

Univerzita Karlova v Praze
Filosofická Fakulta
Ústav filosofie a religionistiky
Religionistika

TEZE DISERTAČNÍ PÁCE – AUTOREFERÁT

Autor: Mgr. Jiří Motl

Spiritualita a duševní nemoc:

Role spirituality v životě lidí se zkušeností s psychotickým
onemocněním

Spirituality and Mental Disorder:

*The Role of Spirituality in the Lives of People with Experience of
Psychosis*

Vedoucí: Prof. PhDr. Pavel Říčan, CSc.

2016

ABSTRAKT

Disertační práce se zabývá vztahem duševní nemoci a náboženství, zaměřuje se na to, jakou úlohu sehraává spiritualita u lidí se zkušeností s psychotickým onemocněním.

V teoretické části je diskutován problém stanovení hranice mezi patologickou a normální spiritualitou, přičemž je zdůrazněn význam funkčního hlediska a potřeba dialogického vztahu s nemocným. Teoretická část dále mapuje možnosti využití spirituality v procesu zotavení. Spiritualita často pomáhá nemocným vnímat svou nemoc jako smysluplný proces, čímž zpravidla přispívá k jejímu lepšímu zvládnutí. V závěru teoretické části jsou představeny čtyři alternativní či komplementární výkladové rámce psychotické zkušenosti.

V empirické části je zkoumáno devět osob (věřící se zkušeností s psychózou) prostřednictvím kvalitativních metod. Sběr dat a jejich analýza vychází především z metody IPA (interpretativní fenomenologická analýza). Cílem výzkumu je zmapovat u konkrétních osob s duševním onemocněním jejich zkušenosti s tím, jak duševní nemoc ovlivnila jejich spiritualitu a jak je jejich zdravotní stav ovlivněn spiritualitou. Výzkum se dále zaměřuje na to, jaký význam přisuzují spiritualitě věřící lidé se zkušeností s psychózou.

Výzkum ukázal, že věřící duševně nemocní hledají svůj vlastní výklad psychotické zkušenosti a spiritualita v něm většinou hraje významnou roli. Spiritualita ovlivňuje i to, jaké strategie volí na cestě zotavení. Výsledky empirického výzkumu jsou propojeny s poznatky teoretické části, přičemž jsou dále rozvíjeny čtyři výkladové rámce (koncept temné noci duše, koncept psychospirituální krize, koncept psychózy jako přechodového rituálu a psychosomatický výkladový rámec). Na podkladě výsledků empirického zkoumání jsou diskutovány i další komplementární výklady, k těm patří zejména koncept kolektivního nevědomí C. G. Junga a pojetí nemoci jako trestu.

Ve výzkumu se ukázalo, že spiritualita ovlivňuje proces zotavení jak pozitivně, tak negativně. Výsledky výzkumu naznačují, že lidem s psychotickým onemocněním prospívají formy spirituality, které vedou k tzv. uzemnění. Na základě výsledků výzkumu jsou formulována vodítka pro odlišení patologických a zdravých aspektů spirituality nemocného. Zásadním kritériem při posouzení patologie je funkčnost, tedy to, jak daný projev ovlivňuje život jedince. Avšak

odlišení zdravých a patologických aspektů spirituality se musí odehrávat v dialogu s nemocným, neboť nad funkčním hlediskem stojí respekt k perspektivě nemocného.

Cílem práce je podnítit odbornou diskusi, která by vedla k prohloubení integrace spirituality do péče o duševně nemocné. V závěru jsou navržena doporučení pro práci se spiritualitou u lidí se zkušeností s psychotickým onemocněním.

AUTOREFERÁT

Disertační práce se zaměřuje na téma významu spirituality u lidí s psychotickým onemocněním. Jak teoretická, tak praktická část zkoumají pole, na němž se setkávají různé diskurzy.¹ Nemocný často stojí mezi několika výklady a přístupy, které nahlízejí nemoc odlišně a navrhují různé strategie nápravy. Tato práce otevírá možnost propojování různých výkladů a přístupů k psychotickému onemocnění. Text se vymezuje vůči redukcionistickým přístupům, které blokují rozvoj teoretických modelů, limitují empirický výzkum a znemožňují dialog různých disciplín, oborů, profesí a také dialog s nemocnými. Cílem práce je podpořit tento dialog a přispět k prohloubení integrace spirituality do péče o duševně nemocné.

Disertační práce poukazuje na problémy spojené s rozlišováním normální, patologické a zdravé spirituality, nabízí také vodítka pro toto rozlišování. Text upozorňuje na různá úskalí práce s tématem spirituality u lidí s duševním onemocněním a navrhuje možnosti, jak ho vhodně začlenit do léčebného procesu. Práce poskytuje přehled různých forem spirituálního copingu, které je možné v průběhu léčby využít.² Záměrem práce je zdůraznění nutnosti individuálního

¹ Pojmem diskurz je zde míněn konkrétní přístup ke skutečnosti, který má vlastní pravidla a je vázán na určité společenství. Diskurzy, které nás zajímají, různým způsobem rozumí vztahu duševní nemoci a spirituality. Můžeme tak hovořit např. o psychiatrickém, křesťanském nebo analyticky psychologickém diskurzu. V obdobném významu je v práci užit pojem jazykových her, který více zohledňuje praktickou rovinu užívání jazyka. Autorem teorie jazykových her je Ludwig Wittgenstein, který poukazoval na to, že jazyk je neoddělitelně spojen „s konkrétními řečovými situacemi a jednáním lidí určitého společenství (tj. s konkrétní formou života)...“ (Horyna et al., 2002, s. 444).

² Takto jedna z respondentek popisuje situaci, kdy jí modlitba pomohla překonat katatonní stav: „Jednou se mně stalo, že jsem si sedla na zahrádku a teď jsem nevěděla, [...] jak se mám hejbat... A tak jsem si říkala, teď mě nezbejvá nic jiného, než abych se modlila. A tak jsem tady seděla v křesle a modlila se a najednou se mně rozsvítlo, tak krásně se mi udělalo a všechno přešlo...“

přístupu, proto se soustředíme zejména na to, jaký význam přikládají své spiritualitě konkrétní věřící. S ohledem na tento záměr byl zvolen kvalitativní design výzkumu.

TEORETICKÁ ČÁST

Disertační práce se opírá o teoretická východiska Williama Jamese, Ludwiga Wittgensteina a Michela Foucaulta. V práci jsou využity také poznatky mnoha současných autorů (Pavel Říčan, Vladimír Smékal, Sylvia Mohr, Philippe Huguelet, Robert Barrett, Harold Koenig, Isabel Clarke, Roger Fallot, Kenneth Pargament nebo Sharon Smith).

Perspektiva, z níž práce nahlíží vztah psychózy a náboženství, byla ovlivněna Wittgensteinovou teorií jazykových her, která přistupuje k jazyku psychiatrie a jazykům jednotlivých náboženství jako ke svébytným celkům s vlastními pravidly. Žádná jazyková hra přitom není vnímána jako nadřazená. Jelikož tato teorie sleduje praktické využití jazyka, výrazně zohledňuje funkční hledisko. Wittgensteinův přístup je pluralistický a respektuje svébytnost jednotlivých jazykových her, je proto dobrým základem dialogu různých přístupů.³

Dalším autorem, o něhož se práce opírá, je William James, užitečnost jeho pragmatického hlediska vyvstala zejména při hledání mezi patologie spirituality. James reprezentuje destigmatizační přístup, který odmítá paušální patologizaci mimořádných spirituálních prožitků duševně nemocných. Podle něj může být člověk duševně nemocný a zároveň může mít hluboké spirituální prožitky.⁴ Výsledky našeho výzkumu ve shodě s Jamesem ukazují, že by neměla být posuzována spiritualita jedince jako celek, ale měly by být odlišovány zdravé a patologické aspekty spirituality jedince, a to s ohledem na jejich vliv na psychický stav jedince.

³ Wittgenstein se domníval, že dominance psychiatrického výkladu přispívá k izolaci nemocného a prohlubuje jeho utrpení (Evans a Steslow, 2010, s. 258).

⁴ James se zabýval vztahem psychopatologie a náboženství zejména v knize *Druhy náboženské zkušenosti* (1930 – první vydání 1902).

Dále jsou v textu využity Foucaultovy analýzy psychiatrického diskurzu, které odhalují psychiatrické kategorie jako kulturně konstruované.⁵ Foucaultova perspektiva pomáhá vzdorovat biologickému redukcionismu, který je dosud v psychiatrii velice silný.

Z pozice pluralistického pragmatismu byl v prvních kapitolách disertační práce analyzován fenomén patologizace spirituality u lidí s duševním onemocněním. Další kapitoly se pokoušejí projasnit proces stanovování hranice patologie.⁶ Práce problematizuje statistický přístup k vymezení normality a poukazuje na stěžejní význam funkčního hlediska.⁷ Při posuzování patologie je prioritou respekt k subjektivnímu hledisku nemocného, který má přednost i před funkčním hlediskem. Jako východisko z konfliktů různých perspektiv práce nabízí pluralistický přístup a dialog.

V další části je na příkladu vybraných diagnostických kategorií (magické myšlení, blud, posedlost, hlasy) ukázána problematičnost posouzení patologie spirituality. K problematičným aspektům těchto diagnostických kategorií patří např. etnocentrismus nebo přílišné zohlednění konvencí společnosti, v níž je projev posuzován. Ukazuje se, že posouzení projevu také do značné míry závisí na světonázoru diagnostika. U všech popsanych kategorií se ukázal význam funkčního kritéria, které patrně stojí také za dalšími kritérii, jako např. kulturní nepřiléhavost projevu.

V závěru teoretické části byly představeny vybrané alternativní či komplementární výklady psychotického onemocnění. Náš výzkum ve shodě s dalšími autory ukazuje, že pro lidi se zkušeností s psychózou není psychiatrický výklad (jednostranně biologizující) dostačující, nebo s ním přímo nesouhlasí, protože je pro ně vnitřně nepřijatelný. Hledají proto vlastní výklad nemoci a nalezení tohoto výkladu často přispívá k efektivnějšímu zvládnání nemoci. Ukazuje se též, že výklady zohledňující spiritualitu jedince často nahlíží na psychózu jako na transformační proces.

⁵ Foucault (2002, s. 67) v této souvislosti upozorňuje, že se náboženské instituce významně podílely na vymezení pojmu duševní nemoci. Církev měly totiž dlouho rozhodující slovo při rozlišování mystického a patologického, duchovního a tělesného, nadpřirozeného a nenormálního.

⁶ V tomto směru jsem se opíral zejména o knihu *Normalita osobnosti* od Evy Syřišťové (Syřišťová et al., 1972).

⁷ Pro toto hledisko je zásadní, jak posuzovaná forma spirituality ovlivňuje funkčnost jedince.

Kriticky byl analyzován transpersonalistický koncept psychospirituální krize.⁸ Analýza odhaluje jeho hodnotové zatížení a vágnost. Následně byly navrženy úpravy tohoto konceptu. S ohledem na respondenty výzkumu je navrženo širší vymezení, aby mohl být tento koncept použit jako komplementární k medicínskému výkladu. Dále byl představen koncept temné noci duše Thomase Moora (Moore, 2009), který byl aplikován na případ psychózy. Jeho přínosem je zejména to, že podporuje pasivní strategie zvládání (coping). Následující kapitola představuje teorii, která pojímá psychózu jako přechodový rituál. Silnou stránkou tohoto konceptu je jeho otevřenost vůči specifickým jedince, je dokonce použitelný u lidí nevěřících. Na konci teoretické části nabízím možnost využití psychosomatické optiky pro lepší porozumění psychotické zkušenosti. Tato perspektiva se objevuje i u respondentů tohoto výzkumu.⁹

EMPIRICKÁ ČÁST

Empirická část práce je pojata jako kvalitativní výzkum, jehož cílem je zmapovat u konkrétních osob s duševním onemocněním jejich zkušenosti s tím, jak duševní nemoc ovlivnila jejich spiritualitu a jak je jejich zdravotní stav ovlivněn spiritualitou. Výzkum se zaměřuje na to, jaký význam přisuzují spiritualitě věřící lidé se zkušeností s psychózou. Vlastnímu výzkumu předcházela rozsáhlý předvýzkum, který probíhal formou desítek rozhovorů s lidmi s psychotickým onemocněním a pozorováním v rámci stáží v psychiatrické léčebně. Na základě předvýzkumu byl upřesněn design výzkumu a byly formulovány výzkumné otázky.

⁸ V diskusi jsou představeny návrhy na reformulaci tohoto konceptu v duchu výzvy, kterou vyslovil Říčan (2012, s. 196): „Nyní je třeba pojem psychospirituální krize definovat pozitivně, racionálně jej ohraničit a „nabídnout k použití“ v psychologické teorii, empirickém výzkumu i klinické praxi. Přitom není vůbec nutno ignorovat bohatý, byť často chaoticky prezentovaný materiál, který nashromáždili transpersonální psychologové.“ Článek reaguje na kritickou analýzu tohoto konceptu, která byla publikována v Československé psychologii (Motl, 2011).

⁹ Lenka se např. domnívá se, že její nemoc je reakcí na nějaký špatný životní směr. Když žije špatně, znamená to, že ignoruje svoje „pravé já“ (true self). To se podle ní může u někoho ozvat skrze tělesné příznaky (somatizace). V jejím případě jí „true self“ dává signály skrze psychické příznaky. Má hypotézu, že kdyby se jí neprojevovalo pravé já v psychóze, tak by dnes mohla být „prolezlá rakovinou“. Psychotické příznaky tedy Lenka přenáší do souřadnic psychosomatického uvažování.

Při sběru a vyhodnocování dat byla použita kombinace několika kvalitativních metod, přičemž nejvíce byla využita metoda IPA.¹⁰ Výzkumný soubor zahrnuje 9 osob. Hlavní metodou sběru dat je rozhovor, který byl rozdělen na několik částí. První byla zaměřena na biografické vyprávění respondenta, druhá měla podobu polostrukturovaného rozhovoru. Otázky byly formulovány na základě cílů empirické části, částečně byly inspirovány otázkami z jiných výzkumů. Kromě toho byly využity další metody, aby byla zvýšena reliabilita (respektive správnost – accuracy) a validita (respektive pravdivost - veracity) výsledků (např. studium zdravotnické dokumentace). Dále byla využita grafická metoda časové osy a projektivní technika výběru obrázků, které vystihují respondentovu spiritualitu a nemoc.

Z rozhovorů byly vytvořeny jednotlivé případové studie, které podávají celistvý obraz příběhu respondentů a jejich pohledu na vztah spirituality a psychózy. Příběhy poskytují vhled do variability v rámci populace věřících se zkušeností s psychózou. Tímto způsobem jsou také uvedena do souvislosti kvantitativní data z jiných výzkumů.¹¹

Pro naplnění cíle empirické části byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

- 1) Jaký význam přikládají své spiritualitě věřící nemocní? Mělo onemocnění vliv na chápání významu spirituality v jejich životě?
- 2) Jak rozumějí své nemoci? Ovlivňuje spiritualita to, jak svou nemoc chápou?
- 3) Jaký vliv má spiritualita na jejich život? V čem jim pomáhá, v čem jim komplikuje život?
- 4) Mají respondenti zkušenost s konfliktem duchovní a lékařské (či psychologické/psychoterapeutické) autority? Mají nějakou zkušenost s nevhodnou patologizací své spirituality?

¹⁰ Interpretativní fenomenologická analýza je vhodná pro detailní zkoumání toho, jaký smysl jedinec vtiskuje své zkušenosti. Vhodnou metodou sběru dat je polostrukturovaný rozhovor. Důležitou součástí této metody je důsledná analýza jednotlivých případů – „case-by-case analysis“ (Osborn a Smith, 2008, s. 55).

¹¹ Např. Mohr a kol. (2006, s. 1952) zjistili na vzorku 115 lidí trpících psychotickým onemocněním, že podle 54% náboženství zmírnilo jejich příznaky a podle 10% příznaky zhoršovalo. Tato disertační práce se snaží prostřednictvím kvalitativního přístupu ukázat, jaké podoby spirituality nemocní vnímají jako škodlivé a za jakých okolností jim spiritualita spíše pomáhá.

5) Kde sami nacházejí hranici mezi zdravou a patologickou spiritualitou?

Na základě těchto výzkumných otázek byla členěna kapitola *Výsledky*. Data získaná v rámci výzkumu byla dále analyzována a rozčleněna do tematických okruhů.

1) Jaký význam přikládají své spiritualitě věřící nemocní? Mělo onemocnění vliv na chápání významu spirituality v jejich životě?

V této části bylo sledováno kolísání zájmu o spiritualitu v souvislosti s průběhem onemocnění. Z analýzy vyplývá, že velice často je zkušenost s psychózou spojena s posílením významu spirituality v životě jedince. Jako riziková se v tomto směru ukázala příliš intenzivní spirituální praxe, která může podněcovat produkci příznaků.¹²

Většina respondentů také upozorňovala na to, že zažila v souvislosti s léčbou útlum umělecké inspirace, intuice a duchovní vnímavosti. Tento projev respondenti přisuzovali zejména vedlejším účinkům léků. Respondenti se v těchto případech často snažili probudit ztracenou vnímavost, aniž by došlo k relapsu onemocnění. V diskusi je tento fenomén uchopen pomocí několika teoretických modelů, které mohou mít své využití v praxi. Tomuto jevu je třeba věnovat patřičnou pozornost, protože (a to dokládají i jiné výzkumy) někteří pacienti jsou kvůli tomuto útlumu ochotni přerušit léčbu.

2) Jak rozumějí své nemoci? Ovlivňuje spiritualita to, jak svou nemoc chápou?

Každý respondent má svůj výklad, který je buď alternativní vůči výkladu psychiatrickému, nebo je komplementární a psychiatrický model doplňuje či rozvíjí.¹³ Zahraniční publikace poukazují na to, že vytvoření vlastního výkladu psychotické zkušenosti přispívá k zotavení jedince, k podobným výsledkům dochází i tato práce.

¹² František např. upozorňoval na rizika příliš intenzivní meditační praxe: „Prostě jsem si to dělal sám, že opravdu asi tím, jak jsem to dělal hodně intenzivně, tak si myslím, že jsem ztrácel ten kontakt mezi tím okolím a prostě jsem žil izolovaně a to si myslím, že vedlo spíš k tomu propuknutí té nemoci, že myslím, že to samotné tak nebezpečné nebylo.“

¹³ Nejsilněji odmítá psychiatrický model Lenka, která svou psychózu nepovažuje za nemoc, ale za spirituální transformaci; také nikdy nebrala dlouhodobě léky.

Empirická část shrnuje individuální výklady psychózy, které se v několika případech opírají o koncepty zmíněné v teoretické části (temná noc duše, psychospirituální krize, psychosomatická perspektiva a psychóza jako přechodový rituál).¹⁴

Jako velice nosný se ukázal výklad psychózy jako formy zaplavení obsahy z nevědomí či z nějaké duchovní dimenze.¹⁵ V tomto směru se ukázal jako velice užitečný koncept kolektivního nevědomí C. G. Junga.

Dále měli někteří respondenti blízko k pojetí nemoci jako temné noci duše. V rámci diskuze byla zvažována vhodnost použití tohoto konceptu pro lidi s psychotickým onemocněním. Jeho nevýhodou je, že může u některých lidí podněcovat nezdravé setrvání ve stavu „temnoty“. Výhodou je naopak jeho přijatelnost pro širší spektrum nemocných a jeho schopnost podporovat pasivní coping.

Některým respondentům byl blízký koncept psychospirituální krize, ačkoliv k němu měli výhrady. V návaznosti na kritiku konceptu psychospirituální krize byly navrženy jeho modifikace tak, aby byl využitelný pro širší spektrum lidí s duševním onemocněním a nevylučoval se s psychiatrickým výkladem a přístupem.

V práci se zaměřuji zejména na výklady komplementární, protože v rámci odborné diskuse jsou často zmiňovány koncepty alternativní, které psychiatrický výklad vylučují. Cílem práce je podnítit dialog, pro který jsou komplementární výklady vhodnější než ty alternativní.¹⁶

3) Jaký vliv má spiritualita na jejich život? V čem jim pomáhá, v čem jim komplikuje život?

¹⁴ Antropologický koncept přechodového rituálu si pro svoje účely uzpůsobila Sára, která svou psychózu vnímá jako formu přechodového rituálu.

¹⁵ Častým motivem rozhovorů bylo to, že spiritualita je zdravá, ale když intenzita překročí určitou mez, stává se zhoubnou. Zvláště zajímavý je v tomto směru Filipův příběh. Nemoc se podle něj objevila jako důsledek zážitku v kostele, který narušil fungování jeho mozku, protože na něj nebyl připraven. Filip byl zaplaven tak silně, že to mělo za následek jeho nemoc, šlo podle něj o předčasné probuzení. Duševně nemocní mají podle něj dar inspirace z vyšších světů, ale zároveň jsou náchylní k zaplavení obsahy z „pekelných“ světů. Jde o otevřenost vůči světu bohů, ale i vůči pekelným světům. Léky pak mají zavírat brány těch pekelných světů. Jeho koncepce vychází z buddhistického pojetí světa.

¹⁶ Jedním z přínosů práce je rozdělení výkladových rámců na alternativní a komplementární.

Práce sledovala, jaký vliv má podle respondentů spiritualita na proces zotavení. Potvrdilo se, že spiritualita může dát smysl utrpení, které je pak snesitelnější. Tato studie v souladu s některými zahraničními výzkumy také ukazuje, že v některých případech je spiritualita formou prevence suicidia. Léčivě podle některých respondentů působí láska, které také přisuzují spirituální rozměr.¹⁷

Při zobecnění škodlivých a prospěšných forem spirituality je vhodné postupovat obezřetně. Výzkum poukazuje na vysokou míru individualizace. Co je pro jednoho člověka zhoubné, pro druhého může být prospěšné. Přesto se práce na základě výzkumu snaží dojít k opatrnému zobecnění. Za rizikovější snad lze považovat intenzivní podoby duchovní praxe, extatické formy spirituality usilující o vytržení a požívání omamných látek s cílem dosažení mimořádných spirituálních prožitků. Ukazuje se, že spiritualita se mnohdy stává oblastí, kam se lidé utíkají od běžného života, což může být v některých případech užitečné, ale u lidí se zkušeností s psychózou jsou takovéto útky spíše rizikové.

Naopak jako prospěšné (méně rizikové) se jeví ty formy spirituality, které jsou spojeny s tzv. uzemněním (či ukotvením).¹⁸ Většina respondentů popisovala zážitky, kdy „ulétávají“, „ztrácí půdu pod nohama“, „mají hlavu v oblacích“ atp.¹⁹ Tyto stavy přitom vyžadují vyvážení, které respondenti často nazývají uzemněním či ukotvením. Toto téma je v závěru práce propojeno s metodou všímavosti (mindfulness), která klade důraz na ukotvení.²⁰

4) Mají respondenti zkušenost s konfliktem duchovní a lékařské (či psychologické/psychoterapeutické) autority? Mají nějakou zkušenost s nevhodnou patologizací své spirituality?

Respondenti většinou uváděli, že nepocítují problém patologizace spirituality v rámci péče o duševně nemocné. Vnímají však problém v tom, že je

¹⁷ Takto popisuje efekt ztišení paní Jana: „Ztišit se v nitru, a to mi připadalo, že mi do srdce vstupuje láska, a když ta láska je, tak člověk nemůže onemocnět, to tam ta nemoc nemá místo.“

¹⁸ Uzemnění je pojem používaný v různých významech. Nejčastěji jde o přenesení pozornosti od myšlení k vnímání a tělesnosti. Tato metoda vede člověka k tomu, aby našel „pevnou půdu pod nohama“ (Papežová, 2010, s. 363).

¹⁹ Pavlovo předsevzetí: „Nebudu ulítávat na věcech, které nemají tu stabilitu nebo tu sílu mě uzemnit.“

²⁰ Technika všímavosti hned na začátku vyžaduje pevné ukotvení v přítomnosti (Clarke, 2013, s. 167).

jejich spiritualita ignorována nebo obcházena. Přáli by si, aby jejich spiritualita byla v rámci péče respektována a pokud možno integrována do procesu léčby.²¹ Přehlížení spirituality souvisí s dominancí biologizujícího výkladového modelu onemocnění. Respondenti ho mnohdy považují za redukcionistický, protože nezahrnuje spirituální rovinu jejich života.

Respondenti se také setkali s případy, kdy je psychiatrický přístup odmítán ze strany náboženských představitelů. V tomto směru je nutná osvěta a podpora vzájemného dialogu psychiatrů, psychologů, terapeutů a těch, kteří s nemocnými pracují v rámci náboženských společenství.

5) Kde sami nacházejí hranici mezi zdravou a patologickou spiritualitou?

Významná část práce byla věnována tématu rozlišení patologické, normální a zdravé spirituality. Již v teoretické části se postupně ukazovalo, že není možné obecně stanovit, která forma spirituality je patologická; vliv jednotlivých forem spirituality je silně individuální. Spiritualita u většiny pacientů navíc obsahuje jak složku, kterou je možno v léčbě využít, tak složku, která léčbu spíše komplikuje. Lékař/terapeut proto musí s nejvyšší opatrností a ve vzájemném dialogu s pacientem určit, co léčit, a co naopak podporovat (Boehnlein et al., 2000, s. 175).

Analyzovány byly hranice patologické a nepatologické spirituality na příkladu hlasů (sluchových halucinací), což je častý symptom, s nímž se lidé se zkušeností s psychózou potýkají. Ukazuje se, že jeden člověk může mít zkušenost jak s patologickými hlasy, tak s těmi nepatologickými.²² Jedním z důležitých závěrů tohoto výzkumu je, že žádný prožitek není patologický sám o sobě, vždy záleží na tom, jak daný jedinec tento **zážitek integruje** do celku svého životního

²¹ Lenka: „Já si myslím, že jako tam nějaký ten spirituální kontext se jako úplně opomíjí, že jakoby nějaké spojení spirituality a psychózy jsem jako našla až jako pak později v knížkách.“

²² Výpověď jednoho z respondentů jiného výzkumu: „Jako člověk slyšící hlasy (voice hearer) věřím, že jsem zažil jak spirituální hlasy, tak ty psychotické“ (McCarthy-Jones et al., 2013, s. 252). McCarthy-Jones a kol. tvrdí, že rozlišení spirituálních a psychotických hlasů není možné podle jejich formy, záleží na tom, jak s nimi jedinec nakládá a jak ovlivňují jeho život (McCarthy-Jones et al., 2013, s. 254).

příběhu.²³ Patologičnost závisí na tom, jak daný projev působí v životě jedince, záleží na jeho funkci. Hlasy např. nejsou patologické, když jsou funkčním způsobem integrované do spirituality nemocného.²⁴

DISKUSE A NÁVRHY PRO PRAXI

Z výzkumu vyplývá potřeba širší integrace spirituálních témat do péče o duševně nemocné. Na základě teoretické i empirické části disertační práce byla diskutována a formulována konkrétní doporučení pro práci se spiritualitou u lidí s duševním onemocněním.

Mnozí současní autoři usilují o integraci spirituality do systému péče o duševně nemocné, to je však spojeno s mnoha úskalími. Náš výzkum hledá východisko v postmoderním pragmatismu, pro nějž nachází oporu v teoriích Michela Foucaulta, Williama Jamese a Ludviga Wittgensteina i řady současných autorů. Základním předpokladem pro práci se spiritualitou duševně nemocných je dialog.

Terapeut/lékař by měl klientovi pomoci s formulováním vlastního výkladového rámce, který by byl v souladu s jeho spiritualitou. Toto vysvětlení zpravidla podporuje aktivní přístup k nemoci a pomáhá nalézt pozitivní aspekty této zkušenosti.²⁵

Je vhodné nabízet nemocným některé již známé komplementární modely. V tomto směru se můžeme opřít o tzv. postmoderní pragmatismus, který zdůrazňuje funkční hledisko a umožňuje existenci dvou výkladů psychotické zkušenosti, aniž by platnost jednoho vylučovala platnost druhého.²⁶

Užitečné může být využití konceptu kolektivního nevědomí a vysvětlení psychózy jako stavu zaplavení nevědomými obsahy.

²³ K podobným závěrům docházejí Heriot-Maitland a kol. (2012, s. 37), kteří upozorňují, že prožitky podobné psychotickým (*psychotic-like*) mají i lidé ve zdravé populaci. Rozdíl spatřují v tom, v jakém osobním a společenském kontextu se vyskytují a jak jsou jedincem integrovány.

²⁴ V této perspektivě není nutné posuzovat, jestli člověk skutečně mluví s nadpřirozenou bytostí. K určité zdrženlivosti v tomto směru vyzývají i Konopásek a Paleček (2012, s. 976) ve své analýze fenoménu posedlosti.

²⁵ Vzhledem k tomu, že lidé s duševním onemocněním se vyrovnávají se stigmatizací, kterou jejich onemocnění přináší, je prospěšné hledání pozitivních aspektů zkušenosti s psychózou, které snižují míru stigmatizace, a tím i zátěž spojenou s onemocněním.

²⁶ Spojení postmoderní pragmatismus užívají např. McCarthy-Jones a kol. (2013).

Jinou teorií, která může přispět k lepšímu porozumění psychóze, je teorie vytěsněné spirituality. Spiritualitu lze vnímat jako potřebu, jejíž potlačení může dospět k náhlému provalení těchto sil, které se může projevit v podobě spirituální krize s psychotickými příznaky.

Užitečné může být také seznámení nemocného s modifikovaným konceptem psychospirituální krize.

Zvláště u jedinců, kteří mají blízko ke křesťanství a jsou ve své snaze o změnu svého života přemotivovaní či přepjatí, může být užitečným konceptem temné noci duše.

Dalším konceptem, který může přispět k lepšímu porozumění a zvládnutí příznaků, je pojetí psychózy jako přechodového rituálu.²⁷

Dále je možno využít psychosomatickou optiku, kdy nemocný vnímá psychózu jako určitou zprávu, která mu má ukázat cestu transformace.

Ve spolupráci s nemocným je třeba odlišit zdravé od patologických aspektů jeho spirituality. Prospěšné je, když se pracovník seznámí s různými formami spirituálního copingu. Užitečné je také komunikovat s představitelem náboženského společenství, jehož je nemocný členem.

Pro odlišení patologických a zdravých aspektů spirituality neexistují žádná obecně platná kritéria. Základním vodítkem by mělo být funkční hledisko. Odlišování patologických a zdravých aspektů spirituality musí probíhat v dialogu, základem je respekt k subjektivnímu pohledu nemocného. V tomto směru je možné využít principů přístupu založeného na tzv. otevřeném dialogu (Seikkula a Arnkil, 2013). Podobné principy můžeme najít i u přístupu, který pracuje s koncepcí zotavení (recovery).²⁸ Oba přístupy poskytují dobré nástroje pro práci se spirituálními tématy.

²⁷ V textu je rozvíjen koncept, s kterým pracuje R. Barrett (1998).

²⁸ V práci se opírám o koncept recovery (zotavení), který se v poslední době prosazuje v péči o duševně nemocné. Jde o koncept, který nahlíží na klienta jako na kompetentního partnera. To, jak klient rozumí své nemoci, je respektováno a pozornost je více přenesena z patologie na zdroje podpory, rozvoj potenciálu atp. Tato péče poukazuje na užitečnost konceptu recovery při práci se spiritualitou nemocného. Přístup založený na konceptu recovery je pluralistický a zohledňuje funkční hledisko. Celkové fungování jedince je podle některých autorů klíčem k diagnostickému posouzení spirituality (Fallot, 2001, s. 111).

ZÁVĚR

Práce zkoumala vztah spirituality a psychózy. Jádrem práce je kvalitativní výzkum zaměřený na to, jak sami věřící nemocní rozumí vztahu spirituality a psychózy. Práce ukázala, že věřící nemocní hledají vlastní výklad nemoci, v kterém často spiritualita hraje důležitou úlohu. Závěrem výzkumu je, že neexistují obecná kritéria patologické spirituality, hranici patologie je třeba hledat u každého jedince zvlášť. Z výzkumu vyplývá potřeba hlubší integrace spirituality do péče o duševně nemocné, proto práce poskytuje konkrétní doporučení pro práci s lidmi s psychotickým onemocněním. Výsledky tak mohou být užitečné pro terapeuty, psychiatry, psychology, ale také pro ty, kteří pracují s věřícími duševně nemocnými v rámci náboženských společenství. Cílem je přispět k interdisciplinárnímu dialogu, který vede ke zkvalitnění péče o lidi s duševním onemocněním. Práce také nabízí podněty pro další výzkumné aktivity v této oblasti.

SEZNAM LITERATURY

- BARRETT, Robert J. 1998. The 'Schizophrenic' and the Liminal Persona in Modern Society. *Culture, Medicine and Psychiatry*. Kluwer Academic Publishers. 22(4), 465-494. ISSN 0165-005X.
- BOEHNLEIN, James K. (ed.). 2000. *Psychiatry and Religion: the Convergence of Mind and Spirit*. Washington: American Psychiatric Press, 196 s. ISBN 0-88048-920-0.
- CLARKE, Isabel (ed.). 2010. *Psychosis and Spirituality: Consolidating the New Paradigm*. 2. vyd. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell, 287 s. ISBN 9780470683484.
- EVANS, Kim L. a Kristen STESLOW. 2010. A Rest from Reason: Wittgenstein, Drury, and the Difference Between Madness and Religion. *Philosophy*. The Royal Institute of Philosophy, 85(2), 245-258. ISSN 0031-8191.
- FALLOT, Roger D. 2001. Spirituality and Religion in Psychiatric Rehabilitation and Recovery from Mental Illness. *International Review of Psychiatry*. 13(2), s. 110-116. ISSN 09540261.
- FOUCAULT, Michel. 2002. *Archeologie vědění*. Praha: Herrmann & synové, 318 s. ISBN 80-239-0124-9.
- HERIOT-MAITLAND, Charles, Matthew KNIGHT a Emmanuelle PETERS. 2012. A Qualitative Comparison of Psychotic-like Phenomena in Clinical and Non-clinical Populations. *British Journal of Clinical Psychology*. 51(1), 37-53. ISSN 01446657.

- JAMES, William. 1930. *Druhy náboženské zkušenosti*. Praha: Melantrich, 323 s.
- KONOPÁSEK, Zdeněk a Jan PALEČEK. 2012. Apparitions and Possessions as Boundary Objects. An Exploration into Some Tensions Between Mental Health Care and Pastoral Care. *Journal of Religion and Health*. 51(3), 970-985. ISSN 00224197.
- MCCARTHY-JONES, Simon, Amanda WAEGELI a John WATKINS. 2013. Spirituality and Hearing Voices: Considering the Relation. *Psychosis*. 5(3), 247-258. ISSN 17522439.
- MOORE, Thomas. 2009. *Temné noci duše: průvodce na cestě těžkými životními zkouškami*. 1. vyd. Praha: Portál, 341 s. ISBN 978-80-7367-547-9.
- MOHR, Sylvia, Pierre-Yves BRANDT, Laurence BORRAS, Christiane GILLIERON, Philippe HUGUELET. 2006. Toward an Integration of Spirituality and Religiousness into the Psychosocial Dimension of Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. American Psychiatric Association. 163(11), 1952–1959. ISSN 0002953X.
- MOTL, Jiří. 2011. Kritická analýza konceptu psychospirituální krize. *Československá psychologie*. 55(6), 546-555. ISSN 0009-062x.
- OSBORN, Mike a Jonathan A. SMITH. 2008. Interpretative Phenomenological Analysis In: SMITH, Jonathan A. (ed.). 2008. *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*. 2. vyd. Los Angeles, Calif.: SAGE Publications, 2008, 276 s. ISBN 9781412930840.
- PAPEŽOVÁ, Hana (ed.). 2010. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha: Grada, 424 s. ISBN 9788024724256.
- ŘÍČAN, Pavel. 2012. K pojmu psychospirituální krize. *Československá psychologie*. 56(2), 194-196, ISSN 0009-062X.
- SYŘIŠTOVÁ, Eva et al. 1972. *Normalita osobnosti*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 231 s.
- SEIKKULA Jaakko a Tom Erik ARNKIL. 2013. *Otevřené dialogy: Setkávání sítí klienta v psychosociální práci*. Brno: Narativ, ISBN 8026043464.