědí na otázky existenciálního charakteru.

Nutnost řešení situace vnímám jako urgentní, neboť v současné době v českých nemocnicích zůstávají pacienti v těchto náročných obdobích života většinou sami a nezřídka prožívají značné duševní i duchovní utrpení. Převažuje zde totiž redukcionistické pojetí péče o nemocné, především ve smyslu Franklova fyziologismu³ a zdravotníci se jen pomalu začínají učit rozpoznávat psychické, natož duchovní potřeby svých pacientů; nemívají dostatek zkušeností, ale ani dost času na ně reagovat. Ukazuje se, že zde není naplňována péče o pacienty ani o jejich příbuzné z hlediska hodnocení kvality života dle WHO.⁴ Z těchto důvodů jsem se rozhodla věnovat se otázce pomoci pacientům i v oblasti spirituální.

Z historie doporučení Americké lékařské asociace (AMA) vyplývá, že do pracovní náplně lékařů patří nejen terapie, ale i útěcha, která je očekávána i od sester. Z toho plyne povinnost poskytovat dostupnou spirituální péči všem pacientům, kteří si ji budou během hospitalizace přát. V USA i ve většině států Evropy se již před lety stala tato péče běžnou součástí celostní péče o pacienta, ale v ČR nebývá tento záměr ani obsah této péče pro mnohé zdravotníky, teology, ani veřejnost zcela srozumitelný. Velmi často se lze setkat s názorem, že spirituální péče je důležitá pro pacienty, kteří jsou členy církví, neboť je to péče náboženská. Tento předsudek pak může budít u mnohých zdravotníků nedůvěru, obavy z manipulace pacientů i otevřenou averzi. Považuji proto za důležité odlišovat pojmy spiritualita a religiozita, vycházejíc z předpokladu, že spiritualita člověka je pojem širší;⁵ náboženství může, ale nemusí být její

¹ Srov.: PUCHALSKI, CH. M. *A Time for Listening and Caring: Spirituality and the Care of the Chronically Ill and Dying*, s. X.

² Srov.: DRAPELA, V. J. *Přehled teorií osobnosti*, s. 147.

³ Srov.: FRANKL, V. E. *Trpíaci člověk*, s. 12.

⁴ Srov.: WHOQOL – 100. [online cit. 24.2.2012].

Dostupný z WWW: http://www.who.int/mental_health/who_qol_field_trial_1995.pdf.

⁵ Srov.: KOENIG, H. G., McCULLOUGH, M. E., LARSON, D. B. *Handbook of Religion and Health* Koenig, s. 18-19.

součástí.⁶ K poskytování spirituální péče, která by byla integrována do péče ošetrovatelské dosud v ČR přistoupilo jen několik nemocnic, přičemž „Spirituální péči v širším slova smyslu rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, doprovázíme ho v jeho obtížích, nemoci, utrpení či umírání, pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace včetně smrti a respektujeme přitom či podporujeme jeho spiritualitu.“⁷

Aktuálním problémem zůstává nedůvěra mezi zdravotníky a pacienty a mezi zdravotníky, pacienty a poskytovateli spirituální péče. Mnoho pacientů v naší společnosti o provázení v nemoci sice stojí, ale obávají se reakce zdravotníků – výsměchu či znevažování jejich duchovních hodnot – takže se na ně raději neobrací. Značná část z nich dosud není připravena spolupracovat s nemocničními duchovními a ostatní spirituální pracovníci nejsou zatím do modelu českého zdravotnictví integrováni. Situace je komplikována i tím, že někteří duchovní používají jazyk, kterému pacienti nerozumí (převážně náboženský) a zapomínají (nebo neumí) nejprve ošetřit emoční stav pacienta, což pokládám za nezbytné.

Stávající situace klade velké nároky na výběr poskytovatelů spirituální péče, na jejich osobní zralost, znalosti, ale i dovednosti, neboť nemocnice, které je budou zaměstnávat, musí počítat s tím, že ponесou plnou odpovědnost za dopady jejich práce na další stav nemocných, stejně jako u ostatních zdravotnických i nezdravotnických pracovníků. V ČR chybějí jasná pravidla nejen ohledně rozsahu kvalitního požadovaného vzdělání a praxe těchto poskytovatelů, právní odpovědnosti za výsledky jejich práce, ale i event. způsob proplácení jejich výkonů zdravotními pojišťovnami.

Mám za to, že by péče o duchovní dimenzi pacientů během hospitalizace již neměla být zdravotnickým personálem opomíjena jako dosud, neboť kvalitní odbornou péči o nemocné po stránce duchovní, zvláště u těžkých onemocnění či ke konci života, považuji za *zásadní*.

Vedle praktických omezení postrádáme i filozofické vyjasnění ústředních pojmů v oblasti spirituálních potřeb člověka obecně a vážným onemocněním trpícího pacienta zvlášť. V takových případech vystupuje do popředí zejména otázka po smysluplnosti života v utrpení s vědomím neodvratné smrti.

Ve své práci proto čerpám především z filozofického, lékařského a psychoterapeutického pohledu Viktora Emila Frankla, jehož pojetí člověka, včetně duchovní dimenze, vyjádřené v konceptu dimenzionální ontologie, umožňuje pohled na člověka jako na bytost somatickou, psychosociální i

⁶ Srov.: SPECK, P., HIGGINSON, I., ADDINGTON-HALL, J., Spiritual needs in health care, *BMJ*, 2004, 329: 123-124.

⁷ OPATRŇY, A. *Nemocní*. In MARTINEK, M. a kol. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*, s. 144.

spirituální.⁸ Jsem přesvědčena o tom, že tento celek, navzdory rozmanitosti lidské bytosti, si žádá zvláště v nemoci *komplexní* porozumění pacientům, včetně zajištění podpory formou provázení fyzickým, duševním i duchovním utrpením.

2. Hypotézy, cíle a metodika práce

Člověk, alespoň v závažných situacích života, si klade otázku po smyslu toho, čím prochází, co prožívá, a co koná nebo může konat. Tato otázka je vyjádřením duchovní motivace člověka.

Tázání po smyslu v životě se zintenzivňuje především v období vážné nemoci, utrpením blízkého člověka, kontaktem se smrtí, event. vědomím blízcí se vlastní smrti. Proto je důležité, aby personál nemocnic pacienty v tomto období cíleně podporoval.

Cílem práce je poukázat na význam celostního pohledu na pacienta, včetně jeho duchovní dimenze, kterou je nutno odlišovat od dimenze duševní, vyjasnit podstatu duchovní dimenze člověka z hlediska filozofické antropologie V. E. Frankla u člověka obecně a u člověka trpícího nevyлéčitelným či terminálním onemocněním zvláště, poskytnout ucelený obraz potřeb a možností kvalitní odborné péče o nemocné i po stránce duchovní a přispět tak ke změně vnímání spirituální dimenze pacientů v kontextu celostního pohledu na ně. A dále být podnětem ke změně přístupu k pacientům ve zdravotnických zařízeních ve smyslu porozumění všem jejich potřebám a souvislostí, odpovídajících hodnocení kvality života dle WHO (bio-psycho-sociálně-spirituální model člověka).

Pojem duchovní dimenze, spirituálních potřeb a potřeby životního smyslu obecně a v existenciálně kritických situacích je na základě literárního rozboru v práci vymezen a analyzován z hlediska filozofického, existenciálně analytického a hermeneutického. Dále je rozpracován aplikační význam pojetí spirituálních potřeb pro klinickou praxi.

3. Obraz o člověku

Otázkou co je člověk, jaké je jeho postavení ve světě i jaký smysl jeho existence má se po staletí táže člověk po své vlastní podstatě.⁹ Vzhledem k omezenému prostoru v práci zmiňuji alespoň některé filozofické názory.

Frankl byl jedním z těch, kteří se v teorii, ale i v praktické péči o duši pacienta pokoušeli celostní pohled na člověka obnovit zdůrazňováním jeho jednoty. Duše pro něj byla zase spojícím článkem mezi tělem, patřícím do světa přírody a duchem, který je „noogenní“ vrstvou bytí.¹⁰ Dle názoru

⁸ Srov.: FRANKL, V. E. *Vůle ke smyslu: Vybrané přednášky o logoterapii*, s. 81.

⁹ Srov.: CORETH, E. *Co je člověk?*, s. 9.

¹⁰ Srov. SMÉKAL, V. *Franklovo poselství světu*. In FRANKL, V. E. *Člověk hledá smysl: Úvod do logoterapie*, s. 5.

Lukasové vrátil Frankl psychologii něco jako duši, ale na vyšší, duchovní úrovni.¹¹

Souhlasím s Franklem, že každá metoda vychází z nějakého pojetí člověka; tedy každá diagnostika i léčba vychází z nějakého obrazu o člověku a světového názoru¹² a z toho hlediska pak k němu zaujímá praktický přístup. Každý člověk v sobě nese určitý implicitní obraz. Musíme proto brát v úvahu, že jakákoli východiska budou vždy závislá na konkrétním člověku, který se ptá podle toho, jak chápe svět kolem sebe,¹³ tedy na *jeho* konkrétním předporozumění.

Pro Frankla „...být člověkem, znamená být vědomým a být odpovědným“¹⁴ ve „světě“ smyslu a hodnot,¹⁵ být bytostí, utvořenou a nasměrovanou k něčemu, co je víc než on sám; být bytostí, která hledá smysl svého života.¹⁶

Otázka kvalitativní skladby lidské osoby

Na otázku, zda základem všech životních jevů u člověka je pouze jedna základní kvalita jeho existence nebo zda u něj lze rozlišit více navzájem neodvozených kvalit, nacházíme v historii i v současnosti různé odpovědi. Je to otázka ontologická a setkáváme se s různými pojetími, ze kterých vyplývá, že v této oblasti nelze poskytnout důkazy, které by rozhodly o větší realističnosti té které představy. Jde spíše o zaujímaná filozofická stanoviska jednotlivých osobností.

Frankl, podobně jako N. Hartmann vycházel z pojetí Schelera o vícevrstevnaté (dle Frankla o vícedimenzionální) představě o lidské bytosti, na kterou v dnešní době navazují nejen jeho evropští žáci Lukasová a Längle se spolupracovníky, nýbrž i mimoevropští teoretici, jako například současný existenciální psychoterapeut P. T. P. Wong. Ten v souladu s Franklem vychází ze tří základních lidských dimenzí – somatické, psychické a spirituální, což vyjadřuje následující obrázek.¹⁷

¹¹ Srov.: LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl: Logoterapeutická útěcha v krizi*, s. 11.

¹² Srov.: FRANKL, V. E. *Teorie a terapie neuróz*, s. 138.

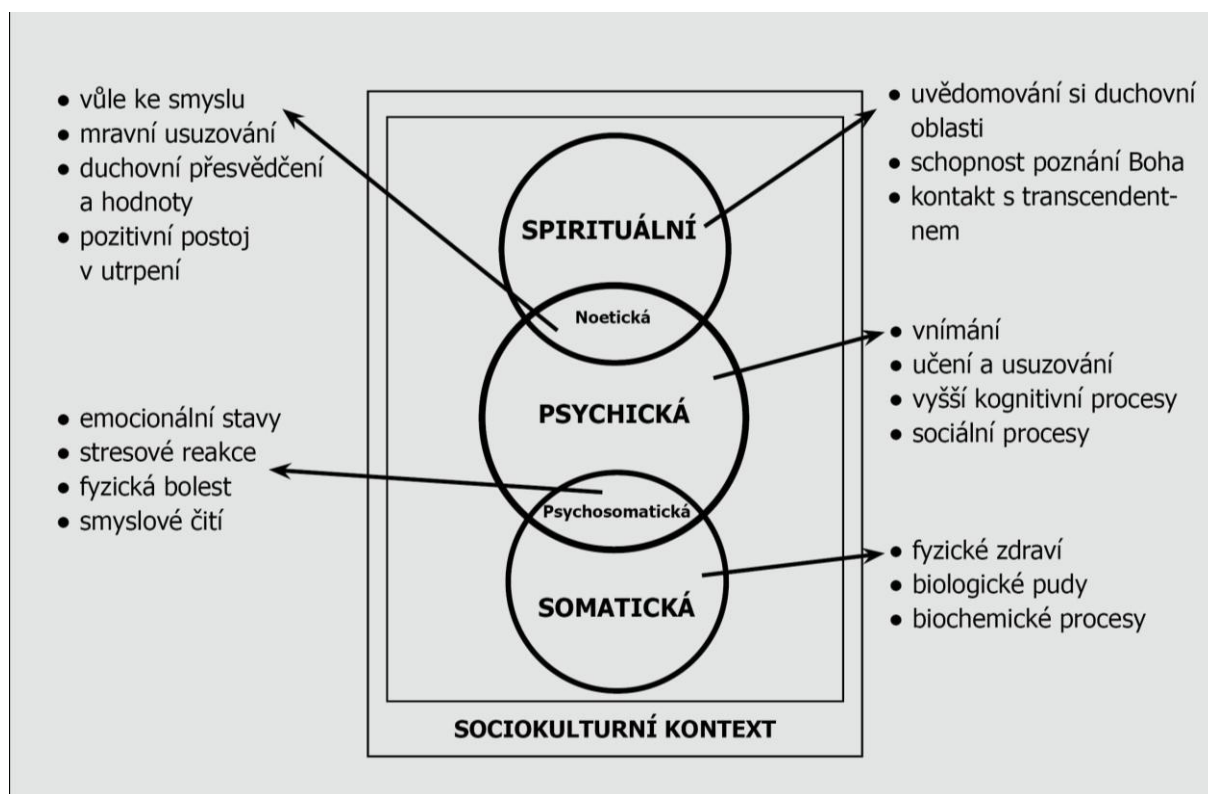
¹³ Srov.: HAVELKA, M. Karl Jaspers: Život a dílo. In JASPERS Šifry transcendence, s. 24.

¹⁴ FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši: Základy logoterapie a existenciální analýzy*, s. 19.

¹⁵ Srov.: FRANKL, V. E. *Vůle ke smyslu: Vybrané přednášky o logoterapii*, s. 114.

¹⁶ Srov.: FRANKL, V. E. *Psychoterapie pro laiky*, s. 11.

¹⁷ Srov.: WONG, P. T. P., FRY, P. S., (Eds.). *The Human Quest for Meaning: A Handbook of Psychological Research and Clinical Application*, s. 366.



Obrázek 1. Schématické znázornění lidských dimenzí podle Wonga.

Zdroj: WONG, FRY, 1998, s. 366.

Frankl opakovaně upozorňoval na nebezpečí redukcionistického „odvysvětlování“ odlišné povahy různých kvalit a projevů lidského žití přehnaným zdůrazněním jediné z nich, a to v podobě nihilismu, který je v jeho pojetí nikoli popíráním bytí samotného, nýbrž jeho smyslu.¹⁸ Shrnuto slovy Hejdánka: „Redukovaný člověk však přestává být člověkem, protože je zbaven právě svého lidství...“¹⁹

Frankl raději užívá termín dimenzionální odlišnosti, nikoli kvalitativní odlišnosti. Výhodu tohoto vyjádření spatřuje ve skutečnosti „...že poznatky získané v různých dimenzích, které si navzájem odporují, se přesto vzájemně nevylučují ... dimenze vyššího řádu v sobě zahrnuje dimenze nižší,“²⁰ takže je „...vzdor specifičnosti jevů vyšší dimenze zachována kontinuita takového jevu s ostatními.“²¹ Frankl dává důraz na skutečnost, že „...tam, kde jsou dimenze, existují i průměty,“²² takže nejsou navzájem izolované a jejich různost nebrání zásadní jednotě člověka, v níž jsou spojeny mimo jiné i vzájemným působením.

¹⁸ Srov.: FRANKL, V. E. *Trpiaci člověk*, s. 11. Překlad vlastní.

¹⁹ HEJDÁNEK, L. *Nepředmětnost v myšlení a ve skutečnosti*, s. 23.

²⁰ FRANKL, V. E. *Teorie a terapie neuróz*, s. 141.

²¹ Tamtéž, s. 141.

²² Tamtéž, s. 141.

Koncept dimenzionální ontologie

Předtím, než Frankl opakovaně definoval člověka jako „...jednotu vzdor rozmanitosti,“²³ rozpracoval jeho obraz podrobněji v konkrétní filozofické antropologii „...která rozlišuje v člověku *tělo, duši (psýché) a ducha (logos)*.“²⁴

K obrazu člověka lze podotknout, že somatickou dimenzi sdílí člověk se zvířaty i rostlinami, psychosociální se zvířaty („...neboť i zvířata mají emoce a kognice do určitého stupně!“)²⁵ a spirituální (dle Frankla noetická) je vlastní pouze člověku. Frankl formuloval dva zákony dimenzionální ontologie, které aplikoval na člověka.²⁶ V práci je tato problematika rozpracována.

Duchovní dimenze člověka dle V. E. Frankla

Člověk se tedy dle Frankla stává člověkem díky duchovní dimenzi,²⁷ která mu umožňuje zaujímat osobní postoje a volit další kroky. Neboť „*Duchovní dimenzí* svého bytí osobnost překračuje (transcenduje) svou každodennost a otvírá se formování takových charakteristik jako je láska, odpovědnost a prozíravost, moudrost, uměřenost, ušlechtilost.“²⁸ Do rozměru duchovní volby „vystupuje“ z roviny psycho-somatických zákonitostí.²⁹

Frankl spatřuje v životě člověka především svobodnou a odpovědnou reflexi, příznačnou právě pro člověka; nikoli jenom jeho „bytí“. Teprve jeho svoboda a odpovědnost činí jeho život *existencí*. A v tomto kontextu uvádí, že je třeba si uvědomit, že lidská existence nikdy úplně nevystupuje ve své vlastní fakticitě; je zde vždy možnost „stát se jiným“.³⁰

Charakteristiky duchovní dimenze v existenciálně analytickém pojetí

„*Duchovní schopnosti*“ umožňují člověku „duchovní výkony,“ jež jsou jiného charakteru, než bychom mohli vysvětlit biologickou či psychologickou determinací. Jedná se o *sebeodstup, sebezpřesah, svobodu a odpovědnost*.³¹

Sebeodstup (sebedistance) mu umožní pohlédnout na své problémy, včetně zdravotních, jakoby zvenku a to mu pomůže se citově od nich oprostit. Způsob jednání, kterým lze člověku v této situaci pomoci, se nazývá paradoxní intence.

²³ FRANKL, V. E. *Vůle ke smyslu: Vybrané přednášky o logoterapii*, s. 101.

²⁴ SMÉKAL, V. *Franklovo poselství světa*. In FRANKL, V. E. *Člověk hledá smysl: Úvod do logoterapie*, s. 5.

²⁵ LUKASOVÁ, E. *Základy logoterapie*, s. 21. Překlad vlastní.

²⁶ Srov.: FRANKL, V. E. *Vůle ke smyslu: Vybrané přednášky o logoterapii*, s. 103-104.

²⁷ Srov.: LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl: Logoterapeutická útěcha v krizi*, s. 11.

²⁸ SMÉKAL, V. *Pozvání do psychologie osobnosti: Člověk v zrcadle vědomí a jednání*, s. 21.

²⁹ Srov.: BALCAR, K. *Logoterapie a existenciální analýza. Česká a slovenská psychiatrie, Supplementum (2)*, 99: 11/2003, s. 75-79.

³⁰ Srov.: FRANKL, V. E. *Vůle ke smyslu: Vybrané přednášky o logoterapii*, s. 73.

³¹ Srov.: BALCAR, K. *Logoterapie a existenciální analýza. Česká a slovenská psychiatrie, Supplementum (2)*, 99: 11/2003, s. 75-76.

Sebepřesah (sebetranscendence) může člověku umožnit zaměřit se na dění „ve světě“ a tím se odpoutat od svého problému. Terapeutická metoda na něm založená, která člověku může pomoci, se nazývá dereflexe.

O *svobodě* byl Frankl přesvědčen, že člověku zůstává za každých podmínek a umožňuje mu „...vzepřít se zdánlivě omezujícím nebo donucujícím skutečností.“³² Tím se odlišuje od myšlenky determinismu, která hlásala domněnku, že člověk je determinován osudově, a že není schopen svůj „osud“ změnit. Frankl byl přesvědčen o tom, že existuje tzv. vzdorná moc lidského ducha,³³ která může i v sebetěžších situacích dodávat trpícímu člověku sílu až do konce života. Často ve svých dílech cituje Nietzscheho výrok: „Kdo má *proč* žít, může vydržet téměř každé *jak*“.³⁴

Frankl rozlišuje oblast osudovou a svobodnou – svobodu volby z existujících možností jednání nebo postoje, která ovšem není nikdy naprostá, vymykají se jí možnosti člověku vnucené v jeho tzv. „osudové“ oblasti života.³⁵ Neznamená tedy úplnou „svobodu vůči bytí a jeho determinacím,“³⁶ nýbrž svobodu pouze vůči těm možnostem, z nichž člověk volit může.

Důraz na odpovědnost vyjadřoval tzv. *kategorickým imperativem logoterapie*: „Žij tak, jako bys žil podruhé, a jako bys býval v prvním životě jednal tak nesprávně, jak hodláš jednat právě nyní!“³⁷ Tento apel na člověka pak burcuje k odpovědnosti v každé chvíli jeho života, neboť jej konfrontuje „...s konečností života, ale i s konečnou platností toho, co zde ze svého života a ze sebe učiní.“³⁸ Vždy mu však ponechává možnost volby, samostatného *rozhodování*. Čin, který vyplývá z rozhodnutí člověka, je pak zasazen do dalšího kontextu jeho života se všemi důsledky.

Pro provázení vážně nemocných a umírajících považují za podstatné, že v jakémkoliv utrpení, i v těžké nemoci, je můžeme podpořit v tom, že navzdory svému utrpení zůstává každé lidské bytosti právě svoboda ve způsobu, jaký postoj k utrpení zaujme; jak se rozhodne ve své jedinečné situaci. Přičemž otázka: „Co mám činit?“ samozřejmě je a bude vždy mimořádně obtížná, neboť „...každý ji musí pro sebe nějak řešit ... je to nejvyšší požadavek, před který je postaven.“³⁹

Orgánem, který toto vše umožňuje, je *svědomí*, jež se řídí svým hodnotovým systémem, který jednotlivec během svého života přijal jako

³² Tamtéž, s. 76.

³³ Srov.: WONG, P.T., FRY, P. S., (Eds). *The Human Quest for Meaning, A Handbook of Psychological Research and Clinical Applications*, s. 365.

³⁴ FRANKL, V. E. *Člověk hledá smysl: Úvod do logoterapie*, s. 69.

³⁵ Srov.: FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši: Základy logoterapie a existenciální analýzy*, s. 91.

³⁶ HARTMANN, N. *Struktura etického fenoménu*, s. 249.

³⁷ FRANKL, V. E. *Člověk hledá smysl: Úvod do logoterapie*, s. 72.

³⁸ Tamtéž, s. 72.

³⁹ HARTMANN, N. *Struktura etického fenoménu*, s. 29.

směrodatný. „*Svědění je intuitivní schopnost* a patří ke specificky lidským fenoménům.“⁴⁰ Každý člověk se může v každém konkrétním okamžiku svého života rozhodnout, zda uposlechne hlasu svého svědomí či ne. Jedná se vlastně o schopnost intuitivně vycítit, co je v dané životní situaci podstatné. „Zde je každý odkázán sám na sebe.“⁴¹

Frankl přisuzoval svědomí transcendentní charakter, který člověku umožňuje „...pochopit člověka a obzvláště jeho osobnost.“⁴² Jinými slovy: „To, co člověku zpřístupňuje svědomí, je transsubjektivní smysl, který se zaměřuje na hodnoty ve světě, jejich zachování a rozmnožování a nikoli subjektivní smysl ve službě uspokojování vlastních potřeb.“⁴³

Etické a existenciálně analytické pojetí hodnot

Frankl ve svém díle vycházel částečně z pohledu Schelera, dle něhož má lidské usilování vždy nějaký cíl,⁴⁴ i když si jej ne vždy uvědomujeme. Scheler byl zastáncem materiální etiky hodnot,⁴⁵ jejíž představitelé zastávali názor, že hodnoty existují nezávisle na našich potřebách, nedají se „...racionálně postihnout, argumentativně vykázat, nýbrž otevírají se *cítění hodnot*.“⁴⁶ Toto cítění „...je chápáno jako cítění *duchovní*...“⁴⁷ Domníval se též, že „...hodnoty jsou absolutní, soběstačné a neměnné podstaty. Mění se pouze naše poznání hodnot a náš vztah k nim.“⁴⁸

Další představitel materiální etiky N. Hartmann vnímal sféru hodnot nikoli jako říši existující mimo člověka, ale jako „specifickou vrstvu lidského ducha,⁴⁹ která ‚se chová‘ „...jako ‚bytí o sobě‘ ačkoliv není ‚bytím materiálním‘, nýbrž ‚bytím ideálním‘.“⁵⁰ Pojímal hodnoty jakožto duchovní útvary, které nevznikají ani nezánikají,⁵¹ „...jsou“ hodnotami nezávisle na tom, zda si je člověk – a lidstvo vůbec – v dané době uvědomuje, či nikoli.“⁵²

Frankl zastával názor, že „Naše lidské bytí, naši existenci naplňujeme smyslem vždy díky tomu, že uskutečňujeme hodnoty.“⁵³ Buď něco vytváříme, tedy nějakým způsobem tvoříme svět nebo něco prožíváme, tudíž bereme svět

⁴⁰ TAVEL, P. *Smysl života podle V. E. Frankla, Potřeba smyslu života. Přínos V. E. Frankla k otázce smyslu života*, s. 37.

⁴¹ HARTMANN, N. *Struktura etického fenoménu*, s. 24.

⁴² FRANKL, V. E. *Psychoterapie a náboženství: Hledání nejvyššího smyslu*, s. 33.

⁴³ LUKASOVÁ, E. *Základy logoterapie*, s. 32. Překlad vlastní.

⁴⁴ Srov.: STÖRIG, H. J. *Malé dějiny filosofie* s. 428-429.

⁴⁵ Srov.: ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*, s. 211.

⁴⁶ Tamtéž, s. 212.

⁴⁷ Tamtéž, s. 212.

⁴⁸ STÖRIG, H. J. *Malé dějiny filosofie*, s. 429.

⁴⁹ HLAVOŇ, K. *Úvodní poznámky k překladu 1. dílu Hartmannovy Etiky*. In HARTMANN, N. *Struktura etického fenoménu*, s. 14.

⁵⁰ Tamtéž, s. 14.

⁵¹ Srov.: Tamtéž, s. 13.

⁵² Tamtéž, s. 13.

⁵³ FRANKL, V. E. *Trpiaci člověk*, s. 84.

na sebe, přisvojujeme si krásu a pravdu bytí a nebo trpíme, když snášíme bytí i svůj osud.⁵⁴

Zvláště hodnotám nejvyšším, tedy *postojovým*, je v práci věnováno hodně prostoru, především v situacích vážné nemoci, utrpení a umírání, kdy člověk již nemá možnost smysluplně čerpat z předchozích dvou oblastí hodnot.

Základním pojmem, se kterým Frankl pracuje, je *duchovní motivace*. Hovoří o ní jako o základní potřebě, jež vyjadřuje potřebu smyslu v každém lidském životě, o tzv. „*vůli ke smyslu*“.⁵⁵ Balcar označuje vůli ke smyslu za základní hybnou sílu duchovního života člověka.⁵⁶ Tavel ji považuje spíše za filozofický pojem a takto by podle něj měl být i vysvětlován.⁵⁷

Hledání smyslu v životě člověka je i dle Frankla primární silou a tento smysl je jedinečný, protože každý člověk jej pro sebe musí a může naplnit sám. Teprve pak nabývá významu, který vůli ke smyslu uspokojí.⁵⁸ Je však zapotřebí reagovat vždy na konkrétní události u konkrétní osoby jedinečným způsobem,⁵⁹ protože „...životní úděl každého člověka je jedinečný a neopakovatelný.“⁶⁰

Frankl byl přesvědčen o tom, že člověku se dá pomoci zvědoměním (hledáním) smyslu v životě i v život ohrožujících situacích. Jeho přístup k otázce životního smyslu samotného je neobvyklý v tom, že se opírá o tzv. koperníkovský obrat, v němž tuto otázku formuloval zcela obráceně, než většinou bývá kladena – že totiž „...*nezáleží na tom, co očekáváme od života my, nýbrž co očekává život od nás.*“⁶¹

Logos

Toto slovo tvoří část názvu terapeutického směru, který Frankl založil – logoterapie – což vysvětluje následovně: „*Logos* je řecké slovo, které znamená ‚smysl‘. Logoterapie, nebo jak ji nazývají někteří autoři, ‚třetí vídeňská škola psychoterapie‘, se soustřeďuje na smysl lidské existence i na lidské hledání tohoto smyslu. Podle ní úsilí nalézt smysl vlastního života je prvořadou motivační silou v člověku.“⁶² *Logos* znamená v řečtině nejen ‚smysl‘, ale i ‚duch‘. „O duchovních otázkách, jako je usilování o smysluplnou existenci nebo zmaření této tužby, pojednává logoterapie *duchovně*. ... Nerozliší-li lékař

⁵⁴ Srov.: Tamtéž, s. 84.

⁵⁵ Srov.: FRANKL, V. E. *Člověk hledá smysl: Úvod do logoterapie*, s. 66- 67.

⁵⁶ Srov.: BALCAR, K. Logoterapie a existenciální analýza V. E. Frankla, *Čs. Psychologie*, 1995a, 39: s. 135.

⁵⁷ Srov.: TAVEL, P. *Smysl života podle V. E. Frankla, Potřeba smyslu života. Přínos V. E. Frankla k otázce smyslu života*, s. 213.

⁵⁸ Srov. FRANKL, V. E. *Člověk hledá smysl: Úvod do logoterapie*, s. 66.

⁵⁹ Srov. FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši: Základy logoterapie a existenciální analýzy*, s. 69.

⁶⁰ FRANKL, V. E. *Člověk hledá smysl: Úvod do logoterapie*, s. 54.

⁶¹ Tamtéž, s. 53. Zvýraznění vlastní.

⁶² Tamtéž, s. 65.

duchovní dimenzi od instinktivní, může vzniknout nebezpečný zmatek.⁶³ Logos, tedy v tomto kontextu smysl, je dle Frankla něco, s čím je existence konfrontována, tedy ne něco, co se z existence vynořuje; „... *smysl své existence nevyenalézáme, nýbrž spíše odhalujeme.*“⁶⁴

K uvedeným skladebným vlastnostem lidské duchovní dimenze patří u Frankla i vlastnost dynamická, kterou nazývá „nodynamikou“. Rozumí tím napětí v životě člověka mezi stavem, který je, a stavem, který pro něj na základě dosud neuskutečněných hodnot má nastat. Člověku je vlastní a velice potřebné k zachování duševního zdraví.⁶⁵

Souhlasím s Franklovou myšlenkou, že by i na tento aspekt péče měli více myslet ošetřující lékaři v klinické praxi a neměli by se proto obávat zvýšit zatížení pacientů jejich orientací na smysl života.

4. Existenciálně analytické pojetí smyslu v lidském životě

Co je smyslem života, co je dobrý a správný život, a jak nabýt v životě štěstí – těmito otázkami se zabývali lidé odedávna. Tavel upozornil na skutečnost, že existuje asi 170 definic smyslu života⁶⁶ a zastává názor, že ačkoliv jsou *životní cíl* a *smysl života* blízké pojmy, není možné je ztotožňovat.⁶⁷

Otázku po smyslu života považoval Frankl za specificky lidskou. Ani samo pochybování o něm není samo o sobě ničím patologickým – považoval je za výraz „...toho nejlidštějšího v člověku.“⁶⁸

Frankl na otázku jak najít smysl odpovídá, že „...smyslem lidského života je život sám.“⁶⁹ Avšak považuje za nutné v tomto kontextu vysvětlit své chápání slova „život“. V prvním případě má na mysli faktický život, tedy lidské bytí nám dané, a ve druhém fakultativní, tedy lidské bytí nám uložené. Z toho plyne, že člověk nikdy „není“ člověkem, ale teprve jím „bude.“⁷⁰

Frankl v knize, kde pojednává o zkušenostech z koncentračních táborů, poukazuje na to, že ve zdánlivě nesmyslné přítomnosti lze objevit smysl jejím vztahem k otevřené budoucnosti a k *cílům*, které v ní mohou být obsaženy.⁷¹ Pokud to však člověk nedokáže, mění se struktura jeho vnitřního života a dochází u něj k „...vnitřním úpadkovým jevům...“⁷²

⁶³ Tamtéž, s. 68.

⁶⁴ Tamtéž, s. 66.

⁶⁵ Srov.: Tamtéž, s. 69.

⁶⁶ Srov.: TAVEL, P. *Smysl života podle V. E. Frankla, Potřeba smyslu života. Přínos V. E. Frankla k otázce smyslu života*, s. 13.

⁶⁷ Srov.: Tamtéž, s. 27.

⁶⁸ FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši: Základy logoterapie a existenciální analýzy*, s. 43.

⁶⁹ FRANKL, V. E. *Trpiaci člověk*, s. 77. Překlad vlastní.

⁷⁰ Srov.: Tamtéž, s. 78.

⁷¹ Srov.: FRANKL, V. E. *Člověk hledá smysl: Úvod do logoterapie*, s. 51.

⁷² FRANKL, V. E. *...A přesto říci životu ano*, s. 68.

Je však zapotřebí, aby byly cíle pro člověka *smysluplné*. Souhlasím s tím, že „...kdo má pocit smysluplnosti, vnímá život, jako že má nějaký účel nebo funkci, kterou je možné naplnit, nějaký prvořadý cíl či cíle, o něž je možné usilovat.“⁷³

„Smysluplnost lidské existence je založená na jedinečnosti a neopakovatelnosti lidské osoby.“⁷⁴ *Jednání* člověka, kterým naplňuje smysl své životní situace, nazýváme *smysluplné*. Abychom je za takové vůbec mohli označit, je dle Křivohlavého třeba, aby splňovalo řadu aspektů,⁷⁵ které jsou v textu práce blíže rozpracovány.

Frankl byl přesvědčen o tom, že tajemstvím bezpodmínečné smysluplnosti života je „...že člověk je právě v mezních situacích vyzýván, aby podal svědectví o tom, čeho je schopen.“⁷⁶ A aby člověk žil smysluplný život, je důležité, aby naplňoval hodnoty, které jej povedou ke stanoveným cílům nebo podle nichž zvolí svůj způsob života.⁷⁷

V obdobích, kdy lidé trpí a prožívají strach z vážného onemocnění či umírání, se setkáváme s otázkou po smyslu jako vyjádřením prožívané smysluplnosti každodenního života v konkrétních situacích.

⁷³ YALOM, I. D. *Existenciální psychoterapie*, s. 428.

⁷⁴ TAVEL, P. *Smysl života podle V. E. Frankla, Potřeba smyslu života. Přínos V. E. Frankla k otázce smyslu života*, s. 70.

⁷⁵ Srov.: KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*, s. 18-19.

⁷⁶ FRANKL, V. E. *Vůle ke smyslu: Vybrané přednášky o logoterapii*, s. 167.

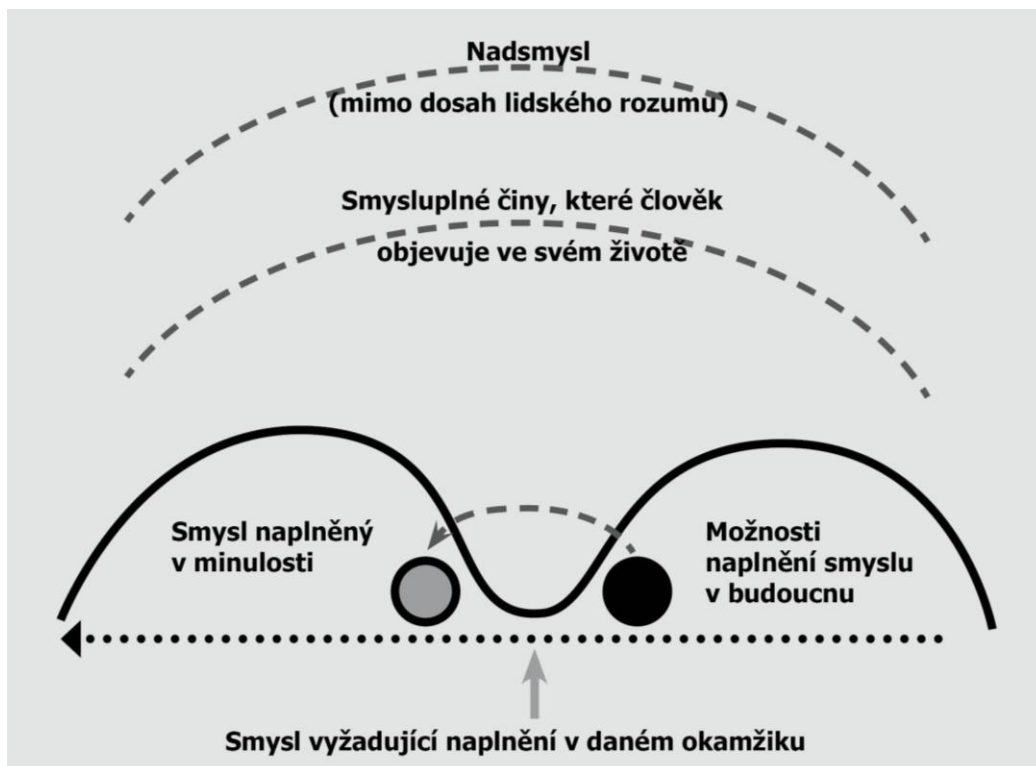
⁷⁷ Srov.: KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*, s.106.

Smysl

V existenciální analýze Frankl a jeho následovníci rozlišují tři úrovně smyslu:⁷⁸

- *Nadsmysl, nejvyšší smysl*, smysl života jako celku – tedy jaký smysl má, že vůbec žiji, proč jsem na světě.
- *Smysl v životě*, smysluplné nebo smysluprázdné odpovídání jednotlivce na výzvy, obsažené v konkrétních životních situacích a událostech – co je pro člověka hodnotné, cenné v běhu jeho praktického života a vyrovnávání s jeho nároky v různých konkrétních situacích a událostech.
- *Smysl v právě přítomné životní situaci* jednotlivce, tzv. smysl okamžiku – co si právě teď říká o uskutečnění, jaká je právě nejdůležitější hodnota v tuto chvíli

Lukasová tyto tři úrovně smyslu vyobrazila na obrázku 2.



obrázek 2. Rozlišení tří úrovní smyslu dle Lukasové – naplňování smyslu v čase.
Zdroj: LUKAS, 1991, s. 14.

Existenciální analýza se zabývá převážně druhou a třetí úrovní pojetí smyslu – *smyslem v životě jedince* a *smyslem v konkrétní životní situaci*, tzv. *smyslem okamžiku*.

Na *smysl života jako celku* odkazuje, avšak nepracuje s ním prakticky, neboť není racionálně uchopitelný; říká pouze to, že „...jeho přítomnost sice je

⁷⁸ Srov.: LUKAS, E. *Psychological ministry*, s. 13-18.

nezbytnou podmínkou, aby i prožívaná smysluplnost praktického života měla z čeho vyrůstat, avšak jeho nalézání již není v možnostech vědecké empirie, neboť smysl svého života jako takového můžeme uchopit pouze vlastním krokem víry,⁷⁹ protože se nedá dokázat.

Praktickou pomoc může logoterapie poskytnout člověku při hledání jak se svými postoji a činy smysluplně vyrovnávat s výzvami konkrétních situací, událostí, vztahů a příležitostí ve svém praktickém životě – tedy ohledně *smyslu v životě* – *smyslu nacházeném v konkrétních situacích* života jednotlivce. To posléze člověku pomáhá i prožít jako více nebo méně smysluplný i svůj život jako celek.

Jako smysluplné u *smyslu v právě přítomné životní situaci jednotlivce* – *smyslu okamžiku* člověk prožívá to, čím naplňuje právě nejdůležitější hodnotu v současné aktuální životní situaci. Tedy čím uskutečňuje v tuto chvíli hodnoty, které rozpoznal a přijal jako cenné zdroje svých cílů a svých snah, a je ochoten jim věnovat své zážitky, činy a postoje.

Existenciální frustrace

Rozvoj vědy v předchozích stoletích posílil víru v lidské rozumové schopnosti, od kterých si lidstvo slibovalo možnost ovládnutí přírody a vybudování lepšího světa. Zájem o duchovní dimenzi člověka ustupoval stále více do pozadí a člověk se tak postupně stával „...sám sobě „vyvržencem“: objektem!⁸⁰ ve svém světě, ve svém prostředí, neboť si sice částečně podrobil svět, ale odcizil se čím dál více přírodě, ztratil původní instinkty, své původní zakotvení v tradicích, které jeho chování původně podmiňovaly a ovlivňovaly.⁸¹

Pro mnohé se lidská existence zdála být bezvýznamná, pro některé životní podmínky nezaručovaly jejich důstojnost a pro další život začínal postrádat smysl, i když jejich životní úroveň byla zabezpečena. Od devatenáctého století, počínaje Kierkegaardem,⁸² si člověk kladl stále častěji otázku ohledně smyslu své existence.

Ani hrůzy druhé světové války, která přinášela zhroucení základních lidských hodnot, člověka nepoučily. I nadále hromadil stále více majetku a jeho „být“ se přeměňovalo na „mít“⁸³ a uvnitř něj vzrůstalo vnitřní prázdno.⁸⁴ Potřeba smyslu byla frustrována, motivace ke smyslu, slovy Frankla – *vůle ke smyslu* – zmařena. Život čím dál většího počtu lidí hmotně velmi dobře zabezpečených začal ztrácet smysl, pro který žili.

⁷⁹ BALCAR, K. *Logoterapie a existenciální analýza*. In VYMĚTAL, J. a kol. *Obecná psychoterapie*, s. 257.

⁸⁰ FRANKL, V. E. *Vůle ke smyslu: Vybrané přednášky o logoterapii*, s. 63.

⁸¹ Srov.: Tamtéž, s. 98.

⁸² Srov.: MIKULOVÁ-THULSTRUPOVÁ, M. *Doslov*. In KIERKEGAARD, S. *Bázeň a chvění, Nemoc k smrti*, s. 241.

⁸³ Podrobněji se tímto tématem zabývá Fromm v knize *Mít nebo být?*, 1992

⁸⁴ Srov.: DE FIORES, S., GOFFI, T. *Slovník spirituality*, s. 921.

Frankl nazýval tento stav *existenciální frustrace*. Mnozí se nacházeli v tzv. *existenciálním vakuu*⁸⁵ a problém bezesmyslnosti života se začal šířit napříč národy,⁸⁶ čímž se stal celosvětovým problémem. Existenciální vakuum je dobrý základ pro rozvoj tzv. *noogenní neurózy*, jež se vyvíjí na duchovním základě,⁸⁷ ale má vliv i na psychický a fyzický stav člověka. Problém přestává být pouze existenciálním a stává se čím dál více i zdravotním.

Jedním ze závažných zdrojů rozsáhlé existenciální frustrace bývá i vážné onemocnění, s nímž se člověk může také vyrovnávat buď smysl uchovávacím nebo smysl popírajícím způsobem. Proto další část studie věnuje problematice zdraví a nemoci obecně a pak ve vztahu k potřebě smysluplně vést svůj život i v takto oslabující situaci zvlášť.

5. Zdraví a nemoc

Zastávám názor, že lidské zdraví je třeba chápat celostně. Hodnota zdraví však nemusí vždy vyjadřovat kvalitní život, neboť někdy teprve vážné onemocnění dává životu opravdový smysl, opravdovou hodnotu. Nemoc tedy nemusí znamenat nutně zlo, za které je často považována.⁸⁸

U lidí, kteří dokáží změnit svůj postoj ke zdraví, a dokáží se s jeho ztrátou vyrovnat, se vážná nemoc může stát zráním a jakýmsi *výkonem*.⁸⁹ Záleží vždy na rozhodnutí každého jedince i jeho odvaze čelit konkrétní situaci, což se odvíjí od mnoha okolností.⁹⁰

O *významu nemoci* lidé diskutují po staletí. Frankl přijímal nemoc a utrpení v životě člověka jako výzvu, jako výkon a současně jako růst, což koresponduje s názory již z dob církevních otců, protože mnozí ji vykládali jako přínos člověku.⁹¹ I v současné době se někteří křesťanští mniši zabývají otázkou nemoci jako symbolu „...jímž se vyjadřuje naše duše,⁹² a důležitostí porozumět symbolické řeči nemoci. Domnívají se, že tím může pacient porozumět lépe sobě samému i že je velmi důležité nepovažovat svou nemoc za nepřítele, nýbrž ji přijímat jako partnera a přítele „...který nás chce poučit o něčem, čemu jsme dosud nemohli rozumět a co jsme nedokázali.“⁹³

Utrpení

Člověk si vždy kladl otázku kvůli nezměnitelnému osudu, *utrpení* či své vlastní smrti, která přesahovala hranice jeho chápání. Zvláště v dnešní době, kdy

⁸⁵ Srov.: LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl: Logoterapeutická útěcha v krizi*, s. 148.

⁸⁶ Srov.: Tamtéž, s. 15.

⁸⁷ Srov.: FRANKL, V. E. *Člověk hledá smysl: Úvod do logoterapie*, s. 67.

⁸⁸ Srov.: PAYNE, J. *Úvod* In PAYNE, J. a kol. *Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny*, s. 11.

⁸⁹ Srov.: FRANKL, V. E. *Trpiaci člověk*, s. 90-91.

⁹⁰ Srov.: MASLOW, A. H. *Ku psychologii bytí*, s. 37-41 – kapitola „Ku psychologii zdraví“.

⁹¹ Srov.: VENTURA, V. *Kulturně náboženské předporozumění zdraví a nemoci (křesťanský kontext)*, In PAYNE, J. a kol. *Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny*, s. 41-45.

⁹² GRÜN, A., DUFNER, M. *Zdraví jako duchovní úkol*, s. 9.

⁹³ Tamtéž, s. 9.

je zvyklý vše korigovat, těžko přijímá svou neschopnost čelit neovlivnitelným skutečností, ke kterým patří i vážné onemocnění či umírání. A to se netýká jen pacientů, ale i jejich lékařů, kteří si zvykli pohlížet na nemoc jako na problém, jenž mají za úkol zvládnout. Pokud se to nepodaří, berou tuto událost nejen jako svou prohru, ale i jako prohru celé medicíny. Neradi si připouštějí, že i pro vědu existují hranice, za které se neumíme dostat. Odnaučili jsme se akceptovat tento fakt a přijímat jej s pokorou. Považuji za významné, že zdravotníci málokdy pamatují na to, že utrpení psychické a duchovní může být i mnohem horší, než fyzické.

Frankl se přesto domnívá, že „...Neexistuje žádná životní situace, která by skutečně postrádala smysl“⁹⁴ a tvrdí, že zdánlivě negativní stránka lidské existence – i když se jedná o utrpení, vinu nebo dokonce smrt – může být přetvořena k něčemu pozitivnímu, když k nim zaujmeme správný postoj.⁹⁵ *Utrpení, vinu a smrt* nazval „tragickou triádou“, přičemž dodává, že utrpení lze přeměnit na výkon, vinu v proměnu a pomíjivost lidského života (smrtelnost) v pobídku k zodpovědnému jednání.⁹⁶

Se smyslem utrpení souvisí i otázka smyslu smrti, tedy zda konečnost života, jež je jeho podstatným znakem, může vzít životu smysl. Souhlasím s Franklem, že nikoliv; i s tím, že právě onen ireverzibilní charakter života je „...konstitutivní pro jeho smysl.“⁹⁷

Theodicea

Otázkou, jak je možné, že Bůh, který je laskavý a všemocný, dovoluje zároveň utrpení a zlo, se po staletí zabývá mnoho filozofů a teologů. Tato otázka dalece přesahuje rámec mé práce, ale protože se i Frankl o tomto tématu zmiňuje⁹⁸ a u trpících nemocných se s ním setkáváme často, velmi stručně se jí dotknu i já.

Do novodobé filozofie téma teodicey uvedl Leibnitz na přelomu sedmnáctého a osmnáctého století. Ale již například sv. Augustin se ptal nejenom *odkud* se zlo bere, ale *co* je vlastně oním zlem.⁹⁹

Filozof a teolog minulého století Tresmontant, který byl Franklovým současníkem, zastával názor, že „...zlo je destrukce jsoucná, zlo je opak stvoření.“¹⁰⁰ Upozorňoval na důležitost toho, z *jaké pozice* otázku teodicey pokládáme. Byl přesvědčen o tom, že pokud se chce otázkou zla zabývat ateista, tedy pokud chce konfrontovat přítomnost zla ve světě s křesťanským

⁹⁴ FRANKL, V. E. *Psychoterapie a náboženství: Hledání nejvyššího smyslu*, s. 61. Zdůraznění vlastní.

⁹⁵ Srov.: Tamtéž, s. 61-62.

⁹⁶ Srov.: Tamtéž, s. 69.

⁹⁷ FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši: Základy logoterapie a existenciální analýzy*, s. 81.

⁹⁸ Srov.: FRANKL, V. E. *Trpíci člověk*, s. 151-154.

⁹⁹ Srov.: TRESMONTANT, C. *Theodicea neboli otázka zla. Existuje křesťanská filosofie?*, s. 10.

¹⁰⁰ Tamtéž, s. 11.

monoteismem, měl by tak činit *v rámci* skutečného židovského a křesťanského monoteismu, které netvrdí, že smrt je absolutní konec.¹⁰¹

Frankl byl přesvědčen o tom, že ptát se na smysl utrpení znamená totéž, jako se ptát na smysl života. A dle jeho názoru člověk „...se nemá ptát, ale odpovídat, odpovídat na otázku, co je utrpení, on má složit zkoušku – má utrpení snášet.“¹⁰² A právě v tom, *jak* člověk přijímá své utrpení, v tom, *jak trpí*, spatřuje odpověď na otázku, *proč* utrpení vlastně existuje. Dle Frankla všechno závisí na postoji, který k utrpení pacient zaujme, na jeho vztahu vůči utrpení.¹⁰³ Ten mu pak umožňuje utrpení snášet skrze uskutečňování postojových hodnot prakticky v každé situaci.

Považuji za významné, že si zdravotníci často neuvědomují, jak dramaticky se s přijetím do nemocnice odlišuje situace pacientů i jejich rodin *ve stavu nemoci*, zvláště během hospitalizace, od *stavu zdraví*.¹⁰⁴ Závažné onemocnění může být totiž něčím, co ztěžuje nalézání smysluplných postojů, zážitků a činů v náročné životní situaci, popřípadě připravuje nemocného o jeho dosavadní hodnotové možnosti smysluplného vyrovnávání se svým stavem a s jeho následky pro další život.

Imunita

Dle Lukasové Frankl již před lety tušil, že stav imunity je mj. závislý na stavu *afektivity* člověka a naopak. Svou afektivitu se každý člověk může postupem času naučit do jisté míry ovládat, neboť je sice určována mnoha vlivy, ale jedním z nich je i lidská vůle. Frankl zastával názor, že ten, kdo si udrží stabilní afektivitu, ovlivní tím i stabilní imunitu. „Tam, kde je možné psychicky vyvolat nemoc, musí existovat i možnost psychicky jí zabránit.“¹⁰⁵ Souvisí to s lidskou vůlí, která dokáže mnoho.

Vliv dlouhodobého stresu, který člověk prožívá při vážném onemocnění, je v dnešní době již nepochybný.^{106, 107} Některé studie upozorňují na rozdíl mezi působením krátkodobého a dlouhodobého stresu na imunitní systém.¹⁰⁸ V druhém případě se mohou rozvinout změny v jednotlivých orgánech, což se

¹⁰¹ Srov.: Tamtéž, s. 22-26.

¹⁰² FRANKL, V. E. *Trpiaci člověk*, s. 154. Překlad vlastní.

¹⁰³ Srov.: Tamtéž, s. 154.

¹⁰⁴ V textu práce je pak blíže zpracováno původní sdělení Křivohlavého v knize *Psychologie nemoci*, s. 50.

¹⁰⁵ LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl: Logoterapeutická útěcha v krizi*, s. 121. Citován Frankl.

¹⁰⁶ Srov.: TAUSK, F., ELENKOV, I., MOYNIHAN, J. Psychoneuroimmunology. *Dermatol Ther.*, 2008, 21; 1, 22-31.

¹⁰⁷ Srov.: CHATURVEDI, S. K., VENKATESWARAN, CH. New research in psychooncology. *Curr Opin Psychiatry*, 2008, 21; 2; 206-210.

¹⁰⁸ Srov.: ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. Psychoneuroimmunologie a zvládání stresu. *Čs. psychologie*, 1998, r. XLII, 1; s. 33-34.

zpětně odráží na dalším průběhu a vnímání nemoci.¹⁰⁹ Na člověka však mohou působit různé další vlivy. Je nutno brát v úvahu i vůli k uzdravení jednotlivého pacienta a podporu jeho nejbližších.

Vážně nemocný člověk prochází určitým procesem, v němž se vyrovnává ze ztrátou zdraví (event. s blížící se smrtí), který nazýváme *truchlením*, a má určité specifické úkoly, kterými musí projít, aby se buď uzdravil nebo klidněji umíral. Tato stadia probíhají u jednotlivých pacientů různě a projevují se často nepříjemným chováním vůči okolí, tedy i vůči personálu; vyvolávají značné konflikty a trápení. Jsem přesvědčena o tom, že pokud by zdravotníci byli vzděláváni a vedeni k uvědomování si této skutečnosti, brali by útoky pacientů i jejich rodin méně osobně a situace v nemocnicích by se leckdy zklidnila.

Někteří pacienti v průběhu onemocnění volí způsob chování, který vyjadřuje smysl popírající vyrovnávání se situací. V práci uvádím příklady sebepoškozování, disimulace, ovládnutí blízkých či apatie a rezignaci, ale i možnosti jak pracovat s pacienty z pohledu existenciálně analytického a logoterapeutického.

Jiné pacienty však těžký prožitek z ohrožení zdraví nebo života zcela promění k lepšímu – přehodnotí své původní životní postoje a mohou se stát opravdovým příkladem ostatním, i zcela zdravým lidem. Frankl se u trpících setkával se směřováním k dobru a tento jev vysvětluje následovně: „Z neustálého opakování dobrých činů se nakonec rodí dobro.“¹¹⁰ „To, co bylo etickým konáním, se stává etickým postojem a etický čin je třeba nyní hodnotit ještě výše.“¹¹¹ „Utrpení je výkon a růst, ale i – *dozrávání* ... Dozrávání však spočívá v tom, že člověk získává vnitřní svobodu – navzdory vnější závislosti.“¹¹² „Protože trpět neznamená pouze něco konat, růst a dozrávat, ale i *stát se bohatším*.“¹¹³

Z výše uvedených příkladů lze vidět, že konečný úděl člověka trpícího vážným onemocněním závisí značnou měrou nejen na vývoji jeho tělesného a duševního stavu, nýbrž právě na jeho stavu duchovním – tedy na *postoji*, který ke své životní situaci zaujme, a na *způsobu*, jakým se s ní prakticky vyrovnává. Podle jeho reakcí lze usuzovat i na jeho duchovní zrání.

¹⁰⁹ Srov.: KARREN K. J. et al. *Mind/Body Health: The Effects of Attitudes, Emotions and Relationships*, s. 52-55.

¹¹⁰ FRANKL, V. E. *Trpíci člověk*, s. 87. Překlad vlastní.

¹¹¹ Tamtéž, s. 88.

¹¹² Tamtéž, s. 91-92.

¹¹³ Tamtéž, s. 93.

6. Praktické uplatnění existenciálně analytických východisek v práci s trpícími ve zdravotnických zařízeních

Nemocní bývají v nemocnicích redukováni na těla, ale ani jejich nahota nebývá důsledně chráněna a tím ani jejich důstojnost dostatečně zajištěna. Ocitají se v dilematu, neboť nemocnice, do které se uchýlili o pomoc, by měla být humánním prostředím a nadějí na pomoc a uzdravení, ale oni zjišťují, že tomu tak ve skutečnosti nebývá. Cítí se často uráženi, traumatizováni a způsob, jakým je s nimi zacházeno, vnímají jako odlidštěný.¹¹⁴ To u nich vyvolává další negativní pocity, vedoucí k frustraci.

Etické aspekty vztahu mezi nemocným a provázejícím

Frankl zdůrazňoval, že při provázení pacienta velmi záleží na postoji provázejícího, „*Neboť jen ten, kdo je sám přesvědčen, může přesvědčovat druhé ... bude schopen odkrývat smysl v životě a utrpení jiných lidí a probouzet v nich vůli ke smyslu.*“¹¹⁵ Terapeut „...se stává zrcadlem.“¹¹⁶

Zvláště v nemoci je pacient závislý na doprovázejících profesionálech, na kterých leží velká odpovědnost za způsob, jakým je provázejí a v jakém stavu je po svém odchodu zanechávají. Lévinas kladl důraz na asymetrickou odpovědnost člověka, když zdůrazňoval, že za odpovědnost druhého jsem zodpovědný i já, a byl přesvědčen o tom, že odpovědnost nemohu lidsky odmítnout, neboť připadá výhradně mně.¹¹⁷ Jonas hovoří o ne-recipročním vztahu mezi lidmi, který nastává, pokud jeden z nich potřebuje pomoc nebo se jinak ocitne v nouzi,¹¹⁸ což se nepochybně vážně nemocných či umírajících týká.

U pacientů se v tomto čase setkáváme se zvýšeným zájmem o spirituální témata, neboť hledají odpovědi na smysl toho, co právě ve svých životech prožívají. A to i lidé, kteří se hovorům o spiritualitě dříve vyhýbali, neboť v ohrožení života bilancují a často se ujišťují, že jejich dosavadní život měl smysl a že zde po nich po jejich skonu přece jen něco zůstane.

Puchalski upozorňuje na čtyři fáze duchovního vývoje, jimiž obvykle procházejí umírající.¹¹⁹ Tato stadia popisuje akronymem **LIFE**: **L**ife review – životní bilancování, **I**ntity – identita, **F**orgiveness/reconciliation – odpuštění/smíření, **E**ternity – nekonečno.

V tomto období pacienti hledají odpovědi na otázky, na které sice není možno jasně odpovědět, ale které často vedou k dalším otázkám, na něž posléze

¹¹⁴ Srov.: GILPIN, L. *The Importance of Human Interaction*. In FRAMPTON, S. B., GILPIN, L. CHARMEL, P. A. *Putting Patients First: Designing and Practicing Patient-Centered Care*, s. 3.

¹¹⁵ FRANKL, V. E. *Trpící člověk*, s. 90.

¹¹⁶ Tamtéž, s. 90.

¹¹⁷ Srov.: LÉVINAS, E. *Etika a nekonečno*, s. 214-215.

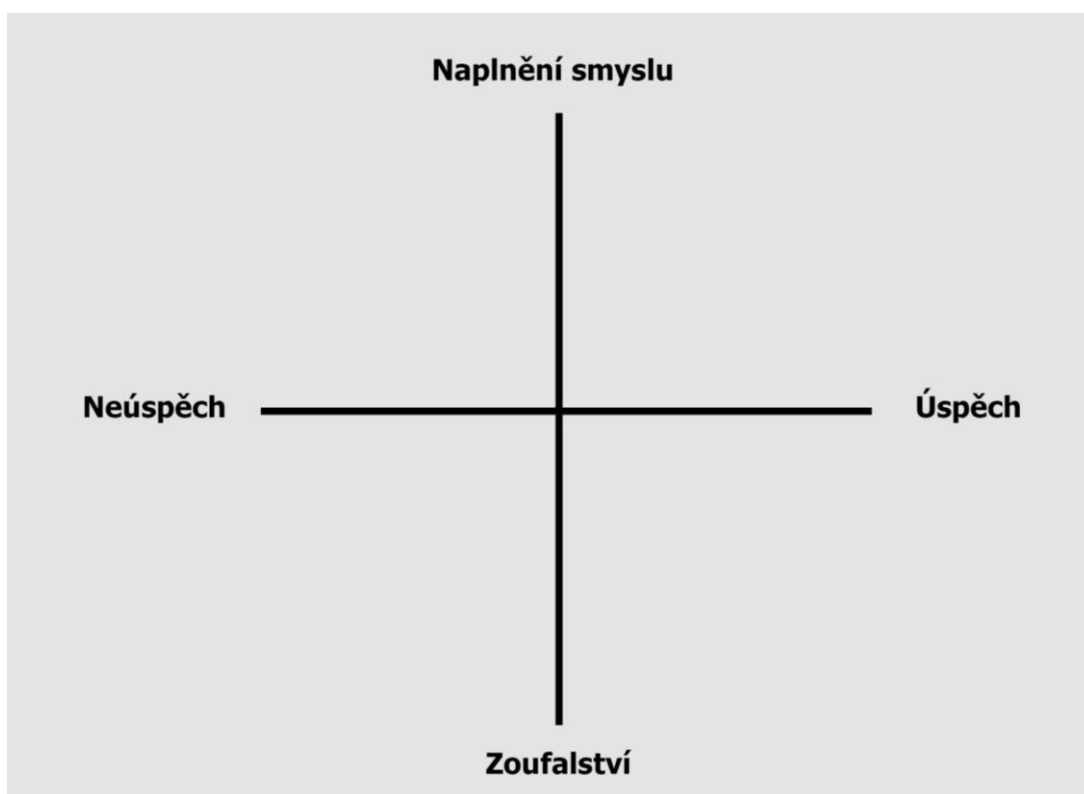
¹¹⁸ Srov.: JONAS H. *Princip odpovědnosti*, s. 146-147.

¹¹⁹ Srov.: PUCHALSKI, CH. M. *A Time for Listening and Caring: Spirituality and the Care of the Chronically Ill and Dying*, s. 77-81. Překlad vlastní.

pro sebe odpověď mohou najít. Svůj život člověk zkoumá každou otázkou, a tím dostává příležitost k jeho novému porozumění. Otázky bývají impulsem pro hlubší hledání sebe samotného. A poznat hlouběji sebe sama může skrze usmíření a odpuštění, které přináší vnitřní pokoj. Lidé v této době hledají i naději na nějaký způsob „přežití,“ ať již ve věčnosti nebo skrze ostatní nebo skrze své úspěchy, což pro ně bývá první konfrontací s vlastní smrtelností

Frankl byl přesvědčen o tom, že „... lidské bytí je v konečném důsledku a v nejhlubším rozměru utrpením, že zásadním určením člověka je trpět, být *homo patiens*.“¹²⁰ A aby člověk mohl utrpení vůbec přijmout, musí jej podle Frankla spojit s nějakým záměrem.¹²¹ Aby utrpení mělo vůbec smysl, musí jej člověk transcendovat. To se mu může podařit pouze tehdy, když bude trpět pro něco nebo pro někoho. „Smysluplné utrpení ukazuje vždy mimo sebe, tedy na to, *kvůli čemu* trpíme ... smysluplné utrpení je především sebeobětováním.“¹²²

Frankl poukazoval na to, že existují lidé, kterým se daří objektivně špatně, a přesto nevykazují známky zoufalství, nýbrž statečně snášejí i zoufalé podmínky. A naopak – lidé úspěšní, bohatí a zdraví, kteří mají dobré podmínky k životu, přesto nevidí žádný smysl života a jsou frustrovaní, nespokojení, až zoufalí. Frankl vypočetl různé situace trpících v tzv. *nitkovém kříži*.¹²³



Obrázek 3. Nitkový kříž. Zdroj: Lukasová, 1998, s. 66.

¹²⁰ FRANKL, V. E. *Trpíaci člověk*, s. 93. Překlad vlastní.

¹²¹ Srov.: Tamtéž, s. 95.

¹²² Tamtéž, s. 96. Překlad vlastní.

¹²³ Srov.: LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl: Logoterapeutická útěcha v krizi*, s. 66.

Do levého dolního kvadrantu kříže můžeme přiřazovat lidi, kteří mají pro své utrpení důvody a do pravého dolního kvadrantu ty, kteří sice žijí zdánlivě úspěšný život, ale přesto prožívají duchovní utrpení. Posuneme-li se pak do levého horního kvadrantu, našli bychom zde ty, kteří uměli nalézt ve svém utrpení tzv. „osmyslující“ souvislosti a tím je začali zvládat mnohem lépe, než pokud jejich smysl nenacházeli.

Noetická disonance

U tzv. kognitivní disonance dochází dle Lukasové k tomu, že člověk pochybuje o původně zvolené volbě, zatímco u noetické disonance přesně ví, co chce, ale zevní příčiny mu zabrání v jejím provedení. Některé cíle lze nahradit, zatímco jiné nikoliv.

Provázející by neměl pacientovi tuto skutečnost zamlčovat, ale měl by mu pomoci zařadit ji do osmyslujících souvislostí a podpořit jej v tom, že cíl není jediným smyslem života a ztráta cíle neznamena jeho bezsmyslnost.

V praxi tudíž pokládám za nutné pracovat s oběma eventualitami – pokud lze, pomáhat pacienta směřovat k cílům,¹²⁴ které si stanovil; pokud nelze, podporovat jej ke změně původně plánovaného. Tento postoj považuji za velmi důležitý i při práci se seniory.

Vyrovnávání se s noetickou disonancí ve stáří

Přestože by stárnutí mělo být běžným procesem patřícím k životu, s přibývajícím nepřirozeností života v současné společnosti stáří ztratilo postupně své přirozené postavení, které mívalo. V důsledku toho jej lidé přijímají hůře, než dříve, a bojí se ho, což ohrožuje jejich psychickou stabilitu.¹²⁵

Popielski se zabývá vývojem jednotlivých lidských dimenzí. Je přesvědčen o tom, že *tělesně* bývá dobře vyvinutý již novorozenec. *Psychicky* disponuje jednoduchými funkcemi, ale *duchovní* potenci v sobě teprve nese. „V prvních třiceti letech tato dimenze nabývá na rozsahu, psychické fenomény jsou školeny výchovou a zkušeností a začíná duchovní zrání. Dalších dvacet let zůstává vysoce konstantní, i když se už pomalu ukazují známky tělesného chátrání. Duchovní síly se ale rozvíjejí nadále, nezůstávají stát na jedné úrovni, pokud nejsou násilně nebo nemocí omezeny, nýbrž jsou ještě v letech nad 50 schopny přijímat nové a dále zrát. Čím více je člověk v tělesném a duševním prostoru omezen, tím více nabývá na významu duchovní život, který může být aktivní až do vysokého stáří.“¹²⁶

V tom vidím naději pro péči o seniory. Pokud budou zdravotníci i profesionální poskytovatelé spirituální péče obeznámeni s výše uvedenou dynamikou vývoje jednotlivých dimenzí člověka, mohou pak v klinické praxi

¹²⁴ Srov.: LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl: Logoterapeutická útěcha v krizi*, s. 61.

¹²⁵ Srov.: Tamtéž, s. 81.

¹²⁶ Tamtéž, s. 82-83.

lépe využít těchto darů stáří, tj. duchovního akcentu ujasněné životní filozofie a značné orientace na smysl, která je již zpracovaná a zušlechtěná životními zkušenostmi, a mohou tak seniory významně podpořit v nelehké situaci stárnutí.

Mám za to, že abychom mohli pacientům a jejich blízkým co nejlépe pomáhat i v období utrpení, je třeba zjišťovat i v nemocnicích jejich duchovní zázemí, což v našich podmínkách zatím nebývá běžné.

Souhlasím s Koenigem, že pro to pádné důvody existují, neboť se v praxi často setkáváme s tím, že mnozí pacienti užívají své víry k tomu, aby se lépe vypořádali se svou nemocí. A jejich rozhodnutí, vyplývající právě z jejich pojetí víry, mívá vliv i na další léčbu. To může být zásadní především u vážných nebo terminálních stavů.¹²⁷

Z tohoto důvodu zastávám názor, že je důležité, aby se lékaři i sestry učili odebrat spirituální anamnézu, a to způsobem respektujícím pacientovu víru, ať je jakákoli.¹²⁸ Tato anamnéza může být důležitá jednak ve vlastní péči o zdraví pacienta, ale zároveň bývá pro pacienta i dobrým signálem, že ošetřující lékař je ochoten přihlížet také k jeho ostatním potřebám, nejen somatickým.

Na druhé straně však, pokud do duchovní oblasti pacientů necitlivě zasáhnou nezkušení lékaři a sestry,¹²⁹ mohou u nich vyvolat rozpaky, obavy i nechuť hovořit o duchovních záležitostech. Ti pak často takto nabízenou spirituální péči ze strachu odmítnou, což vede k nespokojenosti jejich i jejich blízkých. V každém případě: „Prvním zásadním požadavkem na osoby, které nemocné doprovázejí, je *bezpodmínečná úcta k vnitřnímu světu nemocného ... a přiměřená empatie...*“¹³⁰

Další text práce je věnován přínosům spirituální anamnézy, současné situaci v našem zdravotnictví, cestám zlepšení stávající situace a na příkladu motolské nemocnice v Praze je poukázáno na praktické přínosy poskytování spirituální péče v širším slova smyslu u mnoha tisíc pacientů, příbuzných i personálu – v naprosté většině případů nereligiózních.

7. Diskuse

Předpoklad existence spirituální dimenze člověka nebyl v historii a není ani v současnosti všeobecně přijímán. Nicméně trialistické pojetí lidské existence má svou historickou tradici a v současnosti získává opět podporu, což je patrné například i u stanovování kritérií při hodnocení kvality lidského života.¹³¹

¹²⁷ Srov.: KOENIG, H. G. *Spirituality in patient care – Why, How, When and What*, s. 18-19.

¹²⁸ Srov.: Tamtéž, s. 31.

¹²⁹ Srov.: Tamtéž, s. 46-54.

¹³⁰ OPATRŇY, A. *Nemocní*. In MARTINEK, M. a kol. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*, s. 144-145.

¹³¹ Viz: *WHOQOL – 100* [online cit. 24.2.2012]. Dostupný z WWW: http://www.who.int/mental_health/who_qol_field_trial_1995.pdf.

Jsem přesvědčena o tom, že pro obor etiky i lékařské etiky je předpoklad svobodného a odpovědného jednání člověka, vztaženého k dalším existenciálům, jaké představují například životní hodnoty, schopnost sebereflexe, svědomí apod., vlastně nutným základem. Bez těchto předpokladů by pojem eticky správného a nesprávného jednání zcela ztratil smysl. Z tohoto důvodu dospívám ve shodě s V. E. Franklem a řadou dalších autorů k závěru, že deterministické, čistě hmotné anebo hmotně-prožitkové pojetí člověka je ve skutečnosti nepřiměřeným omezením jeho podstaty ve smyslu „redukcionismu“.

Spirituální rozměr člověka nelze dokázat. Na jeho existenci však může v klinické praxi poukázat klidnější přijímání utrpení u mnoha vážně nemocných či umírajících pacientů, kterým poskytujeme duchovní podporu.

Zastávám názor, že pokud nebudeme věnovat pozornost existenciálním otázkám člověka, které mohou být v kritických situacích života pacientů zásadní pro možnost přijetí dané situace se všemi obtížemi a utrpením, lze u nich častěji očekávat pocity zoufalství a beznaděje.

8. Závěry

Ve své práci jsem se zabývala duchovním rozměrem člověka, především z pohledu existenciální analýzy V. E. Frankla a jeho následovníků, i souvislostmi, kvůli kterým jsem přesvědčena o tom, že je nutné se v našich zdravotnických zařízeních více věnovat duchovním potřebám pacientů. Platí to o to více v průběhu vážné nemoci či umírání, neboť v této době, kdy již lékařská péče o tělo nemůže zvrátit průběh onemocnění, bývá často péče o duchovní dimenzi člověka pro mnohé nezastupitelná a v dané situaci *zásadní*.

Podporuji tvrzení, že hledání smyslu v životě, který souhlasně s Franklem pokládám za vyjádření duchovní motivace člověka, je jeho přirozeným cílem.¹³² Tento cíl vnímám jako určitou klíčovou hodnotu, přičemž také vycházím z předpokladu, že hodnoty bývají vždy emocionálně nabité. Také emocionální náboj činí z čehokoliv hodnotu. Cíl dále bývá i důvodem jednání člověka.

Považuji však za důležité připomenout, že v praktickém chování se vždy přidává i zkušenost jednotlivce, včetně jeho svědomí. To, co pak vnímá jako hodnotu, je výsledkem syntézy více aspektů, a teprve ta rozhoduje o tom, co reálně učiní. Také pokládám za důležité připomenout i skutečnost, že člověk většinou pociťuje *více emocí zároveň* a vnímá v mnoha situacích také *více hodnot současně*. Tudiž je nutné počítat s tím, že ne každá hodnota, kterou v různých situacích vnímá, bude hodnotou klíčovou. Na nalezení konkrétní hodnoty, která dává situaci člověka smysl, se nepodílejí jen emoce, nýbrž i jeho rozum a zkušenost. Skutečně zvolená hodnota a s ní spojená emoce nemusejí pak odpovídat tomu, co je nejprospěšnější, či nejdůležitější.

¹³² Srov.: FRANKL, V. E. *Člověk hledá smysl: Úvod do logoterapie*, s. 68-70.

Jak jsem též zmínila dříve, život člověka je otevřený do budoucnosti,¹³³ protože nejen uchování a pokračování dalšího života, nýbrž i jeho smysluplné žití spočívá v nacházení a uskutečňování možností, které ukazují, co člověk v budoucnu může realizovat. A pokud člověk ztrácí svou budoucnost, ztrácí i svou duchovní oporu,¹³⁴ neboť právě „cíl dává vlastní ráz a smysl lidskému jednání.“¹³⁵

Něco si nemůžeme zvolit, například svůj osud. Ale co si s ním počneme, jaké možnosti, jež dále budou ovlivňovat naši budoucnost, zvolíme, volit můžeme. A zda to bude smysluplné, se pak týká uskutečňování hodnot, mezi kterými se budeme rozhodovat. Člověk tedy něco zvolit může, něco jiného nikoli, ale *vždy koná výběr*. „Každé rozhodování je těžké, protože v sobě vždy obsahuje to, co je nerozhodnutelné, tj. prostor, o němž se nedá říci nic určitého. V tom spočívá tíha života.“¹³⁶

A porozumět tomu, *co* je pro něj výzvou právě v daný okamžik, *kteřá* je to nyní právě ta výzva, na niž může odpovědět smysluplně nebo smysluprázdňe, tedy pro nebo proti smyslu, se v podstatě kryje s hermeneutickým výkladem, kde jde především také o porozumění.

„Rozumění tedy není hrou v tom smyslu, že by si rozumějící hravě udržoval odstup a bránil se zaujmout závazný postoj k nároku, který před ním vyvstává ... Kdo rozumí, toho do sebe už vtáhlo dění, jímž se uplatňuje smysl ... Není tedy zajisté žádné takové rozumění, které by bylo svobodné od všech předsudků...“¹³⁷

Právě toto tvrzení pokládám za velmi důležité pro ošetřující personál i provázející profesionály. Mám za to, že je třeba, aby si byli vědomi toho, že každý „...člověk je obdařen svobodnou vůlí...“¹³⁸ „...se schopností úsudku...“¹³⁹ A při setkání s druhým (nemocným či umírajícím) by měli respektovat *jeho* úvahy a nápady co dál, *jeho* rozhodnutí, aniž by mu radili ze své pozice, neboť jejich rozumění a interpretace příběhů jednotlivých pacientů může být jednostranné a zavádějící.

Zejména u umírajících je nutné na toto dbát, neboť člověk, který umírá, musí „...zaujmout ke smrti stanovisko, uvést ji do vztahu k celku své existence a ten do vztahu k smrti“¹⁴⁰ – dle *svého* porozumění. „Ve smrti se jasně ukazuje, že každý musí žít svůj vlastní život, protože každý musí zemřít sám a jen za sebe.“¹⁴¹

¹³³ Srov.: FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši: Základy logoterapie a existenciální analýzy*, s. 51.

¹³⁴ Srov.: FRANKL, V. E. *...A přesto říci životu ano*, s. 72.

¹³⁵ HABÁŇ, M. *Přirozená etika*, s. 28.

¹³⁶ HOGENOVÁ, A. *Kvalita života a tělesnost*, s. 138.

¹³⁷ GADAMER, H. G. *Pravda a Metoda I, Nárýs filosofické hermeneutiky*, s. 415.

¹³⁸ PAYNE, J. *Hermeneutická etika: Jeden filosofický pokus o setkání s lidskou bytostí*, s. 70.

¹³⁹ Tamtéž, s. 74.

¹⁴⁰ SCHERER, G. *Smrt jako filosofický problém*, s. 27.

¹⁴¹ Tamtéž, s. 27.

Také existenciální analýza nemůže předávat hotové otázky a odpovědi, nýbrž pouze pomáhat člověku k jejich objevování a osobnímu zodpovídání.

Prožívání a volba smysluplného nebo smysluprázdného počínání a jednání nejsou ale vždy plně vědomé. V takovém případě, kdy člověk nevolí a nejedná smysluplně, vzniká stav existenciální frustrace, který rovněž nemusí být plně vědomý. Jsem přesvědčena o tom, že abychom mohli naše zdravotnictví učinit humánnějším, aby dnešní medicína brala v úvahu všechny dimenze člověka, je důležité začít pacienty ošetřovat celostně s přihlédnutím k jedinečnosti každé osoby.¹⁴²

Zvláště u vážně nemocných či umírajících bývá zvýrazněna duchovní nouze pacientů, která se zvyšuje psychickým i fyzickým utrpením, jež s sebou nese jejich závažný stav. Proto pokládám za nutné zaměřit se i na tento doposud často opomíjený aspekt péče o pacienty a začít v nemocnicích systematicky vzdělávat zdravotnický personál a zřizovat pracovní místa profesionálů, kteří budou nemocné i jejich blízké provázet existenciální úzkostí¹⁴³ i existenciálními otázkami, pochybnostmi o sobě i o druhých, pocity viny a potřebou odpouštění, váháním i hněvem, a kteří jim v těžkých chvílích pomohou uvědomovat si své postoje a hledat naději a smysluplnější postoje i pro zbývající chvíle.

Mám za to, že jak zdravotníci, tak i provázející profesionálové, ať již bude jejich profílace jakákoliv, mohou mj. hodně čerpat právě z Franklovy teorie existenciální analýzy i praktického přístupu logoterapie.

Ačkoliv Frankl výslovně hovoří o tom, že terapeut či provázející nemá a nemůže své pojetí „Nadsmyslu“ (Vyššího smyslu), tedy svůj způsob osobního přesvědčení, pacientovi vnucovat a vždy zaujímá neutrální postoj,¹⁴⁴ přesto se z formulací jeho výkladu, např. v knize *Trpiaci člověk*¹⁴⁵ nabízí dojem, že je pro něj náboženstvím chápáný Bůh důležitým tématem logoterapeutické péče. Tento pohled se může stát terčem kritiky v tom smyslu, že Frankl svou logoterapií vlastně vytváří terapii, která víru v Boha či jeho zvědomění vyžaduje. Na druhé straně však na jiných místech poukazuje na to, že onen „Nadsmysl“ (Vyšší smysl), tedy smysl lidského života jako celku, je něčím, na čem sice smysluplnost praktických zážitků a činů konkrétního člověka závisí, avšak co je již za hranicemi logoterapie samé, a tedy logoterapeutické péči se vymyká svou podstatou.¹⁴⁶

Otázka, zda existenciální analýza a logoterapie předpokládá nebo přímo nabízí víru v osobního Boha, se přesto čas od času objeví a vyvolá odborné

¹⁴² Srov.: PECK, M.S. *Dále nevyšlapanou cestou: Nekonečná pouť duchovního růstu*, s. 140-142.

¹⁴³ Srov.: TILLICH, P. *Odvaha být*, s. 51-53. .

¹⁴⁴ Srov.: FRANKL, V. E. *Psychoterapie a náboženství: Hledání nejvyššího smyslu*, s. 49.

¹⁴⁵ Srov.: FRANKL, V. E. *Trpiaci člověk*, s. 114-154. Překlad vlastní.

¹⁴⁶ Srov.: FRANKL, V. E., LAPIDE, P. *Hľadanie Boha a otázka zmyslu*, s. 58 a s. 122-123.

diskuse.^{147, 148} Současné pojetí však zdůrazňuje, že existenciální analýza a náboženství jsou myšlenkově i prakticky na sobě nezávislé.^{149, 150, 151, 152}

Stejně tak v péči o duchovní dimenzi člověka v našem pojetí není podmínkou ani cílem přijetí konkrétního náboženského nebo ateistického světového názoru, což je s pojetím logoterapie a existenciální analýzy v plném souladu, neboť „...Logoterapie je otevřena k transantropologické dimenzi ... Proto může být náboženství pro logoterapii ‚pouze‘ předmětem a nikdy ne stanoviskem.“¹⁵³ „Cílem psychoterapie je duševní uzdravení – cílem náboženství je spása duše.“¹⁵⁴

V klinické praxi, jak vidno například na modelu spirituální péče v pražské motolské nemocnici, se potvrdilo, že začlenění celostní péče o člověka – včetně péče o jeho duchovní rozměr v širokém slova smyslu – do péče ošetrovatelské prospívá pacientům, jejich blízkým i personálu, bez ohledu na jejich světový názor, věk, případně diagnózu.

Je to patrné zejména na odděleních, kde jsou hospitalizováni pacienti pro závažná a život ohrožující onemocnění, a kde dochází častěji k úmrtím. Dále všude tam, kde je zdravotnický personál opakovaně vystavován náročným emočně vypjatým situacím, jakým bývá utrpení pacientů a jejich rodin, i proces umírání, což u některých může vyvolávat pocit bezmoci a z toho pramenící frustraci nebo syndrom vyhoření.

Péče o duchovní dimenzi člověka by tedy měla přispět jednak k lepší pohodě pacientů a ke zlepšení celkové atmosféry v nemocnicích i ostatních zdravotnických, event. sociálních zařízeních, jednak k zajištění důstojnosti pacientů během nemoci i umírání, k důstojnému zacházení s ostatky nemocného po smrti, k citlivému přístupu k jeho blízkým v průběhu nemoci i po smrti pacienta a v neposlední řadě i k zabránění nebo alespoň oddálení syndromu vyhoření personálu.

9. Shrnutí

Cílem předkládané práce bylo upozornit na důležitost celostní péče o trpící pacienty v nemocnicích, zahrnující péči i o jejich potřeby duchovní

¹⁴⁷ Srov.: YALOM, I. D. *Existenciální psychoterapie*, s. 468.

¹⁴⁸ Srov.: KOLBE, CH. Psychotherapie und Religion. *Existenzanalyse*, 1995, 12 (3), 7-12.

¹⁴⁹ Srov.: ESPINOSA, N. Zum Begriff der „Tiefe in der Existenzanalyse. Ein Beitrag zur Diskussion der Beziehung zwischen Psychotherapie und Religion. *Existenzanalyse*, 1996, 13; 1, 4-10.

¹⁵⁰ Srov.: KOLBE, CH. Von Willen zu einem letzten Sinn. Die Existenzanalyse und ihr Verhältnis zu Glaube und Religion aus der Sicht V. E. Frankls. *Existenzanalyse*, 1996, 13;1, 11-15.

¹⁵¹ Srov.: UTSCH, M. Personale Existenz und gläubige Existenz. Über die spannungsreiche Verbindung zwischen personaler und gläubiger Existenz. *Existenzanalyse*, 1996, 13; 1, 16-18.

¹⁵² Srov.: REGAZZO, L. D. Psychotherapie und Religion: Eine Gegenüberstellung. *Existenzanalyse*, 1996, 13; 1, 30-35.

¹⁵³ FRANKL, V. E., LAPIDE, P. *Hľadanie Boha a otázka zmyslu*, s. 123. Překlad vlastní.

¹⁵⁴ FRANKL, V. E. *Psychoterapie a náboženství: Hľadání nejvyššího smyslu*, s. 49.

povahy, na jejichž význam jsem poukázala v rámci filozofické antropologie V. E. Frankla a jeho následovníků, jeho „dimenzionální ontologie“. Tou je vystižena jednota člověka v různosti jeho životních kvalit či „dimenzí“ – tělesné, duševní, duchovní.

Jako ústřední pojem svého rozboru jsem zvolila potřebu existenciálního smyslu v lidském životě. Vyšla jsem z předpokladu, že téměř každý člověk, alespoň v závažných situacích života, si klade otázku po smyslu toho, čím prochází, co prožívá, a co koná nebo může konat, což je praktickým vyjádřením této jeho duchovní motivace. Tento předpoklad jsem rozpracovala v intencích existenciálně analytického pojetí jednotlivých úrovní pojmání a zakoušení smyslu v životě, při jehož postrádání vzniká stav „existenciální frustrace“.

O významu možného destruktivního vlivu existenciální frustrace na lidské zdraví, průběh nemoci i vyrovnávání s blížícím se koncem života, i o naléhavosti potřeby znovunalezení ztraceného smyslu, zvláště v krajních životních situacích člověka v utrpení, jsem se zmínila mj. i v kontextu hodnocení kvality života člověka dle WHO.

Dále jsem poukázala na různé možnosti, jak přistupovat k trpícím, nevléčitelně nebo terminálně nemocným pacientům z existenciálně analytického hlediska, i na různé možnosti jejich odborného a lidského provázení jejich stonáním, které jim zdravotnický personál může poskytovat v rámci role, již v nemocnici zastává. Zdůrazněny jsou etické aspekty přístupu provázejícího, zvláště nutnost respektu k autonomii pacienta a úcty k jedinečnosti každé osoby, včetně přijímání institucionální a osobní odpovědnosti za své počínání.

Na závěr práce jsem poukázala na možné souvislosti mezi zjišťováním duchovního zázemí a světonázorové orientace pacientů a jeho významem pro klinickou praxi.

Mám za to, že práce splnila zamýšlený cíl – byla zde rozpracována problematika spirituální dimenze s důrazem na duchovní potřebu prožívat svůj život za všech okolností jako život, který navzdory tělesným a duševním omezením nemocí a utrpením stojí za to, aby jej člověk žil. Ústřední pojem „životního smyslu“ byl zpracován především v rámci přístupu existenciálně analytického a logoterapeutického tak, aby byl dostatečně teoreticky podložený a prakticky uchopitelný i v medicínské etické a léčebné praxi.

10. Seznam použitých zdrojů v autoreferátu

ANZENBACHER, A. *Úvod do etiky*. Z něm. orig. přeložil K. Šprunk. 1. vyd. Praha: Zvon, 1994. 292 s. ISBN 80-7113-111-3.

BALCAR, K. *Logoterapie a existenciální analýza*. In VYMĚTAL, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. 2. rozšířené a přepracované vydání. Praha: Grada, 2004. 339 s. s. 255-275. ISBN 80-247-0723-3.

BALCAR, K. *Logoterapie a existenciální analýza*. *Česká a slovenská psychiatrie, Supplementum*. 2. ročník, 99, 11/2003, 75-79.

BALCAR, K. *Logoterapie a existenciální analýza* V. E. Frankla, *Čs. Psychologie*, 1995a, 39: 127-142.

CORETH, E. *Co je člověk?* Z něm. orig. přeložil B. Vik a K. Šprung. Vydání neuvedeno. Praha: Zvon, 1996. 212 s. ISBN: 80-7113-170-9.

DE FIORES, S., GOFFI, T. *Slovník spirituality*. Z italského orig. 6. vyd. přeložili T. Brichtová a J. Lachman. Vydání neuvedeno. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1999. 1295 s. ISBN 80-7192-338-9.

DRAPELA, V. J. *Přehled teorií osobnosti*. Z angl.orig. přeložil K. Balcar. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. 175 s. ISBN 80-7178-134-7.

ESPINOSA, N. *Zum Begriff der Tiefe in der Existenzanalyse. Ein Beitrag zur Diskussion der Beziehung zwischen Psychotherapie und Religion. Existenzanalyse*, 1996, 13 (1), 4-10.

FRAMPTON, S. B., GILPIN, L., CHARMEL, P. A. *Putting Patients First: Designing and Practicing Patient-Centered Care*. 1st ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2003. 350 s. ISBN 0-7879-6412-3.

FRANKL, V. E. *Teorie a terapie neuróz*. Z něm. orig. přeložil K. Balcar. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 171 s. ISBN 80-7169-779-6.

FRANKL, V. E. *Vůle ke smyslu: Vybrané přednášky o logoterapii*. Z něm. orig. přeložil V. Jochmann. Vydání neuvedeno. Brno: Cesta, 1994. 212 s. ISBN 80-85139-29-2.

FRANKL, V. E. *Lékařská péče o duši: Základy logoterapie a existenciální analýzy*. Z něm. orig. přeložil V. Jochmann. Vydání neuvedeno. Brno: Cesta, 1995. 239 s. ISBN 80-85319-50-0.

FRANKL, V. E. *Psychoterapie pro laiky*. Z něm. orig. přeložil V. Smékal. Vydání neuvedeno. Brno: Cesta, 1998. 158 s. ISBN 80-85319-80-2.

FRANKL, V. E. *Psychoterapie a náboženství: Hledání nejvyššího smyslu*. Z něm. orig. přeložil L. Koubek a J. Vander. Vydání neuvedeno. Brno: Cesta, 2007. 87 s. ISBN 80-7295-088-6.

FRANKL, V. E., LAPIDE, P. *Hľadanie Boha a otázka zmyslu*. Z něm. orig. přeložil M. Krankus. 1. vyd. Bratislava: Lúč, 2009. 133 s. ISBN 978-80-7114-766-4.

FRANKL, V. E. *Trpiaci človek*. Z něm. orig. přeložil M. Krankus. 1. vyd. Bratislava: Lúč, 2006. 158 s. ISBN 978-80-7114-638-4.

FRANKL, V. E. *Člověk hledá smysl: Úvod do logoterapie*. Z angl. orig. přeložil Z. Trtík. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1994. 87 s. ISBN 80-901601-4-X.

FRANKL, V. E. *...A přesto říci životu ano*. Z něm. orig. přeložil J. Hermach. Vydání neuvedeno. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1996. 127 s. ISBN: 80-7192-095-9.

FROMM, E. *Mít nebo být?* Z angl. orig. přeložila V. Žihlová. 1. vyd. Praha: Naše vojsko, 1976. 170 s. ISBN: 80-206-0181-3.

GADAMER, H. G. *Pravda a Metoda I: Nárys filozofické hermeneutiky*. Z něm. orig. přeložil D. Mik. 1. vyd. Praha: Triáda, 2010. 415.s. ISBN 978-80-87256-04-6.

GILPIN, L. *The Importance of Human Interaction*. In FRAMPTON, S. B., GILPIN, L. CHARMEL, P. A. *Putting Patients First: Designing and Practicing Patient-Centered Care*. 1st ed. S. 3. San Francisco: Jossey-Bass, 2003. 350 s. ISBN 0-7879-6412-3.

GRÜN, A., DUFNER, M. *Zdraví jako duchovní úkol*. Z něm. orig. přeložil J. Hermach. 1. vyd. Svitavy: Trinitas, 1994. 60 s. ISBN 80-901457-1-X.

HABÁŇ, M. *Přirozená etika*. 1. vyd. Praha: TRS, 1991. 160 s. ISBN nemá.

HARTMANN, N. *Struktura etického fenoménu*. Z něm. orig. přeložil K. Hlavoň. 1. vyd. Praha: Academia, 2002. 274 s. ISBN 80-200-0970-1.

HARTMANN, N. *Nové cesty ontologie*. Z něm. orig. přeložil F. Novosad. 1. vyd. Bratislava: Pravda, 1976. 169 s. ISBN nemá.

HAVELKA, M. *Karl Jaspers: Život a dílo*. In JASPERS *Šifry transcendence*. Z něm. orig. přeložil V. Zátka. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000. 140 s. s. 9-37. ISBN: 80-7021-335-3.

HEJDÁNEK, L. *Nepředmětnost v myšlení a ve skutečnosti*. 1. vyd. Praha: Oikoymenh, 1997. 197 s. ISBN 80-86005-39-9.

HLAVOŇ, K. *Úvodní poznámky k překladu 1. dílu Hartmannovy Etiky*. In HARTMANN, N. *Struktura etického fenoménu*. Z něm. orig. přeložil K. Hlavoň. 1. vyd. S. 9-15. Praha: Academia, 2002. 274 s. ISBN 80-200-0970-1.

HOGENOVÁ, A. *Kvalita života a tělesnost*. Vydání neuvedeno. Univerzita Karlova v Praze: Nakladatelství Karolinum, 2002. 304 s. ISBN 80-7184-580-90.

CHATURVEDI, S. K., VENKATESWARAN, CH. New research in psychooncology. *Curr Opin Psychiatry*, 2008, 21: 2; 206-210.

JASPERS, K. *Šifry transcendence*. Z něm. orig. přeložil V. Zátka. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, 2000. 140 s. ISBN: 80-7021-335-3.

JONAS, H. *Princip odpovědnosti*. Z něm. orig. přel. B. Horyna a Z. Bígl. 1. vyd. Praha: Oikoymenh, 1997. 318 s. ISBN 80-86005-06-2.

KARREN K. J. et al. *Mind/Body Health: The Effects of Attitudes, Emotions and Relationships*. 2nd ed. Glenview, IL (USA): Pearson Education, 2002. 712 s. ISBN 0-205-32908-X.

KIERKEGAARD, S. *Bázeň a chvění, Nemoc k smrti*. Z dán. orig. přeložila M. Mikulová-Thulstrupová. 1. vyd. Praha: Svoboda-Libertas, 1993. 250 s. ISBN 80-205-0360-9.

KOENIG, H. G. *Spirituality in patient care – Why, How, When and What*. Vydání nevedeno. Pennsylvania: Templeton Foundation Press, 2002. 123 s. ISBN 1-890151-89-0.

KOENIG, H. G., McCULLOUGH, M. E., LARSON, D. B. *Handbook of Religion and Health*. Vydání nevedeno. New York: Oxford University Press, 2001. 712 s. ISBN 978-0-19-511866-7.

KOLBE, CH. Von Willen zu einem letzten Sinn. Die Existenzanalyse und ihr Verhältnis zu Glaube und Religion aus der Sicht V. E. Frankls. *Existenzanalyse*, 1996, 13 (1), 11-15.

KOLBE, CH. Psychotherapie und Religion. *Existenzanalyse*, 1995, 12 (3), 7-12.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence: otázky na vrcholu života*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 204 s. ISBN 80-247-1370-5.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

LÉVINAS, E. *Etika a nekonečno*. Z franc. orig. přeložili V. Dvořáková a M. Rejchrt. 2. vyd. Praha: Oikoymenh, 2009. 232 s. ISBN 978-80-7298-394-0.

LUKAS, E. *Psychological ministry*. Vydání nevedeno. Translated from German into English by W. Schulte, corrected by R. Sonner and T. Pritchard. Fürstfeldbruck: Süddeutsches Institut für Logotherapie, 1991. 174 s. ISBN nemá.

LUKASOVÁ, E. *I tvoje utrpení má smysl: Logoterapeutická útěcha v krizi*. Z něm. orig. přeložila J. Vašíčková. Vydání nevedeno. Brno: Cesta, 1998. 193 s. ISBN 80-85319-79-9.

LUKASOVÁ, E. *Základy logoterapie*. Z něm. orig. přeložila M. Golejová. 1. vyd. Bratislava: Lúč, 2009. 274 s. ISBN 987-80-7114-704-6.

- MARTINEK, M. a kol. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. Vydání neuvedeno. Praha: Jabok, 2008. 176 s. ISBN 978-80-904137-2-6.
- MASLOW, A. H. *Ku psychologii bytia*. Z angl. orig. přeložil M. Bača. Vydání neuvedeno. Modra: Persona, 2000. 223 s. ISBN 80-967980-4-9.
- MIKULOVÁ-THULSTRUPOVÁ, M. *Doslov*. In KIERKEGAARD, S. *Bázeň a chvění, Nemoc k smrti*. Z dán. orig. přeložila M. Mikulová-Thulstrupová. 1. vyd. Praha: Svoboda-Libertas, 1993. 250 s. ISBN 80-205-0360-9.
- OPATRŇÝ, A. *Nemocní*. In MARTINEK, M. a kol. *Praktická teologie pro sociální pracovníky*. Vydání neuvedeno. Praha: Jabok, 2008. 176 s. s. 140-145. ISBN 978-80-904137-2-6.
- PAYNE, J. *Úvod* In PAYNE, J. a kol. *Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny*. 1. vyd. S. 9-12. Praha: Triton, 2002. 124 s. ISBN 80-7254-293-1.
- PAYNE, J. a kol. *Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny*. 1. vyd. Praha: Triton, 2002. 124 s. ISBN 80-7254-293-1.
- PAYNE, J. *Hermeneutická etika: Jeden filosofický pokus o setkání s lidskou bytostí*. Vydání neuvedeno. Praha: Triton, 1995. 109 s. ISBN 80-85875-07-1.
- PECK, M. S. *Dále nevyšlapanou cestou: Nekonečná pouť duchovního růstu*. Z angl. orig. přeložila I. Machová. Vydání neuvedeno. Olomouc: Votobia, 1994. 240 s. ISBN 80-85885-12-3.
- PUCHALSKI, CH. M. *A Time for Listening and Caring: Spirituality and the Care of the Chronically Ill and Dying*. Vydání neuvedeno. New York: Oxford University Press, 2006. 458 s. ISBN 0-19-514682-4.
- REGAZZO, L. D. *Psychotherapie und Religion: Eine Gegenüberstellung. Existenzanalyse*, 1996, 13 (1), 30-35.
- SCHERER, G. *Smrt jako filosofický problém*. Z něm. orig. přeložil K. Šprunk. Vydání neuvedeno. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2005. 271 s. ISBN 80-7192-914-X.
- SMĚKAL, V. *Franklovo poselství světu*. In FRANKL, V. E. *Člověk hledá smysl: Úvod do logoterapie*. Z angl. orig. přeložil Z. Trtík. 1. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1994. 87 s. s. 5-6. ISBN 80-901601-4-X.
- SMĚKAL, V. *Pozvání do psychologie osobnosti: Člověk v zrcadle vědomí a jednání*. 1. vyd. Brno: Barrister & Principal, 2002. 517 s. ISBN 80-85947-80-3.
- SPECK, P., HIGGINSON, I., ADDINGTON-HALL, J., *Spiritual needs in health care*, *BMJ*, 2004, 329: 123-124.
- STÖRIG, H. J. *Malé dějiny filosofie*. Z něm. orig. přeložil P. Rezek, M. Petříček, K. Šprunk. 2. vyd. Praha: Zvon, 1992. 559 s. ISBN 80-7113-058-3.

ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. Psychoneuroimmunologie a zvládání stresu. *Čs. psychologie*, 1998, r. XLII, 1; 32-41.

TAVEL, P. *Smysl života podle V. E. Frankla, Potřeba smyslu života. Přínos V. E. Frankla k otázce smyslu života*. 1. vyd. Triton Praha/Kroměříž, 2007. 303 s. ISBN 80-7254-915-4.

TAUSK, F., ELENKOV, I., MOYNIHAN, J. Psychoneuroimmunology. *Dermatol Ther.*, 2008, 21; 1, 22-31.

TILLICH, P. *Odvaha být*. Z angl. orig. přeložil D. Mikšík. 1. vyd. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury (CDK), 2004. 138 s. ISBN 80-7325-016-0.

TRESMONTANT, C. *Teodicea neboli otázka zla. Existuje křesťanská filosofie?* Z franc. orig. přeložil J. Mlejnek. Košice: Timotej, 1980. 70 s. ISBN 80-88849-09-8.

UTSCH, M. Personale Existenz und gläubige Existenz. Über die spannungsreiche Verbindung zwischen personaler und gläubiger Existenz. *Existenzanalyse*, 1996, 13 (1), 16-18.

VENTURA, V. *Kulturně náboženské předporozumění zdraví a nemoci (křesťanský kontext)*, In PAYNE, J. a kol. *Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny*. 1. vyd. S. 28-53. Praha: Triton, 2002. 124 s. ISBN 80-7254.293-1.

WHOQOL – 100 [online cit. 24.2.2012]. Dostupný z WWW: http://www.who.int/mental_health/who_qol_field_trial_1995.pdf.

WONG, P. T. P., FRY, P. S., (Eds.). *The Human Quest for Meaning: A Handbook of Psychological Research and Clinical Applications*. Vydání neuvedeno. London: LEA, 1998, 462 s. ISBN 0-8058-2503-7.

YALOM, I. D. *Existenciální psychoterapie*. Z angl. orig. přeložil I. Miller. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 527 s. ISBN 80-7367-147-6.

11. Seznam publikací autorky

A. Publikace vztahující se k předkládané disertační práci

KALVÍNSKÁ, E. *Komunikace s vážně nemocnými a umírajícími*. In. PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vydání. S. 363-374. Praha: Grada Publishing, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

KALVÍNSKÁ, E. Rozvíjení spirituální péče ve FN v Motole. *Prakt. Lék.*, 2010b, 90. 4;239-243.

KALVÍNSKÁ, E. Praktické začleňování spirituální péče do ošetrovatelské péče ve FN v Motole. *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2010a, 2; 36-37.

KALVÍNSKÁ, E., OPATRŇY, A., VÍCHOVÁ, J. První zkušenosti se vzděláváním zdravotnických pracovníků v oblasti spirituální péče o pacienty v nemocnicích. *Sestra*, 2009, 6; 28-20.

KALVÍNSKÁ, E. Poskytování spirituální péče v českých nemocnicích. *Prakt. Lék.*, 2008b, 88: 12; 722-724.

KALVÍNSKÁ, E. Spirituální péče ve zdravotnictví. *Prakt. Lék.*, 2008a, 88: 9; 522-524.

B. Elektronické odkazy

KALVÍNSKÁ, E. *Možnosti spirituální péče ve zdravotnictví*. Seminář ETF UK a Jabok 24.6.2011: Studentské pastorační praxe v pomáhajících profesích. [online cit. 24.2.2012]. Dostupný z WWW: <http://www.jabok.cz/cs/jabok/o-jaboku/514/>.

KALVÍNSKÁ, E. *Spirituální péče v nemocnici z pohledu lékaře*. Studijní texty pro studenty ETF UK pilotního projektu EU „Nemocniční kaplan“. 2007. [online cit. 24.2.2012]. Dostupný z WWW: http://web.etf.cuni.cz/ETF-107-version1-090301_Kalvinska_spiritualni_pece.pdf.

C. Seznam ostatních publikací

KALVÍNSKÁ, E. Od etikoterapie k moderní psychoterapii. *Časopis lékařů českých*, 2009, 148, (6), s. 243-245.

KALVÍNSKÁ, E., JECHOVÁ, K. Projekt „Zdravá nemocnice“. *Hygiena-časopis pro ochranu a podporu zdraví*, ročník 3, Supplementum 1, 2006b, s. 19-21.

KALVÍNSKÁ, E. Zkušenosti s rozšiřováním spirituální péče ve FNM aneb proč je důležité poskytovat spirituální péči nemocným a umírajícím v nemocnicích. *Diagnóza v ošetrovatelství*, ročník 2, 2006a, č. 3, s.111-112.

KALVÍNSKÁ, E. Zdravá nemocnice – podpora psychosociální a spirituální péče. Cesta k modernímu ošetřovatelství, VII. ročník. *Sborník příspěvků z konference 15. 9.-16. 9. 2005 ve FN v Motole*, 2005d, s. 39-41.

KALVÍNSKÁ, E. Dobrovolnictví v USA. *Vita nostra revue*, 14. ročník, 2005c, č. 4, s. 72-77.

KALVÍNSKÁ, E. Setkání s nemocničním kaplanem P. Pokorným. *Visus Motoli*, 2005b/3-4, s. 20-21.

KALVÍNSKÁ, E., MIŠKOVSKÝ, J., POKORNÝ, P. Spirituální péče v nemocnici, *Visus Motoli*, 2005a/1, s. 48-49.

KALVÍNSKÁ, E. Psychosociální a duchovní podpora pacientů a zaměstnancův nemocnicích, ambulancích a hospicích v USA – zpráva ze studijního pobytu. *Konfrontace*, 15, 2004, č. 1, s. 36-39.

D. Seznam vybraných přednášek vztahujících se k předkládané disertační práci

KALVÍNSKÁ, E. *Možnosti a podoby spirituální péče v českých nemocnicích*. Přednáška v rámci Certifikovaného kurzu IPVZ „Spirituální potřeby ve zdravotnictví (ve zdravotnických zařízeních) aneb Co jsou duchovní potřeby a jak můžeme podpořit jejich naplňování?“, Praha: 4. 5. 2011.

KALVÍNSKÁ, E. *Spirituální péče ve zdravotnictví*. Přednáška v rámci konference s mezinárodní účastí APPHP „Hospic v nás aneb jak doprovázet doma i v lůžkovém zařízení“, Praha: 16. 10. 2010

KALVÍNSKÁ, E. *Integrovaní spirituální péče do zdravotnictví. Etické a organizační aspekty*. Přednáška v rámci workshopu AV ČR „Etika vědy v České republice“, Praha: 17. 2. 2010.

KALVÍNSKÁ, E. *Úvod do tématu – Současná situace v poskytování spirituální péče v českých nemocnicích*. Přednáška v rámci Britsko-české konference „Spirituální péče ve zdravotnictví aneb co fonendoskopem není slyšet“, Praha: 18. 10. 2007.