

**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA UNIVERSITY KARLOVY V PRAZE**

**Diplomová práce**

**2014**

**MUDr. Šárka Cihelková**

**HUSITSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA UNIVERSITY KARLOVY V PRAZE**

**Diplomová práce**

**„Pojetí a funkce poimeniky u pacientů s neuropsychiatrickým onemocněním v péči existenciálně-analytické psychoterapie a logoterapie podle Alfreda Langleho „**

**„Frame and function of pastoral care in patients with neuropsychiatric illness in care of Existencial analytical psychoterapy and logotherapy by Alfried Langle**

**2014**

**MUDr. Šárka Cihelková**

## **Poděkování**

**Nejprvnější poděkování patří Otci Hospodinu**, za jeho milovaného Syna Ježíše Krista, který uzdravil mnoho nemocných rozličných neduhů (Mk, 1, 34), s Duchem Hospodinovým nad sebou slepým navrátil zrak (L 4,18).

K této trojici se obracím s modlitbou: Pohleď tedy na mně, Pane, a dej svým služebníkům, aby s odvahou a odhodlaně mluvili Tvé slovo a vztahuj ruku k uzdravování, čiň znamení a zázraky skrze jméno svého svatého služebníka Ježíše (Sk. 4,29, 30), který 12 svých vyslal, aby vymítali mnoho zlých duchů, potírali mnoho nemocných oleji a uzdravovali je (Mk 6,13). Amen.

### **Poděkování Universitě Karlově v Praze,**

matce věd, za to, že mně umožnila magisterské studium lékařství na 2.lékařské fakultě a posléze i na Husitské teologické fakultě v Praze. Z její minulosti je příhodné vzhledem k této práci připomenout dvou rektorů, kteří skončili život na popravišti, a to rektora lékaře Jana Jesenia, který dne 21.června roku 1621 dokonal svůj život pro náboženský odkaz jejího upáleného mistra teologie, rektora Jana Husa.

Další poděkování Husitské teologické fakultě University Karlovy v Praze a zejména garantu studijního oboru filosofie, čestnému členu vědecké rady celé University Karlovy, profesoru systematické teologie, ThDr. Jánů Ligušovi, PhD., emeritnímu dvojnásobnému děkanovi, proděkanovi a senátoru akademického senátu University Karlovy, profesoru Pedagogické fakulty University Mateja Metoda Bella v Banské Bystrici, kazateli Církve bratrské a autrou četných spisů o homiletice, za vedení diplomové práce.

Zároveň děkuji i teoložce, pedagožce a dětské psycholožce ThDr., PhDr. Noemi Bravené, ThD., roz Ligušové, z oddělení vědy Katolické teologické fakulty University Karlovy v Praze, za otevřený dialog a obsahu této práce.

Poděkování Oblastní nemocnici Příbram za umožnění zavedení nemocniční kaplanské služby mnou vykonávané, rovněž i Ústřední Vojenské nemocnici v Praze za recentní dialog o zavedení vedle stávajících vojenských a nemocničních kaplanů také nemocniční kaplany-lékaře.

Moje poděkování rovněž patří všem mým kolegům – lékařům, zdravotním sestřám i ostatnímu zdravotnickému personálu – kteří, ikdyž moji souběžnou duchovní činnost ruku v ruce s lékařskou, ne vždy, zejména zprvu chápali, přirozenou lidskou spiritualitou a lidskostí dokázali pro tuto činnost mít pochopení a posléze jí, v rámci úrovně svého poznání, i dopomáhat..

Konečně moje vroucí poděkování patří i JUDr. Michaelu Kučerovi, za praktickou pomoc s dokončováním této práce.

## **Čestné prohlášení**

Autorka práce čestně prohlašuje, že tuto práci napsala sama, že uvedla u kasuistik pravdivé údaje o péči o pacienty, jejichž identifikace je v souladu s lékařskou etikou za účely použití v této práci znemožněna..

Dále čestně prohlašuje, že všechny informace, i z použitých pramenů, jsou pravé a nesmyšlené.

Dále autorka práce čestně prohlašuje, že jako bohoslovec Církve Československé Husitské zachovává povinnost mlčenlivosti v souvislosti s výkonem práva odbobnému zpovědnímu tajemství, podle § 7 zákona č. 3/2002 Sb., o církvích a náboženských společnostech.

## **Anotace:**

**Úvod:** Duchovní péče (poimenika) je praktická teologická disciplína, jejíž cílem je napomáhat člověku k tomu, aby ve všech životních situacích žil dobře na zemi jak nejlépe může a to je možné jen při plnohodnotné dimenzi duchovní, potažmo v souladu a ve spojení s Bohem. Postupy poimeniky v sobě zahrnují i doporučení péče o duševně nemocné, v tomto se kryjí s existenciálně-analytickou psychoterapií, která rovněž pracuje ve své čtvrté postulované existenční motivaci s duchovnem pacienta, a i s lékařstvím, které obvykle pečuje o fyzické a psychické aspekty člověka. Nicméně, právě pacienti se sekundárními duševními poruchami při známém, primárním poškození nervového systému velmi trpí v důsledku často jednostranných postupů a to jak v medicíně, tak bohužel i v existenciálně-analytické psychoterapii, kde ve střež základních existenciálních motivacích se jedná o bytí na zemi a ve čtvrté o duchovní prostor. Duchovno je ale podle teologické dogmatiky, na níž prakticky navazuje i duchovní péče ve své činnosti, přítomno již od počátku veškerého bytí člověka, tedy od první základní motivace podle existenciální psychoterapie, která tento aspekt ve své péči naprosto opomíjí.

Na křesťanskou dogmatiku ve svých přístupech navazuje poimenika, která má v péči o duchovní dimenzi člověka více propracované postupy a která, v souladu s názorem lékařů bere v potaz duchovní dimenzi člověka ve všech existenciálních motivacích podle EA. Cílem této práce je objasnit význam poimeniky v péči o nervově nemocné pacienty s psychickými poruchami a význam spolupráce s neurologií a existenciální analýzou, včetně specifík, hranic i nezastupitelnosti rolí.

Poukázáním nedostatek akcentu na duchovní dimenzi pacientů a na vedoucí význam poimeniky, jehož nerespektování spolu s neurologickým onemocněním často zapříčiní onemocnění duševní bude umožněno dále dostatečně komplexně reflektovat reálné potřeby neurologických pacientů s duševními poruchami.

**Klíčová slova:** duchovní péče, existenciální analýza a logoterapie, křesťanství, neurologie, neuropsychiatrie, poimenika, psychoterapie, psychiatrie

**Klíčová slova anglicky:** pastoral care, existencial analysis and logotherapy, Christians, neurology, neuropsychiatry, psychoterapy, psychiatry,

## **Obsah**

### **I. Cíle práce**

### **II. Metodika práce**

### **III. Přehled a analýza stavu současného poznání tématu**

#### ***III. 1 Úvod do jednotlivých profesí***

III 1.1 Duchovní nebo-li pastýřská péče (poimenika).

III.1.1.a. Poimenika jako služba víře a péče o duše

III.1.1.b. Základní aspekty křesťanství a specifika poimeniky CČSH

III.1.1.c. Dogmata a přítomná eschatologie v poimenice

III.1.2. Psychoterapie a existenciálně analytická psychoterapie a logoterapie podle A.Langleho.

III.1.2.a. Teorie osobnosti EAL

III.1.2.b. Teorie psychopatologie

III.1.3.c. Terapeutický vztah, proces a obsah

III.1.3. Lékařství, obor Neurologie, psychiatrie a neuropsychiatrie..

#### ***III. 2. Trojí péče o nemocného: lékařská, psychotherapeutická, pastorační.***

III.2.1.a. Neurologická, psychiatrická, neuropsychiatrická péče

III.2.1.b. Poimenická péče

III.2.1.c. Péče Existenciální analýzy a logoterapie podle A.Langleho

III.2.2.. Společné faktory duchovní péče a psychoterapie

III.2.3. Pojetí víry z hlediska křesťanské duchovní péče.

III.2.4. Pojetí víry z hlediska existenciální analýzy a logoterapie.

#### ***III. 3. Vzájemné mezioborové rozpory a nedostatečná celostní péče.***

III.3.1. Rozpor v tázání a svobodě člověka

III.3.2. Rozpor v duchovní dimenzi člověka

III.3.3., Pojetí Boha“

III. 3.4. Rozpor „kvality víry“ a prožitku

III.3. 5 Teoreticko- praktické podklady pro vymezení styčných bodů interdisciplinární spolupráce

III.3.6. Styčné body poimeniky, EAL a neurologie, neuropsychiatrie, psychiatrie

III.3.6.a. Smysl nemoci

III.3.6.b. Bytí a existence

III.3.6.c Souvislost uzdravení nemoci a spásy

III.3.7. Současný vývoj a intraoborové rozpory v EAL

#### **IV. Celostná společná péče poimeniky u neuropsychiatrických pacientů v existenciální analýze a logoterapii v teorii i praxi**

##### ***IV. 1 Kasuistiky***

IV.1.a Kasuistiky pacientů

IV. 1.a.1. Paní A

IV.1.b. Krátké kasuistiky pacientů

IV.1.b.1.: Pan B

IV.1.b.2.: Pan T

IV.1.b.3. Paní M

IV. 2. Teoreticko-praktická východiska pro duchovní péči jako pro jednotící princip mezioborové spolupráce.

**V.Závěry**                      V.1. Přínos a hranice lékařství.

V 2. Přínos a hranice existenciální analýzy a logoterapie

V.3. Přínos poimeniky a její vedoucí význam

V.4. Aktuální otázky pro společný výzkum

#### **VI. Prameny**



## **Seznam zkratek**

CNS – centrální nervový systém

EAL – existenciální analýza a logoterapie podle Alfréda Langleho

## **I.0. Úvod**

Když jsem v roce 2006 promovala na 2.Lékařské fakultě University Karlovy v Praze, nastupovala jsem do lékařské praxe a PhD. studia plná očekávání a radosti, ale i obav.

Ty pramenily z mých zkušeností se zdravotnictvím „z druhé strany“. Jen v matných, ale i tak v té době dosti znepokojivých obrysech jsem tušila nedostatek spirituality ve vztahu k pacientům, vztahupacientům k sobě navzájem a zejména vzájemných vztahů lékařů.

Odkojena tehdejší 2.Lékařskou fakultou, vedenou v liberálním, etickém, dostatečně lidsky silném – a v určitém smyslu spirituálním duchu – panem profesorem Pouteckým jako několikanásobným děkanem této fakulty, jsem minimálně stejný profesní Modus vivendi očekávala i v celém zdravotnictví, potažmo v Motolské nemocnici.

Těžce ovšem psychicky traumatizována, MUDr. Pochopem, lékařem oční kliniky téže fakulty pro jeho zcela neetický postoj ke mně jako k pacientce, jsem hned od začátku praxe nejen že vyžadovala spirituální rovinu vztahů na pracovišti a citlivější vedení v počátcích svojí lékařské dráhy, ale vydala jsem se v důsledku své diagnózy jako neuroložka i směrem psychoterapeutickým via dálkové studium Pražské psychoterapeutické fakulty (2006) a posléze i psychoterapeutického výcviku v Existenciální analýze a logoterapii podle Alfreda Langleho (2009), kde jsem ovšem odpovědi na své otázky, ani naplnění a vnitřní klid nenalezla. Našla jsem jen jakousi formu, ale ne spiritualitu, nadto formu pro neurologické pacienty často zcela nevhodnou a i pro svůj život příliš redukcionistickou.

Na sklonku roku u mne 2004 bylo, klinicky, jak se posléze ukázalo, zcela neoprávněně a necitelně vysloveno MUDr. Pochopem, podezření na Tay-Sachsovu chorobu, čili familiární idiotii, střádavou metabolickou poruchou v mozku, v současné době neléčitelnou, vedoucí do pěti let od prvních příznaků přes oslepnutí, epilepsii a progresi kognitivního deficitu až k idiocii

a smrti. I když mi následně diagnóza byla jiným pracovištěm upřesněna degenerací sítnice typu Bull's eyes makulopatie, nic to neměnilo na tom, že zamýšlený chirurgický obor nastoupit nemohu.

Tyto zkušenosti se ukázaly být danajským darem, ale v opačné posloupnosti – to, co vedlo svého času při magisterských studiích na 2. Lékařské fakultě k nutnosti rozložit ročník studia a po promoci mi velmi zkomplikovalo lékařské začátky pro jaksi netolerovaný pohled z druhé – patientské – strany, za to jsem dneska vděčná, i když toto Pán Bůh zřejmě neplánoval.

Hledala jsem totiž to, jak svým pacientům nevhodným postojem a komunikací nejen prvotně neuškodit, ale jak slovem i léčit. Moje zjištění byla velmi záhy překvapivá – pacienti od nás dokáží přijmout vše a smířit se úplně se vším, musí jenom vědět, že o ně máme plnohodnotný zájem, že jsme lidsky a bezprostředně s nimi a že děláme z této lidské – nikoliv jen profesní lékařské – pozice svoje maximum. To je láska ke stvořiteli tam a zejména tam, kde jsou již naše profesní i lidské možnosti poctivě vyčerpány a kde již nejde nic jiného, než se beze slov modlit. A to žádný psychoterapeutický výcvik nenaučí. To mně posléze také přivedlo na Husitskou teologickou fakultu University Karlovy v Praze – určitá část poznání mi zoufale chyběla a kromě jsem se vyrovnávala s neblahými následky EAL psychoterapeutického výcviku, který byl v mém případě jednostranných redukcionismem a psychologismem nepsychologizovatelného a neredukovatelného, jednak čirou manipulací a nátlakem na straně druhé.

Narozena v Tuchoměřicích u Prahy a pokřtěna v Církvi Československé Husitské jsem byla posléze uvedena rodinou do Římskokatolické církve, kde jsem setrvala až do svého rozhodnutí stát se – po vzoru členů prvotní křesťanské církve – lékařem a knězem zároveň, i s praxí a erudiicí psychoterapeutickou. Tak tomu mohlo být i u Biskupa a patriarchy CCSH prof. ThDr. Karla Farského, který byl po maturitě pro úraz odmítnut vojenskou komisí k vojenskému stipendiu na studium lékařství. V těžké životní situaci praktikoval lékárnickou praxi v nemocniční lékárně u

Milosrdných bratří v Praze na Františku. Snažil se tak po vzoru apoštolů spojit činnosti lékaře a duhovního, tehdy v římskokatolické církvi zakázané a povolené až v důsledku 2.vatikánského koncilu v roce 1983 a to jen pro duchovní muže nebo ženy laičky, ale nikoliv pro ženy –knežky. Církev Římskokatolická má několik kněží lékařů, mezi nimi páter Jana Slabého jako bývalého psychiatra z Léčebny v Bohnicích a další. S nimi jsem se měla možnost také setkat a jejich příklad k mému nelehkému rozhodnutí, které znamenalo i konfesijní šok z přechodu (nebo návratu?) k CČSH.

Nemalou měrou se na mém finálním rozhodnutí stát se knezem, jak tomu bývá i u mnohých, pozitivně odrazil velmi negativní životní osud popromočních let. Na 2LF UK v roce 2006 nastoupilo nové vedení, které záhy a prudce změnilo atmosféru fakulty. Pamatuji si, že ikdyž vše ze začátku vypadalo slibně, přesto jsem měla hluboký vnitřní, zmepokojivý pocit, že se moje milované fakultní prostředí mění v něco, co možná nebude úplně pro mne. To se potvrdilo záhy - současná tristní situace PhD. studentů biomedicíny, do jejichž řad jsem nastoupila, konfliktní vztahy mezi vedením 2LF UK a vedením Motolské nemocnice v roce 2007 vedoucí k – eticky vztato – krádeži akcí studentského spolku Laterna Medica, o..s, který jsem založila a vedla, útok části vedení 2LF UK na mne pro můj odpor a kritiku současné situace na 2LF UK i stavu biomedicínského PhD.studia, vedl k nucenému odchodu z FNM v roce 2009, kdy jsem navíc pro kolující pomluvy po malé pražské neurologické společnosti zvolila raději krátkodobě stáž a práci v německém Nordhausenu. Velmi negativní roli v celém dění roku 2009 sehrál psychoterapeutický výcvik EAL.

Opět jak to ale bývá, zcela paradoxně i toto byl skrytý, pozitivní dar. Rok jsem působila na německém pracovišti v Nordhausenu a získala mnohé zkušenosti o spirituální a psychoterapeutické péči z tamního prostředí. Například o naprosté nevhodnosti EAL psychoterapie pro neurologické pacienty s psychickými poruchami a vhodnosti duchovní péče.

Zde jsem si také poprvé uvědomila nesprávné pochopení nálezů v bazálních gangliích u pacientů s roztroušenou sklerozou, jejich somatizační symptomy ve vztahu ke spirituální dimenzi člověka a nesprávné interpretace současného empirického výzkumu – tam, kde vědci vidí znaky patologie, se jedná o vyčerpávající se kompenzační a sebeúdržavné mechanismy nemocného a naším snahou nemá být je odstraňovat, ale pochopit jejich sebeúdržavný potenciál a ten se snažit podpořit. Zde jsem si také otevřela vzdělávání ve své druhé, lékařské specializaci – psychiatrie dospělých.

Moje další cesta vedla do pohraničního Varnsdorfu a Jiřetína pod Jedlovou (jedno pracoviště), kde jsem již plně pracovala jako EAL psychoterapeut a připravovala jsem se na atestaci. Právě v těchto končinách dozrálo rozhodnutí pro teologická studia. Následně jsem získala, v zástupových pozicích, praxi ze dvou obvodních neurologií, jedné obvodní rehabilitace, souběžně jsem od roku 2011 pracovala samostatně v nočních provozech FNKV a posléze i Oblastní nemocnice Příbram, kde na nově založeném akutním rehabilitačním oddělení působím dosud, stejně jako jeden den v týdnu v Drážďanech a nově i v ambulanci neuroborreliozy Infekční kliniky 1LF UK a UVN. V Oblastní nemocnici Příbram se mi povedlo zavést nemocniční duchovní službu (kaplanskou).

Dnes mohu zodpovědně říci, že jsem se naučila více, než kdybych seděla celých osm let ve Fakultní nemocnici v Motole. A tak, oslovena svými velkými lékařskými vzory, kterým byl a zůstal především pan profesor Josef Koutecký, se v liberálním odkazu jím vedené tehdejší 2LF UK plně připravuji i na plnohodnotnou činnost kněžskou i na spojenou návaznost obou profesí v teologické disertaci, doplňující a naplňující moji činnost lékařskou a to i postgraduálním biomedicinském PhD. studiu. Tato práce sbírající zkušenosti ze tří oborů – EAL psychoterapie, lékařství i křesťanské duchovní péče řadu let a hledající jejich význam, výraz a dozrání na Husitské teologické fakultě, je, jak doufám, dobrým dokladem a přínosem pro akademickou obec obou fakult i celé University Karlovy.

## **I.1 Cíle práce**

I.1.a) Zmapovat význam péče u poimeniky, neurologie a existenciální analýzy a logoterapie u pacientů s primárním poškozením nervového systému s psychickými poruchami,

I.1.b) Definovat hranice a společné styčné body jednotlivých oborů jako základ cesty k dialogu pro následné zlepšení společné co nejvíce celostní péče.

I.1. c) Poukázat na stále vedoucí a klíčovou funkci teologie a její duchovní péče, aktualizovat její vztah k neuropsychiatrii a existenciálně-analytické psychoterapii a logoterapii podle A.Langleho a to zejména důrazem na zapracování nových empiricky ověřených poznatků neurovědního výzkumu a dalšího rozvoje psychoterapie.

I.1.c) Zdůraznit aktuálnost základů křesťanství, ve kterých je duchovní péče i přístup všech ostatních věd k pacientovi zakotven.

## **II.1. Metodika práce**

Analyticko-syntetickou metodou autorka zpracuje význam duchovní péče pro pacienty s neuropsychiatrickým onemocněním v existenciálně-analytické psychoterapii a logoterapii (biblické hledisko, historické hledisko i nové přístupy v praktické teologii)..

Explikačně-deduktivní metodou vychází autorka práce prakticky ze sebezkušenosti s existenciálně-analytickou psychoterapií i ze zkušenosti již jako psychoterapeutka tohoto směru se svými pacienty i jako lékařka - neurolog a psychiatr.. Rovněž svou praxi obohatila o péči duchovní laickou jako praktikující křesťanka v souladu se svou vírou a posléze jako studentka HTF UK specializovanou duchovní praxí. Přitom vychází z konkrétních kasuistik pacientů, z nichž některé budou níže uvedeny (viz IV.)

Hermeneuticky (diskurzivně) budou dále zkoumány některé sporné či protikladné názory všech tří profesí. Přitom bude bráno na zřetel, že projekt nechce omezit jednotlivé profese v jejich odborném, eklektickém zaměření, ale v souladu s cíli projektu chce nadále snížit poškozování pacientů. V současné době jsou pacienti ohroženi jak chybnými přístupy pro nedostatek interdisciplinární spolupráce a zpracovávání nových poznatků z každého oboru, tak nedostatečnou komplexní péčí či málo rozvinutými a dosud neprobádanými a nepodloženými metodami zejména krátce existující existenciálně-analytické psychoterapie a logoterapie podle A.Langleho.

Implicitně a integrativně budou připraveny texty k praktickému použití především duchovním, lékařům a psychoterapeutům. Explicitně budou mimo rámec vhodné péče zmíněny jako potenciálně rizikové některé přístupy buď v rozporu s etikou nebo postupy vycházející z primárně rozporného přístupu na podkladě zdravotnický a křesťansky nepřiměřené radikální existenciální filosofie.

### **III 1. Duchovní péče (pastýřská péče. poimenika)**

Duchovní péče (synonyma pastýřská, pastorační péče, poimenika) je exaktně-vědecká teologická disciplína, zkoumající a postulující službu víře. Jejím cílem je, aby člověk za všech životních okolností setrval ve spojení s Bohem, čili ve své duchovní dimenzi i ve svém od Boha darovaném, svobodném lidství..Nutnou součástí duchovní péče je vztah člověka k člověku, rovina interpersonální a sociální, na které se děje k potěšování bližního, povzbuzování, vedení, ale i napomínání věřících na základě Božího slova. -1.

#### **III.1.1.a. Poimenika jako služba víře a péče o duše**

Ve službě poimeniky myšleno senzua lato věřícím, senzua strikto křesťanům, se jedná o pomoc při ukotvení života ve víře, v přivedení započaté víry k plnosti a to ve víře v Krista a v jeho těle, církvi. -2,3.

Vyjdeme-li ze senzua lato definice, které v De Ecclesia postuloval J. Hus - 4, které byly částečně přijaty 2.Vatikánským koncilem /5/ a ke kterým rovněž dospívají současné teologické výzkumy, včetně křesťanské dogmatiky, pak ontologicky lze za případného věřícího považovat každého člověka, s nímž se prvotně setkáme – i on může být neviditelnou částí církve v určitém čase . Boží dílo a péče se tedy týká života všech lidí a doslovně, do.

---

1 - *LIGUŠ. J a kol.: Náboženská výchova a výuka. Sborník, Brno, 2005, 172 s. ISBN 80-86263-59-2.*

2 - *SMOLÍK J: Pastýřská péče. Kalich, Praha, 1991, 264 s, ISBN 80-7017-276-2 kap.I. ,str.3/.*

3 – To je obecná formulace duchovní péče, která se vyvíjí v čase a liší i v jednotlivých

4 – HUS J.: De Ecclesia. HUS, 1. vyd. Praha: Československá akademie věd, 1965, 311 s. kap.7, ISBN 80-85686-72-3.

5 – LANE, T.: Dějiny křesťanského myšlení, první vydání (reprint). Návrat domů, Praha 1999, str.286, ISBN 80-85495-47-3.



posledního výdechu člověka není správné ani možné s naprostou jistotou říci, jak to s vírou dotyčného a jeho křesťanským životem opravdu je. To lze – ale nikdy ne s jistotou – poznat podle způsobu života dotyčného, projevů víry, lásky a dalších aspektů křesťanského života. Bůh dává svá charismata – nadání jednotlivým lidem i společenstvím a cílem duchovní péče je rozpoznat je a pomáhat rozvíjet v konkrétních podmínkách

Hovoříme-li o senzui strikto věřících, pak se jedná v konkrétním čase o praktikující křesťany či ty, kteří se ke křesťanské víře hlásí, byť mají své výhrady, nedůvěru či averzi k církvím. Jak je v posledních letech zmiňováno některými autory, současná společnost, nejen v postkomunistických evropských zemích, ikdyž zejména tam, je velkou částí „postcírkevní“ - 6.

V každém případě ale, péče o duši, jak upozorňuje E.Thurneysen, není jen péče o spirituálno (duchovno) v člověku, duši musíme na základě Písma svatého rozumět personální celostnost člověka pod Božím nárokem, která má aspekt těla, duše a ducha /E.Thurneysen, 1948 - 7/. Bůh se stal člověkem v Ježíši Kristu a skrze něj jsou nám odpouštěny provinění proti Bohu i proti sobě navzájem při hříšné podstatě lidství a to je poimenická realita naší existence – dějinná spjatost člověka s Kristem, která je předmětem duchovní péče o duše.-8. Bůh dává člověku charismata, má s ním svůj záměr a je na konkrétním člověku a jeho okolí darovaná charismata rozpoznat a rozvíjet.8. Spolu se službou víře se jedná o druhou, důležitou funkci poimeniky, v Husitské teologii navíc s akcentem na rozvinutí charismat ve sborovém životě a činnosti ku prospěchu individuálnímu, celého sboru a dějin spásy.

---

6- Není smyslem této práce rozebírat, co to znamená, nakolik je to dobová – třeba i pomíjivá – tendence – autorka práce se v tomto omezuje jen na prosté konstatování stavu

7 - THURNEYSSEN, E. : Die Lehre von der Seelsorge, Munchen, 1948., str.46

8 - V doslovné citaci: „Nejsem svůj, jsem Kristův, čili člověk žije pod Božím nárokem“ SMOLÍK J.: Pastýřská péče, str.6 , dále na téže stránce „Člověk ale je i Bohem skrze Ježíše Krista potenciálně předem naplněn co do smyslu svého života“.

K poimenice jsou podle Písma svatého povoláni služebníci – kněží – a v Husitské teologii i kněz a farář je součástí sboru, není z ní vyňat – o kněze má být rovněž pečováno jejich okolím. Jak praví Martin Luther, kněží nejsou „šlechtou církve“, jenom vykonávají v církvi jiné úkoly než laičtí bratři a sestry v církvi -9..

Duchovní péče se ve své činnosti – službě víře jako svému ústřednímu tématu – prolíná s dalšími prakticko-teologickými disciplínami – v kerygmaticke (nauce o zvěstování evangelia), v soteriologii (nauce a vědě o spáse), homiletice (vědě a nauce o kazatelské činnosti), v katechetice (vědě o křesťanské výuce), v misii (nauce o šíření víry), v diakonii (praktické pomoci bližním v nouzi). Tyto disciplíny se navzájem podmiňují – 10. To činí duchovní péči obtížnou v celé šíři této odpovědnosti. Sloužit ve víře není možno, nesloužíme-li sobě navzájem v konkrétních, potřebných situacích, pokud se je nesnažíme vidět jejich naléhavost, pokud sami sebe ve víře neustále a celoživotně nezdokonalujeme, pokud nesloužíme svému okolí a lidskému společenství, pokud nehledáme a nerozvíjíme – opět ve víře – výše vlastní charismata. Zde jsou dvě nebezpečná úskalí – pokud líně a pohodlně spoléháme pouze na Boha, Krista a Ducha Svatého, můžeme svůj život v Božím záměru nenaplnit a tak zhřešit, pokud vše výše uvedené činíme bez víry, můžeme jednat svévolně a Boží záměr rovněž po hříchu nenaplnit.

I duchovní péči je potřeba vnímat v čase – i ona se vyvíjí a jako praktická teologická disciplína mění. V současné době, s rozvojem řady společenských i přírodních věd, včetně medicíny, psychologie a psychoterapie bývá pro teology a kněze často obtížné určit, co je jádrem – vlastní pastorační péče o duše, co tuto křesťanskou péči vlastně tvoří / 11 /. Toto je ale problém napříč celými dějinami od počátku křesťanství i východisko – neustále hledání a péče v konkrétní situaci. Pokud totiž platí, že se pastýřská péče mění v čase, potom také platí, že, počítá-li s věčností, životem věčným a spásou člověku k životu věčnému, pak trvá i její nejhlubší, věčné jádro – ono proprium, které má pouze v každém čase jiný obraz / / . Stále se

---

9 – LUTHER, M: Výzva křesťanské šlechtě národa německého, 1520

10,11, - SMOLÍK J: Pastýřská péče. Kalich, Praha, 1991, 264 s, ISBN 80-7017-276-2.

jedná o vztah Boha a člověka. Není ale možné pro poimeniku definovat nebo uchopit žádnou „antropologii pod Božím nárokem“ nebo nějaké „pojetí Boha“. Zde zůstává člověku darovaná svoboda pro jeho konání a pro jeho život v konkrétní situaci.

### **III.1.1.b. Základní aspekty křesťanství a specifika poimeniky CČSH**

Služba bližním a potřebným, včetně nemocných, chudých a v nouzi, je základem křesťanství a vzájemné křesťanské lásky. J. Smolík, shodně s Josutisem – 12 - doslovně uvádí „duchovní plnost a hodnota sboru, to zda skutečně uprostřed sboru sídlí Bůh, se projevuje ne při mších a církevních shromážděních, ale navenek života sboru. V životních situacích, kdy nemocný nebo jinak potřebný vůbec může čerpat pomoc sboru a jednotlivých členů, kdy se děje nejen jeho potěšování a povzbuzení, ale i konkrétní, bezprostřední služba, se teprve osvědčuje křesťanská duchovní kvalita sboru a jednotlivých členů. V předních řadách v Kristovy církve, která plní hodnotně své poslání a žije pod Božím zákonem, vycházejícím z Dekalogu, jsou chudí, nemocní a potřební jako nejnepatrnější služebníci Boží a obrazy Krista, ale ani oni nejsou ve středu – tam vždy sídlí Bůh sám“. O konkrétní duchovní péči o nemocné, v předmětu této práce, bude pojednáno níže (viz III.2. str.) .

V případě Církve Československé Husitské (CČSH) leží těžiště duchovní péče ve sboru a ve vzájemných vztazích mezi jeho členy a působení Ducha Svatého v nich. Diskurz Husitské teologie v 21. století má tedy těžiště duchovní dimenze mezi lidmi. Zdeněk Trtík jako

patriarcha CČSH v návaznosti na teologii protestantského systematického teologa Karla Bartha rozpracovává existenciálně vztahovost mezi lidmi a Bohem do čtyřech dimenzí- 13, které ale nechápe jako vymezené samostatné prostory, ale spíše jako didaktické kategorie – sjednocující objektivitu, subjektivitu a duchovní dimenzi a to specificky pro CČSH v návaznosti na filosofii T.G.Masaryka. Objektivní a objektivizovatelnou realitu bytí člověka chápe v první dimenzi,

---

12- SMOLÍK J: Pastýřská péče. Kalich, Praha, 1991, 264 s, ISBN 80-7017-276-2

která je jakoby jedním pólem bytí člověka, z čehož v dějinách křesťanského i filosofického myšlení byla postulována dualita těla a duše, subjektu v objektu. Druhý pól bytí člověka je subjekt, otevírající se do druhé – již duchovní dimenze člověka – prostřednictvím bezprostředního myšlení a bezprostředního bytí člověka při autentickém setkání s druhým, což je východisko filosofie T.G.Masaryka z jím tehdy popisované – a dodnes aktuálně trvající dobové duchovní krize. Vzájemné duchovní souznění a komunikace s Bohem se pak děje ve III. dimenzi, již v časoprostoru.

### **III.1.1.c. Dogmata a přítomná eschatologie v poimenice**

Péče o duše jako služba víře a životu z víry je tedy v tomto smyslu cestou, která odmítá jakýkoliv jednostranný koncept – a to jak čistě antropologický a psychotherapeutický, tak nábožensky sektářský, uzavřený vnějšimu světu. Jednostranné výklady, které ohrožují pochopení vztahu Boha a člověka ve své celistvosti, označuje křesťanská dogmatika za heretické. Křesťanství a křesťanská víra tak nedává ani nemůže „návod“ nebo recept na šťastný život. Nelze říci, že bude-li člověk věřit v Boha a žít z víry, bude šťastný a zdravý, bude žít na zemi jako v ráji a podle své představy celostně naplněn. Na druhé straně, jak poznamenává K.Barth, spása a zdraví jsou spolu spjaty. Blíže o spáse pojednává teologická vědní disciplína soteriologie a o posledních věcech člověka v jeho pozemském životě a při.

smrti i duchovně vzato plně „úzdavě Bohem při spasení – eschatologie. Skrze Ježíše Krista, v duchovní dimenzi člověka, s ním a v něm je tak jediné možná spása skrze odpuštění hříchů v daném okamžiku a možnost uzdravení, i via naše bližní, obdařené dary (charismaty) k léčení. Je to tedy Bůh, kdo uzdravuje, lidské možnosti jsou Bohu nepatrné.

Duchovno je podle teologické dogmatiky, na níž prakticky navazuje i duchovní péče ve své činnosti, přítomno již od počátku veškerého bytí člověka. Boží podstata je v nás přítomna bodově a různou měrou se rozvíjí, uplatňuje a otevírá transcendentně do duchovní dimenze a

---

13 – TRTÍK, Z.; Já, Ty a křesťanství. Blahoslav, Praha, 1948. str.197, ISBN: 973-54565-80-0..

k Bohu /Z.Kučera, trojiční teologie - 14/ tedy od první základní motivace podle existenciální psychoterapie, která tento aspekt ve své péči často opomíjí.

Bude-li člověk, ukotvený ve víře, neustále ve vztahu k Bohu odpovídat a ptát se – explicitně zde je zdůrazněno, že je to oboustranný proces – bude u něj s větší pravděpodobností rozvinuta Boží bodová podstata otevřená do duchovní dimenze a život člověka bude v rámci možností naplňován a ve výsledku možná i naplněn – v jeho závěru, i v rámci přítomné eschatologie (nauky o posledních věcech člověka) i v přítomném okamžiku. Přítomnou eschatologii a její propojení s existenciální křesťankou dimenzionalitou rozpracoval systematicky v CČSH Zdeněk Kučera.

### **III.1.2. Psychoterapie a existenciálně analytická psychoterapie a logoterapie podle A.Langleho**

Psychoterapii obecně chápeme jako léčbu duševních nemocí či nově – psychosomatických onemocnění poruch, subklinických problémů či konfliktů pomocí mobilizace a duševních a duchovních sil k osobnostnímu rozvoji. V rámci této práce bude pojednáno o psychoterapii jako klinické léčebné metodě, s tímto záměrem byla rozvíjena od svého vzniku. Jiným současným zaměřením EAL je i aplikace věcně podloženého návodu k osobnostnímu růstu a rozvoji a ke zlepšování duchovní a duševní kvality života /A.Langle, Smysluplně žít, str.8 - 15/ a její hranici s léčebnou terapeutickou úlohou EAL nelze přesně vymezit.

Psychoterapie je praktická disciplína, je i vědecká, v rámci různých směrů více nebo méně empiricky, častěji exaktně. Každý směr (škola) vytvořil a rozvíjí svoji teorii osobnosti (i v případě, že jako EAL pojem osobnosti nepoužívá), teorii psychopatologie, teorii psychoterapeutických procesů, vztahu a obsahu -16. Metody a účinné faktory psychoterapie

---

14 – KUČERA, Z.: Trojiční teologie, díl I. Blahoslav, Praha, 1984, str.118, 80-86263-21-5

15 – str.8 - LANGLE, A. Smysluplně žít. Z německého originálu 2000. Cesta, Brno, 2002, str.79., ISBN 80-7295-037-1

nemusí být vázány na jeden směr, spíše se ukazuje, že jsou zastoupeny u každého směru i v případě cíleného zaměření na určitou metodu nebo účinný faktor. Ukazuje se rovněž, že část těchto faktorů a metod je zastoupeno i v duchovní péči a lékařství, o tom bude pojednáno níže - viz společné faktory účinnosti lékařství, psychoterapie a poimeniky – kap.III.2..

Směrů a škol různých psychoterapií je známo přes dvě stě, hlavních a celosvětově uznávaných přibližně dvě desítky - 17. První škola psychoterapie vznikla spolu s psychologii (psychoanalýza) na počátku 20. století, první psychoterapeutická škola tedy byla psychoanalytická. Následovníci S. Freuda – C.G.Jung a A.Adler, vycházející z psychoanalýzy, posléze vyvinuli vlastní dvě školy, dnes známé jako jungovská psychoterapie a adlerovská psychoterapie. Následoval odvrát od hlubinných směrů k psychoterapii kognitivně-behaviorální, posléze vzniká existenciální psychoterapie, která se dále rozštěpila na americké školy spojené s humanistickou filosofií a evropské, z nichž vzniká daseinsanalýza (podle koncepce M.Heideggera) a existenciální analýza jejímž zakladatelem byl V.E. Frankl před a zejména po 2.světové válce. Franklova existenciální analýza a logoterapie měla dva následovníky – Lukasovou, která se ubírala a dodnes je specializovaná více logoterapeuticky, a A.Langleho, který rozvinul existenciální analýzu a logoterapii více v analytickém, hlubinném směru -18.

### **III.1.2.a. Teorie osobnosti EAL**

Existenciálně - analytická psychoterapie podle A. Langleho (dále jen EAL) staví na teorii existence člověka a v ní se pokouší přiblížit jeho hlubinné, shodně s existenciálně orientovaným teologem P.Tillichem -19 /spirituální dimenzi /20/.. Rozporná problematika existenciálního vztahu člověka a Boha podle P.Tillichea bude uvedena dále (viz kap. IV: Vzájemné mezioborové a intraoborové rozpory a nedostatečná komplexní péče). V základu psychoterapeutické teorie i terapeutického procesu a teorií onemocnění spočívá zodpovědnost vůči otázce po smyslu života, po smyslu konkrétní situace, která je i energetizujícím činitelem člověka a jeho životního pohybu

---

16, 17 – PROCHASKA, J.O a kol: Psychoterapeutické systémy, průřez teoriemi, z anglického originálu 1996. Grada, Praha, 1999. str.479, ISBN 80-7169-766-4.

Toto tázání člověka je v EAL považováno za to, co je v člověku nejlidštějšího a smysl je pak žitou odpovědí na palčivou otázku . Člověk chce svůj život ve vztahu ke svému okolí a k druhým lidem spoluvytvářet a to dává podle EAL životu cenu a recipročně – osobnost člověka je podle EAL utvářena ve vztahu s druhými lidmi /S. Langle, Žít svůj vlastní život - 21/. Okolnosti, za nichž život probíhá, mají v porovnání s ním až druhořadý význam. / A. Langle, Smysluplně žít, str. 7/. Protože se existenciální smysl chápe EAL jako rovnici o dvou proměnných: podmínky či možnosti dané konkrétní situace a schopnosti, vlastnosti a vlohy osoby, která v konkrétní situaci je, prvořadý význam v dosažení smyslu dané situace je kladen konkrétnímu člověku jako osobě (člověku, který o sobě ví, čímž existuje a vědomě a svobodně vytváří svá rozhodnutí). Existenci člověka rozpracovává A. Langle v EAL do třech existenciálních motivací – 1. moci být, 2. moci být rád, 3. moci být takový, jaký jsem. Čtvrtou motivací je pak chápána duchovní dimenze člověka a naplnění smyslu, kterým je podle EAL žít svůj vlastní život a duchovní dimenze člověka může být podle EAL „vyplněna čímkoliv vírou v Boha, v sebe, v pokrok nebo jinou vírou v rámci jiných náboženství“-23.

### **III.1.2.b. Teorie psychopatologie**

Není v žádném prameni jasně dokázáno, že až po vyřešení prvních problémů v prvních třech životních motivacích – v psychoterapeutickém výcviku nebo v psychoterapii – je možné teprve dosáhnout duchovního prostoru a zabývat se smysluplně otázkami z této dimenze. Přesto se jedná o praxi ve výcvikových skupinách v České republice, blíže o tomto pojednává K.Balcar.

---

18 – KRATOCHVÍL, S.: Základy psychoterapie, páté vydání. Portál, Praha, 2006. str.383, ISBN: 80- 7367-122-0.

19 - TILLICH, P.: Hlubina bezpečnosti,

20, 22 – LANGLE,;A. Smysluplně žít. Z německého originálu 2000. Cesta, Brno, 2002, str.79. ISBN 80-7295-037-1.

21 – LANGLE,, S.: Žít Svůj vlastní život. Z německého originálu z 2006. Portál, Praha, 2007. str.181, ISBN 978-80-7367-220-1

23 - doslovná citace Alfréda Langleho, LANGLE,;A. Smysluplně žít. Z německého originálu 2000. Cesta, Brno, 2002, str.79., ISBN 80-7295-037-1.

Člověk, který nemá problémy v žádné z existenciálních motivací, je podle teorie EAL pouze ten, který prošel výcvikem nebo terapií a je ve svém jednání autentický, odpovídá otázkám kladeným životem autenticky, ze svého vlastního pohledu subjektivně pravdivě. Patologie – nejčastěji v původním významu neuróza - pak spočívá ve lžích místo autenticity, v úniku od odpovědnosti se v dané situaci rozhodnout a nést následky.

Lež je chápána EAL jako neautentický útěk od reality nutnosti prožít existenciální úzkost a autenticky odpovědět na otázku po smyslu dané situace – prožitím nebo přetvořením situace, je-li to možné nebo změnou svého postoje k ní, potažmo sebe. To platí všechny školy existenciálně zaměřené psychoterapie - 25. A. Langle v EAL podle své teorie osobnosti rozpracovává poruchy na úrovni jednotlivých (většinou v různé míře na všech) základní existenciálních motivacích, v subklinickém i v pojetí psychiatrie klinickém stupni závažnosti.

Klinická diagnostika EAL je v zásadě nadstavbou psychiatrických klinických obrazů, které dále podle své teorie blíže cíleně diagnostikuje.

Poruchy 1. existenciální motivace bytí člověka „moci být“, čili životního prostoru člověka se projeví depresivními poruchami, úzkostí, závislostmi s různým mechanismem vzniku, udržování symptomů a působení. V 2. existenciální motivaci – moci být rád- se opět jedná o depresivní onemocnění, v třetí – moci být takový, jaký jsem – se problém projeví poruchou osobnosti. Existují i smíšené obrazy dané různou dynamikou rozvoje patologie v určitém věku – tak porucha osobnosti může a nemusí na počátku svého vzniku mít poruchu na 1. existenciální motivaci – moci být. Podrobnější popis není tématem této práce.

### **III.1.2.c. Terapeutický vztah, proces a obsah**

V terapeutickém vztahu, procesu a obsahu je dáván důraz na autenticitu terapeuta a přesnou empatii, kde terapeutické sezení je autentickým setkáním dvou subjektů. V původním existenciálně psychoterapeutickém směru je tento vztah a vedení nedirektivní, v České republice,

---

25 - PROCHASKA, J.O a kol: Psychoterapeutické systémy, průřez teoriemi, z anglického originálu 1996. Grada, Praha, 1999. str.479, ISBN 80-7169-766-4.



ač to není nikde zmíněno, prosazuje předsednictvo současné Společnosti pro existenciální analýzu a logoterapii direktivně vedenou psychoterapii i sebezkušenost, ačkoliv to metodicky nikde zmíněno přesně není. Metodická nejasnost pozice EAL psychoterapeuta se dá považovat za jeden ze závažných intraoborových rozporů současné EAL – 26.

V úvodu pro popis terapeutického procesu a obsahu je autentičnost a přivedení ke vždy existující možnosti volby a psychoenergetizujícího, subjektivního vybírání jako cíl a její dosažení jako odstranění zejména neurotických poruch. K tomu používá terapeut technik zaměřených na zvyšování vědomí, v EAL je to setkání s autentickým psychoterapeutem, které je přijímající a zároveň při neautentičnosti pacienta přirozeně konfrontujícím nebo je konfrontace používána cíleně v rozhovorech. EAL zde hovoří o uvědomění si sebe sama (jako osoby) a okolního světa, což podle její teorie vede ke snížení sebeobjektivizace pacientem, v EAL je dále kladen důraz na prožitek a emoční reflexi. Posléze dochází k přehodnocování svých postojů pacientem, navázání plynulého dialogu a odklonu od své egocentričnosti.

Existenciální psychoterapie – původní a dnes zejména humanistická v USA – nepopisuje blíže a nevynechává metodiku. EAL ji lehce zpřesňuje na základě svojí teorie osobnosti, čtyřech postulovaných existenciálních motivacích (viz výše teorie osobnosti a psychopatologie), v návaznosti na vídeňskou psychoanalytickou školu, v jejímž prostředí se i částečně utvářela, pracuje analytickými metodami v existenciálních motivacích. Přesto se stále jedná o jen částečné zpřesnění metodiky, její aplikace a praxe je stále poměrně nejasněná, bohužel blíže nevynechává i eticky – 26.

Problematická je i rovněž metodika k přivedení pacienta k subjektivnímu vybírání čím chce být, pro co se v dané chvíli rozhodne. Zde se ukazuje nebezpečné úskalí absolutní možnosti volby a tím její nutnosti a absurdnosti nutnosti svobody. Psychoterapeutický proces pak v rámci léčby pacienta vede v důsledku k přivedení pacienta do takové absurdní životní situace a Modus vivendi, kdy vše je možné naprosto svobodně zvolit, vybrat a za vše je zodpovědný. To co ovlivnit nemůže, je osud a ten je pak vlastně také jeho volbou. Není tedy respektována realita

---

26 – PROCHASKA, J.O a kol: Psychoterapeutické systémy, průřez teoriemi, z anglického originálu 1996. Grada, Praha, 1999. str.479, ISBN 80-7169-766-4.

vztahu Boha a člověka na straně jedné, není respektována ani biologická podstata bytí člověka na straně druhé, oboje vyústilo v USA k respektování sebevražd pacientů svými terapeuty - 27.

Terapeutický obsah je pak v návaznosti na teorii osobnosti EAL a psychoterapeutických procesů se svými cíli poměrně logicky zaměřen na existenci člověka v jeho všech základních aspektech – bytí s druhými, bytí se – a – sebou samým, čili na vlastní, interpersonální konflikty a konflikty socio-individuální. V krátkosti se dá nastínit, jak bude poukázáno níže v kasuistikách, že pokud je EAL integrovaná s lékařstvím a duchovní péčí, pak lze v obsahu inter, intra a soci-individuálních aspektů bytí člověka pomoci pacientovi vztahovým, autenticky plně prožívaným výstavbovým principem EAL v psychoterapii k překlenutí pacientových nemocí nebo jejich etiologickému vyléčení, rozvoji jeho osobnosti a zdravému vytěžení z něho směrem k osobnostnímu růstu.

Širší popis terapeutického obsahu by opět přesáhl možnosti této práce a to opět pro svou vnitřní rozpornost a neujasněnost, která je ale, jak bude ukázáno níže, společného jmenovatele k základní EAL i základní existenciální filosofii. Rámcem těchto intraoborových problémů je opět metodická neujasněnost a needefinované etické hranice toho, kam až může terapeut zajít.

Terapeutický obsah, nakolik je obrovsky při vyhnutí se nebezpečí jednostrannosti a příliš brzké dognatičnosti přínosný, je zároveň často neuvědoměle infiltrován vadnou, často manipulativní metodikou, která formuje pacienta v nouzi do představ terapeuta o pacientovi, které jsou čirými spekulacemi o klinických obrazech EAL, odtržených od biomedicíny. To umožňuje často horlivá práce psychoterapeuta, který je tím silnějším článkem, což je vnímáno bohužel často jako autentické. Autentické to jistě může být a často to bývá i autenticky myšleno k dobru pacienta a v souladu s filosofií EAL.

---

27 – M.Boss připustil sebevraždu své pacientky jako životní východisko – PROCHASKA, J.O a kol: Psychoterapeutické systémy, průřez teoriemi, z anglického originálu 1996. Grada, Praha, 1999. str.479, ISBN 80-7169-766-4.

### **III.1.3. Lékařství, obor Neurologie, psychiatrie a neuropsychiatrie**

Lékařství jako profese je nejstarší zmiňovanou profesí, jejíž teorie je spjata s praxí na základě objektivního pozorování – biologické podstaty a – zejména patologických – procesů v lidském těle i v duši.. S rozvojem technických možností pozorování, poznatků z chemie a fyziky dochází od 18.století i k mohutnému rozvoji možností lékařství a to jak diagnostických, tak léčebných metod a k užšímu vývoji vysoce profesionalizovaných lékařských specializací Celostná lékařská péče o člověka sbírala od svého vzniku senzualní informace napříč všemi dnešními obory, které z nich postupně vyrůstaly.

Lékařské obory neurologie a neuropsychiatrie jsou v senzualní strikto vymezení mladé klinické a empirické vědecké specializace -28 , které se zabývají onemocněními nervové soustavy člověka a to jak centrálního nervového systému (mozek a mícha), tak periferního nervového systému (periferní nervy) -29. Jedná se ovšem o dělení anatomické. - přičemž řada onemocnění se může týkat obou dvou systémů, případně dalších anatomicky oddělených tělesných orgánových soustav, které mají v péči další lékařské obory. V případě neurologie se navíc jedná i dělení funkční – v tomto se péče neurologie prolíná často s péčí psychiatrickou.

Primární duševní onemocnění jsou doménou psychiatrie, sekundárně často provází degenerativní, infekční, autoimunitní onemocnění nervové soustavy či neurologická onemocnění cévního či úrazového původu nebo vrozené vady. Potom jsou v mezioborové péči, k čemuž přistupuje ještě neuropsychologie, klinická psychologie, stále častěji i psychoterapie.

---

28 - . Původně existovala neurologie a psychiatrie pod jednou specializací, z čehož vyšel i zakladatel evropské existenciální psychoterapie V.E.Frankl jako přednosta universitní vídeňské kliniky pro oba spojené obory.

29 – ZVOLSKY, P., a kol: Obecná psychiatrie.Karolinum, Praha, 2001. str.192. ISBN: 80-7184-494-2.

Nicméně, řada onemocnění čistě v psychiatrické péči – a dříve považované za psychogenní, nikoliv organické, má dnes předpokládaný, zkoumaný, či již více či méně prokázaný organický původ či spoluzapříčinění (etiologii). Těmto onemocněním se nově, pro vymezení péče jednotlivých oborů, říká neuropsychiatrické. V řadě zemí Evropy, včetně Slovenské Republiky, je již neuropsychiatrie svébytným oborem uznané lékařské specializace.

Je také nutno zmínit, že řada lidí může mít počátek neurologického onemocnění nebo onemocnění nepoznané či takzvaně latentní. Pro vymezení a účely této práce je toto důležité připomenout, protože řada nepoznaných nemocných je pouze nediodagnostikovaných neurologem či psychiatrem. Další mají v sobě subklinický zárodek onemocnění, které se vyvíjí v čase. S tím počítá každý lékař a tato práce tedy jako „neurologického pacienta s duševními problémy“ bere i člověka dosud nediodagnostikovaného či člověka s neúplně vyjádřeným klinickým obrazem onemocnění.

Všechny lékařské obory mají i v rámci své terapie zahrnutu prevenci – znovuobjevení se nemoci (relapsu onemocnění) tam, kde to lze předpokládat, prevenci komplikací léčby, ale i primární prevenci zaměřenou na dosud zdravou společnost (očkování, hygienické lékařství), ale implicitně i ve spjatosti s dalšími profesemi ve formě doporučení pro zdravý život, pro omezení ohrožení života, životosprávu a další. Prevence obecně je mnoha generacemi přirozeně zažitou, celospolečenskou praxí nejen blízkce pomáhajícím oborům lékařství.

V České republice existuje i lékařská specializace preventivní medicína, zabývající se aktuálními otázkami potřebného, to činí v různé míře i neurologie a psychiatrie – i ve vzájemné spolupráci.

Psychiatrie a neurologie mají k sobě poměrně blízko nejen často společnou etiologii a ještě neprozkoumanou, nicméně tušenou a předpokládanou patofyziologií jednotlivých poruch.

Jejich společné proprium je i v systematické klasifikaci onemocnění. Zejména jde o oproti ostatním medicínským oborům o fenomenologické pojetí diagnostiky do symptomů (příznaků), které tvoří definované syndromy (soubory symptomů – příznaků) a teprve syndromy, spolu

s dalšími objektivními nálezy i subjektivními potížemi pacienta vedou v závěru k diagnóze onemocnění podle mezinárodně platné klasifikace, dnes uznávané MKN 10. Neurologie má přitom možnost – a i nutnost – se více opírat o objektivní, somatické nálezy, psychiatrie v podstatě více vychází z pozorovatelných jevů, stavů a procesů lidské psychiky. Tato fenomenologie tvoří překlenovací most i volný spojitý přechod k diagnostice psychologické a psychotherapeutické práci. Neurolog i psychiatr tedy více než lékaři ostatních oborů zaciluje svoje diagnostické a léčebné úsilí do víceúrovňového procesu analýzy, syntézy, integrace, značně se na tom podílí i zkušenosti takového lékaře, celkový rozhled, lidské kvality a – často opomíjená kreativita, zejména dialekticky cílená. V kreativitě pak jde i o bezprostřednost diagnóz a léčby (často pacienty kritizovaných „od stolu“) a o volně asociativní myšlení, včetně odvahy k paradoxnímu myšlení.

V současné době a společenském klimatu a sociokulturním změnám v polistopadové České republice, při dobovém akcentu západní civilizace jednak k citovosti a prožívání a individualismu, spolu s konzumním způsobem života a noogenní krizi dochází k bizardnímu fenoménu diktátu mezilidské vzájemnosti pacienta a lékaře, neurologie a psychiatrie je tím snad nejvíce zatížena. Lékař, pokud si tedy s pacientem autenticky nepohovoří a pokud neprojeví zájem i o řadu jiných věcí v jeho životě, není tedy často v očích pacienta dobrým lékařem. Strohost, odstup a jasné diagnostické myšlení lékařovo je tlačeno k ústupu ve jménu špatně chápané individualistické humanity. Pacienti chtějí v lékaři vidět člověka, ale i Boha a požadují často nemožné a komfortisticky nadbytečné maximum péče v co největší kvalitě. Z lékaře pak chtějí mít v pokrouceně chápaném jeho lidství ad fontes bezchybný stroj, jeho lidskost na předpis, aspekt se tak ztrácí a je nutno dodat, že lékař opravdu Boha nenahradí. Prožitek a nadměrné zatěžování lékaře pak často strhne výsledek léčby ve směru negativním, konkrétní obrazy budou v rámci vymezení této práce zmíněny níže.

### **III.2. Trojí péče o neurologicky nemocného: lékařská, psychotherapeutická, pastorační**

Duševní a duchovní bolest vedle fyzické bolesti, bývá nejnepřesitelnějším utrpením, jež opanuje člověka. V tomto utrpení, pokud člověka úplně neochromí a dotyčný nerezignuje, se člověku dostává toho, že se jakoby probouzí, stává se otevřeným vůči všemu, co by mu mohlo pomoci. Sama existenciální analýza toto popisuje jako imperativ, pod nímž člověk pragmaticky hledá pomoc, která mu pomůže.

Vyhledat člověk dnes může lékaře – zvláště, pokud jsou jeho potíže provázeny či skryty fyzickým utrpením nebo jinými tělesnými potížemi - psychologa, lékaře či psychotherapeuty, méně často kněze nebo jiné poradce či léčitele, v případě této práce se jedná o neurologickou (psychiatrickou, neuropsychiatrickou) péči, psychotherapii a poimeniku. Tyto obory mají jak své postupy a specifické cíle, kterých chtějí dosáhnout, tak postupy k účinnému působení všem třem profesím společné a i společné cíle.

#### **III.2.1.a. Neurologická, psychiatrická, neuropsychiatrická péče**

V rámci vymezení této práce – neurologicky nemocný pacient – jedná o člověka s příznaky ať už skutečnou nebo funkční poruchou nervové soustavy, který se většinou nejprve dostane k lékaři - neurologovi. Lékař stanoví dotyčnému diagnózu a dále ho pak léčí – buďto z povahy onemocnění pacienta sám, nebo ve spolupráci s ostatními, nejčastěji lékařskými obory.

V poslední době stále častěji neurologie už při diagnóze vyžaduje neuropsychologické speciální vyšetření, klíčovou roli hraje u stanovení diagnózy Alzheimerovy choroby. To si zpočátku prováděli v České republice neurologové sami, jednodušší testy si mohou udělat orientačně stále.

Výhodnější a stále rozšířenější je nechat testy provést klinickému psychologovi nejlépe s neuropsychologickou praxí, je-li k dispozici a ten, pokud je zároveň i psychotherapeutem, může pak o pacienta ve spolupráci s lékařem nadále pečovat. Není to ale stále běžně rozšířená, rutinní praxe. Zatím v České republice zcela ojediněle je lékař neurolog i psychotherapeutem nebo je specializován i v psychiatrii. Péče se tak často děje pouze ve vymezeném neurologickém rámci nebo konsiliárně po odeslání k psychiatrovi nebo psychologovi, nebo ojediněle přímo k psychotherapeutovi.

Přítom zcela paradoxně, podle zkušeností psychiatrů, kteří v rámci předatestační praxe absolvují povinnou stáž na neurologických odděleních a fakultních klinikách, pacienti s nejvýraznější psychopatologií a neurotickými poruchami, vyhledají v dnešní České republice nikoliv psychiatra, ale neurologa, pokud jde o somatické projevy, jako je pestrá škála vertebrogenních poruch (bolestí krční a bederní páteře), bolestí hlavy, vertiginózními stavy, únavovými a neurotickými syndromy a exhaustí s širokou paletou somatických projevů. Tento trend odráží i stále neutuchající stigmatizaci a ostrakizaci člověka s psychiatrickou diagnózou, je ale i – jak ukáží níže v kasuistikách – i bezprostředně a intuitivně hledající cestou ke správně tušené somatické diagnóze nebo k racionálně chápané nutnosti jejího vyloučení, či k odkrytí nových biomedicínckých poznatků na tomto poli somatickými lékaři.

V poslední době je stále častější trend navštívit psychologa či psychoterapeuta, což je dobrá cesta jen zčásti. Dochází totiž k opačnému trendu – somatické problémy či somatické jevy jsou přičítány psychogenním a behaviorálním faktorům bez hlubšího pochopení a léčby skutečné somatické příčiny, nebo komplexnímu zvládnutí etiologie smíšené – zde pouze pro didaktické účely použijí v hlubším významu zavádějící termín psycho-somatické. .

Dochází tak ke dvojí jednostrannosti v lepším případě, nebo jen omezené péči jedné profese v případě horším. V nejhorší alternativě jde o vzájemnou rivalitu a nerespektování obou profesí, příčiny a východiska výše okrajově zmíněná v popisu EAL psychoterapie budou popsána níže. Jako možný jednotící princip se nabízí logicky poimenika a praktická teologie vycházející z křesťanské systematiky (dogmatiky a etiky), která od pojetí vykoupení člověka v Kristu jako člověku a Bohu potírá psychosomatický dualismus tak dezintegraci člověka a jeho činností, včetně jednotlivých profesí.

### **III.2.1.b. Poimenická péče**

Jsou i situace, kdy člověk svoje příznaky a onemocnění považuje za projev nadpřirozených sil a vyhledá nejprve kněze, zvláště, když se jedná o člověka věřícího. V minulosti bylo zvykem nemocných o pomoc žádat via kněze a bližní nebo sám za sebe i Boha, k nemocným pak rutinně

docházel kněz. V předchozích staletích byla často psychiatrická a neuropsychiatrická onemocnění mylně pokládána za projev nadpřirozených sil (většinou d'ábla a démonů) a dodnes přetrvává problém s tím, že kněží nedokáží rozpoznat psychiatrické resp, neuropsychiatrické příznaky, ikdyž rozpoznání má zapracováno v doporučení pastoračních postupů.- 30.

Lékař a duchovní bývali po dlouhou dobu historického vývoje, zejména ve starověku, v mnoha případech jednou a touž osobou, posléze, s rozvojem lékařství se obě profese oddělily. V listu Jakubově v Novém Zákoně je doslovně doporučení – když je někdo nemocný, odveďte ho ke starším církve. Beze sporu prvotní církve i léčila, to dokládá i pověření apoštolů v Knize Skutků apoštola od Ježíše Krista „běžte ke všem národům, hlaste evangelium a uzdravujte“. Nicméně stále postupem staletí kněz a lékař spolupracovali, ikdyž postupem novověku časteji až u lůžka umírajícího. Ve vesnicích a v menších městech či městských částech a v některých farnostech se tak děje i dnes. Se vznikem větších nemocničních zařízení a rozvojem měst bývali zprvu kněží k dispozici pacientům jako nemocniční kaplani běžně ještě na počátku 20. století, či jako kněží, kteří měli nemocnici ve své diecézi, často za pacienty docházeli. Sekularizací a nástupem totalitních režimů tato praxe poněkud zeslábla, nebo, pokud vytrvala, tak potíží při sekularizaci bývá v mezioborové komunikaci.

Poimenická péče o nemocného tak byla předmětem propracovaných metodik a doporučení, zvláštní postavení v ní měli duševně nemocní - 31. Jedná se zejména o potěšování, povzbuzování, vyřizování pozdravů sboru a jejich podpory, ujistění o tom, že nemoc nemusí být důsledek jejich hříchu, že Bůh si nepřeje, aby člověk byl nemocný, ale zdravý a že je s nemocným i v tuto chvíli. Dále přímluvné modlitby, případně udělení svátosti smíření s Bohem, pokud si ho dotyčný žádá a je-li toho schopen.

---

30 - SMOLÍK J: *Pastýřská péče. Kalich, Praha, 1991, 264 s, ISBN 80-7017-276-2*



### **III.2.1.c. Péče Existenciální analýzy a logoterapie podle A.Langleho**

Psychologická a psychoterapeutická praxe si spíše udržuje odstup, nezdá se chápe duchovní péči jako svou předchůdkyni a dnes již postupně zanikající konkurentku, stejně tak často činí v některých aspektech i s lékařstvím. Nicméně, jak A. Langle udává, rozdíly mezi jednotlivými psychoterapeutickými směry spočívají v implicitních duchovních vazbách, které však většinou zůstávají skryty a ty se dají předpokládat i ve vztahu k lékařství a poimenice -32

Jednoznačný přínos tvůrce EAL, V.E. Frankla, je objevení vůle po smyslu toho, co člověk dělá a co prožívá a práce s sebezpřesahem člověka do duchovního prostoru. To je i styčný bod s duchovní péčí a i s péčí neurologickou, kde existenciální analýza jako psychoterapeutický směr, jako léčebný nástroj zaměřený na především na psychiku člověka. EAL tak tvoří můstek mezi neurologií nebo neuropsychiatrií od jejího biologického pojetí přes základní –často fenomenologickou klasifikaci onemocnění podle pozorovaných symptomů a syndromů a neuropsychologické empirii evidence based objektivizované psychometrickým testováním k vlastní existenciální fenomenologické klasifikaci na základě poruch v existenciálních motivacích člověka k sebezpřesahu do duchovní dimenze člověka a dále ke křesťanské duchovní péči zaměřené již konkrétně na víru člověka. To by byla ideální definice pozice EAL v péči o pacienty spolu s ostatními dvěma profesemi. .

V rámci popisu péče EAL o pacienta je nutno zmínit stávající výrazné rozpory již v samotném pojetí péče současné EAL a její aplikace, což bylo již řečeno v popisu metodologie EAL vycházející z rozporné základní existenciální filosofie. Snad nejlépe tento rozpor vystihuje předmluva do publikace „Žít svůj vlastní život“ Sophie Langle, manželky Alfréda Langleho, zakladatele současné EAL, který tedy pro konkrétnější představu doslova cituji:

---

31 –LIGUŠ. J a kol.: Náboženská výchova a výuka. Sborník, Brno, 2005, 172 s. ISBN 80-86263-59-2.

„Právě v existenciální analýze pokládám za možné poskytnout vhléd do psychoterapeutické a poradenské práce, **aniž by to vyžadovalo hlubší teoretické porozumění**. Podle mého názoru je to proto, že základem existenciální analýzy je fenomenologický přístup. Jedná se o takový přístup poradce či terapeuta, **jímž se obrací k pacientům co možná bez teoretických představ, aby tak s nimi dospěl k pravému setkání. Přitom je podstatné, že přijímá pacienta v jeho jedinečnosti**. Setkání v existenciálně-analytickém smyslu znamená, že se terapeut či poradce o svůj protějšek osobně zajímá a otevírá se jeho životní situaci. Provází své pacienty s empatickým porozuměním, když začínají hovořit o svých otřesech a úzkostech, o svém utrpení, které jim bere radost ze života, o svých nejistotách a pochybnostech o sobě samých, o svých potěšeních nebo o ztrátě smysluplného výhledu pro svůj život. **Tato samozřejmost otevřeného přístupu je spjata s důsledným vedením celého procesu na pozadí existenciálně-analytického pojetí člověka**“.

-S.Langle, Žít svůj vlastní život - 33.

Podtržením zvýrazněné formulace jsou vzájemně rozpornými. Nelze pracovat s pacientem bez teoretického porozumění a zároveň tvrdit, že v rámci otevřenosti celého přístupu je pacient důsledně veden na pozadí existenciálně-analytického procesu. Pokud pacient neporozumí, jakým způsobem je s ním pracováno a kam je směřován, nelze hovořit o otevřeném přístupu, ale o cíleném a často terapeutem neuvědomovaném klamu. V praxi pak tento zjevný rozpor ve svých důsledcích vede pouze k manipulaci s pacientem do rámcové představy terapeuta o pacientovi-34

---

34 - zmíněno již výše v úvodu této práce, v popisu EAL a podrobněji viz dále, sebezkušenost autorky práce, dále se o tomto velmi konkrétně rozepisuje A.Koukolík ve své publikaci „Vzpouora deprivantů“. KOUKOLÍK, A.: Vzpouora deprivantů

A. Koukolník zde velmi plasticky a integrativně, s nadhledem uvádí jak logické argumenty jako výsledek exaktního výzkumu, tak empirické poznatky tohoto neblahého, napříč všemi psychoterapeutickými směry přítomného fenoménu. A konkrétně zde uvádí případy pacientů, kteří v životní tísní při uchopení ruky podané psychoterapeutem jsou manipulováni až do té míry, že do nich psychoterapeut dokáže sugestivně „vložit“ i traumatické zážitky, které se nikdy

nestaly. Pacient je tak vztažen do kruhu teorií psychopatologie a procesů a reaguje a žije již plně podle hermeneuticky uzavřeného psychotherapeutického směru, který nemá svůj postup podepřený řádnou teorií a výsledky z praxe a plnohodnotnou, autentickou vlastní zkušeností, ale pouze jakýmsi šablonovitým „pojetím člověka“ podle představy EAL předávané z generace na generaci, kterou ani validní výzkumy, ani dostatečně dlouhá doba trvání ještě neproověřila. Na tomto terénu eklekticky zaměřených, omezených poznatků o psychice člověka a bez kontextu EAL s ostatními, příbuznými směry, se pak ztrácí i samotná jedinečnost pacienta i ona zmiňovaná empatie a individuální přístup.

Lze pracovat pouze s pacientem spolupracovat zcela autenticky a to v případě potřeby intuitivně, s citem a empatií, třeba i bez přesného teoretického popisu či rámce, na rovině obecně lidské. Na pozadí celého procesu, kde by měly být jasně vymezené cíle, průběžně s pacientem podle potřeby upravované, pak nemůže být jakési „pojetí člověka“, ale opět člověk sám ve své celé rozmanitosti. Pojata má být existenciální analýza, nikdy ne člověk. Pojetí existenciální analýzy jako velmi účinného a potenciálně přínosného směru je pojetí eklektické v dílčích poznacích, zkušenostech a v samotném psychotherapeutickém procesu s pacientem. Pacient nemá a nesmí být nikdy „pojat“, protože tím z něj terapeut jednak dělá věc bez ducha, kus, materiál, jednak v důsledku omezí jeho vlastní autentický a biologicky věcně daný život i jeho spjatost s Bohem a Božím záměrem a redukuje tak i jeho lidství do své EAL představy o člověku.

Lze vytknout, že „pojetí člověka“, je jen špatně zvolená formulace v citované publikaci. Jenomže to, že je člověk v rámci EA procesu nějak pojmut a nebo ještě hůře, neustále, třeba řadu let pojímán, vyplývá posléze i z dalších publikovaných článků a kasuistik a svůj základ a oporu má i ve stěžejním díle V.E.Frankla „Psycholog prožívá koncentrační tábor.“-35.

---

35 - platí zlidovělé biblické přísloví (Kniha přísloví): „Kdo s čím zachází, tím také schází“.

EAL v rámci sebe-vědomí (jako vlastní osoby, která o sobě ví) jednak zachází se sebou už jenom v absolutním dogmatu vždy existující volby a odpovědnosti, dále naprosté autentičnosti a dogmatu emocí (často velmi povrchních a bezohledně sobeckých) a citů. Navíc zcela vždy to, co

Dostatečně kritický rozbor práce a zrání V.E.Frankla a sledování jeho vývoje v dalších publikacích a posléze sporu s A.Langlem o „pojetí člověka“ by přesáhl rámeček této práce. To že recenzované a impaktované výstupy, které by dostatečně zahrnovaly pohled jak medicínský, tak filosofický, psychologický i teologický, za použití kvalitních hermeneutických metod stále chybí, lze přičíst na vrub více faktorů. Za prvé obrovskému dobovému nadšení, s nímž byla monografie V.E.Frankla po válce přijata jako provokativní, heroická a výrazně originální a v jisté době i potřebná pro lidi s podobnými životními zkušenostmi jako byly Frankovy. Nemalý vliv má ale dnes i fakt i přílišné uzavřenosti EAL jako malé školy elitně dokonale autentických a v tomto směru přísně vyškolených psychoterapeutů, jejichž život po výcvicích je důsledkem „volby“ způsobu existence bez používání kritického myšlení, které je odsunuto, v důrazu na city a prožívání na druhou, zrezivělou nepotřebnou a rozpadající se kolej.

Dalším faktorem je na zejména evropské (nikoliv zatím české), prolínání se psychoterapie a religionistiky a z mnoha důvodů, dominuje argument, že léčba i psychoterapie závisí velkou měrou na víře člověka a uzdravení, což ovšem vyvracejí nové empiricko-exaktní psychologické výzkumy, recenzované a publikované v periodických s impakt faktorem, které neprokazují tak vysoký vliv víry člověka v uzdravení a v psychoterapeuta na výsledek léčby.

---

se  
snažíme ovládnout, tím sejdeme, a zcela logicky si toho EAL terapeuti ani nevěšimnou – pro svůj „patent“ na sebe-uvědomění. Pro ztrátu Boha v koncentračním táboře tak V.E.Frankl nastoluje nové náboženství k ovládnutí bytí člověka, přičemž ono božské je pouze podle EAL ideálně autentické bytí, po vzoru deistických a osvícenských myšlenek 18. a 19. století jakási vyšší bytost, ideální bytí, kterého ale podle EAL není možno dosáhnout jinak trápením v psychoterapeutickém výcviku a bolestí. To ničím jiným, než zcela nepotřebným uměle navozeným letitým trápením a traumatizací jako odvaru oněch „koncentrákových zkušeností“ V.E. Frankla, které se pak těmito terapeuty zcela neuvědomovaně rozšiřuje i mezi jejich pacienty a výsledkem je opět zabítí lidství, mimo jiné v jakémisi ideologickém „pojetí člověka“.

Tento výzkum přinesl překvapivé výsledky, neboť ukázal, že nejde o účinnost specifických technik psychoterapie, že hlavní faktory účinnosti psychoterapie jsou buď v pacientovi samém a mohou je aktivovat bez zvláštních technik i lékaři a duchovní - viz níže – společné faktory účinnosti duchovní péče, psychoterapie a lékařství. K interpretaci těchto výsledků práce lze věcně namítnout, že existují specifické těžké a komplikované psychické či častěji psychofyzické problémy, u nichž je třeba i jiného, vysoce specifického přístupu a metody léčby. Navíc, v EAL se jedná více i o duchovní dimenzi člověka, kterou většina psychoterapeutických škol v psychoterapii nebere zřetel. Druhá námitka, zejména v opomíjení duchovní dimenze a víry člověka, opět dokládá potřebnost a je podnětem k této práci, je styčnou plochou lékařství, křesťanské duchovní péče i EAL a autorka jí věnuje řádky níže – co patří k víře z hlediska psychoterapie, lékařství a poimeniky. První námitka vyplyne částečně v rámci této práce z řešení námitky druhé potud, pokud máme v dnešní době k dispozici vůbec specifické metody čistě psychoterapeutické ke zvládnutí podobných specifických kasuistik jak mají sklony EAL psychoterapeuté tvrdit, či je potřeba hlubšího bádání napříč všemi profesemi a i nových poznatků biochemických, biofyzikálních a dalších, k čemuž se většina lékařů i kněží kloní.

Diskurz, kdy je možno léčit i somatické choroby za pomoci psychoterapeutických metod, ale do psychoterapie nevnesla EAL, je přítomný již od samého vzniku v psychoanalýze. I zde, pokud člověk neprojde zdlouhavým a bolestným psychoanalytickým výcvikem, není zdrav a není pravým člověkem a tedy nemůže ani nemocného vyléčit. Kritiky z řad teologů, nejostřeji od K.Bartha, R.Rahnera, J.Josutise, E.Thurneysena a dalších, zaznělo mnoho již před sto lety při vzniku psychoanalýzy a průběžně se ozývalo celým dvacátým stoletím. To, nakolik jsou kritické práce teologů sto let staré stále aktuální, dokládá i zkušenost autorky této práce, která zcela bez znalostí těchto pramenů někdy v roce 2010 při práci se sebou a terapeutické práci s pacienty v německém Nordhausenu došla k naprosto stejným závěrům jako výše zmiňovaní autoři.

O aktuálnosti pro Českou republiku při proniknutí psychoterapie přes hranice po roce 1989 svědčí i již mnohokrát zmíněná Pastýřská péče Josefa Smolíka kde lze najít i podrobný přehled – 36. Josef Smolík zde v přímé reakci na vstup psychoterapie do českého prostředí, více méně implikačně napříč celou svou publikací „Pastýřská péče“, pojednává o vztahu psychoterapie a praktické teologie v konkrétních otázkách poimeiniky ve sboru i u jednotlivců. Opakovaně reflektuje snahu psychoterapie proniknout do křesťanské poimeiniky a do sborů a podle vzoru poimeiniky ve Spojených Státech zejména zavést církevní poradny a skupin vedených psychoterapeuty ve sborech křesťanských obcí a to pro osobnostní rozvoj – včetně „zkvalitnění víry“ odbouráním falešné religiozity a „odstranění psychopatologií“, které se projevují ve víře a jsou za křesťanství zaměňovány. Josef Smolík zde po zevrubném zkoumání četných pramenů pojednávajících o stejném problému v zahraničí a zřejmě i po konzultacích se zahraničními kolegy a svým poctivým zkoumáním potřeby, předpokladů a přínosu takové práce pro jemu svěřené křesťany ve shodě s dalšími poimény zavádění podobné praxe nedoporučuje a její negativní důsledky diskutuje - 36.

Je tak pouze doporučováno, jak pracovat s duševně i jinak nemocným v poimeinické péči a to ve smyslu konkrétních přístupů poimeiniky, i doporučení, kdy péči přenechat lékařům a psychoterapeutům a držet se pouze poimeinických – víceméně – podpůrných postupů – potěšováním, navštěvováním, vyřizováním účasti sboru na nemoci dotyčného, prosebných motlitbách, péči o běžné denní potřeby. To je postup zejména u těžkých organických poruch mozku nebo u těžkých psychotických a schizofrenních poruch zhoršující kvalitativní úroveň vědomí bludy a halucinacemi, ale i u těžších poruch osobnosti. Zde důrazně varuje před tendencemi vykládat patologické symptomy řečí poimeiniky, omezení vidí i u přijetí svátostí a u svaté zpovědi.

Zatím autorka práce vyjmenovala kriticky pouze výhrady. V obrovském přínosu současném

EAL, ve své vlastní psychotherapeutické, lékařské a poimenické praxi a v práci dalších, poutivějších EAL psychotherapeutů (než je vedení současné SLEA a lektorů sebezkušenostních výcviků EAL v České republice) lze poukázat i na výrazně pozitivní stránky práce EAL, zmíněné v doslovně citovaném úvodu Sophie Langle – Žít svůj vlastní život.

Pokud totiž platí tvrzení, že práce s pacientem bez teoretického rámce je v rovině obecně lidské možná, pak je potřeba rovněž říct, co ji utváří, co jsou účinné faktory této péče, jak bylo naznačeno výše, podle současných empiricko-exaktních výsledků psychologického výzkumu.

Je to ono **proprium spolubytí s bližním a péči o něj**, pokud ji potřebuje a to – **neseno do naší kultury a do všech tří profesí mostem křesťanské etiky via křesťanskou dogmatiku v čisté a často opomíjené spiritualitě – je společným faktorem účinnosti poimeniky, psychotherapie i lékařství**, implicitně zmíněné Alfrédem Langle v řadě jeho publikací (nejen zmiňované a doslovně citované „Smysluplně žít) a explicitně denně potvrzovanými v práci EAL psychotherapeutů, lékařů i křesťanských duchovních. Ač je toto proprium zmiňováno v různých obdobích napříč celými křesťanskými dějinami, v České republice, vlivem současné socioekonomické situace, není poimenikou často v dostatečné míře akcentováno. Přitom CČSH právě přesným vystihnutím tohoto propria křesťanství v době svého vzniku po 1.světové válce mohla vůbec vzniknout.

### **III.2.2. Společné faktory účinnosti duchovní péče, psychotherapie a lékařství**

Z psychotherapeutických výzkumů vyplývá, že přibližně 40% pozitivního účinku (tedy zastoupením nejvýraznější účinek) na pacienta **hraje zlepšení jeho životních podmínek a to třeba samotným přijetím (nepodmíněným a bezprostředním) psychotherapeutem - v těchto 40% dochází k remisi problémů spontánně – 36.**

---

36 – SMOLÍK J: *Pastýřská péče*. Kalich, Praha, 1991, 264 s, ISBN 80-7017-276-2

Analogie v Bibli z křesťanského hlediska – „když fíkovník nenese dobré plody, či žádné, pohnoj ho, okopej a rok pořádně zalévej. Pokud ani tehdy neponese dobré plody, teprve tehdy ho můžeš vykopat a říct, že je špatný. Strom se pozná po ovoci – dobrý strom nenese špatné plody a špatný strom nenese dobré“. Dobrý strom potřebuje ke svému životu podmínky.

Vzhledem k tomu, že Nový Zákon, zmiňující se o následném období – Kniha skutků Apoštolů – po nanebevstoupení Ježíše Krista – výzvu J.K. apoštolům „jděte ke všem národům, kaďte mé slovo, kaďte evangelium a uzdravujte na těle i na duši – myšleno ne božskými atributy jednání Ježíše Krista, ale v duchu jeho poselství v evangeliích – i v podobenství o fíkovníku – lze toto považovat, v souladu s biblickými studiemi – za poslání lidí a církve.

Zhruba dalších 30% účinnosti psychoterapie závisí na charakteristikách pacienta. Podle Koukolíka, pokud jde o energetického člověka, je to ze 60% odolnost vůči nepříznivým životním okolnostem. A to je člověka od přírody a od Boha dáno, to žádná psychoterapie nezmění. Terapeut, je-li dobrý ve své práci a uvědomil-li se vši pokorou tento nejzásadnější fenomén, se může snažit pacientovi energii dodat. To lze nejlépe upřímným zájmem, upřímnou potěchou druhého, což nelze bez víry, ať už uvědomované nebo ne. Z hlediska duchovní péče, zejména v návaznosti na současné výzkumy Církve Československé Husitské, půjde i o zvážení vlivu prezenční eschatologie a to zejména bezprostředního setkání dvou lidí a propojení v druhé dimenzi, jak toto postuluje a rozpracovává husitská dogmatika v dimenzionalitě (Z.Trtík, Z.Kučera),

---

37 – Bible, Nový zákon, Evangelia – Matoušovo, Markovo, Lukášovo, Janovo -

38 – KOUKOLÍK, F:Vzpouera deprivantů. Galén, Praha, 2006. str.321, ISBN: 978-80-7262-410-

2



Dále hraje roli schopnost autonomie, na třetím místě je aktivně umět zvládat problémy, což je opět člověku do určité míry dáno. Na čtvrtém místě je dobré rodinné zázemí a možnost moci se v dětství svěřit alespoň jednomu rodiči. Na pátém místě je pak schopnost navazovat potřebné sociální kontakty a vytvořit si síť pro případ nutnosti pomoci.

15% účinku hraje roli v tzv. Banwarthův fenoménu. Je vlastně dílem částí zlepšených podmínek pacienta. Jedná se o zaměření se pacienta – za pomoci druhého – na svoje vlastní problémy. Tím se spontánně docílí toho, že pacient si začne sebe více všimát, nejlépe, když si ho cíleně a dlouhodobě všimá druhá osoba a nemusí to být nutně psychoterapeut.

Funguje lépe v pozitivním smyslu, pokud se dotyčný terapeut „strefí“, je dostatečně empatický, vřelý a přijímající. Funguje to ale i negativně, byť s menším účinkem.

15% účinku je rovněž pozitivní očekávání – nebo i vlastně víra v uzdravení – pacienta. Zde je potřeba odlišit takto zacílenou víru od víry sebezpřesahující, vztahující se k Bohu s pokorným vyznáním „Buď vůle Tvá“.

O těchto výše zmíněných faktorech, zahrnujících zhruba 90% účinnosti zlepšení pacientova stavu, by měli vědět lékaři, a zejména jak psychoterapeuti, tak kněží a vědět, že oboje by měli umět pacientovi poskytnout bez vzájemné rivality. Samozřejmě, jedná se pouze o nediferencovaný statistický odhad. V případech těžší psychické poruchy či neuropsychiatrického onemocnění výše zmíněné faktory uzdravení platí méně a je potřeba odbornější lékařské péče, i eventuálně spolu se zařazením psychoterapie jako léčebného prostředku. V teologickém smyslu slova je pak zlepšením podmínek pacienta myšlena i kvalitní lékařská a psychoterapeutická péče. Jedná-li se ale o neoddiskutovatelnou roli víry -15% účinku psychoterapie - (nikoliv jen zmiňované víry v uzdravení) a života v duchovní dimenzi člověka to jak u relativně zdravého nebo u těžce nemocného psychiatricky či člověka s těžší psychickou poruchou a usilujeme-li o co nejlepší péči konkrétnímu člověku, je potřeba definovat, co patří k víře stran uzdravení z hlediska duchovní péče a co z hlediska psychoterapie.

### **III.2.3. Víra a duchovní dimenze z hlediska křesťanské duchovní péče (poimeniky).**

Víra není ovlivněna prožitkem, jen je jinak prožívána. Změněné prožívání a změněný postoj k víře via psychoterapie nemění víru jako takovou, ani ji neprohlubuje ani nezkvalitňuje, ale může změnit pouze její projev a prožívání. Víra jako taková tím zůstává stacionární. Nelze její hloubku a kvalitu hodnotit bez akcentu na lidský omyl – absolutní zhodnocení zůstává pouze Bohu. Zda lze psychoterapii k víře dovést, to zůstává otázkou, jejíž zodpovězení je mimo možný vymezený prostor této práce.

Víra sama také může uzdravit nebo skrze víru může uzdravit Bůh a v Bohu i bližní – laičtí nebo profesionální. Psychoterapie je tak vedle lékařství tímto primárně léčebným nástrojem potud, pokud je v souladu s Bohem.

Sebezkušenost autorky práce: „Zárodek víry byl do mě zaset a rostl spolu se mnou a ve své podstatě je stále stacionární, ať mi bylo pět nebo třicet, ať jsem do kostela chodila či nikoliv. Církev a rituály pomáhají k poznání Boha, ale víru způsobit v člověku nedokáží. Mohou ji pouze probudit, aby vyrostla, jako z hořčičného nepatrného semínka vyrostla velká a silná rostlina. – 39“ . Jak říká J.K – jste nebo nejste z mých ovcí. V reformaci toto vedlo Kalvína k postulování teorie o predestinaci /předurčení/, vycházel přitom ze sv. Augustina. Dále toto rozvíjeli v často přehnaném akcentu další, zejména Jakub Arminius, dále se objevovaly tyto tendence v anglikánské církvi v 17 a 18 století.. V Bibli - a i v Novém Zákoně – to má korelát ve smyslu toho, že pouze přibližně 1/3 lidstva bude spasena.

Další vývoj teologie však Kalvínovy závěry i jejich rozvinutí – často paradoxně v jasném protikladu s Kalvínovým učením - vyvrátil. Jistěže existují lidé, kteří se s vírou a pro víru v předurčení narodí a u nich se předpokládá, že se stanou součástí viditelné či neviditelné církve v pozemském životě.. To mohla být vzhledem k osobnosti svatého Augustina i Kalvína vcelku reálná situace, tento fenomén by byl dobře vysvětlitelný i psychologicky. Tedy rodí se a existují

lidé, které není potřeba aktivně poimenicky k víře vést, stejně jako aktivně psychoterapeuticky léčit. Pak se rodí ti, kteří podle Bible žijí pro to, aby je ostatní vyléčili, stejně tak jako ti, kteří zkrátka mají být duchovně opečováni. Charismatem věřícího křesťana je toto umět rozpoznat. Tímto dostáváme do duchovní péče další důležitý aspekt – a tím je aspekt společenský, sociální. V duchovní péči se nelze zaměřovat jen na jednotlivce a jeho víru – i on je součástí lidského pokolení a společenství. Ať je jeho víra sebepevnější ve svém základu a z Ducha svatého a jeho zjevení a vnější pomoc tedy nepotřebuje, je stejně nakonec žádoucí minimálně určitý společný rituál, určité vnější vyjádření víry, které tak je komunikačním prostředkem s okolím, ukazuje méně obdařeným cestu, v případě poimeniky určitá metodika péče o víru u druhých a vzájemné upevňování v obtížných životních situacích. K tomu slouží křesťanský sbor.

#### **III.2.4. Víra a duchovní dimenze z hlediska existenciální analýzy a logoterapie.**

Jestliže duchovno je součástí existence člověka, pak je i cílem uzdravného ovlivnění. Tak je tomu specificky v případě existenciální analýzy a logoterapie. **Jejím cílem v první životní (existenciální) motivaci je opomíjené, co by mělo ovšem důrazně zaznít – že totiž k životnímu prostoru člověka patří prostor a to ve všech lidských aspektech organismu a psychiky - tedy od začátku, od této první motivace – nutně prostor duchovní.** To je nutná součást existenciální analýzy a nikoliv její přívěsek v podobě objektivně pojaté logoterapie, která je kdesi nad subjektivním vyřešením prvních tří základních existenciálních motivací.

A. Langle v konceptu existenciálně-analytické psychoterapie udává, že není obvyklé, a to často ani v německy mluvících zemích, zabývat se vztahem mezi psychoterapií, náboženstvím a spiritualitou - A.Langle. Was bewegt der Menschen?,- 40. Ve své kapitole v publikaci Sophie.Langle – Žít svůj vlastní život - uvádí, že v 1.existenciální motivaci – moci být – čili životní prostor člověka – je i prostor duchovní. Dále je toto ale explicitně nepropracováno.

V současné situaci, kdy psychoterapie soupeří o svoje postavení s církví, jsou i proudy, které se snaží vzájemným střetům vyhnout, někteří existenciální psychoterapeuti toto v souladu se svojí psychoterapeutickou existenciálně- analytickou psychoterapií nazývají „vymezením kompetencí“. Slovy profesora Lochmana (Krédo) se autorka práce domnívá, že toto lze nazvat neúnosnou fetišizací danosti – a to podle T.G.Masaryka a jeho racionální, pragmatické filosofie „Sub species aeternitatis“. Danost je totiž definována teologicky věčností, která přesahuje veškeré sekulární filosofie a jako taková přináší nekonečný časoprostor, v němž je naše konkrétní životní a lidská, omezená „časohmotoprostorovost“ zavzata. Pokud je duchovno součástí lidského organismu, nelze ho tedy jaksi vydělit a jednostranně ignorovat nebo o něj naopak jednostranně či jinak redukovat pečovat, stejně, jako nelze ignorovat biologickou podstatu člověka a současné empirické neurovědecké poznání.

Existenciální analýza a logoterapie nejen že jako jakýkoliv jiný psychoterapeutický směr nemůže ignorovat stejné faktory účinnosti a působení na člověka shodné s duchovní křesťanskou péčí a celou kulturou, včetně lékařské, ale zároveň se tedy vírou zabývat úžeji musí, protože je toto dáno její teorií a koncepcí. Bohužel současná EAL nemá víru dostatečně zapracovanou v metodice, v souladu se svou sekulární filosofií se omezuje na víru v psychoterapeuta, že pacientovi pomůže, víru v život samotný pouze v ovšem v lidských aspektech. Oboje po pacientech v podstatě vyžaduje, přičemž toto jsou v prvním případě aspekt nutně nepotřebný, jak vyplynulo z výzkumů (viz výše, faktory účinnosti napříč psychoterapiemi), v druhém případě jde o faktor nepostačující a souhrnně jsou oba dohromady pacienta potenciálně matoucí a zavádějící pro svůj psychologismus a redukcionismus víry

---

40 – LANGLE, A.: Was bewegt der Menschen?, 1992, Wien, ISBN 80-7295-037-1.

Vztahem psychoterapie a náboženství se zabýval více V.E.Frankl, který se však s EAL v pojetí A.Langleho v podstatě rozešel a zůstal orientovaný tedy více logoterapeuticky než v současném směru EAL. V samostatné monografii pojednávající o této problematice „Psychoterapie a náboženství“ shodně s deistickými a reakčními křesťanskými liberalistickými proudy, víru chápe jako čistě lidský fenomén linoucí se lidskou psychikou od nevědomí k sebeuvědomění a skrze ní dosahování člověka do transcendence do duchovní dimenze pak skrze svědomí jakožto orgán smyslu svého života a jednání jako odkrytí vyššího smyslu za pomoci instinktu a intuice. – 41. V dalších výstupech V.E.Frankla lze ale později vysledovat mírný odklon od takto radiálního pojetí víry a duchovní dimenze člověka a tento samotný, vnitřní vývoj EAL za dobu její krátké existence několika desítek let vysvětluje současný problém EAL a její neujasněnost k postoji víry i duchovní dimenze. Na jedné straně tak EAL vychází z prvotin V.E.Frankla, včetně jeho zkušeností z koncentračního tábora – a jeho ztráty Boha a zřejmě nikdy nenalezení Ježíše Krista ve výchozím, židovském náboženství V.E.Frankla – na straně druhé oprávněnost rozkolu s tímto Frankovým pojetím jaksi vylévá plod Frankova pozdějšího zápasu – slovy komentujícími v širším smyslu stav poválečné psychoterapie v německy mluvících zemích – „s vaničkou je vylito i dítě“.

Jestliže tedy Alfréd Langle jako následovník V.E.Frankla, jako autor současné EAL ovšem v rozporu s původní Franklovou EA, sám ve svých publikacích zmiňuje problém nedostatku prací zabývajících se vztahem existenciální analýzy a logoterapie a křesťanské péče a zároveň postuluje problém úžeji vymezení EAL vůči křesťanství i lékařství – zda se má jednat o explicitní či implicitní metodiku, pak má-li být tato otázka terapeutům v souladu s filozofií EAL také jimi zodpovězena, je zcela na místě vznést požadavek na existenciální psychoterapeuty, aby se na jedné straně lépe seznámili s teologií a to nejlépe s duchovní péčí a dogmatikou alespoň v základech její spirituality a na straně druhé s psychiatrií a minimálně neurologií či internou

---

41 – volně parafrázován obsah monografie: FRANKL, V.E.: Náboženství a psychoterapie, překlad německého originálu z 1991. Cesta Brno, 2006.str.86. ISBN 80-7295-088-6..

z lékařských oborů, stejně, jako tak činí v zavedené praxi lékařství. Každý lékař ve své úzké specializaci musí mít základní přehled o celém lékařství a více i o příbuzných lékařských oborech, kam jeho obor přesahuje a pak se rozhoduje jak podle explicitní (je-li tak výslovně v doporučených postupech řečeno), tak podle implicitní metodiky.. Metody lékařského výzkumu a vývoje péče v jednotlivých specializacích jsou pak jak explicitní, tak implicitní.

**Pakliže pracuje existenciální psychoterapeut s věřícím pacientem – a leckdy i s nevěřícím – a pracuje tedy nutně i s vírou pacienta a měl by mít povědomí v každém okamžiku svojí práce o základech teologie.** Potom nelze říci, že duchovní prostor se ve čtvrté životní motivaci pacientovi otevírá, až když se vyřeší problémy na prvních třech – lidských – základních životních motivacích, přičemž bez této psychoterapie či výcviku v něm nemá existenciální problémy vyřešeny vůbec nikdo a teprve jejich vyřešením se dotyčný zbaví falešné religiozity a dosáhne víry či ji zkvalitní nebo prohloubí, to již ve své Pastýřské péči doložil Josef Smolík.

Psychoterapeutický přístup současné EAL se tváří jako pragmatický, ale je v podstatě příliš lidsky svébytný, což je v dnešní době zaměňováno s Masarykovým pragmatismem, který, jak bylo dokázáno, znamená něco úplně jiného – T.G.Masaryk vztahuje svoje jednání k věčnosti.

Špatně pochopená pragmaticky a prakticky jednající EAL tak pracuje s vyřazením samotného duchovního prostoru a víry v Boha a Boha jako takového, a jak uvádí poslední desítky let četní katoličtí i protestantští teologičtí autoři, je to jednoznačně důsledek traumat z druhé světové války a ztráty víry (i v Boha) v důsledku válečných hrůz a to nejen u V.E.Frankla, jak již bylo doloženo výše.

Další scestí EAL připadá na vrub i vlivu dobovému a sociálnímu, zejména pak zaměňování náboženskosti (religiozity) s vírou a spojování praktikování víry se statutem křesťana na dobovém pozadí – i pod vlivem rostoucí sekularizace některých zemí Evropy a rostoucího vlivu evropské religionistiky, pod kterou v některých oblastech spadá i psychoterapie a které tvoří jakousi platformu, přičemž ruku v ruce s tímto redukcionismem dochází zejména v EAL – za programové degradace rozumu a inteligence – k zavádění psychoterapeutů s pouze se

středoškolským vzděláním, tedy k dalšímu okleštění rozhledu a erudice potřebné pro kvalitní výkon v psychoterapii. Nemałym problémem nejen ale, nejen u EAL, kde jsou k tomu ještě snadno jednostranně interpretovatelné důvody, je problém socioekonomický. Psychoterapie a výcviky jsou finančně náročnou záležitostí – soukromý psychoterapeut vyžaduje od pacienta vyšší částky, než by vyžadoval lékař. To přitahuje do psychoterapie, jak se autorka domnívá, osoby pro tuto práci zcela nevhodné, kteří snadno často najdou ve filosofii a terapeutickém rámci EAL podklady pro neetičnost, odrážející se v polovědomém poškozování frekventantů ve výcvicích a ve zbytečně zdlouhavé a nepřínosné „léčbě“ pacientů, hledáním problémů tam, kde nejsou, neetickému a často spíše škodlivému analytickému rozpitvávání pacientů ve jménu dosažení nějaké vyšší autenticity bytí jako potenciální úzdravy od všeho, ze kterých se pak spíše než ideální jedinci stávají, jak autorka po zkušenosti s několika podobnými lidmi ze svého okolí i pacienty, kteří zdlouhavými psychoterapiemi prošli, spíše „pochodující psychoterapeutické preparáty do Národního Muzea“, dokonale vyprázdněnými stran svého lidství a jeho integrity jeho spontánního, lidského bytí, kterou vážně naruší.

Zaměňování víry a religiozity se všemi důsledky se ukazuje nejen z V.E. Frankla jako zakladatele logoterapie a společnosti pro existenciální analýzu, ale i z Martina Heideggera, ze kterého V.E.Frankl. a stejně tak M.Boss a další vyšli a na nichž stojí z větší části veškerá evropská existenciálně-analytická psychoterapie. M. Heidegger ve svých pracích postuluje transcenci a sebepřesah a duchovno – opět pod vlivem ztráty víry, tentokrát v I.světové válce - jako ryze lidskou možnost - . potud, pokud jeho texty známe Z hlediska duchovní péče on vlastně svou ztracenou víru hledal, stejně jako V.E.Frankl. - aktivně, protože ji ztratil a touto ztrátou neuvědoměle trpěl, snažil se tedy být osobou (která o sobě ví) a existenciálně analyzovat sebe i skrze druhé a Boha jenom znovu a těžce hledal. Nelze definitivně učinit závěry, jak to vlastně dopadlo – M.Heidegger za svůj život sepsal přes 30 tisíc listů a jeho práce dodnes není celá prostudovaná a utříděná. Vezmeme-li v potaz třeba podobný rozsah textů Tomáše Akvinského, který ve středověku analogickým způsobem postuloval hledání víry rozumovými interpretacemi a teprve na sklonku života, tváří tvář smrti, doznal svůj omyl, možná by i nepoznané potenciální prohlédnutí M.Heideggera, tak i poznání při úplném závěru pozemského života V.E.Frankla by bylo pro mnohé existenciální psychoterapeuty možná velmi překvapivé.

### **III. 3. Vzájemné mezioborové a interní oborové rozpory a nedostatečná komplexní péče**

Vnitřní rozpory současné EAL a jejich přesah do interdisciplinární spolupráce odkryl už samotný popis péče o nemocné při pouhém teoretickém studiu základní literatury a v praxi je autorka práce potvrzuje ve své sebezkušenosti a současné praxi v EAL je v popisu péče a dále je zmiňuje v kap. III.3.2 - Vývoj a současné intraoborové rozpory v ALE -..rozvádí v konkrétních kasuistikách (viz kap. IV.).. Na tyto rozpory autorka poukazuje jako zároveň stran své pastorační duchovní a lékařské péče a jsou i předmětem kritiky teologie a lékařství od doby samotného vzniku psychoterapie, jak bylo okrajově zmíněno v historickém přehledu a obsahově dále v psychoterapeutické péči EAL. Konkrétně níže definuje základní společné teoretické a praktické interdisciplinární rozpory.

#### **III.3.1. Rozpor v tázání a svobodě člověka**

Křesťanský dogmatický teolog Rahner krátce a výstižně k tématu uvádí, že „Čím radikálnější určitá psychologie je (a implicitně vzato i psychoterapie), tím více svobody člověku bere“.

V základech filosofie a teorie osobnosti EAL stojí zodpovědnost člověka k nutnosti odpovídat životu na základě možné vždy svobodné volby k učinění rozhodnutí a zcela kategoricky a radikálně explikuje dedukcemi z této filosofie pouze svobodu vůči a k něčemu, nikoliv svobodu od něčeho - 42. Člověk podle EAL pak není ten, kdo klade otázky životu, ale život klade otázky jemu a ve zodpovězení těchto otázek tkví a vyplývá smysl lidského života. Tím uzavírá lidskou svobodu vzájemné komunikace člověka s Bohem, interferenci Božího a lidského konání, svobodu ptát se a svobodu neodpovídat, absolutní svobodu – i v nejzazší poloze svobodu k nebytí. Blíže tyto témata systemicky Paul Tillich.

#### **III.3.2. Rozpor v duchovní dimenzi člověka**

V EAL, jak již bylo zmíněno, je spíše rozšířeně tradován názor, že pokud nejsou vyřešeny první tři existenciální motivace – 1. moci být, 2. moci být rád a 3. moci být takový, jaký jsem, pak nelze dosáhnout do duchovního prostoru a tím k transcendentnu a naplnění smyslu života. První existenciální motivace se týká prostoru, ve kterém člověk žije. Je sice okrajově v EAL zmíněno,



že jde o prostor jak fyzický a časový, tak duchovní, nicméně v praxi je právě tento duchovní prostor opomíjen a první, základní existenciální motivace se tak opírá pouze o prostor ani ne fyzický, jako ryze pozemský- čili vymezení osobnosti člověka vůči okolí a v bytím ve světě v čase. Další základní rozpor poimeniky a EAL spočívá již v tomto pojetí, které zcela redukuje fakt, že duchovní prostor je založený v nás již od první existenciální motivace, že je to něco, co není psychoterapií uchopitelného, co může pouze tato psychoterapie respektovat jako svobodný, nepojmenovatelný prostor člověka, který nikdy plně nepochopí. Z toho logicky plyne, že pokud toto EAL nerespektuje, může v mnoha případech duchovní prostor člověka uzavřít, tím omezit jeho svobodu faktickou i z pohledu EAL zablokovat jeho duševní životní pohyb. Další analýza takto znehybněného a svobody zbaveného pacienta je pak pouhým redukcionismem a psychologismem, před kterým velmi důrazně varuje tvůrce Evropské EAL – V.E. Frankl.

### **III.3.3.Rozpor v “pojetí Boha“**

Máme-li pohovořit o tomto zcela neteologickém pojmu, přetaženého z psychoterapie a psychologie, jeví se na úvod jako nejjednodušší říci, co Bůh není, z čehož vyloučí vše další. Rozhodně, pokud poctivě hledáme. Především je to něco či někdo neuchopitelný. Což hledání a jakékoliv definice Boha ztěžuje, ale paradoxně, umíme-li tedy myslet v paradoxech, je to určité vodítko k tomu, co Bůh je, aniž bychom použili čistě dedukční a vylučovací metodu..

Především není ani bytím, jak se snažily Boha „pojmut“ některé teologické proudy po ovlivnění řeckou filosofií i některými moderní poválečnými filosofiemi, ani osobou, k čemuž snad jen přechodně sklouzl křesťanský existencialismus, ani - pouze – mým nejnvtřnějšíím já podle pojetí P. Tillichova, ani čistě – jen a pouze - naším transcendentem, které, v redukcionistické, sekularizované formě může existovat snad i bez Boha.

Bůh je naším transcendentem, je součástí našeho nejnvtřnějšíího já – a to bodově, jako součást i naší přítomné eschatologické podstaty otevírající se – a nás transcendentnu – je trojjediným bytím ve třech osobách. Je to především ale něco, co bude i bez našeho pojmenování, bez toho, abychom ho poznali, natož ho vtěsnali do nějakého „pojetí“. Toto dogma o Bohu se teologicky

---

42. - V.E.Frankl, Lékařská péče o duše, LANGLE,;A. Smysluplně žít. Z německého originálu 2000. Cesta, Brno, 2002, str.79. ISBN 80-7295-037-1, LANGLE, S.:

vztahuje i ke člověku – teologie je věda o Bohu a o vztahu Boha a člověka. Nelze-li tedy Boha, nelze tak učinit ani s člověkem, jak činí společně všechny ideologie, nemasověji tak naposledy učinil fašismus.

### **III. 3.4. Rozpor „kvality víry“ a prožitku**

Psychologické pojetí víry jako prožitku nejen v EAL, ale i v dalších četných psychoterapeutických směrech, není biblické pojetí víry. V Boha je možno věřit, ikdyž se nedostává emocionálních prožitků nebo pochopení a vědomí o sobě jako osoby v EAL, základ víry a víra přesto trvá.

Proti tomu obecně zastánci psychoterapeutické práce – i na půdě církve – tvrdí, jak již bylo řečeno, že analytická psychoterapeutická práce odbourává zbytky falešné religiozity, jež brání prožitku osobnosti, a podporuje možnosti pravé víry, které vězí v jednotlivcích a ve společenství. To může být do určité míry pravda, pokud jednotlivý člen či skupina trpí problémy, které pro svoje omezení nedokáže vyřešit dnešní duchovní ani celé křesťanské společenství, nebo sekularizované lidové prostředí nesené křesťanskou praxí, v takové situaci si situace pacienta žádá lékařskou nebo psychoterapeutickou odbornou pomoc. Nelze ovšem tím uzavřít dveře poimenice a tím i službě víře pacienta – z praktických, výše zmíněných důvodů i proto, že řešení v časoprostoru ne vždy dokážeme správně vidět a nelze ho tedy mnohdy jednoduše v daný moment učinit.

Ve vztahu s psychoterapeutem, ve skupině a skupinových zážitcích na druhé straně také nikdy nemůže jít o ospravedlnění a plné přijetí člověka a jeho osvobození, pokud to není v souladu s Boží vůlí. Nebezpečí skupin proto také spočívá v přehnaném převzetí života do vlastních rukou a tím zastínění Boha a jeho plánů s člověkem na straně jedné, a na straně druhé nepochopení samotného života člověka, ať už věřícího nebo ne a v jeho vůli a schopnostech, které jsou všem od Boha dány jako volní v mantinelech Bohem daných. Radikálnější hlasy tvrdí, že skupiny a psychoterapie a vůbec skupinová psychoterapie nemají u členů církve vůbec co dělat a život věřících jen ničí tím, že si osobují právo nad něčím, co je nad jejich síly a možnosti.. Tyto

kritické hlasy ke skupinové psychoterapii a sebezkušenosti se ozývají i ze strany psychoterapie a mimo církev – nejvýrazněji z Francie, kde je zvažováno potenciálně větší poškození členů skupin, než přínos pro ně. Josef Smolík, jak již bylo řečeno výše, doporučuje pro současnou dobu cestu via media – do křesťanských společenství psychoterapii nezavádět, ani skupinovou, ani individuální, nesměšovat psychoterapii a poimeniku ve smyslu náhrady jedné profese druhou, ale být s psychoterapií dobře obeznámen pro případy, kdy věřící je v psychoterapeutické péči a případně i na psychoterapii či psychiatrii dotyčného odeslat. To, co Smolíkova pastýřská péče výslovně neřeší, jsou případy, kdy zcela zjevně je věřící veden v rozporu s křesťanstvím, či jinak škodlivě v dopadech zdravotních či s neblahými dopady sociálními a socioekonomickými. V době, kdy Josef Smolík svoji Pastýřskou péči psal, EAL v České republice ještě dostupná nebyla, nepůsobili zde ani psychoterapeuti, ani neprobíhaly psychoterapeutické sebezkušenostní výcviky doporučené pro svoje zacílení na duchovní dimenzi i na kněze a křesťany vůbec, což je situace dnes. Je tedy zcela potřebné, aby byla církev – ale i medicína – plně obeznámena s EAL, což komplikuje fakt, že v České republice se jedná o cíleně sektářsky uzavřenou skupinu terapeutů, nepublikujících, výzkum neprovádějících, na akademické půdě nepůsobících. Nadto chybí prameny v českém jazyce – dostupné jsou dvě přeložené publikace Alfréda Langela, pak čtyři V.E.Frankla a jeden od Sophie Langle, několik nerecenzovaných a neimpaktovaných článků Karla Balcara, pár stručných zmínek v psychoterapeutických publikacích a kusé texty na webových stránkách Společnosti pro existenciální analýzu a logoterapii - 43 - Vše ostatní je povětšinou v německých pramenech, s obdobnými problémy jako v české republice.

### **III.3. 5. Teoreticko- praktické podklady pro vymezení styčných bodů interdisciplinární spolupráce**

O vzájemných obecných rozporech psychoterapie a křesťanství bylo pojednáno mnoho, o spolupráci lékařství a duchovní péče také, zde vzhledem k několikasetleté tradici panuje větší shoda. Od zmíněných hlavních, aktuálních stěžejních rozporů, které autorka zde v případě EAL popsala, je naplněním cílů této práce nastínit mezioborové rozpory v konkrétních, obecně lidských, životních situacích, jako je nemoc a vše, co se k ní u nervově nemocných pacientů

s psychiatrickými poruchami v péči EAL váže.. V tomto rámci si je autorka vědoma, že každá snaha srovnávat a shrnovat by vedla nevyhnutelně k velkému zjednodušení jedné nebo více profesí. Proto budou v rámci práce naznačeny aktuální společné styčné body jednotlivých oborů tak jejich nejzazší možné hranice, které je chrání proti redukci, psychologizování či usurpováním ve své funkci nebo nerespektování své činnosti ze strany druhého oboru (viz.metodika práce - I.1.a)..

Lékařská věda, konkrétně neurologie, se cíleně největší měrou zaměřuje u pacienta na empirické poznatky změřitelných a objektivizovatelných hodnot biologické podstaty člověka jako organické hmoty v čase – celou chemicko-fyzikální strukturou a procesy v ní. Psychiatrie se opírá o pozorovatelné jevy a chování jedince a o soubor pozorovatelných příznaků, které buďto splňují nebo nesplňují kritéria diagnózy daného syndromu a onemocnění, menší měrou se opírá jako neurologie rovněž o biologické koreláty daného onemocnění, jsou-li známy.

Neuropsychiatrie se vymezuje na onemocnění nervového systému, která se projevují i psychickými obtížemi, splňujícími diagnostická kritéria psychiatrie jako oboru, nebo je-li u nich biologicky potvrzena příčina psychického onemocnění v poškození nervového systému. Jakkoliv jsou tyto přístupy přínosné a odpovědnost za život pacienta pro lékaře ve vší celostnosti stěžejní i ve spolupráci se

systémem sociálního zabezpečení, rodinou a společností v lékařské praxi dostupné míře, je oprávněná i kritika ze strany EAL, že totiž často dochází z nejrůznějších důvodů k redukcionistické péči pouze na základní problém pacienta. To si ale lékaři často až bolestně uvědomují a od nich také často vychází snaha o otevřenou spolupráci s dalšími profesemi, které mohou pacientovi pomoci, ale také opatrnost pro vlastní odpovědnost za pacientův život, v případě EAL nikoliv neopodstatná, protože na rozdíl od lékařů EAL odpovědnost nemá – zcela neeticky odpovědnost za terapii přesouvá, jak bude řečeno dále, na pacienta.

Existenciální analýza a logoterapie částečně postupuje a vyvíjí se stejně jako psychiatrie, avšak postrádá empirický výzkum se zaměřením na biologické koreláty, spíše jde o sebezkušenost jednotlivých psychoterapeutů a skupin, kteří jsou k ní dovedeni v sebezkušenostních výcvicích.

Přítom čerpá z části řecké filosofie, židovské filosofie, existenciálních směrů 19. století, jak autorka práce ukázala, pak i z deismu a osvícenství (které EAL pro jednostranný akcent na přirozený rozum člověka kritizuje a spojitosti si neuvědomuje) dosud ve vztahu k možným léčebným a preventivním účinkům. Nicméně, vychází ze sekularizovaných filosofii, včetně Heideggerova pojetí transcendentna, sebepřesahu a Boha, pokud vychází z například Kierkegarda, pak pouze redukovane v jeho pojetí že „pravda je v subjektu“. Do určité míry tím může prokazovat pacientovi značnou službu – jejím zdravým cílem a přínosem je propracování subjektivity pacienta, aby si pro sebe našel svoji cestu tam, kde není možná cesta jiná ve smyslu výtvarných výzkumu, lékařského poznání, civilizačních vymožeností, aby se – v nejhlubším rozhovoru se sebou samým a sebepoznání a na sebe se zaměření – rozhodl pro svou cestu, která může být ze všech možností ta jediná pro něj správná. Mez tomu klade fakt odmítání čehokoliv jiného, než toho ryze subjektivního – vedoucího do přílišného subjektivismu při nerespektování jiné objektivní reality, než kterou EAL ve své filosofii spolu s psychologii, založenou na psychometrických specifických lidské psychiky, překládá.

Jakkoliv jsou potenciálně tedy všechny tyto přístupy EAL užitečné – zdálo by se, že vhodně se doplňující - vlivem některých výkladů a přílišného, hlubokého jednosměrného zacílení se jim do jisté míry podařilo nabýt přílišné hegemonie, i při EAL psychoterapeutem akceptování co možná nejdříve akceptované celostné reality lidského života, než jak ji předkládá EAL, především ke škodě potřebným pacientům. Diskurzivně se dá říci, že odborníci, kteří se soustředí buď jenom na lékařství nebo jenom na existenciální analýzu a jí nesenou společenskou dynamiku jednotlivců a eventuálně psychoterapeutických skupin, dosahují nejlepších výsledků, pokud nám pouze pomáhají pochopit existenciální skutečnosti a fenomenologii a předpoklady lidského života v té či oné životní situaci, než aby se snažili dotyčné direktivně řídit na základě konsensuálně přijaté existenciální antropologie. To se autorce práce z vlastní zkušenosti a dokládá ji i v krátkých kasuistikách (viz níže IV.2.b.1 u čtyřech svých bývalých pacientů).

V případě, že se neurologicky nemocný pacient z neurologie dále dostane na psychoterapii a to buď v případě, že je na ní lékařem poslán nebo ji méně často vyhledá sám, zpravidla už chybí

vzájemná kooperace mezi oběma obory, dílem i pro přílišnou zacílenost vlastním směrem nebo pro oprávněné obavy lékařů a kněží vůči psychoterapii obecně. Pokud se pacient dostane k teologovi a je mu poskytnuta duchovní péče, pak až na ojedinělé případy spolupráce a porady kněze a psychiatra naprosto chybí jakákoliv vzájemná komunikace, ikdyž postup je zde více konsensuálně implicitní, jak bylo naznačeno výše.

U psychiatra může být v České republice limitující neznalost somatické medicíny a neurologie, například v Německu tento problém psychiatři lékaři nemají pro jednak existenci neuropsychiatrie jako svébytné lékařské specializace v řadě spolkových zemí, jednak pro neurology povinnou roční předatestační praxi na psychiatrickém oddělení a recipročně roční předatestační praxi psychiatrů na neurologickém oddělení (oproti dvěma a třem měsícům v České republice).

Nejhůře tedy přístup k pacientům dopadá tehdy, snaží-li se profesionální pracovníci vyvolat dojem, že horizontální osa společenské dynamiky spolu s vertikální osou prožitého a jejich existenciální analýza a znovuprožití skýtají samy o sobě dostatečný výklad situace člověka a proto systematicky či dokonce výslovně odmítají nadpřirozenou dimenzi a tedy i dimenzi zjevení nebo ji, explicitně řečeno, stále fetišizujícím způsobem, vymezují někam a všelijak redukují, když už ne přímo psychologizují. Určitá konkrétní teorie nejčastěji dobře podložená psychologickým výzkumem, se pak chápe jako jakási transkulturní kontrola, jež sama nesmí být nijak zpochybňována. Zajímavé je, že stejnou tendenci paradoxně mají někteří novozákonní bibliční vykladači - 43 - a současná masivní tendence v exegezích novozákonní christologické zvěsti vůbec.

Zajímavé je rovněž, že část kritiků podobných přístupů vidí příčinu těchto tendencí v přenášení současných západních hodnot do starověkého světa, kdy žil a zemřel Ježíš Kristus a kdy později byly sepsány a kanonizovány novozákonní texty. To rovněž implikuje o explikuje otázku, nakolik je existenciální antropologie selektivním a cíleně propracovávaným funkčním systémem postihujícím ze svého úhlu pohledu lidskou realitu a skutečnosti nadčasově, obecně lidsky platné

a nakolik je pouhou dobovou tendencí nebo vývojovým stádiem jako existenciální psychoterapie a logoterapie (tak psychoterapie jako profese celkově).

Lidská situace v obecném smyslu condition humaine je pochopitelná pouze ve víře kterou dává Boží duch. Existenciální ani žádná jiná antropologie nemůže na dno lidské situace dohlédnout – 44. Jakýkoliv idealistický obraz o člověku v jeho sekulárních antropologiích se dostává i do rozporu s medicínou, psychiatrií, které zastávají celostný obraz člověka. Existenciální analýza a logoterapie staví diagnózu a svoje „klinické obrazy“ na existenciálním pohledu své, širšímu a potřebnému dialogu na akademické půdě, bohužel stále uzavřené školy a skupiny psychoterapeutů-svých absolventů.

### **III.3.6. Styčné body poimeniky, EAL a neurologie, neuropsychiatrie, psychiatrie**

Z Barthovy celoživotní, rozsáhlé křesťanské dogmatiky (viz kapitole III. duchovní péče), která je vzhledem k výše doloženému reakčnímu rázu EAL na traumata z II.světové války, které K.Barth předpokládal a otevřeně s fašistickou ideologií a proti jejímu pronikání do křesťanství bojoval, vyplývá pro poimeniku, lékařství i EAL a psychoterapie vůbec mnoho styčných bodů všech tří profesí k další společné práci a výzkumu. Jsou to skutečně jen styčné body, neboť sám Barth si je vědom toho, že ani jeho dogmatické pojetí nemoci a prakticko-teologické rozpracování Josutisem v praxi nepostihuje skutečnosti - 45.

K.Barth zůstává teologem, ve vědomí svých nezazšíh hranic daných zejména koncem jeho života tušením vlastní nemoci a smrti, otevřeným a s pozitivním vztahem k lékařství a ke všem léčebným metodám, které vedou k uzdravení pacienta i k otázkám a fenoménu viny za nemoc.

---

43 - str.54 - CARSON, D.A..and DOUGLAS, J.M.: Úvod do Nového Zákona. Z anglického originálu. Návrat domů, 2008, str.700, ISBN 978-80-7255-165-1.

44 - doslovně citováno - kap. I, str. 7 „Pastýřská péče nemůže vycházet ze sekulární antropologie a její psychologicko-medicínské aplikace“ - SMOLÍK J: Pastýřská péče. Kalich, Praha, 1991, 264 s, ISBN 80-7017-276-2

45 – doslovná citace

K.Barth se v křesťanské dogmatice vzepřel pomýlenému, ale velmi rozšířenému postoji, že nemoc sesílá Bůh sám. To pokládá za teologicky falešné a nebiblické v doslovné citaci „Kapka rozhodnosti, vůle a činu v odporu proti oné říši, a tedy také proti nemoci je lepší než celý oceán domnělé křesťanské pokory, která by mohla být v pravdě jen falešnou, zvrácenou pokorou před ďáblem a démony /K Barth- 46./ Josutis k Barthovi christologicky dodává: „Poněvadž Ježíš pro všechny lidi trpěl, jak to formuluje křesťanská dogmatika, je všechno utrpení v lidských dějinách nesmyslné „. Slovy Motlmana a jeho procesuální, moderní teologie „Kříž sám se vzpírá falešným interpretacím“.

Jinými slovy, Karl Barth styčné body doporučuje prakticky pro prevenci jakékoliv ideologizace, již byl svědkem. Třebaže se sám nevyhnul tomu, aby se pod tlakem doby a zejména hrozeb fašismu sám reakčně nevyklonil směrem opačným, jeho přístup i jasné vymezení hranic jeho rozhodným a pádným „NEIN!“ vůči přirozené, božské podstatě člověka, kterou razila fašistická křesťanská frakce v Německu, utíná dostatečně pro dnešní dobu zárodky nesmíření se faktem existence fašismu v jeho důsledcích a následné ztráty Boha i poraženeckému, trpnému přijetí fašismu, včetně koncentračních táborů jako něco situací daného, co je nutno vytrpět a tím tomu dát smysl. Pro Bartha lidské utrpení, lidmi způsobované, smysl postrádá a tam, kde selže pod vlivem válečných hrůz lidská spiritualita, zůstává živé a stále oživované Písmo svaté, které ovšem není v materiálním smyslu neomylné – tištěná Bible současně zůstává i kusem papíru, v žádném případě tedy není všelékem ani Bible, ani ucelený vnitřně logický systém, který rovněž – i v platnosti pro tuto práci, radí nepředládat.. V přímém odkazu na toto bohaté dědictví tedy autorka práce předkládá pro současnou, principiálně ne nepodobnou situaci, několik styčných bodů pro další interdisciplinární diskusi.

### **III.3.6.a. Smysl nemoci**

Od doby poreformační převládá v poimenice nemocných přístup, který je vlastní i EAL, méně často medicíně. A to je jakési přeznačení základní otázek nemocného, proč nemoc postihla zrovna jeho, proč je vůbec nemocný a proč musí trpět. EAL tuto otázku definovala jako

---

46 – BARTH, K.: Křesťanská zvěst a dnešní Evropa. Křesťanská revue, 1948, str 72-78.



otázku po smyslu nemoci, v poimenice, takto explicitně často nevyřknuto, převládá metodika „přeznačení“ těchto otázek k poznání, k čemu nemoc v jeho duchovním životě slouží a pomoci při nalezení správného postoje k ní. To je proprium vlastní pastýřské péče o nemocného i jeho okolí - 47. Nemoc je chápána jak jakési Boží varování, aby člověk změnil způsob života. To je naprosto identický styčný bod s EAL, leckdy i s lékařstvím. Podrobněji nahlédnuto, jak Thurneysen uvažuje „nemoc obsahuje šifru, kterou je třeba odhalit“, což je i pojetí teologické - biblické. Bůh chce prostřednictvím nemoci člověka nasměrovat, aby se nad sebou zamyslel,

přičemž Boží vůle je zdraví, nikoliv nemoc. Ke stejnému závěru dochází opět i EAL. V.E.Frankl zdůrazňuje, že je třeba nemoc přijmout ve víře, že i tato situace má svůj smysl a jen tak lze aktivizovat vůli k životu a boji s nemocí /V.E.Frankl, A.Langle/, což je i Božím záměrem /Bowers/ - uzdravení, nikoliv nemoc. Že toto neplatí absolutně ve smyslu toho, že by pacient byl vždy odpovědný za nemoc a postoj k ní, byla vždy důsledkem jeho hříchu, bylo popsáno v poimenické péči o nemocné - výše.

Zdálo by se tedy, že tento přístup je zcela shodný. Rozdíl však spočívá v jednom aspektu. Lékařství i poimenika hovoří s pacientem o smyslu nemoci, když tuto otázku pacient sám opakovaně vznáší a to se zavzetím celé bohatosti nemoci ve vztahu k Bohu. Nemoc pak smysl mít vůbec žádný nemusí. Naproti tomu EAL k nalezení smyslu nemoci dotyčného často příliš aktivně vede, senzitivizuje ho a dráždí zbytečnými konfrontacemi, hledá poruchy na základních existenciálních motivacích, které s nemocí vůbec nemusí souviset a dostává se skrze navozený subjektivismus pacienta a jeho objektivizování EAL teorií na rovinu čiré spekulace od reality často úplně vzdálené – což činí smysl nemoci jako nikoli vyřešený společný aspekt péče všech tří profesí, ale jako styčný bod pro další, interdisciplinární spolupráci.

---

47 – kap.Péče o nemocné, str.200 - *SMOLÍK J: Pastýřská péče. Kalich, Praha, 1991, 264 s, ISBN 80-7017-276-2*

### **III.3.6.b. Bytí a existence**

Nemoc z teologického biblického hlediska i z hlediska lékařského a psychoterapeutického znamením chaosu a potenciální nicoty, z medicínského a hlediska možnosti i smrti. Reálnost smrti člověka a jejího pojetí a chápání je deduktivně dalším styčným bodem všech tří profesí. S ní se pojí i otázka existence, bytí a života.. P.Tillich, ve své existenciálně orientované křesťanské dogmatice otevírá otázku, která ve společném styčném bodu bytí a existence ani dnes neztrácí na aktuálnosti.

### **III.3.6.c. Souvislost uzdravení nemoci a spásy**

Karl Barth, jak již bylo zmíněno, hovoří o spjatosti spásy a uzdravení. V křesťanském existenciálním pojetí spásy – soteriologickém a prezenčně eschatologickém – v propojení s dimenzionálně chápaném duchovním aspektem bytí člověka - jde o potenci uzdravení a zdravého života skrze sdílenou bezprostřední vztah člověka k člověku jako subjektu k subjektu při zachování neoddělovaného objektivního pólu obou dvou. V terminologii EAL a lékařství jde o zacelení stávajícího problému duality duše a těla a všech psychofyzických onemocnění s touto dezintegrací bytí člověka spojených.

### **III.3.7. Vývoj a současné intraoborové rozpory v EAL**

Kritický rozbor tématu víry v poradenství a psychoterapii očima současné Existenciální analýzy a logoterapie podle A Langleho ve vztahu k praxi a existenciální analýzy a vztahu psychoterapie a víry podle V.E.Frankla se ukázala v rámci této práce být jako potřebná už v počátečních kapitolách. Autorka práce si pro tento rozbor vybrala souhrnný článek Karla Balcara, který v České republice garantoval výcvik v Existenciální analýze a logoterapii a přeložil i dostupné publikace jak od V.E.Frankla, tak od Sophie Langle a Alfréda Langle a v jeho práci implicitně zaznívá znalost současné EAL a jejího vývoje.

Ve vybraném článku autor vytyčil tři otázky, o nichž bylo posléze souhrnně pojednáno: : :

- 1/ Jak se víra stává tématem poradenství a terapie?
- 2/ Čím může psychologické poradenství či terapie člověku v otázkách víry pomoci?
- 3/ Co odlišuje pravou, existenciální víru od víry nepravé, funkcionální?

Autorka po přečtení publikace učinila k následujícím otázkách výše zmíněným tyto závěry:

1/ Víra se stává tématem poradenství a terapie, když ji pacienti otevřou nebo je víra zaměňována za fanatismus či jiný pokřivený výklad, kde už se nejedná o víru (sekty, jiná onemocnění).

2/ Vzhledem k tomu, že EAL v terapii nabízí odlišení „pravé a funkcionální víry u pacienta“ tak psychologické poradenství či terapie člověku v otázkách víry nemůže pomoci v podstatě (viz níže) ničím kromě svého poctivého přístupu a bezprostředního poskytnutím sebe založeném na kritickém hledání ve vlastní víře, na bezprostředním setkání s druhým po odpoutání se od EAL heretické indoktrinace bludy. Potom je třetí otázka zcela zbytečná, protože pravá, existenciální víra EAL a nepravá funkční jsou chybnými výklady pro svou jednostrannost.

:Karel Balcar se ovšem v závěru hlásí ke křesťanství s tím, že tak volí z dobrých důvodů, přičemž se nezabývá obsahem a správností víry, víru vkládá do vývoje bezduché hmoty, v božskou podstatu světa. To si odporuje – vliv řeckého platonismu, hmota je zároveň i v daném okamžiku také božská, obsahuje-li božské a zároveň i pomíjivá a pomínutím takového okamžiku. V návaznosti na V.E.Frankla, který byl židem a Ježíše Krista nikdy vlastně nepřijal a spíše na sebe sám vzal psychologicky roli spasitele, i K.Balcar je determinován stejnou dualitou psychofyzická a duchovna, když už ne psychična a tělesna. Proto objevuje funkcionální víru a pravou víru, což je opět dualismus stojící ve zjevném rozporu s uváděnou celostností víry a člověka jako bytí fyzicko-psychicko-duchovní. Sám jí ovšem nedosahuje a jeho slovy by jeho víra neustále kolísala mezi vírou funkcionální a pravou, místo, aby byla podle jeho mínění opravdu pravá, což se děje každému z nás, protože se jedná o celek o různých projevech, který vytváří různé póly, mezi nimiž vzniká napětí a to je potenciální zdroj energie a životního pohybu člověka. Tuto dimenzionální filosofii K.Balcar i zmiňuje ve článku Existenciální filosofie V.E.Frankla, v tomto případě však nevidí aplikaci na sebe problém tak projikuje do pacientů.

Cestou Karlovi Balcarovi i jeho pacientům je tak dedukce rozporů a deficitů EAL a jejich doplnění, které je zároveň i léčbou. Víra pravá existenciální a funkcionální fakticky neexistuje a i z didaktického hlediska jsou tyto kategorie rozporuplné, protože z nich plynou vzájemně si odporující závěry a to i z hlediska existenciální dimenzionality.

Existuje jedna jediná víra, která prorůstá duchovně, duševně a i hmotou člověka – jako červená nit, jak zmiňuje V.E.Frankl ve své publikaci „Náboženství a psychoterapie“, ikdyž ji ztotožňuje s instinktivním nalézáním smyslu. Ta má různé projevy na různých úrovních – i na duševní, i na tělesné. Tělesným, samostatně i v kombinaci s psychickým je myšlen rozklad problému organismem – a třeba i v duchovní oblasti tak, aby problém sebeúdravným mechanismem na jiné úrovni pomohl vyléčit – dodal léčebnou energii – i na úrovni potřebné.

Pozorované projevy takového sebeúdravného mechanismu mohou budít dojem patologie – v řeči K.Balcaru nepravé, funkcionální víry. Tento rozpor a řešení částečně potvrzuje i v závěru zmiňovaná citace: „Touha zmocňovat se svým osobním nasazením transcendentní pravdy je v každé případě tak zjevným projevem lidství, že se odvážím tvrdit, že žádný člověk nežije bez víry a je jen realistické takto k tomuto tématu v našem poradenském a terapeutickém počínání s vážností i s tázáním přistupovat a vytvářet pro ně prostor. Na tom není samo o sobě nic rozporného, to je dnes již neoddiskutovatelným faktem přijímaným celospolečensky a snad všemi profesemi, ale pokud vezmeme v úvahu následující citaci, „nemáme přitom přístup ke skutečnosti víry druhého, jen k jeho zkušenosti „, pak vyplyne rozpor s křesťanskou dimenzionální existenciální dogmatikou i (což bude téma následujícího výzkumu – s eschatologií a možností uzdravení).“

Dalším rozporným následujícím tvrzením je, „Psychologové jakožto psychologové nejsou oprávněni ze svého pohledu napravovat duchovní nouzi, zbloudění či selhání druhých, patří však k jejich práci, aby pomáhali odklízet z cesty psychologické překážky ke svobodnému a odpovědnému vykročení i svých klientů k opravdové víře namísto jejich náhražek tam, kde je to v jejich silách. „, a to opět nelogickým vzhledem k celku textu - s obsahem celého pojednání – odklizení překážky kvůli něčemu znamená nápravu či obnovení cesty. Pokud nemohou napravovat, neměli by z etického hlediska ani nic odstraňovat, zvláště ne redukovatě vzato psychologické překážky ke svobodě a odpovědnosti striktně podle sebou přijaté strnulé, absolutní filosofie svobody k něčemu ve smyslu odpovídání na otázky a zákazem jejich kladení - jakožto vztažení se k objektivnímu absolutnu.

Domnělé psychologické překážky v takto redukcionistickém pojetí tak můžou být v celistvosti projevem aktivizování sebeúzdavných mechanismů, které psychologové pro svou indoktrinaci striktně vymezenou filosofií nevidí a do pacientů v tísní tak mohou jenom injikovat redukcionistické – z pohledu teologa pro svoji jednostrannost heretické řešení, které samo o sobě zasluhuje úzdravy a tak vlastně skrze pacienty jenom léčí sebe a svůj problém v duchovní oblasti hereticky zdeformované bludnými závěry – svobodné odpoutání se od striktně vymezené filosofie a podle křesťanského zvyku přezkoumání dogmat, zda ještě platí - pouze jako mezníků.

To dosvědčuje opět i sám závěr v citaci „nezabýval jsem se příliš obsahem a správností víry a která z našich sdílených soukromých sfér je více pravdě směřující.“ Což je problém postmodernistického současného tendenčního diskurzu, včetně dezintegrace, jak ji popsal Ortéga ve své monografii „Vzpouza davů“. Víru, má-li být vírou, redukovat nelze a nelze se rovněž nezabývat jejím obsahem s tím, že každý má tak nějak tu svou. Víra nám byla od Boha rovněž dána a je vlastní všem lidem. Víra je pravdou samotnou.

Jestli má tento článek nějaký smysl, pak v rozpoznání heretických současných tendencí a bludů v naší lidské víře a v nasměrování úsilí směrem k nápravě – nikoliv skrze pacienty sebe a své bludy, ale především psychoterapeuty samé – k nasměrování jejich doškolení a ke společnému výzkumu ve styčných bodech.

Život také nezáleží vždy na odpovědích člověka – záleží i na Božím záměru a Božím vedení. Rovněž z hlediska teologie lze odpovědět otázkou, čili přeznačením, přeformulováním otázky tak, abychom přejímali mezníky dogmaticky v rámci křesťanské systematiky, ale bez strnulosti, která brání životu. To vyplňuje časoprostor a samotné tázání ho i vytváří a přetváří v nosnou hmotu. Ta je úplně prostě a reálně naší částí v pozemském životě a nikoliv samoúčelná - je zkrátka nosnou materií, jak určil Bůh a byla nám rovněž darována.

Pacienti i s problémy s vírou často nejdou ke knězi, ale k psychoterapeutovi vědomě či nevědomě s problémem v duchovní dimenzi, velmi často již v důsledku psychofyzických nebo ze svého pohledu čistě fyzických poruch k lékaři, zde je v první linii neurolog.

Karel Balcar dále zmiňuje situaci, kdy víra může pacientovi překážet. V tom případě ovšem ji nemá terapeut a lékař, pokud nemá zároveň teologické vzdělání, řešit sám. EAL má v tomto i pro svou profesní mladost zásadní překážky v tom, že snahou i uplatnění se vedle lékařství a poimeniky přiřazuje příliš rychle smysl pro dobrání se výsledku a tak ho často ztrácí. Nebere tak v potaz časovost a časoprostor. To se odráží i v její teorii patologie, vidí problém tam, kde ve skutečnosti není - vykládá jím i to, že pacient s problémem v duchovní oblasti vyhledá vědomě právě psychoterapeuta a ne lékaře a kněze. Podle EAL výkladu tak dotyčný utíká potom, co jeho „falešná víra“ nemající existenciální pravý základ, selhala – dotyčný věřil náboženství nebo materiální a to mu přineslo zklamání. To opět ukazuje pro psychoterapeuty vhodnost zabývat se i teologickým hlediskem – v tom je pacient na cestě, víra je vždy jejím hledáním. V souladu se závěry II.vatikánského koncilu cestu má každý svou, včetně cestu víry a k víře – není nikde řečeno, že člověk musí věřit takovým a takovým způsobem v daném okamžiku. Navíc v případě, že se již problém v duchovní oblasti nějakým způsobem pojí fyzickou či psychofyzickou poruchou, je na místě ostražitost, zda se skutečně nejedná o skrytý primárně organický chorobný proces, na který jenom někdo za současné situace v dnešním zdravotnictví neměl čas nebo zda zklamání vědou nebo intence k vědeckému vysvětlení na místo terapeutem viditelné (a nadto z teologického hlediska nedostatečně profesionálně pochopené víry) není cestou hledání organického a i se zapojením poznatků výzkumu nebo zavzetí do nějakého výzkumného projektu stojícím na pozorování a podle přání pacienta a v souladu s etikou i experimentální léčba.

K Balcar k tomu uvádí i současné platné východisko, které ale zdaleka v praxi neplatí: „Právě odborníci v oborech psychologické vědy i dalších, které se člověku věnují, dokáží rozeznat v čem

lze vědeckému snažení věřit a svěřit mu řešení lidských problémů a v čem nikoliv“ To by platilo jenom v případě znalosti obojího - biologického základu i teologie, důkazem je i následující otázka, co tedy pacientovi poskytnout, pakliže ho nemohou odeslat jinam (teologovi, lékaři).

Odpovědí na ni je opět – sebe – bezprostředně a autenticky s pacientem pracovat a snažit se něčeho dobrat, nebýt líný konzultovat s jinými profesemi, dovzdělat se tam, kde má dotyčný

psychoterapeut praxi deficitní. Pakliže to bude autentické, dotyčný pacient to přijme a uvítá, pakliže ale bude vyjito z Frankla a Balcara, že musí být terapeut o několik kroků napřed, aby mohl vést druhého, pak skutečně nemá co nabídnout. Autentické zapojení pacienta do procesu řešení problému skrze vlastní autentickou iniciaci je tím aktivizujícím a posilujícím okamžikem, naplnění výzvy situace než čekat na svobodnou volbu často vyčerpaného a zmateného pacienta a pozorovat, jak nemá sílu se rozhodnout správně, jak nároky života nezvládá.

To je pro nedostatek akcentu k materiální podstatě pacienta jako něčeho druhořadého a nepodstatného, včetně jeho vnějších podmínek, potenciálně poškozující nejen tím, že z této filosofie velmochoťně budu trpně jako psychoterapeut konformisticky smířovat, sedět proti němu ve své subjektivitě jako neživý balvan v souladu se svou indoktrinovanou bludnou filosofií potíže pacienta – bližního - přičítat osudu nebo následkům jeho „svobodné volby“ Jak správně k tomu poznamenal v tomto článku kritizovaný psycholog Maslow „co může EAL svým pacientům nabídnout jiného než prožívání a snášení bolesti a utrpení? Toto intelektuální skučení je slyšet až na okraj vesmíru“.

Tato nedostačivost EAL má i druhou, daleko závažnější stranu téže mince – nejen že současní psychoterapeuté EAL ochotně přijímají takto pasivní výše zmíněný přístup, ale protože je filosofie v textech pro svou jednostrannost vedoucí k chybným závěrům, což navíc při vnímání logických výkladů jako něčeho oproti pravé, existenciální víře méněcenného, nepodstatného a vlastně nedůležitého možno ani logicky nerozporovat, dochází ke svévolným postupům, nadržícím se už vůbec ničeho, namísto postupného vývoje za přehodnocování minulého a vlastních deficitů. V praxi v České republice Společnost pro existenciální analýzu (SLEA) má tendenci k svérázným výkladům rozvoje osobnosti, kde v první řadě je nutno nepoškodit sebe tím způsobem, že se co nejvíce zajistím materiálně a finančně ze své práce s pacienty, přičemž výsledek a sama psychoterapie je vždy subjektivní a tedy vlastně objektivně nezhodnotitelný a nepřezkoumatelný. Vždyť jde jen o ty druhořadé životní podmínky pacientů, o tu materii, kterou ovšem, když jim pacient nemůže poskytnout, není ani vzat do léčby. .A když něco opravdu pokazí, je to už minulost, nemohou s tím přece nic dělat a je to vlastně stejně odpovědnost pacienta – záleží přece na jeho zodpovědnosti.

Svobodné rozhodnutí tak už vůbec není v žádném případě rozhodnutí víry, ale rozhodnutí v souladu s vírou a z víry, protože z pout daných obtížnou situací bez konkrétní materiální i energetické pomoci vycházející z nás jako z bližních jinak pacienta neosvobodíme a výklady EAL filosofie v České republice (via SLEA) jsou toho dokladem a nepřekvapí, že z několika desítek EAL psychologů nepublikuje recenzovaně nikdo ani výsledky vlastního výzkumu, ani kritické rozbory k dalšímu EAL vývoji. To je něco materiálního a tudíž méně podstatného. Pak není možný ani další cíl EAL „psychoterapie nedá odpověď na otázky víry, může však – a proto i má – dbát na to, aby psychologické překážky nebránily člověku v jasném výhledu a v odpovědném a svobodném rozhodnutí k víře. Pakliže pacientovi energii nedodám nebo ho svým strnulým indoktrinovaným přístupem ještě více vyčerpám (a v současném prostředí v České republice často i neetickými finančními nároky na úhradu poskytnutých psychologických služeb), potom mu na jasný pohled opravdu možná nezbudou síly. Z teologického hlediska – darovat mohu a měl bych v dané situaci výše zmíněným způsobem sebe.

To si EAL uvědomuje, toto téma rozvíjí, doslovně: „stejně jako při poradenské či terapeutické pomoci v jiných směrech, máme zde „jít kus cesty s druhým a posloužit mu tím, že spolu s ním přezkoumáváme povahu osobní (subjektivní) pravost základů a důsledků jeho víry. Jinak řečeno, pomáhat mu, aby neklamal sám sebe, ani v tom, co skutečně volí a činí, ani v tom, že tuto existenciální volbu může obejít nebo popřít.“

EAL tento problém řeší v souladu se svou doktrínou zodpovídání otázek jako objektivního absolutna a subjektivity v „existenciálně analytickém pojetí člověka“ tím, že odvozuje prakticky otázky přístupu, které vycházejí ze vzájemné konfrontace vždy přítomné víry psychoterapeuta a pacienta s tím, že EAL vstupuje i do jiného prostoru než psychologického – myšleno zřejmě logoterapeutického. Na tomto poli dvou subjektů pak EAL vidí riziko, že namísto pomoci k vnitřní svobodě pak psychoterapeut tuto svobodu zpochybňují a upírají jim ji úmyslnými nebo bezděčnými pokusy opravit jejich (měřeno očima „naší víry“ – myšleno pravé, existenciální v EAL pojetí) zbloudění, protože je to lákavé. To se ale děje, pro strnulou indoktrinovanou



filosofii EAL téměř vždy, pokud má psychoterapeut z pouhé objektivně absolutní nutnosti odpovídat na otázky života a existenciálně analyticky sebe pojmout při takto indoktrinované subjektivitě a objektivitě setkání s pacientem. Navrhované přístupy k zamezení takového problému nic neřeší, jenom dále více zaplétají pro primární zbytečnost definice takových přístupů tam, kde je bludný a nelogický základ, který není řešen. Úplně zbytečné je například rozpracovávat metodiku, jak zůstat vždy na „pacientově straně“ oproti straně své (viz níže).

Jako teolog a neurolog vidí autorka práce řešení již v mnohokrát zmiňovaném v existenciálně dimenzionálně bezprostředním rozhovoru, kde neexistují strany, ale pouze v daném okamžiku spontánní a bezprostřední vzájemnost, kdy je terapeut současně sám za sebe a současně za roli, respektive, kdy zde nevzniká ona dualita, kterou podmiňuje nepřírozená a celkově psychoterapeutem nepřijatelná, pouze v krátkém čase injikovaná redukovaná filosofie. Husitská teologie skýtá možnost řešení pro svou otevřenou sborovost nesenou spiritualitou, kde role dotyčného a jeho vlastní existenciální bezprostřednost, ukotvená dogmaticky ve stále se vyvíjející existenciální dimenzionalitě, je již staletími prověřeným poreformačním výdobytkem (M.Luther), akcent na otevřené existenciální setkání a kritické zkoumání podobných škol svým přístupem tedy ukazuje směr dalšího společného výzkumu..

To, že by takoví psychoterapeuti vyškoleni takto v současné EAL měli svou praxi ve styčných bodech s dalšími profesemi – teologie a biomedicína – kritičtěji zkoumat, dosvědčuje i 3. bod v EAL navrhovaném přístupu v zamezení uzavření svobody pacienta:

„Nedostatek opravdové vlastní volby a věrnost v nás samých nás zbavuje práva pokoušet se vést k ní druhé. Jestliže uznáváme, že člověk i jako odborník může vést druhého tak daleko, jak již dospěl sám, měli bychom poctivě a moudře i v otázkách víry umět přiznat svou nedostatečnost a pomoci pacientovi ke kontaktu s n+kým, kdo je pro pomoc v tomto ohledu způsobilější. I tak – možná paradoxně- můžeme být správným vzorem lidské poctivosti k tomu, kdo zakotvení své víry také ještě nenalezl“.

Ve shrnutí je tedy otázka víry v existenciální psychoterapii sama o sobě pro EAL vnitřně rozporným tématem, které nemohou sami zodpovědět při své uzavřenosti vůči dalším oborům,

širší kritické debatě na akademické půdě a to již od samotných základů filosofického zaměření EAL ad fontes, zda je tato klauzurní filosofie pro psychoterapii vůbec nutná a vhodná a jestli to není spíše překážka, jak lze dedukovat z této práce. Texty k současné EAL v českém prostředí dostupné a i v německy mluvících zemích svědčí o tom, že jsou pro poměrně uzavřenou komunitu EAL psychoterapeutů určitým způsobem závazné, nicméně, většinou nejsou ani recenzované. Pro svou vnitřní rozpornost a nelogičnost by ani recenzí pravděpodobně neprošly, doslovný, podrobný kritický rozbor nelogičnosti textů by rozsahem značně přesáhl jednu disertační práci, takže se spíše jeví postup v souladu s pravidly publikování na akademické půdě podobný text vůbec nepřijmout k podrobnější recenzi a autorovi jej vrátit k přepracování. Navíc jsou zřejmě účelově nadbytečně redundantní, což se jeví pro jejich rozpornost a složitost jako vysoce hodnotná pojednání. Vzájemné rozpory lze vystopovat již v textech V.E.Frankla a A.Langleho a nejedná se jenom o otázky časové ve smyslu vývoje, jak to známe z křesťanství.

Současný směr vývoje EAL v České republice je tedy další intraoborovou kontroverzí.

K. Balcar rozpory svou publikační činností v Českém prostředí nijak neprojasňuje, současná SLEA (společnost pro existenciální analýzu a logoterapii v ČR) nepublikuje v recenzovaných, natož impaktovaných periodických vůbec, výzkum neprovádí žádný a ani o něj nejeví dostatečný zájem.. SLEA a její členové se omezují pouze na příspěvky na vlastních či společných psychoterapeutických konferencích. Karla Balcara skupina lektorů psychoterapeutických výcviků chápe pouze jako zaštiťujícího „teoretika“, on sám už v rozsáhlejší psychoterapeutické praxi nepůsobí. SLEA vychází plně z generace EAL vídeňské školy (via Janu Božukovou, žačku A.Langleho), její sebezkušenostní výcviky podle zkušenosti autorky práce i dalších trpí mnohdy značnou neetičností pramenící i z výše zmíněných problémů chybné a nepropracované vlastní filosofie a následných svévolných výkladů a postupů. Pro zjevnou heretičnost manipulativním způsobem bludů injikovaných frekventantům ve skupinách svědčí i fakt, že mnozí kněží (pro který je to jediný výcvik s nabízeným obsahem i otázek víry) posléze z církve odcházejí.

V poslední době však odchází i řada frekventantů před ukončením výcviku, často neeticky zraněných a tak se zužuje okruh těch, kteří by mohli bádát, vést interdisciplinární otevřený dialog

a publikovat. Vedoucí lektorky SLEA jsou pouze dvě, jedna teoložka s nedostatečným teologickým přehledem, druhá klinická psycholožka. Oběma zcela chybí přístup vírou potřebně hluboce uchopené teologie a nutné zavzetí nebo jen vůbec respektování poznatků z biomedicíny. Skutečná míra poškození pacientů, vzhledem k tomu, že jsou poškozováni frekventanti ve výcvicích, je tak v České republice Terra incognita, potenciální poškození ukazuje autorka práce i na podkladě poznaného reálného poškození EAL pacientů s roztroušenou sklerózou v Německu. To jsou palčivé a alarmující fakta, která potvrzují nutnost dalšího výzkumu, včetně kritického interdisciplinárního rozboru současných pramenů a překladů pramenů zahraničních, dále praktická systémová opatření ke snížení neetičnosti postupů SLEA a potenciální poškozování dalších lidí..

#### **IV.4. Celostná společná péče poimeniky u neuropsychiatrických pacientů v existenciální analýze a logoterapii v teorii i praxi**

V návaznosti na předchozí kapitoly zde autorka práce dokládá svoji zkušenost s pacienty jako lékařka, poimén i EAL psychoterapeut. Kasuistiky uvádí ve formě příběhů, s občasnými poznámkami k jednotlivým profesím a uvedením intraoborových rozporů EAL, nedostatečné komplexní péče jedné profese i rozporů v péči mezi jednotlivými profesemi.

##### **IV. 4.a Konkrétní případy pacientů**

###### **IV.4.a.1. Kasuistiky pacientů v celkové, dlouhodobé péči**

**IV.4.a.1.1.** Když jsem poprvé viděla 38 letou paní A přicházet po chodbě jiřetínské neurorehabilitační kliniky následné péče, měla na sobě staré, nepadnoucí, vybledlé šušťáky a defetistický výraz, jako kdyby vůbec nežila a přišlo pouze její tělo, i vyhaslý pohled zvadle vyhlížejících očí jakoby z těla tomu nasvědčoval, umdlelé nonverbální pohyby. Často se také v komunikaci se mnou dívala mimo mne. Když jsem si odmyslela tuto vizáž, říkala jsem si, že je to vlastně poměrně hezká, mladá žena, navíc s kouzlem daným romské národnosti. Především ale z ní vyzařovalo, že je to pacientka a že k nám přichází pro svůj chronický problém – ale mimoto se dalo vycítit už v prvním kontaktu, že v souvislosti s ním jakoby vůbec nežila, jako by se bála žít i existovat.

A vskutku, úzkost a strach byly i důvody, proč mi ji pan doktor, můj tehdejší nadřízený, předal do péče, mimoto, že už si s ní jako klinický neurolog nevěděl rady a v jejích častých návštěvách a stížnostech neviděl jiný význam než to, že je to pro něj obtěžující a ztráta času.. Nechtěl jí ani jako diagnostikované epileptičce dále předepisovat benzodiazepiny ze strachu z toho, že na ně pak paní A získá návyk. Což je u nemocných s epilepsií oprávněná obava a předcházení tohoto rizika je zcela na místě.

Paní A ovšem neměla tendenci k závislosti. Měla strach a úzkost, ale v podstatě se bála prožít oboje. Strach přičítala svojí diagnóze ve vztahu ke svému životu a zejména nepříznivé psychosociální situaci i rodinné a pracovní. Paní A měla první epileptický záchvat ve svých 18 letech, zrovna před maturitou a den poté, co byla zvolena místní romskou Miss. Z výšin tohoto úspěchu jakoby se zřítíla dolů, posléze pro depresi ani neodmaturovala, což podávala způsobem, jakoby ji život podvedl a o něco připravil.

Dále trpěla i migrenózními bolestmi hlavy. Vyšetření magnetickou rezonancí navíc ukázalo i cystu v mozku, která se svojí lokalizací mohla spolupodílet na epileptických záchvatech. Léta pro ni byla sledována, operaci jí ale její lékař nenabídl s tím, že není jasně určený epileptogenní fokus.. Paní A neustále opakovala obavu, že ji v záchvatu uvidí její dvě dcery ( 9 a 6 let), které to vyděsí, jak už se to jednou stalo. A potom také, co by se stalo, kdyby zemřela nebo cysta v mozku vyrostla – kdo by se o dcery postaral? Jejich otec nebyl romské národnosti, ale přesto se o dcery nestaral, ony i paní A jako partnerka mu byly přítěží, ale zároveň jaksi rukojmím pro zajištění svých životních potřeb. Jeho hlavním problémem byl alkohol, nezaměstnanost, podle všeho drobné krádeže a přivydělávání si nejrůznějším způsobem načerno. Paní A o jeho příjmech a způsobu jejich získávání ani neměla představu..

Paní A pocházela z romské rodiny, kde byla její starší a mladší sestra a pak tři bratři. Ona a její sestry byly za doby školní docházky částečně vedeny místním jiřetínským katolickým řádem sester Voršilek, což je řád učitelek. Ke školní docházce tedy byly ve spolupráci s nimi vedeny i zřejmě částečně spolupracující rodinou, která sice hlavní břímě o děti nenesla, ale protože jim laskavá nevyžadující péče byla nabídnuta, využili ji. Zejména paní A chodila za Voršilkami

velmi ráda, udávala, že ještě raději než její starší sestra, která odmaturovala a mladší sestra, která se vyučila. Paní A měla střední čtyřleté odborné učiliště bez maturity. Proč tomu tak bylo, vyloučí níže. Zpětně mně napadá, že mně to mohlo celé napadnout už v prvním kontaktu, ale jak se ukáže, žádný význam by to přesto pro pacientku nemělo a já bych si stejně svůj postřeh musela jaksí nechat na pozadí vědomí.

Paní A se u Voršilek také seznámila s křesťanskou vírou a ke katolické víře se i v době mojí péče hlásila. To umožnilo – a ukázalo se jako nezbytné – vést terapii vedle vyšetřování – EEG, kontrolní MRI mozku, farmakoterapie – cíleně, otevřeně a vědomě i tímto směrem v rámci EAL ale i poimeniky. Zajímavé bylo, že se paní A za celou dobu nezeptala, proč musí být nemocná právě ona. Prostě o tom nepřemýšlela. Jenom se tím trápila jako s nedoložitelným břemenem, které by ale ráda odložila, takže jsem to akceptovala jak sebeúdržbovou tendenci pacientky – břemeno se doložitelné zdálo být, ale zřejmě to nemohla v dané situaci zvládnout sama.

V existenciální analýze jsme nejprve zjistili nejen výše zmíněnou somatickou diagnózu, ale i problém už v první existenciální motivaci – moci být. Pacientka trpěla v partnerském životě – muž ji přehlížel, urážel, že „skončí i se svými dcerami v plynu, kam patří“, nadával jí doslovně do romských kurev, které jsou stejně dobré jenom k tomu, aby „šlapaly chodník“. Dvakrát ji už i uhodil, když od něj chtěla nějakou práci nebo peníze, ale nikdy ji cíleně a pravidelně nebil. Sexuální soužití již neměli dva roky téměř žádné. Paní A k němu cítila odpor, její muž ho nijak zvlášť nevyžadoval – údajně to občas zkusil, ona ho většinou, ale ne vždy odmítla. Žili v podstatě vedle sebe, než spolu, ale na sobě závislí. On chtěl doma hotel, ona tatínka pro své dcery, kterým se svými slovy obětovala.

Z této poruchy na první existenciální motivaci jakoby vyrůstaly i problémy na motivaci druhé – moci být rád. Paní A byla tak stažená a úzkostná, že už se neuměla ani z ničeho radovat, jenom jaksí znala ten život nějak přežít i se svými strachy a úzkostmi. Zaměřily jsme se tedy na to, co

pacientka měla ráda, co ji alespoň trochu potěší, spolu s volným vyprávěním o čemkoliv, co nás napadlo – byla jsem ráda, že na toto naskočila a se mnou jako s ošetřující lékařkou se přestala

nadále zaobírat svou chorobou, problémy a strachy z nich a strachy co bude. V oněch hodinách, většinou dvakrát, někdy i třikrát do týdne, jsme se i smály, já jí pokud chtěla, i uvařila kávu nebo čaj. A v přivedení řeči na to, co měla ráda, jsem paní A nechala i snít o budoucnosti, jakou by chtěla mít – že by ještě chtěla udělat maturitu a potom třeba dálkově i vysokou školu, že by chtěla pracovat pro romskou komunitu a oplatit dále to, co jí předaly Voršilky. Zde jsem stále narážela na to, že bez nemoci – kdybych neměla tak tu epilepsii a cystu v mozku! Nicméně, bylo to až překvapivě dobře odklonitelné.

Nakonec jsme u kávy přirozeně žensky klábosily o tom, co tedy udělat s tím jejím partnerským soužitím. Zde jsem několikrát opakovala v nejrůznějších variacích, že pokud se bude paní A k sobě chovat jako se chová, bude se tak k ní chovat i její muž i její okolí. To moc na úrodnou půdu hned nezapadalo, převzetí plné odpovědnosti za sebe jí stále – i přes SSRI léčbu a mojí podporu – bránil i psychofyzický stav dlouhodobé frustrace radosti i faktická pohotovost k záchvatům, časté migrény i v souvislosti se svalovou dysbalancí krční páteře a všemi důsledky s tím spojenými a dlouhodobé vyčerpání. Její organismus zkrátka neměl tu nosnost k tomu, aby se pacientka opřela sama o sebe a o svou energii, zdatnost a odolnost, která jí chyběla. Bylo nutné jí v rámci terapie dodat a pacientku podržet. A tehdy hovořila o tom, že se modlí. Říkala jsem jí, prostě za sílu a prostě za všechny pozemské prostředky, které Vám budou seslány, prostě za to, abyste narážela na otevřené a dobré lidi. Já tak potichoučku budu činit s Vámi – stejně když už i v horších případech, než jste Vy, nevím, beze slov se v duchu modlím Otče náš.

Zde jsem viděla jednu zásadní nedostatek v čisté EAL– ta totiž ve své metodice jenom mobilizuje síly pacienta z jeho vlastních zdrojů – většinou konfrontacemi k autentickému prožívání vlastního života, paradoxní intencí a dalšími technikami. Tím ovšem může pacienty s chronickým

onemocněním CNS ještě více vyčerpát a posléze je doslova usmýkat do nereálného obrazu terapeutových představ. Přitom opomíjenou a nepropracovanou teorií je osobní setkání – v řeči existenciální křesťanské dogmatické dimenzionality bezprostředním, autentickým kontaktem

člověka s někým nebo s něčím a zde je prostor terapeuta i energii pacientovi dodat. Pokud je řeč o poimenice a jejich přesahů do dalších disciplín, je nutné v takových případech pacientovi i hmotně a konkrétně pomoci – nenechat na něm, aby si pomohl sám tam, kde na svépomoc nemá síly, ale praktickou pomoc nabídnout a poskytnout v rámci křesťanské víry sám.

Dalším praktickým problémem paní A totiž byly neustálé kontroly z úřadu sociální péče stran péče o děti i obecního úřadu stran užívání bytu pro sociálně slabé a potřebné. Chodili ji kontrolovat, jak vypadá její domov, jak se stará o děti a to už několik let ..Já se ptala jaký to má důvod. Pacientka odpověděla, že neví, že má vždycky téměř vše v pořádku, že se otevírá, aby jí úřady nedělaly problémy, ale že ji zároveň tyto kontroly v poslední době stále více a více obtěžují. „ Co znamená to, jestli mám nebo nemám utřený prach na skříní? Já z toho mám vždycky jenom stres a potom migrénu.a bojím se a nemám sílu se tomu vzepřít“ stěžovala si. Podivila jsem se tomu – přece by to mělo mít reálný důvod? Co když něco v minulosti zanedbala a proto ji kontrolují? Namítla jsem, že to nám zbytečně komplikuje terapii, že teď se bude muset hodně soustředit na sebe a mobilizovat síly a pokud chce, může mi nechat na dotyčné úřady kontakt a já se s nimi jako její ošetřující lékařka a psychoterapeutka domluvím (zajímalo mně také, jestli tyto návštěvy skutečně nemají pacientkou nezmíněný důvod). .

K mému obrovskému údivu se ze strany obou úřadů – kde se i dotyčné pracovnice navzájem znaly – byla smysluplná prevence, žádné zanedbání nebo poškození v minulosti. Na pozadí ovšem byla šikana – paní A byla v pozici snadno šikanovatelné. A to už v prvním kontaktu paní A vyzařovala. Oběma trýznitelkám mojí pacientky jsem tedy řečí EAL „autoritativně vzala kompetence“. S plnou svou tehdejší mocí a vlivem i via mého nadřazeného, kterého jsem o tom informovala, jsem jim podobné jednání, po předchozí marné domluvě po dobrém, rázně zakázala s tím, že pokud dostane paní A ještě jednou epileptický záchvat po uklízení v horečce, aby nikde nebylo při kontrole ani smítko, že je osobně povolám k zodpovědnosti a iniciuji žalobu u státního zástupce a ještě jejich jednání zpracuji do článku pro místní noviny i s uvedením jejich jmen.. Kontroly obou úřadů ustaly.

Pacientka se života i Boha teprve následně, tehdy ptala, proč se tohle všechno děje, proč je nemocná a proč je onemocnění epilepsie nevyléčitelné.. A možná jí Bůh zjevným, ale častěji skrytým způsobem dá odpověď. Ale proč se ptát Boha tam, kde nám nechal svobodu a dal své dary k tomu, abychom si na otázky, i v komunikaci s ním, odpověděli sami. Může tedy čekat na Boží odpověď, ta však nutně musí přijít až po skonání a ne dříve. Chce paní A tak dlouho čekat a tím svůj život v souladu s Božím záměrem tak nenaplnit? Do života jí Bůh také poslal mně, jako jiné lékaře a další lidi z jejího okolí. Nad těmito argumenty se zamyslela, několik minut mlčela. Pak již přerušila ticho otázkou: proč nic neříkáte?

Pokračovala jsem tedy: „protože se můžete třeba potichu modlit v této chvíli i beze slov – modlitba je smíření Bohu a jako taková zahrnuje dar Bohu i obecenství a to znamená komunikaci s ním. Cestu Vám skutečně může ukázat a Vaše otázky zodpovědět. Ale co když bude mlčet - několik let, možná několik desítek let, jako teď několik minut já.“ Opakovaně jsem zdůraznila – modlete se, s vírou se na Boha obraťte, ale hledejte i vlastní řešení, rozhodujte se podle sebe, v souladu s Božím zákonem, tam Vás navede i Vaše svědomí. Ono Boha bodově v sobě občas máme a ne vždy to vnímáme.. A tak přistoupila na to, že si v životě také může tu radost sama udělat – sem tam drobnou, možnou a že Bůh nechce, abychom trpěly, že nám tyto krásné věci stvořil, aby nám dělaly v životě radost i užitek. Že tedy není správné je v křesťanském životě z víry odmítat. A tak si po cestě z magnetické rezonance (jejíhož výsledku se bála), nakoupila domů květiny v kořenáčích podle mého doporučení vyplývajícího z rozhovoru.

Po čase si paní A všimla, že muž k ní změnil postoj. S údivem nejdříve sledoval květiny v oknech. Poté i to, že se paní A namalovala a nakoupila si byt i v second handu – nové, slušivé oblečení. Po třech měsících intenzivní práce jsem již vyzorovala změnu – lesk v očích i to, že ji život zase začíná bavit a vtahovat do svého víru. I když její muž byl nynější malou počáteční proměnou paní A znejistěn, svoje chování k ní zásadněji nezměnil (jenom jak to popsala, cítí, že něco je už v jeho postoji vůči ní jinak) a ona se k němu také cítila být méně a méně vázána.. Pomaličku jsem ji ukazovala možnost, že nemusí být nadále jeho služkou. Začalo



to tím, že mu přestala prát a žehlit – poslechla svou nechuť tak činit. Toto byl zásadní zvrat v terapii – musela jsem zpomalit a spíše ji brzdit. Příliš rychlá změna a přílišná dynamika hrozila tím, že muž v protiakci začne na paní A příliš tlačit, použije vůči ní násilí, nebo ji bude manipulovat či, že se rozejdou v důsledku moc prudkých změn jako důsledek EAL psychoterapie a pak toho budou litovat.. I jsem znovu navrhla, aby terapie byla dále vedena v páru. Muž to odmítl, Zůstal ale u urážek a nadávání, které opravdu zintensivnil. Nicméně, protože po něm paní A nechtěla ani peníze na domácnost, ani práci, k horšímu vývoji nedošlo. Nakonec se muž jednoho dne odstěhoval, paní A nevěděla kam. Cítila to jako ulehčení a vnímaly to tak i její dcery, které se ho dávno naučily ignorovat. Ta starší mi posléze řekla, že již dávno matku nabádala, aby se s otcem rozešli. To se celé odehrálo během čtyřech měsíců, tedy poměrně rychle.

Paní A navíc začala intenzivně řešit svoji sociální situaci v momentě, kdy se zlepšila – muž do domácnosti finance nedával, akorát je čerpal ve společném jídle i všech dalších výdajích. Přestaly ji obtěžovat úřady, cysta v mozku se ukázala jako stacionární, paní A se celkově cítila šťastněji, uvolněněji a lépe. Pomohly i rehabilitace krční páteře, odezněly úzkosti z budoucnosti. Nyní chtěla pracovat, i práci si našla na částečný úvazek, ale stále závisela na sociálních dávkách fondu potřebných.

A v ten okamžik se terapie ocitla na mrtvém bodě. Pacientka jakoby najednou nevěděla, kudy dál, ač čtyři měsíce letěla doslova jak raketa, Jakoby ji všechno dosažené přestávalo těšit, jakoby jí něco chybělo. Otázka, zda to může být partner, se neujala. Přičítala jsem to nejprve tomu, že vývoj terapie byl po letech pasivního spočívání v životě opravdu velmi rychlý, nyní je léto a pacientka si potřebuje i odpočinout. Tušila jsem od počátku příčinu v ní – ptala jsem se jí – víte, kdo vlastně jste sama o sobě? Jste matkou, jste ženou, ale jaká vlastně jste?

Zde celou kasuistiku raději zkrátím, protože hlavní bylo řečeno, ač trvala až do léta 2013.

V dalším období šlo o podporu v běžných věcech, chvílemi s rysy závislosti na mé osobě – a neoznámenému, několikátýdennímu až tříměsíčnímu odpadání, poté mně znovu vyhledávání

s novým zablokováním krční páteře a strachem z epilepsie. Postupně i zároveň se řešily základní existenciální motivace, dokončení maturity pacientky, výběr dálkového studia vysoké školy. Ve všem dominovalo to, co bylo jasné hned na začátku – období jakoby „nálévání života“ a období jeho umrtvování, což jak jsem vypožorovala, nezáviselo na zhoršování zdravotního stavu, spíše šlo o posléze zhoršení pod vlivem jakési občasné vnitřní prázdnoty. Jakoby se pacientka při a po tom všem ještě nudila. Někdy od konce roku 2011 jsme v rámci psychoterapie řešily traumata, která jí brání býti sama sebou. Toto téma jsem otevřela a opakovaně do něho zabrušovala. Posléze jsem pojala podezření, že paní A jakoby řeší okrajové záležitosti, ale to hlavní zůstává nevysloveno, skryto a skryto to zůstalo do konce psychoterapie, kdy se v létě 2013 znovu vdala a začala dálkově studovat psychologii. A skryto to zůstalo až do smíření, kdy pojala pocit, že je zavzata do darů života a milosti Bohem dané – měla vše, co chtěla a následky traumatu víceméně z největší části pominuly. Zůstala jen závěrečná EAL tečka jako vysvětlení –

„ Vy se nebojíte epilepsie, ani smrti, vy jste se bála žít, tím jste ubližovala sama sobě a proto jste měla i pocity viny. A to proto, že jste v souladu s Boží vůlí měla a mohla žít jinak – kdyby Vás Váš bratr té noci po zvolení Miss neznásilnil a rodina za to ještě div ne neztratila. A v životě Vám bránily věčné pocity viny všech traumatizovaných – být sama sebou a žít svůj vlastní život, dokud Vám nebyl od Boha – ovšem ve spolupráci s Vámi, plně a v míře vrchovaté - vrácen a tím nebyly dostatečně zahojeny všechny jizvy, bránící síle k finálnímu smíření a odpuštění“.

Protože pro další, zamýšlené kazuistiky podrobně popsané není zde prostor (podobně podrobný popis všech zajímavých kasuistik za tři léta psychotherapeutické praxe ve více než 7000 hodinách by bohatě naplnily co do rozsahu Barthovu mnohadílnou systematickou teologii), u dalších, původně zamýšlených kasuistik uvede autorka jenom závěry: na to, na co jsme narazili u paní A – a sice na omezenou psychofyzickou nosnost k plné aplikaci EAL a její nevhodnost – prožívání tělesného u paní A nebylo znemožňováno jen faktem znásilnění, ale její epileptogenní i psychofyzickou vulnerabilitou, která ovšem byla, zcela paradoxně – i skrytým požehnáním. Pro ni byla jednak otevřena k Bohu a modlitbě, v čistě EAL psychoterapie se tím vytvořil i časoprostor nutný k postupnému smíření a – v kontroverzi s EAL – k posílení sebeúzdavných

procesů občas až závislému – i energetickému - čerpání z čistě bezprostředního, spirituálního setkání a porozumění s autorkou práce. To potvrdilo vdoucí a dominující duchovní aspekt člověka i nezbytnost EAL v plné míře neprojektovat podle její současné metodiky, zvláště u neurologických pacientů se somatizací jako u paní A, kde je možné, že somatizace je pouze

dekompenzací kompenzačních mechanismů CNS – vyčerpání sebeúzdavných mechanismů těla, které s sebou nesou i změny v limbických strukturách mozku a projevem vyčerpání je somatizace jako volání o aktivování a podpoře těchto mechanismů ve smyslu dosažení duchovní dimenze ve spiritualitě, nikoliv k jejich potlačování EAL „stahováním zpět na somatickou úroveň“ násilnými konfrontacemi a navozením prožívání, uvědomování si všech somatizací a větší sebe-uvědomění. To by v případě paní A, i zejména podobných pacientů s roztroušenou sklerózou mozkomíšní, mohlo vést k retraumatizaci, vyčerpání a EAL indoktrinaci, ale pravého smíření, omilostnění a mnohanásobného naplnění by dosaženo nebylo.

#### **IV.4.a 2 Krátkodobé kasuistiky**

Na tomto místě záměrně zmiňuji i krátké, letmé kasuistiky. Ty ukazují význam přístupu EAL i poimeniky v neurologii tam, kde se jako u výše zmíněné paní A nejedná o dlouhodobou psychoterapii cíleně, ale je v dané situaci použito všech tří metod v míře možné a diagnosticky a léčebně přínosné.

##### **IV.4.a.2.1 Pan B**

„ Když mi v roce 2011 v létě přivezla sanitka záchranné služby 54. letého, dosud naprosto zdravého pana B., diagnostikovala jsem u něj centrální alternující středně těžkou hemiparézu (obru poloviny těla na stejné straně poškození v mozku), centrální středně těžkou parézu n. facialis (7. hlavového nezu na druhé straně těla od základního poškození v mozku) dysartii (poruchu výslovnosti), hypertenzi (vysoký krevní tlak), pacient dále zvracel. Protože pacient přijel v léčebném okně možného rozpuštění uzávěru cévy v mozku (příčině ischemického poškození mozku), v rychlosti jsem popadla lékařské vybavení na zásahy při komplikacích při převozu pacienta do budovy s CT.

Pacient antiemetika nedostal – v sanitě mu byla narychlo odebrána krev a CT čekalo. Po několika desítkách metrů jízdy začal pacient opět zvracet – záchvatovitě, jako tomu bývá u postižení kmene mozkového, čemuž neurologická syndromologie výše popsaná odpovídala. Natáhla jsem se pro injekční stříkačka a Torecan (tarmakum zastavující zvracení a žaludeční nevolnost). Když jsem ale ampuli ulomila hrdlo a chystala se její obsah natáhnout do stříkačky, zabočila sanita v prudké zatáčce. To mně odhodilo na dveře, část obsahu ampule vyteklo. Pacient zvracel dál. Další otřes v další zatáčce mně znovu odhodil a tentokrát jsem se udeřila do hlavy. V té chvíli mně napadlo, že pacienta nechám zvracet – třeba si tím zvýšeným nitrolebním tlakem při zvracení uvolní a rozdrťí ten trombus, co vězí v cévě. Není náhodou, že záchvatovité zvracení provází právě uzávěry cév kmene, kde je i největší variabilita co do různých zúžení (vrozených hypoplasíí cév) a přitom se jedná o místo pro bezprostřední přežití zcela zásadní – jsou zde centra řízení dechu, srdeční činnosti a v úzké prodloužené míše i v poměrně malém prostoru vystupují nervové provazce do míchy, již je nervově řízeno celé tělo.

Jenom jsem tedy s tímto ulehčujícím vědomím pacienta hlídala, aby se nezačal vlastními zvrátky dusit a nechala ho zvracet dál. Také mně v té chvíli napadlo, jaké mají ty nanejvýš možné moderní nemocnice typu FN Motol a FN na Homolce, které mají CT v jedné budově a dostatek personálu oproti FN Královské Vinohrady, se všemi lépe dostupnými moderními možnostmi léčby a intenzity péče vlastně pro pacienty v dnešní době značnou nevýhodu. Tam by se totiž nemohlo stát, že by pacienta sanitka „rozvracela“, velmi pravděpodobně by v rámci vysoce kvalitní současné, společností i vyžadované moderní péče dostal okamžitě Torecan a dále by nezvracel. Takto, v méně moderní FNKV, pacient dojel sanitou na CT, před vchodem se zvedl z lůžka, několikrát se nadechl, přestal zvracet a přesně, jak mně to ve chvíli úderu do hlavy napadlo, po středně těžké hemiparéze, paréze n.VII nebylo ani památky – pacient měl jen lehkou dysartrii.

Zcela bezprostředně mně tedy napadlo správné řešení, které navíc pro fenomenologický přístup ukázalo další směr i postupu léčby. Tou bylo pochopení zvracení jako sebeúdravného mechanismu a nikoliv pouze patologického příznaku. CT mozku s angiografií ukázalo to, co jsem předpokládala – arteria cerebri posterior inferior byla hypoplastická a sklerotickým

procesem a zbytky trombu navíc ještě více zúžená, ale neuzavřená. Po ischemii v dané oblasti ani památky. Pacientovi byla na Jednotce intenzivní péče Neurologické kliniky dospělých 3LF UK a FNKV podána trombolýza, trombus se příliš nezmenšil, bylo farmakologicky zastaveno zvracení (služebně starším lékařem), trombus začal znovu uzavírat průsvit cévy. Byl tedy akutně zaveden stent. Pacient dále dostal antiagregační léčbu Acylpyrinem (laicky řečeno na ředění krve), aby se trombotizace nezopakovala.

Otázku, jestli by samotná léčba čistě medicínská po zabránění zvracení při převozu ve vysoce moderní nemocnici se všemi moderními postupy docílila u pacienta takového výsledku, že je dnes úplně bez následků, není možné zodpovědět, přesto zůstává nadále otevřená. Pointa pro lékařskou péči tkví z hlediska lékaře slovy teologa v „této kacířské“ otázce je – zda by v dané

chvíli sebral lékař odvalu k myšlence nechat vědomě a při naprosto časově i jinak neomezených možnostech pacienta zvracet při přijetí značné míry nejistoty a ve víře spolehnout se na správnost takového postupu.. Protože já si takové otázky pokládám a odpovědi na ně, mimo standardní lékařské postupy hledám neustále, ale položit je nemohu jako lékař v dané situaci vždy nahlas, bývá moje jednání často pro menší srozumitelnost označováno mými kolegy-lékaři jako zmatené, nevyzpytatelné, nejisté, potažmo nehodno důvěry a těmto rizikům by byl vystaven každý lékař.

#### **IV.4.a.2.2 Pan T**

Když mi pana profesora T, padesátníka, přeložili na oddělení Neurologické kliniky dospělých FNM a 2LF UK v Motole na úplném začátku mojí lékařské praxe někdy v únoru – březnu 2007, měl dosud zašitou jizvu přes celé čelo po resekci tumoru mozku, převážně v čelních lalocích. Přesto, že byl plně při vědomí stran kvalitativního obsahu, bez pozorovatelného kognitivního deficitu a projevy organického psychosyndromu byly i při jeho profesi vysokoškolského profesora filosofie malé, nikdo mu záměrně neřekl, proč byl operován, resp. co se v jeho mozku našlo.

Pan profesor T měl bratra, profesora dětské kardiologie. Ten se v péči o svého bratra až hyperprotektivně angažoval, a ač nebyl jeho ošetřujícím lékařem, v podstatě na léčbu bratra

dohlížel. V důsledku jeho autority si ošetřující lékaři často netroufali jednat proti vůli velmi dominantního a známého kolegy lékaře. Ten jako lékař a navíc příbuzný nejlépe ve svých očích věděl, pro je pro nemocného bratra nejlepší. Obrovským problémem v souladu s lékařskou etikou respektovat v první řadě spíše svého pacienta než bratra-kolegu měli zejména mladší lékaři. Starší a vedoucí lékaři, kteří si toto uvědomovali, se proto s bratrem-lékařem pacienta ocitali ve fokusu konfliktu, ten posléze propukl i mezi ním a docentem Bojarem jako tehdejším přednostou kliniky.

Já v té době byla několik týdnů, méně než tři měsíce ve své neurologické praxi.. Pana profesora T mi na lůžko přeložili ve chvíli, kdy jsem na pokoji prováděla vizitu. Pan profesor se mně okamžitě v kontaktu chytil doslova jakou tonoucí stébla, s pohledem na můj kříž na krku se mně tehdy zeptal, jestli jsem věřící. Sám se přiznal, že v Boha nikdy nevěřil, ale teď by jeho pomoc potřeboval. Nevěděla jsem, proč tak reaguje, v té době jsem ještě nestudovala teologii ani nebyla poimén a souvislost s voláním tímto směrech jsem uvědomovaně neslyšela.

Také jsem z ostychu nevěděla, jak reagovat – projevy mojí víry byly tehdy tiše, plaše stažené do prostoru vlastní intimity. Ale už tehdy jsem v takových situacích pokládala a stále pokládám jaksi z lidského hlediska za nezbytné pacienta neodmítnout a spíše ho v takové situaci bezprostředně přijmout a minimálně vyslechnout. Od sanitáře jsem si tedy rovnou vyžádala dokumentaci. V ní stálo, že pan profesor T je po resekci tumoru typu astrocytom low grade II. Stupně (nízký stupeň malignity), kompletní histologie ve zprávě uvedena nebyla.

Pan profesor po několika minutách bezprostředního rozhovoru v navázání kontaktu – povídali jsme si o francouzské literatuře a o tom, jak se mu líbí pokoj – svěřil s tím, že sice má ze své diagnózy velmi vážné obavy – bál se maligního tumoru – ale že ji přesto chce vědět a pro přání jeho staršího bratra ho všichni proti jeho vlastní vůli „chrání“, nic mu neřeknou a našlapují okolo něj po špičkách. To ho ještě více frustrovalo, znejišťovalo a zvyšovalo jeho utrpení z nejistoty a nemožnosti uplatnit svoji vlastní volbu vědět a rozhodnutí se dozvědět pravdu. Rozpoznala jsem, že je to v dané situaci jediná správná cesta, ikdyž jsem tušila, že se to

bratrovi-lékaři pacienta líbit nebude. S plnou odvahou a čistým svědomím jsem na sebe vzala to riziko – vždyť přece jedním v souladu s etikou – mám v péči pana profesora a zájmy jeho příbuzného bych měla brát až jako druhořadé, zejména, je-li to skutečně méně zájem o pacienta ve smyslu přemrštěného hyperprotektivního jednání pro vlastní úzkost, což bylo do očívidné.

Sdělila jsem mu tedy co možná neopatrněji, nejcitlivěji a nejlidštěji, ale prostě a věčně, že mu opravdu vyoperovali tumor, okamžitě se mně zeptal, zda celý. Vyšlo najevo, že to tušil a před operací si o tom četl dostupné informace, které před ním tajili s tím, že tam má jakýsi útvar a neví se, co to je. Zde je potřeba zmínit, že nešlo o případ, kdy by lékaři skutečně lékaři nevěděli, co je to za útvar – minimálně věděli, že se jedná o astrocytom a to stupeň II nebo III. Řekla jsem tedy,

že tam malé části zůstaly, že to nemohli odstranit tumor celý, protože by tím poškodili důležitá centra v mozku a udělalo by se tím více škody, než užitku. Že bude sledovaný. Hovořili jsme dále

o počátečních příznacích, které byly v obrazu neskutečné únavy a narůstající apatie až zpomalení. Jiné potíže nepocíťoval, což jsem viděla jako pozitivní faktor – tumor byl poměrně veliký a přesto se poměrně málo projevil. Po operaci zůstali jenom zbytky, pacient se cítí lépe a bude sledován, v případě růstu se bude rozhodovat o dalším odstranění. A pan profesor mně znovu překvapil dalším dotazem na to, jak vyšla konečná histologie a bylo vidět, že ho náš rozhovor těší, což dal najevo poděkováním, že mu jako jediná konečně skutečně říkám pravdu. Byly sice vidět zbytky úzkosti a napětí, ale ty se již lámali v lítosti a v ulehčení.

V bezprostředním rozhovoru s ním jsem řekla, že nízká – nejnižší stupeň II. Ptal se mně dál, jak dlouho si myslím, že bude žít. Odpověděla jsem, že tři až čtyři roky, ale že je to zamlžené a nejisté, že možná až do skutečné smrti, že tento nádor nebude příčinou jeho smrti.

Proč jsem to vlastně řekla? Kde se to ve mně vzalo? A v přesném významu slova v duchu se mi vynořila odpověď - protože to tak je, prostě to vím, ikdyž nevím jak. Přesto mně to velmi zneklidňovalo k mobilizaci sebe a to nejen kvůli následkům, které to pro mně na pracovišti mělo – byla jsem v očích některých kolegů suspektně psychotická, blázen nebo přinejmenším příliš

sebejistá v některých věcech a v jiných vůbec. Poslední argument mi připadá pravdivý vždy, když je člověk sám sebou a plně autentický – něco ví naprosto jistě, něco vůbec, takže jsem tehdy nechápala, proč to někomu vadí.

Dnes s jasnou perspektivou vím, že to bylo ode mě natolik autentické a bezprostřední a ve výsledku pravdivé, že se tím řada mých kolegů cítila ohrožena. Na Neurologické klinice dospělých FNM a 2LF UK bylo rozšířeným, tradovaným a praktikovaným zvykem si řečí existenciální analýzy a logoterapie lhát – sobě i navzájem. Tím se utvářel a udržoval líbivý obrázek neskutečné reality, natolik silný i v kolektivu lékařů jako jakéhosi pokrouceného společného duševního vlastnictví, že skutečnost dokázali hromadně zaclonit. Tuto clonu považovali navíc za profesionalitu, za nezbytný profesionální odstup nebo ji tím vysvětlovali. A jakýkoliv autentický náznak pravdy cítili jako nabourávání – v první řadě s výmluvou na požadavek nutně profesionálního jednání. V rámci něho by se i dopustili neetického jednání vůči panu profesorovi T jako svému pacientovi – když jsem totiž přišla od pana profesora na lékařský pokoj založit mu příjem a vše prodiskutovat se služebně starším, vedoucím lékařem, už tam – to jistě nikoho nepřekvapí – čekal bratr – lékař našeho pacienta. Hyperprotektivně v důsledku své úzkosti s naprostým nedostatkem respektu nám začal diktovat, jak se o jeho bratra máme starat – a zejména, že mu nemáme v žádném případě sdělovat diagnózu a informace o jeho zdravotním stavu, že je máme sdělit pouze jemu a informování bratra si vezme on sám na starost, protože ho zná. Moji starší kolegové to k mému úžasu slíbili (v souhrnu laciného povrchního vylhaného nátěru profesionální pospolitosti a tím profesionálního přístupu) – a já si s ulehčením oddychla, že tomu jednak naštěstí již dostát nemohu, jednak v dané situaci řešení vyplynulo samo, aniž bych byla mezi dvěma mlýnskými kameny volby mezi přáním pacienta a – byť z určitého úhlu pohledu neetickým požadavkem jeho bratra-lékaře.

Nicméně, i požadavky bratra pacienta jsem se cítila zmatena – řadu věcí jsem ještě v té době nevěděla a potřebovala jsem napřed prostor pro to, aby mně někdo navedl. Bohužel, toto vymezení a chopení se vlastních kompetencí v rámci svého prostoru – řečí EAL - to nikdo neudělal. Dnes jako občas zastupující vedoucí lékařka bych v podobné situaci viděla jako



profesionální dvě cesty – buďto v takovém případě převzít iniciativu vedení rozhovoru o léčbě s akcentem, že se jedná o pacienta v naší péči a zodpovědnosti, tudíž ji vedeme my, nebo bych dotyčného rovnou požádala, aby nás nechal udělat si naši práci a navštívil nás později.

Posléze jsem již o samotě svým kolegům sdělila, že pacient diagnózu již ví, že jsem od něj právě přišla a že byl rád, že se ji konečně dozvěděl. S tím se již nedalo nic dělat. Následovalo ovšem, abychom mu tedy alespoň neříkali konečný histologický nález bude-li méně příznivý a že bude lepší se o tom s pacientem nebavit raději vůbec. Na to jsem odpověděla, že už jsem ho taktéž pacientovi řekla. Osopili se na mně, proč mu lžu, když to nevím. Já jen opět zcela věcně bezprostředně zkonstatovala, že to tak je. Vedoucí lékařka oddělení si vyžádala konečnou histologii s tím, že tohle musí napravit. Vyšla úplně přesně, jak jsem říkala. O dalším obsahu rozhovoru s pacientem jsem raději pomlčela. Připadala jsem jim hloupá a lhostejná a já se tím dále zabývala – trápila mně zejména vlastní nevědomost. Nějak jsem vycítila, že jsem udělala pro pacienta to nejlepší, co jsem mohla, ale že ještě mohu více. Je to to co nevědomě dráždí moje kolegy? Pohroužena v těchto myšlenkách a v duchu stále s pacientem, vůči němuž jsem cítila svoji nedostačivost, ale ne klinickou nebo za ten rozhovor, spolu se zvláštním, neuchopitelným pocitem viny, jsem druhý den ráno při cestě na autobus došla v Tuchoměřicích na konec ulice k transformátoru. Tam jsem přecházela hlavní silnici od nepaměti– i sama – už jako šestiletá. Je to místo, kde je nutno dát pozor – transformátor stojí na horním konci ostře kulaté zatáčky ale vždy je slyšet. Toho dne ráno jsem opět zároveň, ale stále duchem u pacienta, došla na konec a nic neslyšela. Rychle jsem se tedy dala do přejetí silnice. Zhruba v půli cesty se naprosto neslyšně vynořilo značnou rychlostí černé auto. V momentě jsem stihla uskočit k protějšímu kraji, auto zavadilo o moji kabelu, projelo na 20 cm ode mne. Na protější straně se sousedka chytila za hrdlo v úleku. „Vy jste živá? To bylo tak divné, odkud se to auto tak rychle vzalo? Já ho neslyšela a už jsem Vás pod ním viděla.“ Měla pravdu za ty tisíce přechodů v tomto místě se mi nikdy nic podobného nestalo. Cítila jsem z toho obrys něčeho až zlověstného, až mně zamrazilo. Byl to pocit, který se ve mně hluboce otiskl. Dodnes si ho dokáži úplně přesně vybavit a ač vycítím stejný divný, nepochopitelný až melancholicky hluboký smutek té situace, o čtyři roky později se onen okamžik částečně vyjasnil a dnes už má naprosto jasné kontury a pocity viny a nedostačivosti vysvětlitelnou příčinu .

Za čtyři roky totiž pan profesor T skutečně zemřel. Jak jsem se to dozvěděla, ptala jsem se na příčinu. V jedné zatačce neslyšel blížící se auto, to ho porazilo a pan profesor T byl na místě mrtvý. Ihned se přede mnou vynořila podobná situace u tuchoměřického transformátoru na jaře 2007, kdy jsem ho měla v péči jako pacienta a přemýšlela nad tím, proč jsem mu tak bezprostředně sdělila diagnózu i možnou délku života. Zde si se vši pokorou uvědomuji, že mohu náhodně k sobě přiřadit stejné jevy ve skutečnosti spolu nijak nesouvisející. Sama za sebe tento závěr spíše vylučuji, ikdyž jistotu – jako vždy v těchto případech – nemám.

Pak se totiž naskytá otázka, zda jsem mohla jasněji předpokládat, co se stane a tím tomu třeba i zabránit. Jak vyplývá z celé kasuistiky a zejména z bezprostřední myšlenky, že délka pacientova života je jaksí rozmlžená a ne tedy jasná, tak tu ta možnost byla. Anebo i při nesouvisejících jevech – dala by se předpokládat menší pozornost pacienta v důsledku tumorozního procesu v mozku a tedy větší důraz na prevenci z role lékaře a více se pacientovi věnovat z pozice poiména a psychoterapeuta.

Následující dvě kasuistiky budou vycházet již z poznatků těchto dvou předcházejících a při cíleném zahájení poimenické činnosti senzualato a společném využití jak poimeniky, tak existenciálně-analytické psychoterapie a logoterapie v neurologické praxi. .

#### **IV.4.a.2.3 paní M**

89letou dosud úplně zdravou paní M mi z jejího domova přivezla RZP na Neurologickou kliniku dospělých FNKV a 3LF UK v srpnu 2012, po roce studia na Husitské teologické fakultě University Karlovy v Praze a již po tisících hodin vlastní psychoterapeutické praxe v EAL. O generaci starší, zkušený lékař původně se specializací anestézie a resuscitace, který s RZP přijel, mně než cokoliv řekl, uvítal velmi provinilým výrazem plným obav. Jak se vzápětí ukázalo tak proto, jestli pacientku vůbec přijmu na ambulantní vyšetření, protože je mu jasné že ji logicky nebudou chtít nikde ve FNKV – zřejmě měl pocit, že s vysokou pravděpodobností se pokouší předat umírající pacientku, které již není pomoci a nechtěl, aby umřela zrovna jemu, takže se ji pokoušel předat co nejrychleji a cestou nejmenšího odporu – nejlépe mladé, nezkušené lékařce,

za což opět cítil část pocitů viny. No, já jak sestra se mnou sloužící na ambulanci poznamenala, vypadala tak možná na dvacet a pacientka jako čerstvě odvezená z nacistického koncentračního tábora a krátce před smrtí – malá, drobná, extrémně vyhublá paní v bezvědomí, bezvládně ležící s kyslíkovou maskou přes ústa a nos a z obličeje a celého těla ještě více vystupující ostré kontury kostí.

Podívala jsem se na lékaře, vyslechla jsem si jeho spěšné předání plné pro něj zcela zřejmě nepříjemných pocitů a asi k jeho údivu jsem se na nic neptala a pacientku rychle převzala na ambulantní monitorované lůžko. Kolega zareagoval ještě provinilejším výrazem a zmatenou snahou se o to rychleji ztratit z budovy kliniky, když tu na ambulanci dorazila bývalá primářka kliniky, která se mnou sloužila coby starší lékař. V mžiku pochytila výraz lékaře, a s myšlenkou toho, že ví, kolik uhodilo, přistoupila k pacientce se slovy „No to je hrůza. A co my s paní tady? Vždyť ti lidé také musí, proboha, někdy umřít. Šárko, to je jejich osud. A většinou si ho sami vybrali, stejně jako ty“ To jsi neměla přebírat.“ Na to se kolega tiše a rychle vytratil.

Pod tímto vyřčeným i nevyřčeným – soudem – jsem pocítila ještě intenzivněji než před tím, že se o pacientku musím postarat, zkrátka ji nedat, respektive jí vůbec dát šanci už jenom tím, že bez předsudků stran věku a vizáže provedu pořádnou diagnostiku a stejně tak poctivě určím, kam paní dál uložím a jakou dostane péči. Zároveň jsem ale soucítila i se svojí kolegyní – tušila jsem nejasně kontury osobních problémů a těžké životní situace, fyziognomicky jsem odhadovala spolupřítížení nastupujícího klimakteria, měla to napsané ve tváři, v pohybech, v měnících se tělesných konturách některých partií. Neřekla jsem na to nic víc, než že uvidíme, že pacientku dovyšetřím, protože stejně nemůžeme dělat nic jiného – já ani jiné pracoviště.

Pod tímto pragmatickým a logickým argumentem jsem v hlubším významu tehdy nově objevovaného a v praxi zkoumaného zorného úhlu věčnosti odmítla zkrátka na soud reagovat soudem a tehdy jsem si řekla, že necháme Krista promluvit – vědomě jsem novozákonně dala přednost milosti místo starozákonních, v případě odmítnutí novozákonních principů, automaticky fenomenologicky se objevujících soudů. V těch letech jsem žila zhruba v okruhu myšlenek, že

tam, kde přestává platit mezilidská milost, ztrácí na uplatnění Nový Zákon a ke slovu přichází Zákon Starý – se soudy Božími, lidskými, s krví a zápasem s nemocí a temnotou v tomto případě dal - má dáti. Tehdy mně také napadlo, jak je útěk laciný a že já prostě uhnout nemůžu a nechci. A že tento zápas o život pacientky vést musím – alespoň se o to plně pokusit a udělat maximum a že ho vést chci, protože tohle se odvíjí od prvního kontaktu s pacientkou podle mnou nazvaného“ syndromu mlýnského kola“, vlastně to byla první myšlenka, která mně po prvním pohledu na pacientku napadla. Jeho součástí byla i reakce starší kolegyně s narážkou na osud pacientky. Když jsem si na tento případ vzpomněla před několika dny, napadlo mně, že slovo osud jsem od žádného profesora na HTF UK nikdy neslyšela a že ho teologie vlastně vůbec nezná. To proto, že je to lidský – v podstatě blud. Tento blud osudu je jedním z udržovacích mechanismů zmiňovaného syndromu mlýnského kola, ve kterém u zásadě vyléčitelného pacienta postupně nastávají ty nejnepravděpodobnější a nejbizarnější komplikace (včetně nabourání řidiče sanitky, když přijede nová, tak než dojde na CT, to se v ten moment porouchá a podobně), většinou ne endogenně momentálně onemocněním dotyčného dané – a ty se jeví v lidském hledisku bez Boha a zejména bez dostatečného úsilí překážky trpělivě a s nasazením všech sil překonávat, jako nepřekonatelný osud.

U paní M jsem na monitorovaném lůžku nejprve zjistila intermitentní paroxysmální fibrilaci síní, extrémně kolísající tlak i saturaci a kolísající kvantitativní bezvědomí v pásmu soporu s chvilkovými náznaky komatózními – i s kolísající mozkovou kmenovou reflexní aktivitou. Zavolala jsem tedy ARO, že bude možná třeba resuscitace. Tak jsme se nad pacientkou skláněli oba – já i lékař z ARO – zhruba tři čtvrtě hodiny – ale pacientka se nedostala do komatozního stavu intubaci a další resuscitaci vyžadující. Objednala jsem tedy CT mozku nadále stála nad pacientkou s připravenými defibrilátory, inkubačními instrumenty a v injekční stříkačce s noradrenalinem. A pacientka stále kolísala s vědomím, s tlakem, v srdečních fibrilacích. Jakoby bojovala. Po chvíli mně napadlo, že se pokouší probrat, ale nejde jí to – je to prozatím nad její síly. V mysli se mi vynořil Okamžik prozření od Jill Taylor, americké lékařky anatomie, která ve svých 37 letech dostala hemoragický iktus (krvácivou mrtvici) z A-V

malformace (cévního poškození mezi tepennou a žilní částí) a popsala ve své knize to obrovské vyčerpání s tím spojené a zejména únavu ve snaze o plný kontakt s okolím a tendencemi k rezignované apatii. Tato dáma ale jakoby se snažila o vystoupení ze svého stavu. Každopádně, než přijela sanita na převoz na CT, uběhly další dvě hodiny, kdy jsem pacientku průběžně sledovala. Nejen že nezemřela, ale její stav se ani nehoršil a navíc jsem poznala, že mně vnímá, že jenom nemůže reagovat ač se o to zjevně pokouší – maximálně se jí změní tlak, dech nebo svalové napětí – i v obličeji, pohybu však schopna nebyla.

Doprovodila jsem ji na CT, kde se v zobrazení mozku ukázala již rozvinutá ischemie v kmeni – v povodí arteria cerebri posterior inferior. A teď došlo na rozhodnutí, kam pacientku uložit, čili jakou péči dostane. Její stav podle závažnosti – kmenový iktus – vyžadoval péči na JIP. Neurologická JIP byla plná, nabízela se tedy interní JIP. S tím, že pacientka podle mého soudu se mohla uzdravit díky svým silám i odpovídání na léčbu tak, aby ještě mohla žít. To přineslo konflikt s lékařem sloužícím na interní JIP, který ji vzhledem ke stavu a věku ohodnotil jako ztracený, infaustní případ, ovšem při stejném přístupu jako předchozí lékaři. Protože mi pacientka na dožití na standardním lůžku bez intenzivní pomoci nepřišla – a stanovisko stanovisko lékařů mi přišlo jako ageistický neetický soud, fixovaný na neutěšené situaci Fakultní nemocnici Královské Vinohrady (velká spádová oblast pacientů, personální poddimenzování spolu s nedostatečným finančním ohodnocením), prosadila jsem přijetí na JIP. Následně jsem pro tento případ málem přišla o zaměstnání na této klinice, což se naštěstí událo až poté, co se – k překvapení všech lékařů – pacientka plně uzdravila do plného vědomí. Kdyby na interní klinice FNKV a 3LF UK následně nespadla z lůžka a nezlomila si krček lemuru, odešla by z FNKV skutečně po svých, jak jsem předpověděla.

#### **IV. 2. Východiska pro duchovní péči jako pro jednotící princip v mezioborové spolupráci**

Pro psychoterapeuty a vedoucí výcvikových skupin se dá shrnout v první řadě, že žádný člověk není Bohem a že si Boha ani nelze v jeho celistvosti představit. - známe jeho z biblických pramenů, ale i v řadě z nich je naše představa Boha cíleně ničena jako v Knize Jób (kniha Job, Otevřené dveře). Připomínání omezenosti lidských možností ve vztahu k možnostem Boha jako

stvořitele a jeho záměrem s člověkem je stěžejní funkcí poimeniky a křesťanství.

Ani sebezkušenější psychoterapeut tedy nemůže být absolutně direktivním vůdcem na základě určité, i třeba mezinárodně konsensuálně uznávané existenciální antropologie, pomineme-li nastíněnou rozpornost ..... Pokud nemá psychoterapeut nemá dostatečnou pokoru před člověkem jako bytostí Bohem stvořenou a biopsychicky velmi složitou, pak je jen otázkou času, kdy se dopustí je zásadního a poškozujícího omylu na pacientovi nebo na začínajícím frekventantovi.

Svoje hranice si dnes daleko více uvědomují lékaři, kteří mají množství objektivně přezkoumatelných a viditelných diagnostických vodítek a sami se neustále přesvědčují o tom, že tyto nástroje nejsou všemocné a že žádný člověk není nemocný nebo zdravý podle mezinárodně konsensuálně přijatých guidelines pro zdraví nebo nemoc.

Na jedné straně tedy máme psychoterapeutické subjektivní představy a city a potažmo podporované všimání si vlastní intuice jako nástroje, které příliš často psychologové a psychoterapeuti vnímají na základě vlastní zkušenosti jako neomylné. Na druhé straně zde máme objektivní nálezy medicíny, o které se lékař opírá, ale zná jejich hranice a omezenou interpretovatelnost a při víceosém rozhodování je zároveň jakoby souběžně vzděláváním lékařskou vědou nepodporovaně používána intuice a cit, které v rozhodování lékaře hrají, byť často neuvědomovaně, značnou roli. Souhra je samozřejmě možná a v současné systémové podobě lékařské péče i logicky nastavená.

.Jednou z nejdůležitějších úloh křesťanské teologie bylo vypracovat implikace eschatologického rozměru kříže a uvést je do životních souvislostí věřících a současníků (Lochman, Krédo) a to via duchovní péči. Jedná se o přítomnou eschatologii (spásu a přítomnost nás skrytě v Bohu) – a v případě těžce nemocných navazující soteriologii (učení o smíření a vykoupení, v naší přítomné péči o neurologicky chronicky nemocné především o smíření a vedení ke konkrétní pomoci lékařské, sociální, materiální).

Nelze nikoho uchopit a nějak s ním nakládat a jednat, pokud bychom nevzali v úvahu Krista s ním přítomného a křížem spjatého. Pokud pak jakýkoliv psychotherapeutický směr tento rozměr – neviditelný – nevidí a nebere v potaz, pak fetišizuje realitu, jak to chápe praktická křesťanská teologie. Pro praktické využití i pro nevěřící je základem ten fakt, že – přes všechny psychologické a biologické výzkumy – je příliš velká spousta jevů a procesů, kterým pro jejich složitost nerozumí ani profesionální pracovník – lékař i psychotherapeut. Kněz, lékař i psychotherapeut by měl mít vždy na zřeteli, že druhému pouze slouží, provází ho, pomáhá mu, ale nemá žádné právo formovat život svého bližního do svých představ, byť třeba odvozených z mezinárodního konsensu. To mu může pouze nastínit, vysvětlit, ale nemá právo ho do ničeho manipulovat, ani tlačit.

V příběhu a životě Ježíše Krista je prakticky uložen základ našeho jednání s těmi, kteří se společenskému průměru jakkoliv vymykají. Sám Ježíš Kristus podle výpovědí všech čtyřech evangelií dává svůj jedinečný příklad, jak máme v takových situacích jednat.

V eschatologické přítomné praxi duchovní péče pak, po vzoru Ježíše Krista – stolujme s celníky. Jedním dechem Kristus dodává – já tak činím, protože dnes nechci oběti (Matoušovo Evangelium).. V dalších evangeliích na stejnou událost nalézáme jiné významy, nikoliv se vylučující. Marek zdůrazňuje, že je dobré, aby si dotyční uvědomili svoji hříšnost, Lukáš pak, že Kristus nepřišel, aby léčil zdravé, ale aby léčil nemocné. V Lukášově evangeliu, jako Evangelium psaném rukou lékaře, se tak poprvé zmiňuje možný rozměr nemoci těchto lidí, tedy potenciálně určité psychopatologie, ať už primární dotyčného jedince, tak sekundárně způsobených útlakem dotyčných okolím, či jejich kombinace. Jan pak o stejné události říká – Ježíš tímto dotyčným odpouští jejich hřích – a tedy činme totéž.

Z našeho hlediska praktické teologie u neurologicky nemocných v duševními problémy se to dá prakticky předat a doporučit k dalšímu jednání i tak – výchozí stav těchto lidí, byť jakkoliv potenciálně pohoršující či volající po změně – může být příliš složitý na jakýkoliv lidský úsudek. A všimněme si, že ani Ježíš Kristus zde v podstatě nijak a metodicky neléčí – a to ani podle Lukáše - ale pouze přijímá do své laskavé přítomnosti a jako se sobě rovnými s nimi hovoří a stoluje.

## **VI. Závěry**

Významem pro pacienty s neuropsychiatrickým onemocněním je, pokud všechny tři profese – lékařství, existenciální analýza a logoterapie a poimenika udrží vzájemný dialog o daném pacientovi s přihlédnutím k přínosu jednotlivých profesí i k jejich omezením. Další význam má v rámci dlouhodobého diskurzu také dlouhodobá spolupráce jako je tomu například u jednotlivých lékařských specializací, pokud budou všechny tři profese péči o pacienty odborně vědecky i pedagogicky rozvíjet. Dále viz VI.4 – Závěry, aktuální otázky pro výzkum),

### **VI. 1. Význam a hranice lékařství.**

Jednoznačný přínos lékařství – neurologie a potažmo neuropsychiatrie – je empirická ověřitelnost biologické podstaty onemocnění, což je základ, který poimenika ve svém celostním pojetí člověka nezpochybňuje a ani existenciální analýza a logoterapie by neměla vytvářet vlastní subjektivní „klinické diagnózy“ s cíleným ignorováním biomedicíny. To ale platí i obráceně – v řadě případů onemocnění a zejména průběhu a jevů existenciálně-analytický psychoterapeut a logoterapeut ze své sebezkušenosti a zkušenosti předávané jeho školou může i bez empirických poznatků vědět dobře, o jaký se u dotčeného pacienta jedná proces, o jakou příčinu jeho obtíží. Často terapeut pro jeho zaměření na city, pocity a intuici se může správné diagnóze obtíží pacienta přiblížit více než lékař se všemi moderními možnostmi vyšetření a diagnostiky. To je tisíciletá praxe křesťanství a i současný, lékaři respektovaný přístup poimeniky. V Bibli stojí „víra Tvá Tě uzdravila“.

Pro pacienta přínosným postupem lékařské a existenciálně-analytické psychoterapie a logoterapie pak je, pokud si dokáží říct vlastní poznatky o příčině či průběhu daného onemocnění nebo konkrétním pacientovi a učinit závěr společně nebo někdy umět rychlý závěr neučinit a raději dále sledovat a vyčkávat. Ideálním případem je, pokud je lékař, v případě psychiatra s dostatečným vzděláním i v somatictější zaměřených oborech (neurolog, neuropsychiatr a další specializace) zároveň i existenciálně-analytický psychoterapeut a logoterapeut.



## **VI. Význam a hranice existenciální analýzy a logoterapie**

Neznalost biomedicíny a lékařství je pro existenciálně-analytického a logoterapeutického psychoterapeuta hranicí, značně limitující ho tehdy, pokud není lékařem, který by existenciální analýzu a logoterapii aplikoval jako jednu z léčebných metod u pacientů, které léčí odborně i jako lékař. Druhou hranicí pro psychoterapeuta zpravidla je, pokud není křesťanem, není obeznámen s poimenikou, základy křesťanství. Pokud si dotyčný psychoterapeut obecně tyto hranice neuvědomuje ve smyslu svého deficitu pro potřebnou integrativní mezioborovou spolupráci, pak se ve své odborné činnosti dopouští často redukcionismu, psychologismu na podkladě hermeneutického se uzavírání do – jak bylo dokázáno – prozatím rozporuplné bludné teorie své psychoterapeutické školy. K tomu bohužel v praxi existenciální analýza a logoterapie v podstatě psychoterapeuty vybízí.

Existenciální analýza a logoterapie je jedna z mála psychoterapií, zabývající se duchovní dimenzí člověka, jde však o mladý psychoterapeutický směr (několik desítek let od období po druhé světové válce), kde hlavní zakladatel V.E.Frankl je prokazatelně stejně jako jeho předchůdce M.Heidegger ovlivněn válečnými traumaty, která rozbíjela jejich víru v Boha a kde v dalším období jeden ze dvou nástupců, A. Langle, se větší částí odchýlí od učení svého učitele a mimo jiné zmiňuje nedostatečné rozvíjení existenciálně-analytické psychoterapie a logoterapie ke křesťanské duchovní péči. Jak bylo ověřeno v této práci prakticky i teoreticky, je obrovským deficitem této školy ignorování duchovní dimenzi člověka od samého počátku jeho psychofyzického bytí – slovy existenciální analýzy a logoterapie od první základní existenciální motivace člověka – „moci být“ na straně jedné i organickou podstatu člověka na straně druhé.

### **VI. 3. Poimenika a její význam**

Jednoznačný a vedoucí význam poimeniky v péči o pacienty s neuropsychiatrickým onemocněním v péči existenciálně-analytické psychoterapie a logoterapie je péče o duchovní dimenzi člověka, služba jeho víře a posílení pacienta jako, aby i v těžké životní situaci dané nemocí a jejími následky, setrval s Kristem a to jak výslovně a vědomě, tak na úrovni jeho víry.. To je zejména pro vědomě věřícího pacienta. Co se týče duchovní péče senzualato o všechny neuropsychiatrické pacienty, se kterými se poimén setká – nikdy dotyčného nelze

plně označit za ateistu nebo jinak věřícího nehlásícího se k tomu či onomu náboženství, cesta každého je vždy otevřená a nahlédnout do ní je v posledku obtížné a nikdy nemáme uchopitelnou jistotu, že vidíme do budoucnosti správně. Vedoucí význam poimeniky spočívá v aktuálnosti základů křesťanství a dvoutisícileté propracovanosti teoretické, v praxi i se všemi omyly a slepými cestami prověřenými postupy, zejména ve vztahu k profesně mladému oboru EAL, který má za cíl rovněž zohlednění duchovní dimenze člověka, a jejími intraoborovými rozpory, postrádajícími vhodnou výkladovou kritickou tradici.

To lze dedukovat z konkrétních pacientech uvedených v kasuistikách (viz. IV.1), na sebezkušenosti autorky práce jako neurologa, psychiatra, existenciálně-analytického psychoterapeuta a logoterapeuta i duchovní. (viz IV.2.).

#### **VI.4. Aktuální otázky pro výzkum**

Tato práce přinesla závěr, že člověk otázky jen neodpovídá, on je i klade. Typickým příkladem je modlitba a víra v Boha, potažmo z hlediska teologie a závěrů II.Vatikánského koncilu vždy víra z pohledu života věčného.

Aktuálně se s tím pojí i problém osudu – slovo osud teologie nezná. To je lidský výmysl. V komunikaci s Bohem – v kladení otázek i odpovědí v modlitbě i následujícím životě po ní – je Boží vedení a Boží záměr s námi při darování člověku jeho svobody, nikoliv nezbytně z hlediska časoprostoru nutné k volbě - a reality jeho tendenci k hříchu a Boží spravedlnosti vírou omilostněné. Z toho plyne neexistence něčeho, co lidé nazývají osudem.

Problém časoprostoru se tak otvírá i ve zmiňované dimenzionalitě. Neexistuje vyšší a nižší dimenze, to je gnóze a ta jako taková je herezí, čili příliš jednostranným výkladem a zároveň v jednostranné explikaci závěrů z takového výkladu i bludem. Existenciální dimenzionalita hereze a bludů zbavená se otevírá v bezprostředním setkání člověka s druhým člověkem nebo s něčím a nemusí to být nutně osoba. To ukotvuje naši víru a implikuje otázku v časoprostoru –

s ohledem na život věčný pak v didaktickém rámci čtyřech existenciálních dimenzí skutečnosti dochází v daném čase k ději toho, co se již stalo, resp. co je z hlediska života věčného a Božího záměru s člověkem ke spasení a životu věčnému předurčeno a kam nás (Bůh) a náš život s víry směřuje.

Neexistuje tedy nutná odpovědnost ve smyslu momentálního zodpovídání otázek, člověk může otázky zároveň odpovídat i klást a tím je život duchovně ve výsledku utvářen. To otevírá otázku uzdravení a zdraví člověka. Smrt nemusí vždy souviset s patologickými ději – i bez nich, v logicky delším životě – je přirozeným závěrem pozemského života – typicky – srdce se zastaví. Nemoc ukazuje lidský hřích, nikoliv prvotní záměr Boha s člověkem. Platí-li otázka časoprostoru v existenci člověka, pak didaktický výklad celosti skutečnosti Boha a člověka v dimenzionalitě odkrývá Boží záměr s člověkem učinit ho zdravým, tedy Bůh uzdravuje. Děje se tak v konkrétních v čase ukotvených situacích, které jsou pro člověka ale zároveň vždy i relativní a otevřené – co má být se už stalo, ale stát se to nemusí pro člověka darovanou svobodu spolu s jeho tendencí k hříchu a pádu.. To co se nestalo, včetně uzdravení, je učiněno v rámci posledních věcí člověka v jeho pozemském životě. Bohem. Logicky se dá i explikovat závěr, že pokud je člověk mrtvý, není už nemocný, ale zdravý je pouze v životě věčném. Skrze Ježíše Krista a jeho rány, vzkříšení a nanebevzetí je v bezprostředním kontaktu s ním v časoprostorovém rámci možné i uzdravení v konkrétní v životě člověka časem a vírou ukotvené situaci, pokud je to Boží vůle a on sám nebo skrze lidské možnosti ji naplní.

Tyto dedukované dílčí závěry nám implikují i další otázku pro další výzkum, s níž se plně potvrdí nebo v daném čase budou vyvráceny – totiž, zda je možné být zároveň v první i druhé dimenzi – tedy, být vždy objektem i subjektem v daném okamžiku zároveň. Zdeněk Trtík se v monografii – Já, ty a křesťanství vyslovuje tak, že to možné není – že je možný pouze rychlý sled být subjektem a objektem, který člověk pro rychlost nepozoruje, ale že není z hlediska dimenzionality být v obou dimenzích zároveň a tedy být subjektem i objektem. Bezprostřední myšlení v bezprostředním setkání člověka s někým nebo něčím je vždy pro daný okamžik zbaveno objektu, tedy i v první dimenzi pozorované objektivní reality.

Jak ale je zmíněno doslovně – otázka časovosti a časoprostoru nebyla příliš v existenciální dimenzionálním popisu skutečnosti zkoumána – a bezprostředně dále je explicitně i implicitně dedukováno, že dimenzionální popis skutečnosti bude souviset a otevírá otázku teorie relativity. Není ovšem zmíněno, jaký by relativita času měla vztah k dimenzionálnímu popisu skutečnosti. Cestu a význam bude mít v eschatologii (teoretické vědě o posledních věcech člověka), tedy i prakticky v uzdravování a biomedicíně a existenciálně orientované psychoterapii a duchovní péči vůbec. Z toho lze odvodit i hypotézu pro výzkumný záměr v dogmatice, senzui strikto husitské teologie:

1/ Člověk je v každém okamžiku objektem i subjektem, neexistuje střídání – bytí i rychlé – v čase a v časoprostoru, nejedná se ani o didakticky vzato, střídání bytí v jedné nebo v druhé dimenzi. To může mít dopad na uzdravení v případě, že není možné střídání subjektu a objektu i v případě, že možné je a to ale kvalitativně zřejmě zcela jiným způsobem.

Co to znamená pro prezenční eschatologii v českém prostředí a přínosu v české reformaci a systematického výzkumu husitské teologie jak křesťanské dogmatice, tak biomedicíně, je otázkou otevřenou pro budoucnost z přijetí nebo nepřijetí hypotézy následně., rovněž jako to, co se tím může odkrýt (a zda vůbec něco) pro biofyziku, potažmo fyziku a chemii. Další druh nepoznané energie nebo něco nám zatím nepředstavitelného, popsitelného a uchopitelného ovšem fyzikálně a chemicky, kde lidé dosud nebudou moci dokázat, o co jde, ale budou o to blíže tomuto cíli. Teorie relativity – časohmotoprostor – zda je tato skutečnost skutečně nám uchopitelná pouze vírou a nepoznatelná, nespočitatelná, nedokazatelná.

Přesáhnutím člověka své časoprostorovosti – v časoprostorovém napětí a napnutí se - je potenciální faktor onemocnění pro vyčerpání se a vyprázdnění vlastního života.. Proto musí zůstat zároveň vždy i jaksi hmotný, to také znamená, neustále se obměňující. Nutné napětí a napnutí se vytváří energii života a pohyb stejně, jako rychlé energetizující přiřazení leckdy časově omezeného smyslu dané situace a tím uvolnění tohoto napětí a napnutí se. .Prevence a kotvou je pak opět bezprostřední myšlení a otevření se v obou dimenzích. .

Čistě organicky – „thalamický rozklad“ a čínská medicína je medicínou v určitém smyslu dimenzionální, podporující sebeúdravné procesy v člověku, než samotné uzdravení na podkladě potlačování patologických procesů. To je dobře z akupunktury a výzkumu na ní, i prof.Phdr. Kolářem pojaté neurorehabilitace na podkladě plasticity těla i nervového systému. Jeho klinicky-vědecký přístup je výslednicí vynikajících pozorovacích schopností a schopnosti kombinatorní víceúrovňové diagnostiky na straně jedné a zřejmě i bezprostředního odpoutání se od v Evropě běžných klasických lékařských diagnostických a léčebných postupů v myšlení při uzdravovací práci.

Projevy, které se tak zdají být patologické – rány většinou na kůži, svalového rázu, ale i vnitřních orgánů, nervů, psychiky a krve – jsou v podstatě kompenzatorním rozkladem problému a jejich uzdravení podporuje uzdravení základních příčin. Jsou tedy projevem a rozkladem patologie, ne patologií samou. Z toho implicitně lékařství vychází. Není ale bohužel explicitně zkoumáno hledisko sebeúdravných mechanismů takového rozkladu, čili, lokální porušenost je často projevem zdravé reakce organismu a zdraví, nikoliv pouze nemoci.

Také – i když ne jediné - na sebeúdravné procesy člověka zacílená diagnostika dále určuje zcela zásadním způsobem i léčbu. A to v první řadě potlačování projevů sebeúdravných mechanismů člověka – taková „léčba“ nejen že neléčí základní příčinu, ale komplikuje i sebeúdravný proces, ale i léčbu z celkového hlediska a zhoršuje i samotný patologický proces. Tendence současné biomedicíny jít tímto směrem jsou zatím v zárodku, otázkou pro teologii bude výzkum v přítomné eschatologii k otázkám časovým, prostorovým a hmotným.

**VI.1. BIBLE**, Pismo svaté Starého a Nového Zákona, včetně deuterokanonických knih. Česká biblická společnost, Praha, 1995, str.283. ISBN 80-85810-37-9.

**VI.2. Prameny:**

- 1/ AMBLER, Z., a kol.: Klinická neurologie, část obecná. Triton, Praha, 2008, str.976, ISBN 978-80-7387-157-4.
- 2/ Barth, K.: Křesťanská zvěst a dnešní Evropa. Křesťanská revue, 1948, str 72-78.
- 3/ BEDNAŘÍK, J., a kol.: Klinická neurologie, část speciální I., Triton, Praha, 2010, str.707, ISBN 978-80-7387-389-9.
- 4/ BEDNAŘÍK, J.: Speciální neurologie, část speciální II., Triton, Praha, 2010, str 577, ISBN 978-80-7387-389-9.
- 5/ BENEŠ, J., Ed.: Sborník Otevřené dveře, 1.vydání. L.Marek, 2012, Praha, str.226, ISBN : 978.80-87127-57-5.
- 6/ BENEŠ, J., Ed.: Sborník Otevřené dveře. L.Marek, 2010, Praha, str.298, ISBN: 978-80-87127-27-8.
- 7/ CARSON, D.A. and DOUGLAS, J.M.: Úvod do Nového Zákona. Z anglického originálu. Návrat domů, 2008, str.700, ISBN 978-80-7255-165-1.
- 8/ DILLARD, R.,B., TREMPER, L., III: Úvod do Starého Zákona. Z anglického originálu. Návrat domů, Praha, 2011, str.450, ISBN: 978-80-7255-244-3.
- 9/ FRANKL, V.E.: Náboženství a psychoterapie, překlad německého originálu z 1991. Cesta Brno, 2006.str.86. ISBN 80-7295-088-6.
- 10/ FRANKL., V.E.: Psycholog prožívá koncentrační tábor, překlad z německého originálu. Cesta, Brno, 1990, str.102, ISBN: 80- 7255-910-6.
- 11/ FRANKL, V.E.: Lékařská péče o duši. Z německého originálu. Cesta, Brno, 1996. Str.237, ISBN 80-85319-50-0.
- 12/ HUS J.: De Ecclesia. HUS, 1. vyd. Praha: Československá akademie věd, 1965, 311 s. kap.7, ISBN 80-85686-72-3.

- 13/ JOSUTTIS, M.: Bemerkungen zu einer Theologie der religiösen Erfahrung, in: Religion und die Droge, vyd. Josuttis, M. a Leuner, H, Stuttgart, 1972, str. 246:
- 14/ KRATOCHVÍL, S.: Základy psychoterapie, páté vydání. Portál, Praha, 2006. str.383, ISBN: 80-7367-122-0.
- 15/ KOUKOLÍK, F.:Vzpouza deprivantů. Galén, Praha, 2006. str.321, ISBN: 978-80-7262-410-2.
- 16/ KUČERA, Z.: Trojiční teologie. Blahoslav, Praha, 1984, str.118, 80-86263-21-5
- 17/ LANE, T.: Dějiny křesťanského myšlení, první vydání (reprint). Návrat domů, Praha 1999, str.286, ISBN 80-85495-47-3.
- 18/ LANGLE,, S.: Žít Svůj vlastní život. Z německého originálu z 2006. Portál, Praha, 2007. str.181, ISBN 978-80-7367-220-1
- 19/ LANGLE, A.: Smysluplně žít. Z německého originálu 2000. Cesta, Brno, 2002, str.79. ISBN 80-7295-037-1.
- 20/ LANGLE, A.: Was bewegt der Menschen?, 1992, Sien, str. 92.:
- 21/ LIGUŠ, J.: Náboženská výchova a výuka. Sborník, Brno, 2005, str.172, ISBN 80-86263-59-2.
- 22/ LUTHER, M., Výzva křesťanské šlechtě národa německého, 1520.
- 23/ OPATRŇY, A.: Malá příručka pastorační péče o nemocné. Arcibiskupství pražské, Pastorační středisko. Praha, 2003.
- 24/ PROCHASKA, J.O a kol: Psychoterapeutické systémy, průřez teoriemi, z anglického originálu 1996. Grada, Praha, 1999. str.479, ISBN 80-7169-766-4.
- 25/ SMOLÍK J: Pastýřská péče. Kalich, Praha, 1991, 264 s, ISBN 80-7017-276-2
- 26/ THURNEYSEN, E. : Die Lehre von der Seelsorge, Munchen, 1948., ISBN:
- 27/ TILLICH, P.: Biblické náboženství a ontologie – Výbor ze studií, esejů a kázání. Kalich, 1990, ISBN 80-7169-876-8.
- 28/ TRTÍK, Z.: Já, Ty a křesťanství. Blahoslav, Praha, 1948. str.197, ISBN: 973-54565-80-0..
- 29/ ZVOLSKY, P., a kol: Obecná psychiatrie.Karolinum, Praha, 2001. str.192. ISBN: 80-7184-494-2.
- 30/ ZVOLSKÝ, P. a kol.:Speciální psychiatrie.Karolinum, Praha, 2001, str.206. ISBN: 80-7184-203-6..

### **VI.3. Periodika**

1/ BALCAR, K: Téma víry v poradenství a terapii, příspěvek na konferenci: „Osobnost a rodina v problémovém situácii“ pořádanou CPPS 16-17. 10. 1996 v Bratislavě.

2/ BALCAR, K.: Logoterapie a existenciální analýza Viktora E. Frankla – <http://www.slea.cz>, 1994.

### **VI.4. www zdroje:**

1/ Webové stránky Společnosti pro existenciální analýzu a logoterapie - <http://www.slea.cz>