

# CELOSTNÁ A PASTORÁLNA MEDICÍNA



MUDr. Teodor ROSINSKÝ, CSc.

Pojem celostnej medicíny sa síce neobjavuje len v odbornej literatúre, ale jeho ponímanie je veľmi rozmanité. Autor sa v tejto knihe pokúsil sprístupniť čitateľovi kompletnejší obraz možností vývoja takéhoto preniknutia medicíny na jednej strane rozšírením prostriedkov a postupov, a na druhej strane pochopenia, že každý človek je jednotlivcom a teda aj jeho choroby sú individuálne poznamenané a preto potrebujú individuálny prístup k ich liečbe. Pastorálna medicína sa nepočíta ako súčasť celostnej medicíny, pretože jej podstata spočíva nie v liečbe, ale v umožnení účinkov liečby vôbec v prípadoch, kde nie len psychické, ale aj duchovné problémy jednotlivcov bránia možnosti plnohodnotného života a tým aj úplnej úprave zdravotného stavu. Knižka sa snaží objasniť i bežnému čitateľovi tieto zložité javy v oboch týchto oblastiach.

**Ľ** **AUTOROVI:** MUDr. Teodor Rosinský, CSc., je známy slovenský lekár-psychiater, filozof, polyglot a psychotronik, priekopník akupunktúry na Slovensku a zakladateľ energoinformačnej medicíny o ktorej prednášal aj v Nemecku a Rakúsku. Okrem vlastnej práce lekára sa venoval aj pedagogickej činnosti – až do r. 2005 vyučoval na Univerzite Konštantína Filozofa v Nitre neurofyziológiu a psychiatriu pre psychológov a sociálnych pracovníkov, organizuje kurzy energoinformačnej medicíny, biodiagnostiky a bioterapie pre lekárov a liečiteľov (najmä homeopatov), v SR aj v ČR, a pôsobí vo vedení Spoločnosti akupunktúry Slovenskej lekárskej spoločnosti. Jeho bohatá a plodná práca v medicíne bola ocenená viacerými poctami. Je čestným členom Českej lekárskej akupunkturistickej spoločnosti a nositeľom Guothovej medaily Ministerstva zdravotníctva SR, ako aj bronzovej, striebornej aj zlatej medaily SLS.

**ĎALŠIE TITULY OD TEODORA ROSINSKÉHO:**

# OBSAH:

O autorovi.....	8
<b>1. CELOSTNÁ MEDICÍNA BUDÚCNOSTI .....</b>	<b>13</b>
Chápanie celostnej medicíny.....	15
Je to všetko len energia?.....	19
Aké nové poznatky nám dáva hlbší pohľad na túto problematiku?...	21
Informácia ako podklad liečebného pôsobenia .....	25
Medicína a čas.....	31
Čo je potrebné na pochopenie a dotváranie celistvosti medicíny? ....	43
Je medicína len liečbou? .....	51
Babky bylinkárky a fytoterapia .....	57
Sú aj trpezliví pacienti .....	61
Moderná technika a medicína.....	65
<b>2. PASTORÁLNA MEDICÍNA .....</b>	<b>69</b>
Pastorálna medicína ako súčasť Integrovanej medicíny.....	71
Krátky historický pohľad.....	79
Pastorálnemedicínska intervencia.....	85
Všeobecné predpoklady .....	85
Špecifické indikácie .....	89
Analýza prípadov s nikdy nerozvinutými spirituálnymi potrebami.....	93
Analýza prípadov v minulosti rozvinutými spirituálnymi potrebami.....	99
Možnosti intervencie.....	105
Všeobecné predpoklady .....	105
Špeciálne prístupy.....	111
Osobitosti prístupu podľa jednotlivých druhov pastorálne- medicínskej patofyziológie .....	115

Nerozvinuté spirituálne potreby .....	115
Rozvinuté ale nevšímané spirituálne potreby .....	119
Rozvinuté potlačené spirituálne potreby .....	123
Tu rozlišujeme možnosť potlačenia spirituality zvonka alebo zvnútra ...	123
Sekundárne individuálne rozvinutie .....	127
Hľadanie zmyslu života.....	129
<b>3. ENERGOINFORMAČNÝ SYSTÉM ČLOVEKA (EIS).....</b>	<b>143</b>
Základné údaje .....	143
Štruktúra EIS .....	151
Funkcie EIS .....	155
<b>4. PSYCHIKA A EIS.....</b>	<b>163</b>
Vnútorne vplyvy .....	170
Samotrestajúci vnútorný vplyv.....	171
<b>5. CHOROBY VYVOLANÉ SLOVAMI A MYŠLIENKAMI .....</b>	<b>173</b>
Predpokladaný mechanizmus nebezpečného pôsobenia jazyka.....	178
Príklad VII.....	190
<b>6. MALÉ ESEJE O VELKÝCH SLOVÁCH.....</b>	<b>193</b>
1. Príklad.....	199

## **Chápanie celostnej medicíny**

Pojem celostnej alebo učenejšie holistickej medicíny sa postupne vyvinul v polovici minulého storočia. Obsah tohto názvu však nebol jednotne chápaný a najmä v Európe a severnej Amerike sa nie veľmi ochotne bral do úvahy. Niektorí odborníci v medicíne si stále udržiavali názor, že len takzvaná vedecká medicína západného typu je skutočnou medicínou, pretože vychádza zo stále novších poznatkov aj iných prírodných vied, teda fyziky, chémie a biológie, oproti situácii v tradičných medicínach zemí Ázie a Afriky, ako i strednej Ameriky, a celkom spochybňovali ľudové liečebné praktiky aj svojich národov z minulosti. I keď sú úspechy medicíny nespochybniteľné a jej poznatky sa stále prehlbujú, vrátane tých pre človeka najpodstatnejších, teda liečebných možností, nemožno tvrdiť, že súčasná európska medicína je všemocná. Iste, všemocná nebude ani v budúcnosti, mohla by však byť predsa len úspešnejšia, keby nezotrvala len vo svete svojich vedeckých poznatkov. Zmenilo by sa to, keby bola ochotná prijať aj iné postupy, ktoré sa

ukázali ako vhodné a neškodné v dávnej minulosti v iných častiach našej planéty. Postupné spoznávanie úspechov i princípov medicíny, najmä z Ázie, a možnosti zoznámiť sa s niektorými jej postupmi sa ukázali plodnými. Svetová zdravotnícka organizácia, ale i viaceré štáty v Európe prevzali niektoré metodiky z Číny či Indie do svojich liečebných postupov. Slovensko bolo prvou krajinou v Európe, ktorá prijala akupunktúru, ako pôvodnú čínsku pradávnú metodiku, za rovnocenný druh liečebných postupov na úrovni iných.

V Európe boli prevzaté postupy nedostatočne pochopené a značne zjednodušené po stránke teoretickej i praktickej, čo pochopiteľne viedlo k ich nedostatočne preukázateľnej úspešnosti. Objavil sa však i nový pojem symbiotickej liečby, teda metodík vylčených od bežne používaných postupov, síce s určitým možným doplnkovým účinkom, ale predsa len chápaných ako druhoradé. Ešte výraznejšie došlo k vymedzeniu sa od takzvaných komplementárnych postupov, ktoré sa dokonca začali brať ako aktivity nelekárov, teda ľudových liečiteľov. Je fakt, že v súčasnosti sú liečitelia bez medicínskeho vzdelania aktívni, ale prevažná väčšina z nich to berie ako remeslo pre zisk. No hlbší rozbor ich aktivity ukazuje viac na reklamné a len sugestívne pôsobiace praktiky, už bez toho vnútorného zainteresovania, ktoré bolo samozrejmé u liečiteľov bývalých generácií. Chápanie komplementárnosti by malo zrejme podľa jeho autorov v tomto kontexte znamenať len nejakú doplnkovú funkciu. To je však nevhodné jednak z oficiálneho medicínskeho pohľadu, ale aj z hľadiska vnímania celostnosti medicíny.

Treba spomenúť ešte jeden menej častý pojem „*symbiotická medicína*“, ktorý sa chápe ako niečo pridané či súbežné, ale bez jednotného chápania obsahu tohto pojmu. Nieкто to chápe ako pridanie nejakej metodiky, ktorá patrí do poňatia celostnej medi-



cíny, iný to chápe ako pridanie bylinkovej liečby či rehabilitačných postupov. Často sa spomína i alternatívna liečba, viac v negatívnom význame, teda ako niečo, čo je z hľadiska oficiálnej medicíny nevhodné použitie neúčinných či celkom dávno odmietnutých postupov. Niektorí odporcovia úspešných postupov východnej medicíny sa tak stavajú i k jej postupom, o ktorých však takto naladení odborníci nemajú žiadne alebo len pomýlené poznatky.

Ide teda o pochopenie, že napriek všetkým pozitívam a stálemu pokroku našej medicíny nie je vo viacerých oblastiach dostatočne účinná a preto je rozumné využiť i iné, niekedy veľmi dávno známe postupy, i keď ich teoretické podstaty nie sú dostatočne preskúmané našimi odborníkmi. Staroveké spisy o čínskej a indickej medicíne sú pochopiteľne písané v štýle vtedajšieho vyjadrovania a ich teoretické chápanie mohlo vychádzať len z úrovne vtedajších poznatkov dávnych predchodcov našich prírodných vied. Ich preklady do našich jazykov bývajú nepresné, pretože jazykovedci nemajú vedomosti z medicíny. Mnohé preklady sú akoby symbolické alebo primitívne a teda naša generácia už im nerozumie, alebo nemajúc vedomosti o ich vtedajšom vyjadrovaní ich chápeme nesprávne. Závisí len od úrovne nášho vzdelania a snahy rozšíriť si svoje vedomosti, aby sme plne pochopili poznatky našich dávnych predchodcov, ktorí iste neboli primitívmi, ako to niektorí zo súčasníkov chápu.

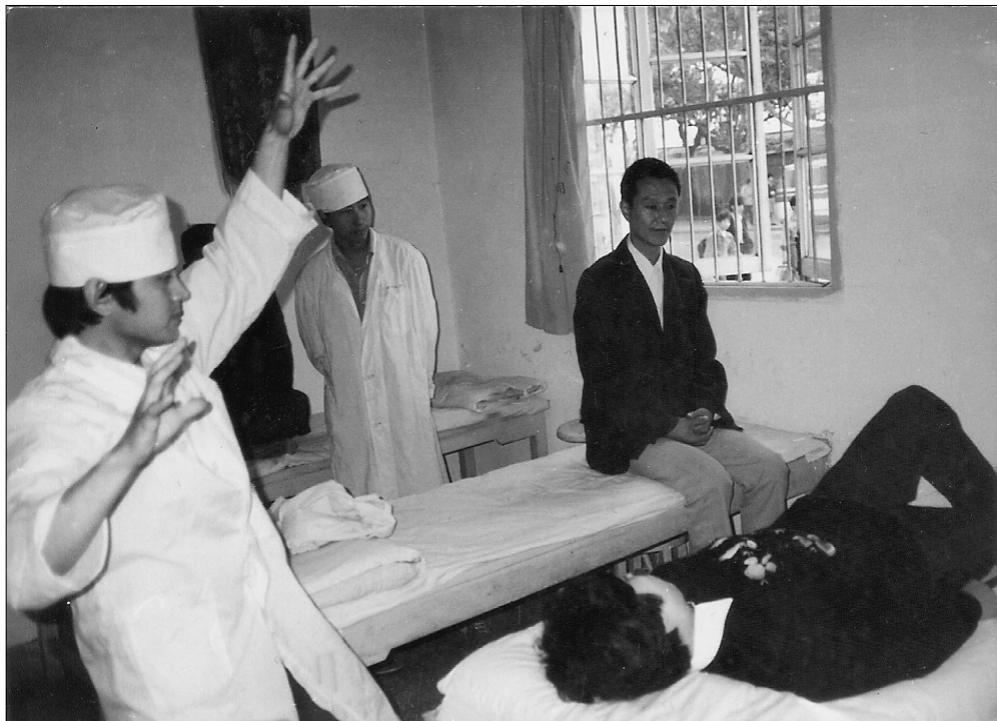
Tradičné medicíny Číny a Indie sú u nás teoreticky známe z viacerých odborných, i nie vždy dôveryhodných populárnych popisov, takže tu spomeniem len ich niektoré osobitosti. Okrem mnohých spôsobov využitia liečebných postupov, ktoré využívajú rastlinné i živočíšne produkty, sú u nás najznámejšie čínska akupunktúra a indická ajurvéda.

## **Je to všetko len energia?**

Čínska *čchi* aj indická *prána*, ako veľmi podobne chápané javy ich objaviteľmi v dávnej minulosti, boli považované za faktory, ktorých podstatnou úlohou bolo zabezpečovať primerané fungovanie organizmu a v prípade jeho chorobného narušenia prispieť k jeho vyliečeniu. K tomu boli potrebné postupy, ktoré túto „*silu*“ dokázali presne nasmerovať. Starí majstri pred tisícročiami nemali vedomosti dnešného rozsahu a preto spomenuté faktory chápali ako silu, ktorá má rozličné vlastnosti. Nie je možné ju postupne odhalenými zásahmi riadiť, tak objavili celý systém aktívnych bodov akupunktúry i špecifickosť systému čakier. Následné oboznamovanie sa s týmito postupmi v Európe viedlo k pochopeniu, že pojmy *čchi* a *prána* sú vlastne totožné, len v spomínaných krajinách čiastočne inak používané. To je síce pravda, ale nazeranie na nich ako na energiu stále pretrváva, ukazuje sa to však ako nespráv-









- sa chcem ísť pozrieť, tak som len námatkovo povedal, že na tretie. Tam sa opýtali, do ktorej z troch chodieb pôjdeme a tak som na jednu ukázal. Bolo tam šesť vchodov do ambulancií, zvolil som jednu strednú. Vo vnútri bolo vidieť, že je to rehabilitačná a masážna ambulancia, boli tam traja lekári a dvaja ošetrovatelia. Za moment vošli do ambulancie dvaja muži, ktorí niesli v plachte mladú ženu ležiacu na bruchu. Oznamili, že robila niečo, pri čom došlo k vymiesteniu chrbticovej platničky v bedrovej oblasti. Mali aj rtg snímky. Mladší z lekárov, ktorý nemal v tom momente iného pacienta, ju kázal položiť na masážne lôžko. V Číne sa pacienti na masáže nevyzliekajú, v kompletnom oblečení sa zakryjú čistou plachtou aby sa prípadná špina nedostala z rúk lekára na šaty pacienta a opačne, takže táto pacientka bola pod plachtou kompletne oblečená. Nad jej chrbtom ten lekár prešiel oboma rukami asi 20 centimetrov, potom ich zdvihol do výšky svojej tváre a ostal tak asi dve minúty. Nato vyzval pacientku aby sa obrátila na chrbát a keď to urobila bez problému, kázal jej zohnúť jedno koleno a zasa nohu vystrieť, potom to isté s druhým kolenom a vzápätí na to ju vyzval aby zliezla z toho lôžka. Ona to spravila bez problému a viditeľne naradostená spontánne prešla po miestnosti. Dostala príslušné papiere, jej sprievodcovia pobalili plachtu a s poklonou odišli. Skôr, ako som stihol dať doktorovi otázku, vošiel do ambulancie starší muž s viditeľne nehybnou pravou rukou a ukázal doklady, vrátane rtg snímku s celkom nefunkčným ramenným zhybom. Doktor si len pozrel jeho doklady, nič mu nepovedal, len mu ukázal, aby si sadol na stolček a on si sadol na stoličku chrbtom k pacientovi, zopäl si ruky a v takom stave ostal asi dve-tri minúty vo vzdialenosti asi päť

metrov od pacienta. Vtedy pacient pohol trochu postihnutým plecom a hneď nato trochu zdvihol postihnutú ruku, potom trochu zdvihol obe ruky a hneď ich zdvihol niečo vyššie, znova ešte vyššie a znova už nad hlavu. Hneď prekrížil obe ruky a opakoval to ešte dvakrát už celkom voľne nad hlavu. Tieto pohyby trvali asi tri-štyri minúty. Celú tú dobu sedel doktor nehybne so zopätými rukami chrbtom k pacientovi na spomenutú vzdialenosť asi päť metrov. Potom zasa bez slov vstal a súčasne vstal i pacient. Doktor mu len ukázal na merítko umiestené na stene a pacient si zmeral predpaženú zdravú a potom chorú pravú ruku a výška zdvihnutých rúk bola rovnaká. Doktor mu podal medzitým vybavené papiere a pacient viditeľne naradostený s poklonou odišiel. To som využil a spýtal som sa doktora, akým mechanizmom to dokázal. Odpovedal ochotne, že je absolventom súkromného školenia *čchi-kungu*, ktoré trvalo osem rokov a teraz už vie vyvolať úpravu telesných poškodení. Na hlbší rozhovor už nebol čas, ale aj tak sa mi problematika *čchi-kungu* ukázala jasne.

Na pochopenie takého zákroku je však nutné si uvedomiť, že v prípade deštrukcie zhybu na jeho mieste ostávajú poškodené tkanivá, teda chrupavky a šlachy, prípadne i časti kostí. Ak sa pri postupoch modernej medicíny má zhyb nahradiť umelým, je nutné operatívne odstrániť tie zbytky, lebo nie je možné, aby tam zostali prekážať v možnostiach pohybu. Ako je teda možná skutočnosť, že u spomenutého pacienta, kde bol ramenný zhyb naozaj deštruovaný u zbytky v jeho mieste nedovoľovali ani zvonku niekým riadený pohyb. Postup doktora, i keď bol výhradne informačný a vytvoril

## **Babky bylinkárky a fytoterapia**

Ludová liečba rastlinami má veľmi dlhú históriu. Zmienky o nej sa nachádzajú i pred piatimi-šiestimi tisícročiami. Používali rastliny, ktoré sa vyskytovali prirodzene a neskôr ich i zámerne pestovali v príslušnom rajóne. Možno teda tomu rozumieť tak, že obyvatelia určitého územia v minulosti mali spravidla možnosť konzumovať ako stravu i liečivá len to, čo sa na danom mieste urodilo. Postupný nárast vývozu a dovozu tovarov však neobsahoval liečivé rastliny. Zrejmovou príčinou bola práve tá skutočnosť, že obyvatelia určitej oblasti boli navyknutí na svoje rastlinky a teda iné nepotrebovali. Toto sa ukazuje veľmi jasne v čínskych predpisoch a ich následkoch už pred vyše dvomi tisícmi rokov.

Odvtedy a stáročia naďalej platil predpis, že štátny funkcionár, teda vedúci vyššieho provinčného úradu, mohol ostať na jednom pracovisku len určitý počet rokov, najčastejšie päť. Išlo o to, aby si tam nenašiel priateľov a tým nenadviazal rodin-

kárske, či korupčné vzťahy. Po uplynutí určeného času musel nastúpiť na úrad v celkom inej časti štátu, vzdialenej mnoho dní cesty a prepraviť sa tam s rodinou a služobníkmi. Z medicínskeho hľadiska išlo o to, že sa bralo ako samozrejmosť, že ľudia, ktorí tak zmenili svoje pôsobisko a teda museli prejsť na iné potraviny i liečebné prírodné prostriedky, budú mať problémy. Preto aj patri-lo pod povinnosť lekárov pri prvom prešetrení pacienta sa dozvedieť, či sa v poslednom roku neprešahoval, a ak áno, bralo sa to ako priťažujúca okolnosť, ktorú lekár musel brať do úvahy. Keďže v tej dobe boli všetky liečivá len prírodné, bolo to ešte ťažšie.

U nás presuny na takú vzdialenosť neboli bežné a teda prípadné rozdiely v sortimente domácich liečebných rastliniek neboli veľké, i keď u citlivejších osôb mohli hrať úlohu, spolu s rozdielnymi prírodnými a meteorologickými osobitosťami miesta nového pobytu. To sa ukázalo v rozličných srdcových ochoreniach u nútených presídlencov zo severného Slovenska pre stavbu prie-hrady. Na južnom Slovensku najmä mladšia generácia mala vyššiu chorobnosť, ako ich starší spoluobčania v pôvodnom prostredí, a podľa vtedajších liečiteľov i iné odozvy na nové druhy rastlín. Teraz sme však svedkami množstva reklamou odporúčaných liečivých rastlín a ich kombinácií, pôvodom z východu i západu, neraz s proklamovanými širokými oblasťami zaručeného priaznivého pôsobenia. Spomínané osobitosti miesta pôvodu rastliny a miestneho prostredia človeka sa vôbec neberú do úvahy. Kto by však mohol zodpovedne prehlásiť, ako vyzerá chorobnosť v prípadoch nadmerného používania miestne nepatričných rastlín?

Odhaľovanie chemických látok, ktoré sú v tej-ktorej rastline pôvodcami liečivého vplyvu je iste záslužné. V každej rastline je však tých chemických látok čo do druhu množstvo a popri



## **Pastorálna medicína ako súčasť Integrovannej medicíny**

V súčasnosti zrejme nikto nepochybuje, že medicína ako prevažne biologicky orientovaný odbor poznania a praxe sa po postupných pomalých a zložitých vývinových etapách v ostatnom storočí vyvíja stále rýchlejšie, a to najmä vďaka novým poznatkom biológie i iných prírodných vied, najmä fyziky a chémie a rýchlym rozvojom zobrazovacích a analytických technológií, s nemalým príspevom rozvoja informatiky.

Silnie aj snaha integrovať medicínu, teda chápať a najmä prakticky ju uplatňovať v širšom zábere, ktorý by zahrňoval i poznatky tradičných medicínskych poznatkov viacerých kultúrnych oblastí, ale i nové poznatky iných prírodovedných aj spoločenských odborov s jediným cieľom – komplexným a individuálne koncipovaným efektom pomoci pacientom v rámci takto rozšírených možností.

Určitými nevýhodnými sprievodnými javmi, prítomnými aj v súčasnosti, je vytváranie steny medzi lekárom a pacientom vďaka využívaniu diagnostických prístrojov. Bezprostrednosť medzi nimi, dokonca i pri formálnom braní anamnézy, sa stráca. Viac zo strany pacientov ako lekárov sa tento jav posudzuje negatívne, i keď postihnutí sú prinajmenšom lekári tak, ako i pacienti. V niektorých somatických odboroch sa síce anamnéza nepovažuje za takú dôležitú ako povedzme v psychiatrii, ale predsa len by bolo vhodné pochopenie, že tu nejde len o ťahanie údajov z pacienta a prípadne i prejavenie nedôvery k pacientovmu spôsobu vyjadrovania a prehánania či neporozumenia, ale i o možnosť prejaviť spoluúčasť a presvedčiť pacienta o úprimnosti snahy mu pomôcť. Vytrátila sa tým možnosť práve toho potrebného individuálneho spoznania osobitostí pacientovho postoja k sebe i chorobe, čo je veľmi dôležitý faktor pre správne zameranie terapeutických postupov. Nečudo, že taký nedostatok kontaktu využívajú i rozliční medicínski príživníci, ktorí lákajú pacientov práve spoluúčasťou na použitie nimi praktizovaných postupov, ktoré oficiálna medicína zaznáva, niekedy právom ako nezmyselné, niekedy však takým postojom „*vylieva z vaničky so špinavou vodou i diéta*“. Mnohé tradičné, pôvodne ľudové či iné rozlične nazývané postupy a metodiky by mohli byť obohatením, (nie alternatívou či komplementom, to je predsa sémanticky niečo celkom iné) bežne praktizovanej medicíny. Tá má stále dosť nejasných miest a nedostatočne efektívnych postupov, takže každá ďalšia možnosť tohto vylepšenia by mala byť vítaná.

Po období mechanických a prvotných chemických interpretácií zdravia a choroby. trvajúcich celé 18. a 19. storočie sa ľady pohli. Cez obdobie vzatia na milosť i psychických reakcií a súvislostí v medicíne v polovičke 20. storočia a niečo neskôršie vytvorenia modelu bio-psycho-sociálneho prístupu sa začali brať do úvahy i iné ako len mechanicko-materialistické predstavy o funkciách i narušeníach organizmu. Dokonca sa objavili spočiatku nesmelé, ale postupne predsa ako-tak už uznávané predstavy o nutnosti brať do úvahy spomenuté individuálne povahové vlastnosti a postoje pacientov. Prekročenia ohraničení smerom k transcendentnu sa však medicína neodvážila a to bez ohľadu na to, či bola riadená dialektickým materializmom alebo liberálnym agnosticizmom či teraz modernejším scientizmom. I keď pojem pastorálnej medicíny nie je nič nového a neznámeho, pohľad klinickej i akademickej medicíny bol na ňu len zďaľky a všeobecne sa chápala podľa svetonázoru pozorovateľa buď ako naivná snaha náboženstva o prienik do medicíny, prípadne i osobnejšie ako snaha kňazov vnútiť sa do zdravotníctva alebo len ako duchovná útecha pre zomierajúcich a trpiacich v paliatívnej starostlivosti, vykonávaná najčastejšie rehoľnými sestrami so zdravotníckym vzdelaním pod vedením kňazov, teda len ako dodatočná charitatívna snaha o uľahčenie posledných chvíľ života. Tak či tak, napriek slovu „*medicína*“ v jej tradovanom názve s medicínou ako takou mala v takýchto predstavách naozaj málo spoločného, ak vôbec niečo.

# **Pastorálnemedicínska intervencia**

## **Všeobecné predpoklady**

Ak berieme do úvahy, že človek je principiálne bytosťou telesnou, psychickou i duchovnou, len uvedomenie si týchto troch prirodzených súčastí ľudského ja môže v ňom viesť k vnímaniu sa ako úplnej bytosti.

Vývoj ľudstva všeobecne a individualita jednotlivca ako pasívneho nasledovateľa fylogény viedli k rozšíreniu aktuálnej situácie, kedy sa jednotlivec celoživotne uspokojí s telesnou a psychickou podstatou a o duchovnej skutočnosti nemá žiadne uvedomenie a teda ani žiadnu potrebu nejakého rozvoja v duchovnom smere. I keď sa všeobecne v európskych zemiach v stredoveku akoby taká situácia začala pozitívne meniť a tým predbehla Áziu a Afriku, dnes už vieme, že to

celkom tak nebolo. I na na spomenutých kontinentoch a vlastne i v Amerikách potreba duchovného poznania u jednotlivcov bola rozvinutá, len spôsoby jej vyjadrenia neboli spočiatku zrozumiteľné pre inak nasmerovaných Európanov a to im nahrávalo na pocity nadradenosti i v tomto zmysle. V priebehu novšej doby však práve Európa a europeizovaná Amerika opäť strácajú potrebu duchovného ukotvenia. Taký človek - a teda väčšina súčasného ľudstva - sa cíti byť bytostne úplny už len na báze telesného a psychického bytia. Je to síce paradoxné, ale je to fakt, že takéto neúplné, oklieštené bytie bez uvedomenia si ho ako takého a teda i bez frustrácie z nedostatku niečoho podstatného, spravidla nevytvorí situáciu potreby pastorálne-medicínskej intervencie. Tá ostáva ako jediný postup integrujúci všeobecne medicínske terapeutické snaženia v praxi len pre jednotlivcov, u ktorých práve frustrácia vyvolaná neúplnosťou bytosti v duchovnej oblasti sa stala prekážkou úpravy telesných či psychických zdravotných problémov.

Núka sa tu samozrejme záver, že teda ľudia, u ktorých je duchovná zložka bytosti primerane rozvinutá, sa nedostanú do situácie, kedy by potrebovali pastorálnemedicínsku intervenciu. Je to však len relatívny záver. Musíme tu rozlíšiť situáciu a to v prvom rade u jednotlivca, ktorý si uvedomuje svoju trojbytnosť a v duchovnej oblasti pokračuje poznávaním, psychickým spracovaním /tu náročky ako nevhodné to nerozdeľujem na racionálne a emocionálne spracovanie/ a stotožňovaním sa s úrovňou svojho poznania, prípadnej aplikácie v bežnom živote a stálou túhou po pokračovaní na úrovni vlastnej duchovne-poznávacej potreby od skromného

## **Rozvinuté ale nevšímané spirituálne potreby**

Takto určená indikácia bude patriť medzi zložitejšie riešiteľné, pretože nevšímavosť je jav, ktorý neprovokuje v človeku ani frustráciu po tom, čo si nevšíma, ani túhu to dosiahnuť a dokonca ani zabehnutie myšlienok na takú tému. Takto nasmerovaný človek je nevnímavý voči všetkému tomu, čo si jednoducho nevšíma, pretože o to neprejavuje žiadny záujem. Mohli by sme to chápať ako úplnu skotomizáciu všetkého, čo nejako súvisí s danou tematikou. Preto bude síce možné si zistiť, že ide o túto variantu problému - veď ak sa niekoho opýtame na nejakú tému, ktorá ho nezaujíma, aspoň toľko odpovie, že ho to nikdy nezaujímal alebo že ho to už nezaujíma a prípadne doplní, že má iné záujmy či starosti. O to však bude zložitejšie ho doviesť k pochopeniu, že práve tento jeho

## **Hľadanie zmyslu života**

Tento výraz sa často považuje za frázu či dokonca za celkom prázdne slová. Pre mnohých však bez ohľadu ako sa to nazve, môže byť bytostnou otázkou, ktorá síce nemusí byť príčinou zdravotných problémov, ale predsa len môže mať vo vyššie popísaných situáciách nejakú malú alebo aj podstatnú úlohu. Preto tomu venujeme samostatnú kapitolu.

Rôzne psychoterapeutické školy sa k tomuto problému postavili rôzne. Pomenovanie javu sa tiež rôzni, z jeho popisu však možno dedukovať, že ide vždy v podstate o tento problém. Niektoré psychoterapeutické smery ho celkom zámerne negujú, iné si ho proste nevšímajú, iné zasa ho považujú za možnú súčasť širších osobnostných problémov, najmä sebaidentifikácie. Vychádza sa pri tom z hlbínne osobnostných analýz, kde sa našli práve tak vyzerajúce problémy, s ktorými sa postihnutá



osoba nevedela vysporiadať a prelialo sa to na širšie osobnostné pozadie s príslušnými následkami, ktoré si vyžiadali psychoterapiu. V teoretických prácach tejto oblasti sa však nikde nenačádzajú žiadne podklady, ktoré by podložili poznatky o skutočnosti, rozsahu a dôležitosti riešenia zmyslu života, ostáva to len na subjektívne interpretovaných problémoch jednotlivcov.

Medziodborová disciplína nazývaná prenatalná psychológia a medicína, existujúca medzinárodne už asi 30 rokov, zozbierala dostatok poznatkov o množstve skutočností predtým neznámych alebo len izolovane a nesystematicky zistených jednotlivcami často ako vedľajší produkt už dávnejšie známych metodík, *napríklad* regresných postupov v hypnóze. Nás tu zaujíma len jedna položka, ktorej prekvapivá prítomnosť sa ukázala pri opakovaných postupoch u mnohých subjektov. Túto skutočnosť nepotvrduje len odborná literatúra, máme s tým vlastné dávne skúsenosti ešte z doby pred vznikom spomenutého prenatalného odboru. Pri hypnotickom regrese až do doby predpôrodnej sa ukázalo, že pokusné osoby či pacienti rovnako boli schopní popísať svoje intrauterínne zážitky nielen do spätnej doby vyvinutia mozgu, ako sa to ešte stále chápe čoby prelomový moment pre vytvorenie možnosti vnímať a zapamätať si zážitky, ale aj z doby kedy ešte žiadny mozog nebol vyvinutý. Prakticky sa dalo prísť až do doby počatia, teda prvotnej oplodnenej bunky a jej základného delenia. Tak ako to bolo vyššie už zbežne spomenuté, všetci skúmaní ľudia tento moment popisovali zhodne ako pocit vtiahnutia do skutočnosti a uvedomenia si svojej individuality a dôvodu svojej existencie. Nikto však nebol ochotný zdeliť obsah či náplň akú mala jeho