

Acta Medica Christiana

Spravodaj zväzu kresťanských lekárov a zdravotníkov
Ročník 8. 2001 Číslo 1 - 4

Obsah

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| ✓ Úvodom Dnešné výzvy. Ján Pavol II. 1 | - Morálne otázky psychológie v perspektíve personalizmu. |
| ✓ Dokumenty 2 | <i>M. Glasová</i> 9 |
| - Vyhlásenie k problému umelého oplodnenia. <i>Subkomisia pre bioetiku TK KBS</i> 2 | - Personalizmus a bioetika. <i>J. Glasa</i> 26 |
| ✓ Pôvodné práce a materiály 3 | - Budúcnosť gynekológie a pôrodnictva. |
| - Slovenské zdravotníctvo v roku 2000. | <i>M. Dráb</i> 31 |
| <i>J. Bielik</i> 3 | ✓ Zaujímavosti 34 |

Úvodom

Dnešné výzvy

“A ako by sme mohli byť nevsímaví k hroziacemu *ekologickému rozvratu*, ktorý robí šire oblasti planéty nehostinnými a pre človeka nevhodnými? Alebo voči problémom mieru, často ohrozovaného nebezpečenstvom katastrofálnych vojen? Alebo voči znevažovaniu základných ľudských práv mnohých ľudí, zvlášť detí? Je veľa naliehavých problémov, voči ktorým kresťanský duch nemôže ostať necitlivým.

Zvláštne úsilie sa musí venovať niektorým aspektom evanjeliovkej radikálnosti, ktoré Cirkveľ nemôže nechať vo svojej agende lásky nepovšimnuté, i keď sa často tak málo chápu, že robia jej zásah nepopulárnym. Myslíť tu na povinnosť angažovať sa za *rešpektovanie života každého človeka* od počatia až po jeho prirodzené ukončenie. Rovnako nám služba človeku káže pozdvihnúť hlas, či sa to niekomu páči alebo nie, že tí, čo využívajú *nové možnosti vedy*, najmä na poli biotechnológií, nikdy nesmú prehliadnúť základné požiadavky etiky, i keby sa odvolávali na pochybnú solidárnosť, ktorá končí rozlišovaním medzi životom a životom, v znevažovaní dôstojnosti, patriacej každej ľudskej bytosti.

Aby kresťanské svedectvo bolo účinné, zvlášť v týchto citlivých a kontroverzných oblastiach, je dôležité vynaložiť veľké úsilie na primerané vysvetľovanie dôvodov, ktoré motivujú stanoviská Cirkvi a zdôrazňovať predovšetkým, že nejde o nanucovanie pohľadu viery neveriacim, ale o tľmočenie a bránenie hodnôt, založených na samotnej prirodzenosti ľudskej bytosti. Láska sa potom nutne stane službou kultúre, politike, ekonómii i rodine, aby sa všade rešpektovali základné princípy, od ktorých závisia osudy ľudskej bytosti i budúcnosť civilizácie.

Ján Pavol II.

VYHLÁSENIE K PROBLÉMU UMELÉHO OPLODNENIA **Teologická komisia Konferencie biskupov Slovenska – Subkomisia pre bioetiku**

Subkomisia pre bioetiku TK KBS1 na svojom zasadnutí dňa 11. mája 2001 v Bratislave sa zaoberala situáciou, ktorú v Slovenskej republike (SR) predstavuje výkon, propagácia a marketing metód umelého oplodnenia človeka (najmä metód založených na oplodnení *in vitro*). Rôzne aktivity v mediálnom priestore, priame alebo nepriame formy reklamy týchto techník a zariadení, ktoré ich vykonávajú, vytvárajú v slovenskej spoločnosti klamlivý dojem morálnej prípustnosti týchto metód (napríklad pri riešení problému neplodnosti manželov alebo iných osôb žijúcich mimo manželstva).

Vzhľadom na závažnosť morálneho pochybenia a zavádzanie verejnosti v SR prekrútenými informáciami “odborného” i mravného charakteru, ba až cynizmus komerčného zámeru, odvolávajúci sa na akýsi príspevok týchto metód k riešeniu znepokojujúcej demografickej situácie SR (na ktorú prvý raz dôrazne poukázala práve Konferencia biskupov Slovenska; vyhlásenie a pastiersky list v roku 1996, celoslovenská konferencia formou okrúhleho stola v roku 1997), rozhodla sa Subkomisia pre bioetiku TK KBS v nadväznosti na svoje predchádzajúce vyhlásenia dotýkajúce sa danej problematiky (1997, 1998, 1999) vydať toto vyhlásenie:

1. Časť a závažnosť problému porúch plodnosti, spôsobených mnohými zdravotnými i psychologickými okolnosťami života moderného človeka, úprimná túžba manželov darovať život a vychovať deti, ktoré sú ovocím manželstva a požehnaním pre danú rodinu i celú spoločnosť, zvyrazňujú naliehavú potrebu štúdia a uplatňovania takých metód asistovanej prokreácie človeka, ktoré nie sú zaťažené mravnými nedostatkami metód umelého oplodnenia. V tejto súvislosti je potrebné zdôrazniť aj naliehavosť štúdia a praktického uplatnenia moderných preventívnych a liečebných postupov, ktoré sú zamerané na predchádzanie a liečebné ovplyvnenie príčin neplodnosti.

2. Metódy umelého oplodnenia človeka, ktoré nerešpektujú dôstojnosť ľudskej osoby a posvätnosť, nezastupiteľnú úlohu a jedinečný charakter manželstva, založeného na dobrovoľnom zväzku muža a ženy; metódy, ktoré počítajú s umelým vytváraním ľudských zárodkov a ich selekciou, dlhodobým zmrazením a deštrukciou, prípadne s ich použitím na účely výskumu, predovšetkým metódy oplodnenia *in vitro*; sú mravne ťažko pochybené a neprípustné. Ich vykonávanie na vysokej úrovni technickej a technologickej dokonalosti neznamená nijaký rozdiel z hľadiska morálneho hodnotenia; ide o zneužitie a morálne neprípustnú manipuláciu vedy a špičkovej biomedicínskej technológie.

3. Použitie mravne pochybných metód umelého oplodnenia neopravňuje ani úprimná snaha o riešenie ťažkej situácie neplodných manželov, alebo manželov so zvýšeným rizikom narodenia geneticky poškodeného dieťaťa.

4. Pripomíname trvalý záujem a podporu Katolíckej cirkvi v SR pre zriadenie (alebo reprofiliáciu) gynekologicko - pôrodných oddelení, vrátane pracovísk zaoberajúcich sa diagnostikou príčin a liečby neplodnosti, ktoré by pracovali v súlade s požiadavkami prirodzeného mravného zákona. Zaručovali by pacientkam, resp. manželským párom poskytovanie liečebnej a preventívnej starostlivosti na patričnej

odbornej a etickej úrovni. Toto úsilie doteraz nenašlo potrebné pochopenie a ústretosť zo strany zodpovedných štátnych orgánov pri hľadaní primeraného riešenia.

5. Vyzývame opätovne slovenskú odbornú verejnosť, zvlášť lekárov a výskumných pracovníkov, ako aj zodpovedné štátne orgány - najmä Národnú radu SR, Vládu SR a osobitne Ministerstvo zdravotníctva SR, aby v rámci svojich kompetencií a zodpovednosti venovali tomuto problému náležitú pozornosť, vrátane prijatia potrebných legislatívnych predpisov a podpory vhodných výskumných a liečebno-preventívnych programov.

Mons. Prof. ThDr. František Tondra
predseda KBS a TK KBS ¹

¹TK KBS - Teologická komisia Konferencie biskupov Slovenska.

PŔOVODNÉ PRÁCE A MATERIÁLY

SLOVENSKÉ ZDRAVOTNÍCTVO V ROKU 2000

Úvod

Problémy zdravotníctva boli v roku 2000 druhým najzávažnejším problémom spoločnosti podľa výsledkov prieskumu verejnej mienky. Tento názor vyslovilo 62% vyjadrujúcich sa osôb.

Zdravotníctvo možno hodnotiť z dvoch krajných uhlov pohľadu: prvý je ekonomický - t.j. či je schopné podstúpiť takú formu transformácie, ktorá prinesie schopnosť vyrovnáť sa s trvale nedostatočným objemom financií. Druhý je perspektívou transformácie zdravotníctva do efektívneho systému bez ohľadu na aktuálnu dostupnosť zdrojov. Kompromisným pohľadom je spravodlivé zaradenie zdravotníctva do primeraného hierarchického rebríčka spoločnosti (s definovaním hodnoty zdravia pre občana i pre spoločnosť), s primeranými zdrojmi a vytvorením efektívneho zdravotníckeho systému, neprekračujúceho stanovené, reálne a primerané zdroje nielen z hľadiska súčasných podmienok, ale aj z pohľadu dlhodobejšej perspektívy.

Základné dokumenty

Pre transformačný proces sú potrebné určujúce dokumenty, ktoré by mali mať vnútornú nadväznosť a obsahovú súvislosť, s jasne vyjadrenými cieľmi, s definovaním ich prínosu, ekonomickej náročnosti a kontrolovateľnými parametrami plnenia. Okrem Programového vyhlásenia vlády sú to najmä:

- *Transformačné kroky na roky 1999-2002 v rezorte zdravotníctva*, schválené vládou SR 21. X. 1999 uznesením č. 905. MZ SR predložilo v 3. štvrtroku do NR SR, na základe jej uznesenia č. 956 z 21. VI. 2000 *Správu o plnení programového vyhlásenia vlády za rezort zdravotníctva*. Táto správa bola písaná v pomerne všeobecnej rovine. Mala by byť členená na všeobecný komentár a kontrolu plnenia úloh podľa pôvodne schváleného harmonogramu.

- *Národný program podpory zdravia* - vládou SR bola prijatá jeho 2. aktuali-

zácia, ešte uznesením č. 1038 zo dňa 25. X. 1999. Chýba kontrola tohto programu a jeho medzirezortná koordinácia. Kontrolný mechanizmus má plniť „*Správa o zdravotnom stave obyvateľstva SR a prognózy jeho vývoja*“, ktorá má byť predkladaná NR SR a hodnotená podľa stanovených indikátorov.

- *Zdravie pre všetkých pre 21. storočie* - je program WHO prijatý vládou SR. Má 31 cieľov, s uvedenými spôsobmi ich dosiahnutia a indikátormi pre kontrolu. Samostatný kontrolný program nie uvedený.

- *Program ozdravenia výživy obyvateľstva*, ktorý NR SR len vzala na vedomie (pričom zjavne súvisí so zdravotným stavom obyvateľstva) vo februári 2000. Samostatný systém kontroly nie je uvedený.

- Program proti korupcii, ktorý bol schválený vládou SR vo februári 2000 a podľa ktorého každý rezort mal vypracovať vlastné opatrenia, nebol v rezorte zdravotníctve špecificky rozpracovaný.

Pri hodnotení týchto materiálov a účinnosti ich aplikácie do praxe možno konštatovať, že chýbala a chýba schopnosť MZ SR pôsobiť kontinuálne v určitom stanovenej tendencii, v duchu napĺňania stanovenej politiky. Materiály by mali, obrazne povedané, vznikáť podľa určeného trendu, trend sa však vytvára skôr v opačnom smere - podľa vznikajúcich materiálov.

Úroveň zdravotníckeho systému sa dá hodnotiť len komplexným spôsobom. Podľa metodiky WHO sa SR ocitla na 62. mieste zo 191 hodnotených štátov. Uvedené hodnotenie do určitej miery odráža postavenie zdravotníctva v spoločnosti, ale aj úroveň riadenia rezortu (dosiaľ nevznikla oficiálna reakcia MZ SR namietajúca napr. metodiku hodnotenia ai.).

Legislatíva

Úroveň legislatívnych zmien podstatne určuje situáciu v zdravotníctve a určitým spôsobom podmieňuje aj možnosti realizácie želaných transformačných zmien.

Rok 2000 v tomto smere priniesol nasledovné podstatné momenty:

- *Novela zákona č. 277/1994 Z.z. - č. 80/2000 o zdravotnej starostlivosti* sa vyznačovala najmä zmenou zriaďovateľa pre polikliniky, ktorým sa stalo opäť MZ SR, potvrdením (po kontroverznom stiahnutí z rokovania ministrom Šagátom) postavenia Slovenskej postgraduálnej akadémie medicíny (SPAM) ako dominantnej inštitúcie pre postgraduálne vzdelávanie lekárov (poslanec Osuský v prijatom návrhu dával túto možnosť aj lekárske fakultám) a zákazom súbehu štátnej a privatej lekárskej praxe.

Komentár: Prvé z uvedeného sa považovalo za náhodné, nenašla sa však „politická vôľa“ na zmenu, v druhom prípade by sa mala nájsť cesta s riešením pre obe vzdelávacie inštitúcie. Súbeh praxe môže byť riešený iným „regulačným“ opatrením, striktný zákaz je krokom späť, pretože vytvára rigidné prostredie zvlášť v oblasti odštatnených zdravotníckych služieb. Pozitívom zákona bola možnosť pre zdravotnícke zariadenia poskytovať aj sociálnu starostlivosť a vznik nového druhu zdravotníckeho zariadenia - hospicu.

- *Zákon č. 2/2000 Z.z.* umožnil riešiť kategorizáciu liekov a schválenie ich ceny nie dovtedy povinnou novelou zákona, ale nariadením vlády. Kategorizačné zoznamy liekov a zdravotníckych pomôcok sa plánovali aktualizovať až 4-krát ročne, čo sa nepodarilo splniť. Nedostatkom bolo následných 80 opráv v kategorizácii, týkajúce sa

hlavne oblasti výživy. Kategorizačný proces niesol v sebe celý čas podozrenie, že vytvára priestor na korupciu, čomu bola venovaná samostatná konferencia Slovenskej asociácie farmaceutických spoločností orientovaných na výskum a vývoj (SAFS) v spolupráci s Transparency International Slovakia na jeseň roku 2000.

- *Novela zákona č. 140/1998 Z.z. - č. 119/2000 Z.z. o lieku a zdravotníckych pomôckach* odstraňovala pôvodný nesúlad novely č. 104/1999 Z.z. s Ústavou SR, keď tá uprela právo vlastníť lekárne fyzickým i právnickým osobám, t.j iným ako lekárnikom. V tejto novele sa tiež presunula kompetencia registrácie liečiv zo Štátneho ústavu kontroly liečiv (ŠÚKL) na MZ SR a zmenila sa doteraz voľná živnosť očných optík na živnosť koncesovanú.

- *Zákon o štátnom rozpočte*, ktorým sa vymedzoval rozpočet na rok 2001 priniesol zvýšenie odvodu do fondu zdravotného poistenia o 0,3% odvádzaného pracovníkom. Toto opatrenie by malo priniesť do rozpočtu cca 1,06 mld. Sk. Pretrvávajúci problémom stále ostáva stanovenie vymeriavacieho základu, ktorý slúži ako východisko pre výpočet odvodov štátu a Úradu práce na odvody do fondu zdravotného poistenia za svojich poistencov.

- Problémom bolo vydanie cenového opatrenia, ktoré malo platiť od 1. II. 2000 spoločne s účinnosťou novely zákona o liečebnom poriadku (98/1995 - 17/1999) a ktoré vstúpilo do platnosti až 1. VI. 2000 (Opatrenie MF SR č. 4-4/2000), čo nesvedčilo o dobrej súčinnosti MZ SR a MF SR.

Počas roka zaznievali rôzne hlasy o potrebe nového znenia článku 40 Ústavy SR, najmä v textácii o bezplatnej zdravotnej starostlivosti, ktorá vytvára brzdu pre prípadné uplatnenie poplatkov za niektoré služby spojené so zdravotníckou starostlivosťou (napr. poplatok za recept, poplatok, resp. primeraná čiastka za stravu, a pod.).

Financovanie

Celý rok 2000 bol poznamenaný napätím na všetkých stranách kvôli financovaniu. Zdravotné poisťovne k 30. VI. 2000 vykazovali záväzky vo výške cca 13,5 mld. Sk (hlavne voči lekárniam - cca 4 mld. a ústavným zdravotníckym zariadeniam - cca 4,6 mld. Sk), kým pohľadávky boli vo výške cca 18,3 mld. Sk (tieto pohľadávky sú tvorené najmä nezaplateným poistným - cca 9,9 mld. Sk, penálmi a pokutami v hodnote cca 5,2 mld. Sk). Ústavné zariadenia dlhujú cca 3,8 mld. Sk za lieky a zdravotnícke pomôcky, za energiu cca 1,4 mld. Sk, na odvodoch do sociálnych fondov cca 4,5 mld. Sk, na potravinách cca 2 mld. Sk a na ostatných položkách cca 2,5 mld. Sk. Celkový dlh neustále narastal, pričom nárast sa odhadoval na cca 300 - 400 mil. Sk mesačne. Zásadný proklamovaný cieľ - stabilizácia nákladov v zdravotníctve sa nenaplnil. Dočasným riešením sa stal príjem vo výške cca 4,9 mld. Sk z privatizácie Slovenských telekomunikácií.

Dôsledkom tohto napätia boli okrem iného:

- hrozba Slovenskej lekárskej komory o vyberaní plných úhrad za lieky od občanov, ktorú zažehnilo až stretnutie u predsedu vlády s následným prisľubom odloženia,

- vyhlásenie Asociácie súkromných lekárov o vyberaní dobrovoľných príspevkov na prevádzku ambulancií od pacientov,

- neodvážanie príslušného finančného objemu do tzv. prerozdelenia fon-

du od Spoločnej zdravotnej poisťovne (SZP), s následnou súdnou žalobou od Všeobecnej zdravotnej poisťovne, a neskorším návrhom na zmenu prerozdelenia SZP,

- v podstate trvalé dožadovanie sa zvýšenia ceny bodu stomatologickou obcou (prakticky polovicu nákladov v stomatológii zaplatia občania),

- opakované neúspešné pokusy, event. náznaky pokusov zo strany MZ SR voči MPSVaR, ktoré sa týkajú neuhrádzania zdravotníckych výkonov vykonaných pre sociálne potreby z fondov sociálneho poistenia,

- pokračovalo zvyšovanie záväzkov v nemocniciach, napr. až na cca 1,4 mld. Sk na konci roka 1999, pričom pôvodné uznesenie vlády o sledovaní stavu v NsP Banská Bystrica sa zrejme nekontrolovalo, alebo zrušilo,

- MZ SR vydalo 15. VII. 2000 odborné usmernenie, ktorým sa lekárňam ukladá bezplatne spracovávať recepty pre zdravotné poisťovne v rozsahu prekračujúcom rámec zúčtovacích údajov,

- Problém Kardiocentra v Banskej Bystrici ukázal stav financovanie nemocníc v oblasti mzdových nákladov: náklady na mzdy boli cca 13,5% z celkových nákladov na operáciu alebo 11,3% pri porovnaní s nákladmi na mzdu v Nemecku.

Rozpočet na rok 2001 počítal s cca 46 mld. Sk získanými z výberu poistného, cca 2,3 mld. Sk tvorili kapitálové výdavky, cca 18 mld. Sk bežné výdavky a odhadovalo sa, že občania vydajú z vlastných zdrojov cca 6,5 mld. Sk (hlavne stomatológia, doplatky na lieky, voľnopredajné lieky ai.). Zrejme ani rozpočet v roku 2001 nevyrieši základný rozpor medzi nárokmi na zdroje a ich "pridelením". Najzreteľnejšie je tento rozpor ilustrovaný v prepočte výdavkov na zdravotníctvo na 1 osobu a rok - na Slovensku to činí cca 240 USD, v Poľsku cca 415 USD, v Nemecku cca 2.278 USD a v USA cca 3.898 USD. Aj pri rešpektovaní kritéria o pomere k výdajom na 1 občana v pomere k výkonnosti ekonomiky vidieť, že rezort zdravotníctva je zreteľne finančne poddimenzovaný. Daný stav nerieši ani predstava MZ SR o predpokladanom zvýšení súkromných zdrojov v budúcnosti na 25% z celkového objemu zdrojov. Neriešeným ostáva vnútorný dlh zdravotníctva, ktorý sa odhaduje na cca 40 - 50 mld. Sk.

Nedostatok financií sa premietol aj do stagnácie vývoja miezd v rezorte, čo vyúsťilo až do otvoreného listu Lekárskeho odborového združenia predsedovi Európskej komisie Romanovi Prodimu, v ktorom popisali "neradostno - zúfalú" situáciu slovenského lekárskeho stavu, nedôstojnú pre snahu o prijatie Slovenska do EÚ.

Organizácia

Organizácia bola poznamenaná určitou nesúrodosťou, čo sa prejavilo predovšetkým v nasledovných momentoch:

- absentuje zreteľná koncepcia organizácie zdravotníctva (ako materiálu MZ SR), premietnutá do existujúcej koncepcie reformy verejnej správy v podmienkach nového územného a správneho členenia, s decentralizáciou a delimitáciou právomocí na územnú samosprávu,

- absentuje ochota prijať zákon o lekárskom povolani, ktorý vymedzuje pôsobnosť profesijnej samosprávy, zvlášť v ambulantnej starostlivosti,

- aktivity ministra Kováča so zameraním na zmenu ústavných zdravotníckych za-

riadení na neziskové organizácie charakteru verejno-prospešných organizácií (s výnimkou fakultných nemocníc, nemocníc III. typu a špecializovaných ústavov),

- proces akreditácie nemocníc sa výrazne spomalil a podľa všetkého sa dostáva do slepej uličky,

- proces tvorby siete zdravotníckych zariadení nemá a nemá jasne stanovené pravidlá tvorby siete, ako to dokumentuje materiál MZ SR - *Správa o postupoch prác na aktualizácii optimálnej siete zdravotníckych zariadení*, predložený do vlády SR (okrem určitej redukcie postelí v ústavných zariadeniach),

- reakcia MZ SR na ochorenie prezidenta SR premietnutá do myšlienky dobudovať tzv. koncové nemocnice, u ktorých finančná výpomoc čiastočne rieši úroveň ich prístrojového vybavenia, tento prístup súčasne diskriminuje všetky ostatné nemocnice, pretože neboli stanovené kritériá pre ich úroveň (problematika akreditácie),

- pretrvávajúca myšlienka zatriedovania nemocníc do 3 typov, pričom riešením by mala byť kategorizácia oddelení so stanovením príslušného spektra výkonov a ich minimálnym, resp. optimálnym počtom,

- ostáva nedoriešená problematika rezortných nemocníc, ktoré by mali byť jasne definované buď ako rezortné, alebo začlenené do rezortu zdravotníctva, alebo by mal byť jasne definovaný ich podiel činnosti pre rezort a pre civilnú časť, a podľa toho by mali byť aj financované,

- nepodarilo sa dospieť k jednoznačnému rozhodnutiu o osude rozostavanej Fakultnej nemocnice v Bratislave na Rázsochách,

- MZ SR zverejnilo schému pre spracovanie koncepcii jednotlivých odborov, chýba usmernenie o platnosti koncepcii.

- uskutočnila sa racionalizácia laboratórií Štátnych zdravotných ústavov: s redukciou počtu o 7 laboratórií je vlastne jediným čiastočne ukončeným procesom,

- NKÚ zistil za rok 1999 nehospodárnosť v rezorte MZ SR vo výške cca 252 mil. Sk, z toho priamo na MZ SR vo výške 147 mil. Sk, bez zverejnenia podrobnosti v bežnej tlači.

Reakciou na daný stav je aj prijatie nového programu pre zdravotníctvo na prešovskom kongrese Demokratickej strany, čím sa ako prvá strana terajšej vládnej koalície vyčlenila s vlastným pohľadom na túto problematiku. Druhou takouto stranou bolo KDH, ktoré definovalo svoj limitovaný program v hlavných bodoch v programe "700 dní".

Ludské zdroje a odmeňovanie

MZ SR sa nepodarilo dopracovať dva zásadné materiály v tejto oblasti, a to vyhlášky o spôsobilosti zdravotníckych pracovníkov na výkon činnosti a o vzdelávaní pracovníkov v zdravotníctve. Túto problematiku riadi zrejme "služobne najstaršia" vyhláška MZ SR platná od roku 1981.

Prípravuje sa materiál o personálnych štandardoch podľa zahraničnej metodiky. Pokiaľ by tento materiál mal mať potrebnú validitu, musí byť viazaný aspoň na štandardy minimálneho prístrojového vybavenia a stanoveného spektra výkonov a ich minimálneho počtu v prepočte na 1 rok.

Problémom bola tzv. prievádzská kauza o súdnom procese nešťátnych lekárov slúžiacich LSPP (Lekársku službu prvej pomoci), ktorých hodinová mzda bola diskriminačná oproti odmenám za služby štátnych lekárov.

Privatizácia

Pokračuje 2. vlna privatizácie, ktorá sa týka v podstate samostatných zdravotných stredísk, časti polikliník, etc. Zoznam týchto zariadení bol v podstate pripravený ešte v roku 1997. V oblasti privatizácie nemocníc, polikliník, ostatných ústavných zariadení nebol prijatý zásadný materiál, pričom žiadosti o privatizáciu sa stále na MZ SR prijímajú. Privatizácia sa nerieši ani vo väzbe na reformu štátnej správy (musí byť doriešená aj s ohľadom na plánovanú zmenu ústavných lôžkových zariadení na neziskové organizácie. Stále ostáva otvorená otázka transparentnosti procesu, vrátane aktivít v pôsobnosti Ministerstva privatizácie. Z veľkej privatizácie sa chystá privatizácia š.p. Medika a Imuna (podľa posledných vyjadrení v prípade Imuny s rozhodujúcim, resp. úplným majetkovým podielom zahraničného investora).

Práva pacientov

Práva pacientov boli ako spracovanie problematiky aj so základným návrhom prvý raz zverejnené v roku 1996 pracovnou skupinou Asociácie nemocníc Slovenska. V roku 2000 sa konal medzinárodný seminár v rámci projektu PHARE, ktorý znamená novú iniciatívu na tomto poli. Otvorenou ostáva otázka, akou formou by mali byť práva pacientov prijaté (najskôr azda vyhláška MZ SR).

Ostatné problémy

Choroba prezidenta republiky bola výrazným spôsobom medializovaná. Je potrebné konštatovať, že príslušní lekári pracovali pod veľkým tlakom prezidentovej rodiny, prezidentskej kancelárie, verejnosti i médií, z čoho pramenili určité nedostatky v organizačnej sfére. Podľa dostupných údajov sa však dá predpokladať, že zdravotný stav prezidenta sa podarilo dostatočne stabilizovať ešte v rámci jeho pobytu na Slovensku. Minister Šagát abdikoval zo svojej funkcie 4. VII. 2000 v rámci prevzatia politickej zodpovednosti za udalosti súvisiace s ochorením prezidenta SR.

V určitom tieni tejto udalosti ostalo oznámenie, že Okresná prokuratúra Bratislava IV. zastavila trestné stíhanie vo veci úmrtia Karola Ježika, ktorý zomrel v roku 1998.

Poslanec Š. Zelník (SNS) podal 2. trestné oznámenie na ministra Šagáta pre podozrenie z nehospodárneho vynakladania prostriedkov určených pre poisťencov poisťovne Perspektiva-Druzap.

Lekárske odborové združenie volilo protestnú hladovku pred NR SR ako upozornenie na problémy v zdravotníctve, zvlášť v čase prerokovania rozpočtu SR na r. 2001.

Súhm

Stav v zdravotníctve nie je iba izolovanou záležitosťou samotného rezortu. Akcieschopnosť zdravotníctva podmieňuje výraznou mierou aj celkové ekonomické a legislatívne prostredie. Mierou uznania závažnosti problematiky zdravotníctva je, okrem iného, aj objem finančných prostriedkov alokovaný na zdravotníctvo v prepočte na obyvateľa a rok (viď vyššie). Touto úrovňou financovania je slovenské zdravotníctvo v súčasnosti podstatne limitované. Pri hodnotení rezortu zdravotníctva za rok 2000 možno z viacerých vyššie spomínaných momentov vyzdvihnúť nasledovné:

1. Nepodarilo sa zabezpečiť potrebnú úroveň financovania.
2. Nepodarilo sa systém zdravotníctva stabilizovať finančne ani organizačne.
3. Legislatívne zmeny neprekročili úroveň malých noviel. Zákon o lekárskom povolani (vo viacerých smeroch diskutabilný) má "variabilné osudy a podoby", i keď bol jednou z podmienok tzv. gentlemanskej dohody o "prímerí" medzi Slovenskou lekárskou komorou a vládou SR.
4. Zmena na poste ministra priniesla zmenu v prístupe k niektorým problémom (napr. orientácia na jednu zdravotnú poisťovňu, transformácia nemocníc na neziskové organizácie s charakterom organizácií poskytujúcich verejno-prospešné služby, ai.). Prípadný prínos týchto krokov ostáva otvorený.

Doc. MUDr. Ján Bielik, CSc.

MORÁLNE OTÁZKY PSYCHOLÓGIE V PERSPEKTÍVE PERSONALIZMU

Skoro celé storočie či polstoročie určitého spoločenského "tabu" a totalitného prístupu k morálke, morálnym hodnotám a k svedomiu v krajinách "východného bloku" sa iba zdá byť minulosťou. Tragika faktického udržiavania tohto stavu sa odráža už nie natoľko vo všeobecnej absencii týchto tém vo verejnej mienke a osobnom vedomí ľudí, ale skôr v ich zahmlievaní, pokrivenom chápaní, v predsudkoch i v životnom štýle súčasnej 'post-modernej' spoločnosti (Kerkhofs, 2000, Glasová, 2000). Vkročili sme do nového totalitarizmu v podobe extrémov individualizmu, morálneho relativizmu či, "(pseudo-)autonómie svedomia" (Glasová, 1998) a "kultúry smrti" (Ján Pavol II, 1995). S úspechom zapúšťa korene v krajinách, ktoré majú minimálnu skúsenosť s demokraciou, s dobrami ale aj rizikami otvorenej trhovej spoločnosti. Historický bod zvratu deväťdesiatych rokov našiel kraje nepripravené. I prítomná vízia "digitálnej spoločnosti" je výzvou, aby sme sa konečne zamysleli nad problémami, ktoré len zdanlivo nie sú "našimi problémami".

Psychológia v súčasnosti predstavuje veľmi široké pole výskumu a praxe v zdravotníctve, poradenstve a sociálnych službách, personalistike, manažmente, politike a inde. Kdekoľvek sa prejavuje jej pôsobenie, vždy sa dotýka človeka. Keď chce dobre obstáť vo svojej službe človeku, nemôže sa vyhýbať konfrontácii s morálnymi otázkami a ich riešením. A to napriek tomu, že niektorí autori túto potrebu spochybňujú alebo v konkrétnej psychologickej praxi zámerne obchádzajú.

Jedinečným príkladom konštruktívnej konfrontácie psychológie a morálky je publikácia "*Morálne otázky psychológie. Príspevky personalizmu k vybraným problémom.*" (DuBois, 1997). Vznikla na podklade výročnej konferencie Inštitútu personalistickej psychológie (IPP [1]), zorganizovanej na Univerzite v Dallase v Texase v októbri 1995. O publikácii sme už stručne informovali na inom mieste (Glasová 2000). Tvoria ju tri časti: I. Základné otázky psychológie morálky a morálnej výchovy, II. Zaobchádzanie s nenávisťou a bolesťou, III. Morálka a výzva naturalizmu. Obsahuje vyžiadané referáty a príspevky diskusného fóra konferencie. Prináša rôznorodé pohľady, ktoré nemusia byť pre každého čitateľa prijateľné. Môžu sa však stať,

i v našich podmienkach, výzvou k ďalším kritickým úvahám o nových aspektoch vzťahov medzi psychológiou a morálkou či etikou. Preto sme sa rozhodli širšie sprísť napniť najdôležitejšie myšlienky jednotlivých príspevkov knihy.

◆ Marvin W. Berkowitz (1997) predstavil vlastný **psychologický model morálnej osoby**, s dôrazom na jej "anatómiu a formáciu". Ide azda o jeden z najúplnejších modelov, aké sú v súčasnej psychológii k dispozícii [2].

"**Morálna anatómia**" Berkowitza (1997) je modelom, ktorý umožňuje komplexnejšie skúmanie povahy morálnej osoby. Utvárajú ju tieto *základné komponenty*: (1) morálne správanie, (2) morálny charakter, (3) morálne hodnoty, (4) morálny úsudok, (5) morálne cítenie, (6) morálna identita. Základné zložky morálnej osoby nie sú nezávislé, ale sú vo vzájomnej interakcii, spolupôsobení, dopĺňajú, ba aj prekrývajú sa navzájom. Ideálne by mali byť navzájom v rovnováhe, v harmónii. *Meta-morálne charakteristiky* osoby, t.j. sebadisciplína a empatia, nie sú súčasťou morálnej anatómie, ale významne podporujú morálny život osoby.

Morálne správanie je centrálnym aspektom existencie morálnej osoby. Osoba s dobrými pohnútkami, podľa ktorých však nikdy nekoná, nie je plne morálnou osobou. Podľa Kohlberga (1976) správanie možno posudzovať ako dobré alebo zlé len podľa pohnútok konajúceho. Aj keď niektoré skutky sa bez poznania pohnútok konajúceho javia ako morálne viacznačné, mnohé možno jasne posúdiť aj samé osebe, aspoň v pravdepodobnostnej rovine (napr. sexuálne zneužívanie dieťaťa, trýznenie vojnového zajatca sú skutky samé osebe zlé). Morálne správanie však plne nedefinuje morálnu osobu. Aký by to bol morálny hrdina, ktorý by nemyslel, necítil, ale iba konal podľa nejakého morálneho "programu"? Čo vlastne robí osobu morálnou osobou? Čo vlastne vedie morálnu osobu k morálnemu konaniu? Prečo robí to, čo je dobré?

Morálny charakter (z gr. vyznačiť - charakter) je jedinečná a trvalá tendencia osobnosti konať určitým spôsobom (a nie iným). Lickona (1991b, s. 68) ju definuje ako "stabilnú dispozíciu odpovedať na situácie morálnym spôsobom, ktorú možno pozorovať vo vonkajších prejavoch - charakterových črtách (láskavosti, čestnosti, zodpovednosti, všeobecnej úcty voči druhým ai.)". Podľa Ryana a Lickonu (1987, s. 2) je charakter občanov spoločnosti "miera, do akej kritické množstvo ľudí určitej spoločnosti dodržiava, stotožňuje sa a koná podľa spoločných morálnych predstáv (vízie)."

Morálne hodnoty sú azda najviac poznačené terminologickou nejasnosťou. Na prvom mieste je potrebné diferencovať morálne proti nemorálnym elementom. Kritizovaný model výchovy k hodnotám (Raths, Harmin, Simon, 1966) zlyhal práve v tom, že nebol schopný *rozlíšiť morálne hodnoty od nemorálnych*. Učítelia potom používali rovnaké prístupy a cvičenia pri tematike kultúry v obliekaní ako pri téme voľby života a smrti. Hoci tu ide tak trochu o zveličenie, chce sa ním poukázať na potrebu odlišovania v pojmoch a výchovných prístupoch. [3]

Berkowitz (1997, s. 18) ponúka nasledovnú definíciu morálnych hodnôt: "*Morálne hodnoty sú afektívne nabitú presvedčenie, ktoré sa týkajú otázky správnosti alebo nesprávnosti určitého správania alebo výsledku konania,.... a sú vo svojej záväznosti univerzálne a nemeniteľné.*" Morálna výchova by sa mala na prvom mieste zameriavať na morálne hodnoty, v ktorých je obsiahnutý potenciál dobra a zla, ako aj na otázky ich univerzálnej preskriptívnosti (povinnosti) (Nucci, 1982). Málokedy sa však v praxi stretávame s týmto odlišením.

Morálny úsudok. Aj vysoko morálny jednotlivec, ktorý má jasné a primerané morálne hodnoty a morálny charakter, sa skôr či neskôr bude konfrontovať s morálne viacznačnou alebo neobvyklou situáciou. Bude si vyžadovať rozhodnutie o tom, ktorú morálnu hodnotu má uprednostniť alebo akým spôsobom sa má charakterne zachovať. Tu je potrebný morálny úsudok, ako *schopnosť uvažovať o morálnych otázkach, dospievať k morálnym záverom, robiť morálne rozhodnutia* (Berkowitz, 1997). Zrelý morálny činiteľ musí byť schopný reflektovať morálny problém a racionálne ho morálne zhodnotiť. Kohlbergov (1976) náčrt štádií vývinu morálneho úsudku sa ukazuje ako zvlášť vhodný model pre výskum i pre výchovu zameranú na rozvíjanie morálneho úsudku.

Morálne ctenie [4]. Berkowitz (1997) rozlišuje dve veľké skupiny morálnych citov:

1. Prvú skupinu tvoria averzívne *sebakritické city* (*ang. self-critical emotions*), ktoré signalizujú určitú formu cenzúry self (autocenzúry) alebo negatívneho sebahodnotenia ako odraz, reakciu na nežiadúcu myšlienku alebo konanie (vina, ľútosť, zahanbenie, hanba).

2. Druhou skupinou sú *prosociálne city*, ktoré predstavujú afektívnu reakciu na núdzu druhého (súcit, sústrasť (účasť), sympatia, priateľská náklonnosť k druhým). City možno teda chápať ako činitele, ktoré pomáhajú štrukturovať, dynamizujú alebo dopĺňajú ostatné morálne procesy (ako napríklad úsudok). V komplexnej anatómii morálnej osoby sú veľmi významné.

Morálna identita. V *jadre morálnej osoby* je osobou, ktorá koná dobro, verí a stará sa o dobro, konzistentne sa u nej prejavujú také osobnostné črty ako dobrota, pocit ľútosti za morálne priestupky a starosť o druhých, a ktorá vie efektívne rozlíšiť, čo je dobré a čo zlé. Takáto "anatómia" nie je ešte stále kompletná. Šiesty komponent - morálna identita je niečo iné ako predchádzajúce komponenty [5]. Tento komponent morálnej anatómie osoby sa rozvíja až relatívne neskoro. Súvisí s vývinovou úlohou adolescencie. Pre svoju plnú manifestáciu *vyžaduje schopnosť sebareflexie* (úsudku o sebe samom), ktorá v preadolescentnom období ešte nie je plne vyvinutá, resp. plne sa neprejavuje [6].

Metamorálne charakteristiky. [7] Berkowitz za meta-morálne označuje tie charakteristiky morálnej osoby, ktoré svojou povahou samé o sebe nie sú morálne, ale napomáhajú morálnemu fungovaniu. Ťažko si predstaviť osobu konzistentne morálne konajúcu bez sebadisciplíny, ale pritom je očividné, že sebadisciplína sama o sebe svojou povahou nie je morálna. Sebadisciplína je nevyhnutnou podmienkou úspešnosti aj u kriminálnikov a v živote hedonisticky orientovaných osôb.

Výchova úplnej ("dokonalejšej") morálnej osoby by sa mala uskutočňovať v dvoch základných rovinách: v prostredí rodiny a v rámci formálneho výchovno-vzdelávacieho systému.

V prostredí rodiny Berkowitz vidí dva spôsoby pôsobenia: *socializáciu dieťaťa a vzdelávanie rodičov*. Osvojovanie základov morálky v predškolskom veku súvisí (Berkowitz, 1992): **(1)** s kvalitou vzťahov, ktoré dieťa v tomto prostredí zažíva, osobitne vo vzťahu k osobám, ktoré sú v živote dieťaťa dôležité (Magid, Mc Kelvey, 1987), **(2)** osvojovaním určitých vzorov správania, ktoré zahŕňa usmernenie (hranice) a disciplínu, **(3)** so správaním sa vzoru, ktorému je dieťa vystavené (učenie sa podľa vzoru), **(4)** s rozhodovacími procesmi a spôsobmi komunikácie v rodine. Kládie teda *na rodičov osobitné požiadavky*: aby boli milujúci, dôslední, chápací, aby reagovali primerane a citlivo na signály dieťaťa; dôsledne uprednostňovali odmeňo-

vane žiadúceho správania pred trestaním nežiadúceho; dieťaťu zrozumiteľne objasňovali svoje reakcie voči nemu; pamätali, že dieťa má skôr tendenciu robiť tak, ako vidí rodičov konať, a nie tak, ako ich počuje hovoriť; aby budovali v rodine otvorenú, autentickú komunikáciu, neuzatvárali sa spoločnému rozhodovaniu, do ktorého postupne zapájajú aj deti s ohľadom na ich vek a, konečne, neustávali vo sebazvdelávaní, sebvýchove, sebareflexii.

Úloha školy v morálnej výchove spočíva podľa Berkowitza (1997) vo *facilitácii*, *podpore* - v tom prípade, ak dopĺňa pozitívny efekt rodinnej výchovy v morálnej formácii, alebo v *remediácii*, *usmernení* - ak nahrádza alebo napráva chýbajúce alebo negatívne vplyvy rodiny. Toto je nevyhnutné rozlíšenie v každej diskusii na tému: "Kto urobil chybu?" alebo "Kto je zodpovedný" v morálnej výchove - rodina alebo škola.

◆ Tému **Morálne dobro a duševné zdravie** uvádza filozof Josef Seifert (1997) myšlienkou o tom, že mnohé otázky medicíny a psychológie, sú prezentované v takej podobe, že sa zaoberajú zrozumiteľnosť podstaty a stavu vecí, ktoré je možné podrobiť analýze z filozofického hľadiska. Týka sa to i problému zdravia a "nezdravia" (*angl. unhealth*) [8]. Podľa známeho čílskeho psychiatra profesora Armanda Roa (in Donohue-White et al., 1998) je duševné zdravie a choroba takej povahy, že sú primárne dostupné pomocou "intuitívneho obsiahnutia súboru príznakov, ktoré oprávňujú označiť pacienta ako duševne chorého a nie telesne chorého, alebo delikventa." Tvrdí, že intuitívna predstava bežného človeka o tom, čo je to duševné zdravie, je v porovnaní s názormi, ktoré niekedy nachádzame v teórii, možno omnoho lepšia (zvlášť, keď berieme do úvahy tých psychiatrov, ktorí dokonca samotný pojem duševné zdravie odmietajú - napr. R. D. Laing, D. Cooper, T. Szasz). "Všetky - alebo takmer všetky - spoločnosti rozlišujú medzi duševne chorými a delikventmi. Obe skupiny porušujú spoločenský poriadok, ale tresty sa stanovili len pre delikventov. Poukazuje to na to, že to nebolo zlyhanie v podriadení sa spoločenskému poriadku, čo odlišilo deviáciu od zdravia" [9].

Na základe krátkeho rozboru základných pojmov, vrátane definície zdravia WHO, Seifert ďalej rozoberá vzťah medzi morálnym dobrom a duševným zdravím a medzi morálnym zlom a duševnou chorobou či "nezdravím".

Podľa Manuela Lavadosa (in Donohue-White et al., 1998) je **duševné zdravie**, a samozrejme ľudské zdravie vo všeobecnosti, presne takým stavom pohody, ktorá je na jednej strane jasne odlišiteľná od morálneho konania a čností, ktoré pramenia zo slobody, a na druhej strane je charakterizovateľný ako podmienka slobody: "...keď choroba zraňuje človeka v jeho prirodzenosti, zraňuje ho... dvojako. Po prvé tým, že ho deprivuje ... že nemôže prirodzene fungovať ... Po druhé, choroba kladie obmedzenia na slobodu utvárania jeho osobného bytia." Jasne tu odlišuje pohodu, vyplývajúcu zo zdravia, a vyššie dobrá osoby, osobitne morálne dobro. Definícia zdravia WHO z roku 1946 takéto odlíšenie nerobí - keď ho definuje v pojmoch, ktoré sa lepšie hodia na označenie najvyššieho dobra a šťastia ako zdravia. Tento autor zároveň upozornil na významný vzťah medzi morálkou a duševným zdravím: duševné zdravie je podmienkou morálneho dobra alebo zla.

Platí snáď aj opačný vzťah, že určitá miera morálneho dobra je podmienkou duševného zdravia? Aké presne sú rozdiely a vzťahy medzi morálnym dobrom a duševným zdravím a medzi morálnym zlom a duševnou chorobou? H. Tristram Engelhardt, Jr. (1981) poukázal na to, že zdravie nie je morálnou hodnotou, a práve tak ani "ne-

zdravie” nie je morálnou chybou [10]. (Nikoho nemožno pochváliť za to, že je zdravý, ani viniť za to, že je chorý.)

V skutočnosti je **vzťah medzi morálkou a duševným zdravím** komplexný. Seifert (1997) tento vzťah podrobnejšie rozoberá v niekoľkých bodoch:

- a) určitá miera duševného zdravia je podmienkou morálneho konania,
- b) podmienkou duševného zdravia je schopnosť rozlíšiť medzi dobrom a zlom,
- c) duševné zdravie ako morálne relevantné dobro a ako príležitosť pre morálne dobré akty,
- d) morálne zlo ako príčina a koreň duševného nezdravia prostredníctvom mediácie chemických a fyzických činiteľov,
- e) zdravie morálneho dobra a deštrukcia významnej zložky duševného zdravia - racionality morálnym zlom,
- f) vnútorná logika určitého morálneho zla vyvoláva stavy skutočnej duševnej choroby, ktorá je mimo dosahu našej slobody,
- g) duševná choroba ako následok “svedectva” ohavného morálneho zla druhej osoby alebo bytosti alebo prípad ich obete,
- h) morálne dobrá, ktoré sú súčasťou duševného zdravia a morálne zlá, ktoré sú súčasne súčasťou duševných chorôb,
- i) kombinácia duševnej choroby a morálneho zla vo fetišizme a iných psychických poruchách.

Podľa Seiferta nie je duševná choroba žiadnou morálnou chybou, tak ako ani duševné zdravie nie je nijakou čnosťou. Uznáva ďalej, že istá úroveň duševného zdravia je pre morálku potrebná.

Vzťah medzi morálnym dobrom a duševným zdravím však v tomto bode nekončí. Okrem iného zdôrazňuje, že duševné zdravie vyžaduje schopnosť rozlišovať medzi dobrom a zlom, a tiež, že morálne zlo môže prispievať k deštrukcii racionality, ktorá je základným elementom duševného zdravia. Napríklad, z morálneho hľadiska trestuhodné experimentovanie s nebezpečnými drogami môže viesť k takým stavom závislosti, ktoré vážne redukovujú schopnosť byť morálnym činiteľom. Úvahy Seifertovej prednášky privádzajú čitateľa do dialógu s viacerými súčasnými predstaviteľmi filozofie medicíny (napríklad Engelhardt, Roa), ale aj veľkými osobnosťami klasickej filozofie vrátane Platóna, Descartes, Nietzscheho, a Schelera a vyzývajú ho k opätovným úvahám o vlastných predstavách a chápaní duševného zdravia.

Tak ako Sokrates (Platón v Obrane Sokratovej) povedal o duševnom zdraví, že nie je pre človeka najvyšším dobrom a že “z cností ducha pochádza každé dobro”, Seifert končí svoju reflexiu myšlienkou: “Kým svätá osoba môže byť duševne chorá nevinné, osoba, ktorá sa nepodujala hľadať (v živote) zmysel a dobro, nebude nikdy celkom zdravá, a osoba démonicky zlá je tiež vážne chorá. **Zdravie osoby** možno definovať jedine v pojmoch plnej odovzdanosti dobrám, ktoré zároveň presahujú úroveň zdravia: “Pravda, Krása, Dobro vo všetkých jeho formách, a zvlášť v jeho najvyšších formách.”

◆ Stať Paula C. Vitza a Philipa Manga (1997a) **Nenávisť a odpustenie: závažné morálne dilemy v sekulárnej psychoterapii** analyzuje spomínané psychické fenomény v kontexte súčasnej sekulárnej psychoterapie. Popri rozbere ich úlohy v terapeutickom procese autori upozorňujú, že dôležité psychologické aspekty nenávisťi a odpustenia nie je možné dostatočne vyriešiť nenáboženskými prostriedkami.

Vychádzajú z úvahy o “všadeprítomnej schopnosti ľudských bytostí zraňovať

druhých”. Ľudí, ktorých sme zranili, alebo ktorým sme ublížili, často aj otvorene či skryto nenávidíme. Problémom je, že ak sme sa previnili voči druhým, trpíme pocitmi viny. Bez ľútosti a možnosti Božieho odpustenia z nás našu skutočnú vinu sňať nemožno. Psychoterapeut nemôže pacientovi odpustiť to, že zraňoval druhých. Vo väčšine prípadov však ani tí, ktorým pacient ublížil, nie sú schopní mu odpustiť. Dokonca ani vtedy, ak by s nimi chcel obnoviť vzťah a mali by dobrú vôľu. V začarovanom kruhu sa tu ocitá aj samotná psychologická intervencia.

Ďalšou komplikáciou je všeobecne prevažujúci narcizmus do seba zahľadenej, na seba sústredenej spoločnosti (*angl. self-oriented society*), ktorý sa kombinuje s rovnako prevládajúcou psychológiou obetí (*angl. victim psychology*) (Sykes, 1992). Mnohí sa cítia obeťami, zneužívaní druhými, mnohí sú presvedčení, že vina je problémom tých druhých, a ich samých sa netýka. Sme presvedčení o tom, že oveľa viac sa previňujú druhí voči nám, ako by sme sa mali my sami považovať za vinníkov (*angl. We are much more sinned against than sinners.*). Ako však hovoria Evanjelisti, a ako to potvrdzuje aj každodenná skúsenosť, všetci sme vinníkmi. Problémom je, že duševnú ujmu, ktorá prechádza na každého človeka ako následok zraňovania druhých, nemožno odňať bez odpustenia.

Ak ponecháme bokom problém tých, ktorým sme ublížili, a vrátime sa späť k problému tých, ktorí ublížili nám, stále stojíme pred psychologickými dilemami. Bežnou odpoveďou voči tým, ktorí nám ublížili, je totiž **nenávisť**. Nenávisť, ktorú človek pociťuje voči tým, ktorí mu ublížili, mu totiž v skutočnosti spôsobuje ujmu: vnútorne škodí osobe, ktorá prežíva nenávisť, ale aj iným. Vitz a Mango (1997b) považujú nenávisť za jeden z psychických obranných mechanizmov.

Ak sa chceme zbaviť bremena “psychológie obeť” a našej nenávisti voči druhým, najlepšie známym postupom je odpustiť druhým a uznať (priznať si) ujmu, ktorú naša vlastná nenávisť spôsobila nám samým a aj druhým. Tento druh odpustenia nepriateľom nemusí mať nutne náboženský charakter, ale hlavnú oporu má v náboženských dôvodoch. Odpustiť tým, ktorých nenávidíme, je však veľmi ťažké a takéto odpustenie sa stalo určitou dilemou pre sekulárnu psychológiu. (Azda preto mnohé významné psychoterapeutické prístupy od Freuda až po Rogersa odpustenie ako základný pojem ignorovali.) Samozrejme, ľútosť a prijatie Božieho odpustenia za následky našej nenávisti voči sebe a druhým ani v rámci sekulárnej psychológie nie sú možné [11].

Nenávisť z náboženského hľadiska. Aj mnohí duševne zdraví prežívajú nenávisť, blízku patologickej nenávisti v situácii extrémnej záťaže: “demonizácia” určitého nepriateľa; “rozštiepenie” - čiže považovanie druhého za úplne dobrého alebo úplne zlého. Dokonca aj pri menej intenzívnom strese, v bežnom živote človeka, možno pozorovať prípady tzv. “normálnej” nenávisti, ktorá sa od vážnej patológie odlišuje síce svojou intenzitou, avšak nie obsahom. Pri liečbe nenávisti vyvstáva základná otázka viny a jej pôvodu. Známy ľudský sklon odpovedať na bolesť a traumou vzplanutím a udržovaním nenávisti možno chápať ako znak našej padlej prirodzenosti. Melánia Kleinová k tomu poznamenáva: “Opakované pokusy, ktoré sa urobili v záujme pokroku ľudstva, zvlášť snahy urobiť ho “mierumilovnejším”, zlyhali, pretože nikto nechápe celú hĺbku a silu agresívnych inštinktov, ktoré sú v každom jednotlivcovi” (in Wolberg, 1988, s. 247).

Psychologický pôvod nenávisti. Podľa Sigmunda Freuda sú agresia a nenávisť súčasťou ľudskej prirodzenosti (“thanatos” - “inštinkt smrti”, ako základná, vrodená súčasť každého človeka).

Melanie Kleinová (1946, 1957, 1964) rozvinula tento pohľad. Tvrdí, že “primárna zlosť” a závisť sú inštinktívne aspekty ľudskej motivácie, ktoré sú prítomné už v ranom detstve. Počas prvých mesiacov života dieťa nie je schopné rozlíšiť, že dobré a zlé stránky matky sú súčasťou tej istej osoby. Následkom toho si dieťa konštruuje rozštiepenú reprezentáciu matky, teda “dobrej mamy” a “zlej mamy”. “Zlá matka” mobilizuje u dieťaťa jeho prirodzenú nenávisť a zlosť. Dobré a zlé stránky matky sú také protikladné, že dieťa ich nemôže kombinovať v jednej vnútornej schéme. Neskôr, ako sa kognitívne schopnosti dieťaťa rozvíjajú, tieto protikladné stránky sa kombinujú a u dieťaťa sa už neobjavuje rozštiepenie. Táto integrácia sa objavuje ako dôsledok kognitívneho zrenia. Je tiež dôsledkom toho, že matky sú vo všeobecnosti oveľa viac pozitívne než negatívne. Výsledkom je, že pre väčšinu ľudí prvky “zlej matky” nie sú v ich vnútornej psychickej reprezentácii mimoriadne rozporuplné. Ak je však matka silne negatívna a prvky “zla” sú rovnako silné, alebo dokonca prevážia prvky dobra - vzniká konflikt a pre dieťa je veľmi ťažké vyriešiť pôvodné rozštiepenie: zotráva v ňom neraz až do dospelosti. Väčšina (Vitz, Mango, 1997b) psychoanalyticky orientovaných psychológov prijíma Kleinovej pohľad na rozštiepenie, hoci mnohí odmietajú zdôrazňovanie hereditárnych faktorov. Prijíma sa aj ďalší dôsledok rozštiepenia - projekcia. Prostredníctvom rozštiepenia si dieťa zachováva falošné presvedčenie, že nie idealizovaná, dobrá matka mu spôsobuje frustráciu, ale nejaká iná, zlá matka. Neskôr sa prostredníctvom projekcie dieťa samé zbaví vlastných agresívnych pocitov tým, že ich pripíše tej istej zlej matke, zachovávajúc si takto skúsenosť, že rovnako ja (self) a aj druhý človek - sme “dobrí”. Hlavnou cenou za tieto obrany je *kompromis v primeranej percepcii reality* a *paranoídny systém* - dieťa si utvára obraz o vonkajšom svete ako o svete perzekvujúcich (ohrozujúcich) zlých objektov, od ktorých sa obáva útoku a odplaty. Ak dieťa nepokročí z tohto štádia - bude mať dlhotrvajúce ťažkosti pri hodnotení skutočnosti, t.j. pokiaľ sa neprekonajú škodlivé následky rozštiepenia. Ľudia, ktorí si zachovávajú rozštiepenú reprezentáciu matky, často zovšeobecňujú toto dichotomické myslenie na ostatných ľuďoch a veľmi preto trpia. Problémom je, že pokiaľ osoby, ktoré sú dôležité v našom živote, nie sme schopní vidieť ako súbor ich dobrých a zlých stránok, nie sme schopní vidieť druhých takých, akými skutočne sú (démonizácia alebo naopak prehnaná idealizácia druhých).

Hnev a nenávisť: rozdiel medzi nimi. Hnev je prirodzenou reakciou na temer každý skutočný alebo predpokladaný útok, zranenie alebo hrozbu. Hnev je súčasne aj okamžitou emočnou a behaviorálnou odpoveďou na takéto útoky. Pozná ho každý. Sám osebe nie je psychicky škodlivý. *Nenávisť* nie je okamžitou reakciou. Závisť skôr od “pestovania” si hnevu. Podporné kognitívne štruktúry udržiavajú produkciu negatívneho afektu. Predpokladá sa, že nenávisť zakladá rozštiepenie oveľa viac ako hnev. Známym imperatívom “nenechaj zapadnúť slnko nad tvojím hnevom” je pravdepodobne zameraný na prevenciu rozvoja nenávisť a vážnych problémov, ktoré sa s ňou spájajú.

Nenávisť ako voľba. V prípade dospelého človeka nie je nenávisť otázkou afektívneho (afektu), ale vôľovou (voľby). U dieťaťa môže nenávisť existovať ako afekt, a nie ako slobodné rozhodnutie (napríklad ako odpoveď na zneužívanie). V zážitkoch, ktoré zakladajú fixáciu a vývinové ustrnutie, je pravdepodobne zapojené veľmi málo skutočného chcenia (vôle). Dospelí sa však neskôr môžu slobodne rozhodnúť, či akceptujú svoju nenávisť, alebo budú pracovať na jej odmietnutí.

V rámci psychoterapie je pacient neraz konfrontovaný s možnosťou voľby. Môže sa *rozhodnúť*, či opustí nenávisť a pokročí k odpusteniu. U dospelých je nenávisť slo-

bodným rozhodnutím robiť zlo druhým (alebo sebe). Nie je intenzívnym, psychicky determinovaným afektom (ako napr. afektívna averzia). U dospelého je väčšia časť afektu spojeného s nenávisťou (ktorý nie je jej príčinou) následkom v minulosti vybudovaných kognitívnych štruktúr a vôľových aktov (Vitz, Mango, 1997b). Nenávisť zahŕňa aj rozhodnutie odmietnuť druhého milovať a odpustiť mu; odmietnutie možnosti poprosiť o odpustenie, prijať odpustenie alebo odpúšťať. Z hľadiska vôle nenávisť voči druhým alebo voči sebe nie je nikdy zdravá. Je "prirodzená" v tom zmysle, že sa často vyskytuje, ale nikdy neprináša duševné zdravie. Pacient nie je celkom slobodný v tom, že by ľahko alebo náhle opustil patologické štruktúry, ktoré sa u neho roky budovali, a tak zanechal nenávisť. Má však slobodu v tom, že môže začať 'presávať nenávidieť'. Čiastočne sa táto sloboda prejavuje aj v tom, že pacient pokračuje v terapii. Súčasne však, zvyčajne po mnohých sedeniach, vyvstáva u pacienta oveľa konkrétnejšie otázka slobody - začať konkrétnym spôsobom odpúšťať, zanechávať nenávisťou naplnené kognitívne štruktúry. V psychoanalytickom zmysle možno dôraz na vôľu pacienta interpretovať ako príklad Meissnerovho (1993) "self ako činiteľa" (*angl. self as agent*) - považuje self za nadradený štruktúrally konštrukt reprezentujúci celok osoby, obsahujúci ochotné alebo zodpovedné self ako činiteľa, činného účastníka.

Pojem odpustenie sa vzťahuje na vedomé rozhodnutie zanechať zatrpknutosť a nenávisť a aj každé vymáhanie náhrady krivdy od toho, kto danú osobu zranil. Predpokladá sa, že na akte odpustenia sa zúčastňujú aj dynamické psychické procesy, ktoré môžu sťažiť, ba dokonca znemožniť pravé odpustenie.

Niektorí pacienti nikdy v živote, alebo len zriedkavo videli odpúšťať, alebo prijímať odpustenie. Často je pre nich terapeut zdrojom nového poznania. Pre mnohých predstavuje implicitne odpustenie už samotný fakt, že terapeut prichádza spoľahlivo na sedenia, pretože tým ukazuje podporu dokonca aj vtedy, keď je pacient (voči nemu) kritický alebo dokonca nepriateľský. Niekedy môže terapeut pacientovi prejavu hostility priamo odpustiť; dokonca ešte terapeutickjšie sú príležitosti, keď sa terapeut môže pacientovi ospravedlniť za svoje chyby alebo zraňujúce správanie, ktoré bolo pravdepodobne neúmyselné (napríklad vynechanie sedenia pre služobnú cestu) (Gartner, 1992). Pacient má včas k dispozícii príklady odpustenia - implicitne a niekedy explicitne, a často potom túži odpustiť druhým. Ale dokonca aj v tomto bode sa môže rozhodnúť neodpustiť - zo strachu, pýchy, sebeckta, atď. Ako pozoroval Gartner (1992), prekonávanie rozštiepenia môže povzbudiť skutočné odpustenie. Avšak skutočnosť, že (ja) *môžem* odpustiť, ešte automaticky neznamená, že odpustiť aj *chcem*. V psychoterapii sa často na terapeuta nepremiata nenávisť pacienta voči nemu, ale skôr jeho nenávisť voči rodičom, súrodencom, rovesníkom, spolupracovníkom atď. V týchto situáciách môže terapeut využiť terapeutickú alianciu s pacientom, aby podporil odpustenie mobilizáciou kognitívnych, afektívnych a vôľových schopností pacienta (napríklad cvičenie sa vo vedomom odpúšťaní) (Fitzgibbons, 1986).

Podľa Gartnera (1992) autentické odpustenie neznamená, ako sa všeobecne myslí, *náhradu* negatívneho afektu pozitívnymi milujúcimi pocitmi (*angl. replacement*). Základnou podmienkou autentického, zrelého odpustenia je integrované realistické vnímanie pozitívnych aj negatívnych aspektov seba aj iných. Táto kognitívna dimenzia presvedčenia o duálnej povahe nášho vlastného bytia a bytia druhých je rozhodujúca. Najprv je teda potrebné prekonať rozštiepenie, zvlášť s ohľadom na vzťahy raného detstva [12].

Psychologické vysvetlenie dôvodov, **prečo rozštiepenie bráni odpusteniu**: Ak sa

pacient cíti úplne dobrý (*angl. all good*) a svojho nepriateľa zažíva ako úplne zlého (*angl. all bad*), ide o protikladné, absolutizujúco odlišné hodnotenie seba a druhých. Tento rozdiel, táto konceptuálna priepasť pacientovi znemožňuje súcíť s druhými. Iba uvedomenie si dobrých stránok druhých - a vlastných zlých vlastností, nám umožňuje poznať a uznať druhých tak, ako poznáme a uznávame nás samých. Inak sú druhí vždy odlišným druhom bytostí: démonmi. A ľudské bytosti démonom neodpúšťajú.

Predpokladá sa, že **odpustenie je postupný proces**. Patologické rané vzťahy s druhými, ako je s traumou spojená depresia a silná nenávisť, sa však bez dvoch, pre náboženstvo normálnych procesov - ľútosti a odpustenia - nikdy reálne nevyriešia (Vitz a Mango, 1997). Proces odpustenia schematicky predstavuje logickú sekvenciu piatich štádií: **(1)** popretie, **(2)** hnev a nenávisť alebo paranoidný transfer, **(3)** vyjednávanie alebo odpor, **(4)** depresia alebo depresívny transfer, **(5)** akceptácia alebo vyriešenie. Jednotlivé štádiá a ich poradie sa v reálnej psychoterapii môžu meniť, častý je posun v smere dopredu i naspäť, ako aj zložitá interakcia medzi štádiami. [13, 14] Hlavný problém vystáva v situácii, keď sa pacient musí vysporiadať priamo so skutočnou vinou. Ak človek svojím správaním vážne zranil druhých alebo seba, seba-akceptácia je nedostatočnou odpoveďou. Pôvodná ťažkosť nenáboženskej psychológie je, že pacientova seba-akceptácia je neuspokojivou odpoveďou na veľkosť ujmy, ktorú spôsobil iným alebo sebe - **dilema skutočnej viny**.

Niektorí psychológovia by tu azda mohli navrhnúť ako riešenie **odpustenie seba samému** (*angl. self-forgiveness*). Zločin alebo ujmu, ktorú ste spôsobili inému, nemôžete však seba samému odpustiť. Kriminálnika, ktorý odpustil sebe samému svoje zločiny (vražda, znásilnenie alebo krádež), by sme považovali za zvráteného alebo za psychopata. Ide tu o základný problém: judeo-kresťanské presvedčenie o tom, že sme všetci zhršli a nikto nie je spravodlivý pred Bohom, totiž z empirického hľadiska presne vystihuje situáciu každej osoby. Všetci máme skutočnú vinu - a čo s ňou máme (u)robiť? Sekulárna, nenáboženská psychológia má túto dilemu: ak človek verí, že ľudia si nemôžu seba samým odpustiť, kde potom nájde odpustenie? Kto mu môže dať toto odpustenie? [15]

S. Freud sa raz k tomuto problému vyslovil takto: "A teraz, len si predstavte, že poviem pacientovi: 'Ja, Sigmund Freud, ti odpúšťam hriechy.' Akého blázna by som zo seba urobil." (Freud/Pfister, 1963, s. 125). Aj naša vlastná seba-nenávisť vyžaduje "Božie odpustenie".

Pacienti zvyčajne nenávidia seba samých preto, že nespĺnili určité výnimočné požiadavky voči sebe, ktoré si sami vykonštruovali (musím byť bohatý, ženatý, krásny, úspešný, štíhly, bezúhonný...). Ak človek zlyháva podľa nich žiť, používa tieto požiadavky na kruté posudzovanie seba samého. Znamená to však preberanie úlohy Boha ako sudcu - a to vyžaduje ľútosť, pokánie. Vo svojich extrémnych podobách seba-nenávisť vedie k zúfalstvu (veľmi vážnemu hriechu, ktorý zahŕňa odmietnutie Božej lásky a milosrdenstva). Podľa tradičnej definície je hriech odpor voči Bohu, voči našim bratom a sestram, a voči nám samým. Z toho vyplýva, že odpustenie seba samému je v skutočnosti nemožné. Z týchto dôvodov ľútosť alebo pokánie bez odpustenia za zlo, ublíženie, ktoré človek spôsobil, nemôže byť opravdivým riešením a odpustenie seba vyžaduje Boží čin, zásah - alebo prinajmenšom vieru v Boží zásah. V tomto rozhodujúcom bode sa psychológia musí podriadiť náboženstvu, pretože nemá na problém pravej viny, či na jej korelát - potrebu odpustenia seba samému, nijakú užitočnú, zmysluplnú odpoveď.

Samozrejme, **pseudovina** (nepravá vina) - “bolestné pocity viny”, konkrétne zapríčinené nedokonalosťou rodičovskej výchovy, manipuláciou superegom, vplyvmi prostredia a omylní myslenia - sa nelieči odpustením, ale zmysluplnou psychoterapiou, kognitívnu reštruktúraciou (napr. zmena postojev) a prijatím lásky od druhých.

Pacientove vedomé alebo nevedomé pohnútky a motívy, môžu odpustenie pokriviť, prekrútiť. Výsledkom môže byť **pseudo-odpustenie** alebo **falošné odpustenie**, ktoré podporuje patológiu. Najčastejšie podoby pseudo-odpustenia sú:

(1) *Narcistická blahosklonnosť*: ponúkanie odpustenia, ktoré vychádza z postoja morálnej nadradenosti, výnimočnosti (superiority). Napríklad, keď manželka odpúšťa manželovi, pretože sa cíti voči nemu morálne nadradená a “odpustiť (mu)”, je to (tá vec), čo má urobiť. Tento typ falošného odpustenia je častejší u žien ako u mužov.

(2) *Popretie*: odpustenie dávané bez priamej konfrontácie, vysporiadania sa s vlastnou nenávisťou k druhému. Zdá sa, že je častejšie u mužov, ktorí chcú “vyriešiť problém” z praktického hľadiska, ale bez toho, aby sa zvlášť poctivo, čestne konfrontovali so svojimi vlastnými pocitmi alebo vzťahmi.

(3) *Reaktívny výtvor*: predstavuje odpustenie, ktoré sprevádza vynútený kladný postoj a náklonnosť. Toto však opäť zakrýva potlačenú a stále živú nenávisť.

(4) *Prepracovanie*: tu sa používa odpustenie ako určitý spôsob, ako uniknúť vine z nasledovných dôvodov. Osobe sa “odpúšťa”, aby sa zadosťučinilo spôsobenému zlu - aby magicky akoby nikdy nebolo. Ale toto nie je pravé odpustenie, ani dar druhému; je to skôr manéver pre vlastný osobný úžitok.

(5) *Neurotická závislosť*: slovné odpustenie alebo vonkajší prejav “odpustenia” ako prostriedok na udržanie patologickej závislosti na niekom alebo na udržanie masochistického vzťahu. Takáto závislosť je zvyčajne zakorenená v bolestne negatívnom seba-obraze.

(6) *Symbióza*: predstavuje pseudo-odpustenie, v ktorom osoba ešte nedosiahla bezpečnú stálosť objektu vo vývine vzťahov. Osoba používa slovné vyjadrenie a vonkajší prejav odpustenia, aby sa ubránila hlbokéj úzkosti, obáv z opustenia osobou, s ktorou je stále v symbiotickej fúzii. (Toto je, samozrejme, vážna patológia, typická pre hraničnú poruchu osobnosti).

(7) *Manipulatívne použitie moci*: odpustenie sa používa ako nátlak na druhých, aby uznali svoju vinu alebo chybné konanie, na zbavenie sa vlastnej zodpovednosti za svoje vlastné konanie (napríklad ukrývanie svojej vlastnej viny za vynúteným priznaním druhého).

◆ Príspevok **Byť zodpovedný za bolesť: Rozpory v ovládaní bolesti** Roberta Kugelmanna (1997) je myšlienkovo provokatívny. Všíma si, že psychológia už od svojho vzniku v 19. storočí zápasila s nezmieriteľným konfliktom medzi slobodou a determinizmom. Tento konflikt a rozpory, ktoré z neho povstávajú, sa manifestujú rozličnými spôsobmi. Jedným z dôkazov sú moderné programy ovládania chronickej bolesti inšpirované holistickým hnutím v 70. rokoch minulého storočia. V liečbe, na ktorej sa podieľa popri medicínskej aj psychologická intervencia, sa zdôrazňuje zmena v životnom štýle pacientov. V týchto programoch sa od ľudí trpiacich bolesťou stále viac vyžaduje, aby preberali zodpovednosť za svoju bolesť a aj za jej liečbu (aktívna participácia na liečbe, zapojenie do života). Podľa Kugelmanna tento prístup je zčasti reakciou na všeobecne rozšírené, priam posvätné prijímanie “nezodpovednosti”, ktorá podporuje ľudí v prijatí role obete - dobrého, poslušného “pacienta”, ako

aj v prenášaní zodpovednosti za vlastné utrpenie na niekoho iného (na baktérie, prostredie, nešťastné detstvo, naše hormóny) - všeobecne rozšírený determinizmus. Aj keď sú obidve tieto reakcie na bolesť odlišnej povahy, majú spoločné to, že obe nás-
toja na tom, aby bol *niekto* za bolesť zodpovedný. Hoci súčasný model, ktorý odmieta mentalitu obete, je pre mnohých príťažlivý (početný nárast špecializovaných kliník na liečbu bolesti však viedol až k alarmujúcemu rastu počtu pacientov), podľa Kugel-
manna predstavuje “zodpovednosť v zastúpení”. K samotnej zodpovednosti sa nepris-
tupuje ako ku konečnej, ale ako k prostriedku ovládania bolesti. Navyše je kruté po-
važovať človeka za zodpovedného za niečo, pre čo trpí (čoho je skutočnou obeťou),
a nie za niečo, čo činí. Dokonca ešte problematickejší je samotný pojem zodpoved-
nosti, s ktorým sa tu pracuje. Je úzko spätý s pojmom “moderného self” alebo au-
tónomneho individua. Jazyk ovládania bolesti sa takto stáva novým jazykom, ktorý
označuje *ty* za zodpovedné za *tvoju* bolesť. Kugelmann využíva “analýzu osobnej
existencie” Emmanuela Levinasa (predstavuje self v celkom inom svetle), aby uvie-
dol nový model osoby, zodpovednosti a utrpenia, ktorý nám nakoniec dovolí hovoriť
o “*mojej* zodpovednosti voči *tebe*.”

Tretia časť publikácie prináša tri príspevky, z ktorých dva majú podobu diskusie.
Spája ich spoločná tematika, v ktorej sa **konfrontuje psychológia s výzvou naturaliz-
mu**. Naturalizmus sa tu definuje ako názor, podľa ktorého všetkému okolo nás je
možné porozumieť pomocou prírodných zákonov (príroda sa tu môže chápať širšie aj
užšie). V súčasnosti kráča naturalizmus ruka v ruke s materializmom a evolučnou te-
óriou. Avšak tak ako Freud počítal s určitým druhom determinizmom, ktorý je skôr
psychický ako fyzický (pričom ponechal možnosť pre budúcu redukciu psychického
na fyzické), naturalizmus občas uznával psychické alebo spirituálne. Čo však musel
naturalizmus zanechať, bol osobný Boh, ktorý prírodu naplánoval, stvoril a ktorý ju
riadi. Naturalizmus navyše neuznáva taký druh morálky, ktorý pramení mimo prírodu
v jej prítomnej podobe. Pre naturalizmus je typické, že vidí zmysel morálneho kóde-
xu jednoducho v zachovaní existencie prírody, alebo v možnosti sprítomnenia jej roz-
ličných potenciálov, vrátane tých potenciálov, ktoré majú svoj základ v inštinktoch.
Pre naturalizmus je cudzia predstava o akomkoľvek duchovnom, božskom prikázaní,
alebo o odpovedaní na vnútorné hodnoty určitých bytostí, napríklad na vnútorné hod-
noty osôb. Pre naturalizmus sa osoby v zásade neodlišujú od zvierat v tom zmysle, že
by predstavovali nový druh bytia s vyššou a odlišnou hodnotou ako neosobné bytia.

◆ Kapitola s názvom “**Môže psychológia objaviť morálne normy?**” obsahuje de-
batu medzi Howardom H. Kendlerom, ktorý by sám seba označil za psychológa s prí-
rodovednou orientáciou, a Johnom F. Crosbyom, ktorého možno označiť za filozofa
personalistu.

Debata začína stať sa **Psychológia, etika a podvod naturalizmu**, v ktorej Kendler
(1997a) predstavuje behavioristickú psychológiu, ako metodologickú orientáciu, kto-
rá predpisuje “objektívny (intersubjektívny) výskumný základ” pre psychológiu. Tvr-
dí, že je možné dosiahnuť “zmysluplné porozumenie” pre rozličné postupy, ktoré sú
v pozadí metód psychológie ako prírodnej vedy, ale zdá sa byť diskutabilným, či
ostatné metódy poskytujú poznanie, ktoré je objektívne. Podľa Crosbyho (1997a) sú
naopak všetky vedy, vrátane psychológie, závislé na predpokladoch, ktoré je možné
samé o sebe poznať použitím metód, ktoré nie sú empirické. Okrem toho je presved-

čený, že druh psychológie, ktorú používal Frankl a mnohí iní a ktorá umožňuje skúmať svedomie, zmysel, a hodnoty, utvára podobu autentickejšej psychológie, ako je prírodovedecký druh psychológie. Kendler i Crosby sú rovnako presvedčení o naturalistickom podvode v tom, že logicky nie je možné prejsť od tvrdenia, že niečo je, k tvrdeniu, že niečo *by malo byť*, alebo, že nemožno priamo prejsť z tvrdenia o prirodzenom jave (*angl. natural fact*) k tvrdeniu o morálnej povinnosti (*angl. moral ought*). Preto sa obaja zhodujú v tom, že psychológ nemôže prejsť od *popisného tvrdenia* o tom, či dôsledkom potratov vzniká alebo nevzniká depresia u žien, ktoré ho podstúpili, k *morálnemu hodnoteniu*, t.j. či je z morálneho hľadiska potrat dobrom alebo zlom. V čom sa Kendler a Crosby nezhodujú, je to, či existujú neempirické formy poznania, ktoré by umožňovali objaviť morálne normy, ktoré sú univerzálne a objektívne.

V prvej a aj v druhej časti diskusie s názvom **Náboženstvo a veda** Kendler (1997b) hovorí, že neexistuje taký morálny kódex, ktorý by bol univerzálne platný. Podľa neho o tom svedčí empirický fakt, že existuje nezhoda v morálnych otázkach. Je však presvedčený, že ľudské bytosti musia navrhnúť morálny kódex zameraný na vytvorenie “morálne efektívnej spoločnosti”, v “ktorej ľudia používajú vlastnú morálku bez toho, aby narážali na morálku druhých”. Crosby (1997b) je naopak presvedčený, že existuje jediný morálny poriadok, s ktorým sú univerzálne späté všetky ľudské bytosti. Podľa neho “nemožno morálne normy spochybňovať preto, že človek zlyháva vo svojom živote podľa nich”, ako sa nespochybňujú zákony logiky preto, že ľudia rozmýšľajú iracionálne. Ďalej si Crosby myslí, že prírodné vedy nemôžu fungovať bez hodnôt. Veda sama osebe vyžaduje, aby mal vedec v úcte napríklad hodnotu získavania reálnych faktov a ich pravdivé zverejňovanie. Poukazuje tiež na to, že na poli samotnej psychológie je medzi odborníkmi veľmi málo (intersubjektívnej) zhody, čo sa týka prvých (základných) princípov vedy a že tieto princípy sa nachádzajú na jednej rovine s etickými princípmi. Upozorňuje tiež na to, že Kendler na inom mieste spomína náhly obrat pri myšlienke na “masové znásilnenia, ohováranie politických oponentov, či strelbu na nevinných divákov” a pýta sa Kendlera, čo mu bráni “v týchto veciach uznať objektívne morálne zlo.”

Vo svojej odpovedi Crosbymu Kendler (1997c) spomína, že morálka je rovnako zneuctená alebo porazená vtedy, keď sa obeti znásilnenia upiera právo na interrupciu. Pýta sa Crosbyho, či ho bude naďalej povzbudzovať v tom, aby v tom videl objektívne zlo, a ak nie, ako teda možno vyriešiť nesúlad v názore na to, “čo je v skutočnosti morálny svet.” Zdá sa, že Kendler uznáva v tejto súvislosti dve otázky: *epistemologickú*, ktorá sa týka našej (podľa neho domnejšej) schopnosti poznať morálne normy, a *ontologickú*, ktorá sa týka toho, či skutočne existuje morálny svet, v ktorom sú obsiahnuté morálne pravdy, ktoré čakajú, aby sme ich odhalili. Od tých, ktorí tvrdia, že takýto morálny svet existuje a že je ho možné poznať intersubjektívne, vyžaduje, aby ponúkli vysvetlenie pre morálny nesúlad, vysvetlenie tých faktorov, ktoré interferujú s tzv. “vnímaním hodnôt” alebo s morálnou intuíciou. Takto postupovali viacerí filozofi, vrátane Schelera, Von Hildebranda, Brinka a Butchvarova, ale Crosby (1997c) sa vo svojej odpovedi obracia iným smerom. Snaží sa poukázať na vnútorný rozpor v Kendlerovom postoji a rozoberá neporozumenie svojho vlastného pohľadu. Debata sa končí Kendlerovým vyjadrením obáv z následkov, aké by mohla mať absolutistická etika, konkrétne, že by mohla viesť k totalitarizmu. Crosby sa obáva subjektivistickej alebo relativistickej etiky, ktorá konkrétne vedie k morálnemu vákuu, ktoré by bolo možné zaplniť hocičím, vrátane totalitarizmu. Debata medzi Kendlerom

a Crosbym necháva viacero otázok nezodpovedaných, ale podarilo sa v nej dotknúť mnohých dôležitých problémov. V predstavení dvoch zásadne odlišných pohľadov na morálku bolo možné pozorovať, ako sa môže personalistická a objektivistická etika pokúšať riešiť otázky, ktoré nastoľuje pragmatická a naturalistická (nativistická) etika.

◆ Diskusia medzi Richardom W. Crossom a Johnom R. Whitom má názov “**Psychológia a filozofia: Styčné body a body divergencie.**”

Cross (1997a) otvára diskusiu prednáškou, ktorou sa pýta: **Je psychológia súčasťou filozofie?** s podtitulom **Problém indukcie v empirickom výskume.** Podľa neho sú dva druhy psychológie: jedna vedecká a druhá prirodzene filozofická, ktorá je súčasťou filozofie. Každá má svoju vlastnú metódu skúmania: vedecká používa induktívnu enumeráciu a filozofická používa prirodzenú indukciu. Ponúka nám zaujímavú úvahu o diele Rogera Sperryho z oblasti neurológie a terapie Carla Rogersa, v ktorej bližšie objasňuje obe rozdielne metódy.

V svojej odpovedi Crossovi sa White (1997a) pokúša ukázať, že dve formy poznania, ktoré rozoberá Cross, sú zásadne odlišné až do takej miery, že by sme mali uvažovať o tom, či ich možno považovať za prípady indukcie. Podľa neho Crossove príklady filozofickej indukcie skutočne ponúkajú príklady priameho poznania alebo intuície. White ďalej pokračuje v načrtnutí prístupu, ktorý by umožnil oba pohľady realisticky interpretovať (napr. ak máme reálne predmety korešpondujúce so zodpovedajúcimi formami poznania). Naznačuje tiež, ako sa filozofická metodológia viacerými dôležitými spôsobmi odchyľuje od naivných postojov, typických pre spoločnú každodennú skúsenosť, a robí ju svojím spôsobom vedeckou. V závere White navrhuje, že by bolo potrebné uvažovať o tom, ako by sa mohli vedecká a filozofická psychológia “do určitej vzájomne dopĺňať, interpretovať jedna druhú”.

Význam posledného bodu je možné si všimnúť aj vo svetle predchádzajúcej debaty medzi Crosbym a Kendlerom. Bežne sa uznáva, že prírodné vedy prakticky využívajú mnohé filozofické predpoklady (napr. napríklad validita určitých pravidiel logiky alebo pravdivosti poznania zmyslov). Crosby však tvrdí, že psychológia a aj všetky ostatné vedecké disciplíny sa riadia určitými hodnotovými postojmi (*angl. value judgments*), ktoré nepoznávame empiricky, ako je napríklad hodnota pravdy a česnosti. Toto všetko sa snáď snaží poukázať na to, že *racionálne založená* vedecká psychológia musí byť v stálom dialógu s filozofiou. Podobne to možno vidieť pri probléme telo - duša, ktorý po stáročia zaujíma filozofov. Akí by boli filozofi psychológie naivní, keby vo svojich úvahách ignorovali bohatstvo nazhromaždených vedeckých informácií o vzťahoch medzi mozgovými a duševnými procesmi. Filozofia často operuje s materiálom, ktorý nahromadili empirické vedy, a je to tak aj správne. Je však potrebné rovnako rešpektovať aj odlišnosť predmetu a metód skúmania vlastných prírodným vedám a filozofii, ako aj trvať na zodpovedajúcich interpretáciách, zvlášť ak chceme rozvíjať psychológiu, ktorej cieľom je podľa možnosti čo najdokonalejšie opísať ľudské učenie, motiváciu, a mentálne zdravie.

Národná akadémia vied USA vyhlásila v roku 1981 (na čo sa odvoláva Kendler), že náboženstvo a veda sú odlišné a vzájomne sa vylučujúce reality ľudského myslenia a ich predstavenie na tom istom pozadí vedie k neporozumeniu vedeckej teórie a aj náboženského presvedčenia. V rámci filozofie vedy si viacerí predstavitelia, nasledujúc Feyeraubenda, všimli tendenciu vedy stať sa svetonázorom. Náboženský charakter mal aj Viedenský manifest, ktorý načrtnol pozitivistický, “vedecký” svetonázor,

podľa ktorého všetko v teórii je poznateľné, neexistuje tajomstvo a je nezmyslom hovoriť o takých veciach, ako sú Boh a láska. P. C. Vitz vo svojej práci "Psychológia ako náboženstvo" zdôrazňuje, že psychológia sa stala akýmsi sekulárnym náboženstvom. Na inom mieste upozorňuje, že psychológia by sa mohla inšpirovať aj z oblasti náboženstva: "Ak musia všetky vedy vychádzať z predpokladov, ktoré nie sú vedecky dokázané, prečo by nemohol psychológ pri výstavbe modelu osobnosti vychádzať z kresťanských predpokladov?"

◆ Jeffrey B. Satinover [16] (1997) - **Gnostické jadro Jungovej psychológie: Radiačný efekt na morálny poriadok**. "Určitým nebezpečenstvom psychológie je jej tendencia etablovať sa v novom rozsahu, nie ako úzka disciplína s dosahom len na časť pravdy o človeku, ale ako totálny svetový názor". Psychologický svetonázor nutne závisí od radikálnej subjektivity, čo okrem iného vylučuje aj možnosť morálky závislej od niečoho, čo je mimo vlastnej psyché človeka. Jeden zo spôsobov, ako sa tento totalizujúci svetonázor rozšíril, je materializmus takej psychológie, ktorá redukuje človeka na číru deterministickú interakciu mechanizmov najnižšej úrovne (napr. inštinktívne pudy, biomolekuly). Ďalším spôsobom, ktorý rozširoval najmä C. G. Jung a veľký počet jeho nasledovníkov, je gnosticizmus (s ktorým sa Jung jasne identifikoval - *angl. ever-recurrent counter-spirituality*). Inštinkty a pudy, ktoré sú človeku prirodzené, sa prežívajú a chápu ako božstvá - dôsledkom je ich uctievanie. Brillantným spôsobom osvetľuje to, čo sa javí ako svetlo ducha po dlhých tmách čistého materializmu, od ktorého sa chcú mnohí dnes oslobodiť. Jungiánska psychológia je príkladom práve takejto psychológie. Možno prekvapuje, že bola (je) pozitívne prijímaná aj niektorými kresťanskými orientovanými predstaviteľmi, azda čiastočne preto, že uznáva spirituálnu dimenziu, a čiastočne preto, že Jung sa príležitostne uznanelivo odvoláva na Krista. V tomto príspevku sa Satinover pokúša ukázať kresťanom, že jungianizmus má v skutočnosti svoje korene v okultizme, presnejšie v alchýmii, a zásadne odporuje kresťanskému svetonázoru a etike. Jungiánska psychológia prispieva k rozvoju určitého typu naturalistickej etiky. Podporuje taký náhľad na dobro a zlo, ktorých prameňom je tá istá látka: konkrétne príroda, a podporuje uctievanie inštinktov. Satinover pripúšťa, že súčasná prax jungiánskej psychológie často pokračuje takým spôsobom, ktorý sa zdá oveľa nevinnjší, ako bol pôvodný Jungov prístup. Upozorňuje však čitateľa, že všetky monoteistické náboženstvá nám ponúkajú etiku, týkajúcu sa dvoch nezmieriteľných protikladov - objektívneho dobra a zla. To vyžaduje, aby sme našli v sebe dosť sily a odvahy robiť namáhavé rozhodnutia, ktoré napokon smerujú k Bohu.

Publikácia diskusiu o nastolených problémoch neuzatvára, ale ukazuje, ako je možné inteligentným a čestným spôsobom diskutovať o týchto otázkach z rozličných pohľadov, ktoré majú psychológovia, filozofi a teológovia, a tak lepšie porozumieť veciam takým, akým sú.

PhDr. Mária Glasová, PhD.

Poznámky

[1] Aktivity medzinárodného **Inštitútu personalistickej psychológie** (Institute for Personalist Psychology) sa zvlášť v 90. rokoch 20. storočia sústreďovali na výskum a publikáciu snáh uplatniť v psychológii personalistický prístup, tj. pokúsiť sa integrovať základné východiská filozofie personalizmu a psychológie (pozri bližšie "princípy personalistickej psychológie", Glasová, 2000). [2] Téma **morálnej osoby** sa aktuálne nevenuje toľko pozornosti, koľko by si právom zasluhovala (Coles, 1986, McIntaire, 1981). V súčasnej diskusii veľmi chýba

jednotiace hľadisko. Podľa Ryana a Lickonu (1987, s. 18): "...súčasný modely morálneho vývinu a výchovy k hodnotám nie sú dostatočne komplexné, aby zachytili celú zložitú ľudského charakteru." Vo výchovno-vzdelávacej praxi v súčasnosti pôsobia najmä nasledujúce prístupy, ktoré sa však neraz dostávajú do protikladu: 1) *kognitívno-vývinový* (angl. *cognitive developmentalists*) - prostredníctvom diskusie k morálnym dilemám a modelov demokratického riadenia školy sa snaží podporiť vývin všeobecných štádií morálneho úsudku (Power, Higgins, Kohlberg, 1989a), 2) *charakterová výchova* (angl. *character educators*) - usiluje sa dosiahnuť zmenu správania vstepovaním primeraných návykov pomocou pravidiel školy (Ryan, McLean, 1987), 3) *náboženská výchova* - považuje za základ morálnej výchovy náboženskú výchovu a snaží sa o jej zrovnoprávenie a zodpovedajúce zastúpenie vo vzdelávacom systéme, 4) *výchova k hodnotám* (angl. *values clarification model*, napr. Raths, Harmin, Simon, 1966) - zameriava sa najmä na objasňovanie morálnych hodnôt (v severoamerických podmienkach sa prestal uplatňovať už v 70. rokoch minulého storočia). Tendencia preferovať Kohlbergov kognitívno-vývinový model sa v súčasnosti tiež kritizuje - napríklad: "Ukázalo sa však, že tento pervazívny vplyv sprostredkovaný pomerne zužujúcim pohľadom na morálne fungovanie, ktorý sa musíme dnes pokúsiť prekonať. Tento zužený pohľad povstal z Kohlbergovho apriórneho a následne reštriktívneho chápania morálky (ktorý vychádza z tradície filozofie morálky Platóna a Kanta a zdôrazňuje spravodlivosť a individualizmus) a z jeho ochudobňujúceho opisu morálneho činiteľa." (Walker 1995, s. 1). [3] Turiel (1983) rozlišuje tri základné oblasti sociálneho poznania: 1. *Morálna* sa vyznačuje *univerzálnosťou*, nemennosťou, preskriptívnosťou a vnútorným potenciálom pre odlišenie zla. 2. *Sociálne-konvenčná* reprezentuje spoločenské zvyky a normy známe v určitom sociálnom kontexte alebo danej skupine - *neuniverzalita*. Menia sa, ak o tom rozhodne zodpovedajúca autorita - *meniteľnosť*. 3. *Osobná* nepodlieha zákonu a je skôr otázkou *osobného vkusu*, odráža osobné potreby a túžby (pohnútky a motívy). Ak vychádzame z týchto troch rovin sociálneho poznania, rozlišujeme tri kategórie hodnôt: *morálne, sociálne, osobné hodnoty*. [4] Podľa Samaya (1986, s. 71): "Étika musí okrem výpočtu dôvodov, prečo ľudia konajú, alebo by mali konať určitým spôsobom, venovať pozornosť aj energii, ktorá umožňuje, aby ľudia podľa týchto dôvodov konali." Považujeme morálne ctenie (city) za "koreň dynamiky morálneho života" (s. 72), za "všeobecnú silu, ktorá podporuje každé správanie, integrujúcu silu každého poznania a hodnotenia" (s. 73). Samozrejme, ťažko si možno predstaviť morálnu osobu, ktorej chýba ctenie. V jednotlivých teóriách je rôznej dôraz na význam morálnych citov. Niektorí autori, ako napríklad Piaget (1981), ich chápu ako zdroj energie, nie však ako usmerňujúceho činiteľa ľudského konania. Podľa iných autorov (napr. Caputo, 1986) "morálna citlivosť", city predchádzajú a usmerňujú morálny úsudok. Caputo vychádza z klasického racionálneho Kantovho modelu. Tvrdí, že Kantove logické princípy a priori vyžarujú z citovej senzitivity voči druhým. [5] Psychológovia ju zobrali vážne len nedávno (Higgins-D'Alessandro, 1995), hoci jej význam opakovane zdôrazňoval už Erikson (1964). Tvrdil, že jadrom vývinovej úlohy, ktorá je centrálna v adolescencii pri objavovaní self, poznávaní seba, je vývin ideológie (sústava predstáv, názorov a pojmov vyjadrená v rozličných formách spoločenského vedomia). Táto ideológia je to, čo drží self (identitu) pohromade. [6] Morálnu identitu sa v minulosti zaoberali najmä autori, ktorí študovali tzv. morálne vzory (Colby, Damon, 1992; Walker, et al., 1995). Zdá sa, že morálna identita je najdôležitejšou charakteristikou rozvíjajúcich morálnych jednotlivcov. Neznamená to, že neexistuje u druhých ľudí, ale ukazuje sa, že pre morálnu dokonalosť je potrebná. Colby a Damon (1992) definujú pojem morálnej identity ako chápanie seba predovšetkým ako morálnej bytosti, morálneho bytia (angl. *sense of self as centrally a moral being*). Morálne vzory, keď uvažujú o sebe, myslia o svojom ja, ktoré sa usiluje byť morálne a pre ktoré je pre vlastné sebachápanie rozhodujúce byť morálnym. Pre niektorých ľudí je krása alebo inteligencia, výnimočné atletické schopnosti či bohatstvo rozhodujúci spôsob, ako vidia seba samých, avšak pre morálne vzory byť dobrý je jadrom vlastného sebachápania. "Morálna identita je takým stavom self (sebauvedomenia), keď sú u človeka morálne hodnoty, princípy a hľadiská (najdôležitejším) základom pre definovanie, rozpoznanie seba" (Higgins-D'Alessandro, 1995). [7] Mnohé charakteristiky, ktoré sa často používajú ako príklady morálneho charakteru, nie sú samé o sebe vecou morálky. Etzioni, Berkowitz a Wilcox (1994) považujú sebadisciplínu a empatiu za základ morálneho charakteru, hoci obe môžu rovnako slúžiť aj zločinu aj morálnemu činu. Grim, Kohlberg a White (1968) empiricky dokázali mediačnú úlohu pozornosti pri ovládaní prejavov podvádzania, hoci sa ukázalo, že pozornosť slúžila rovnako odolnosti voči pokúšeniu podvádzaj, ako aj samotným pokusom podvádzania. [8] Seifert používa namiesto termínov choroba, ochorenie (angl. *disease, illness*) termín nezdравie (angl. *unhealth*) na označenie opaku zdravia. Pojem nezdравie zahŕňa opak zdravia rôzneho druhu, nielen tie stavy, ktoré sú dôsledkom ochorenia, choroby, ale aj nedostatky zdravia akéhokoľvek druhu, napr. zapríčinené zranením, retardáciou, deformitou, zvrátením inštinktov. Kým pojem nezdравie naznačuje skôr chýbanie alebo nedostatok zdravia, pojem ochorenie, choroba sa spája s *príčinami*, ktoré spôsobujú absenciu zdravia. Pojem nezdравie pochádza z filozofickej diskusie o zdraví a má celkom iný význam ako pojem nezdравý - ktorý sa spája napr. s klimatickými podmienkami, ktoré zdravie ohrozujú (pozri bližšie napr. Engelhardt, 1981). [9] Seifert pripomína, že bez racionálne intuitívneho poznaia povahy duševného zdravia by sme nemohli odlišiť duševnú chorobu a psychotickú sociálnu maladaptáciu od ohavného politického zneužitia pojmu duševné zdravie nacistickými a komunistickými psychiatrami, ktorí prehlasovali ľudí za duševne chorých jednoducho preto, že nesúhlasili s vládnucou ideológiou alebo zotrvali pevnú vo svojom mravnom presvedčení a nepotriadili sa požiadavkám politického režimu. [10] Podstata rozdielu medzi zdravím a morálkou vyplýva podľa Seiferta (tamtiež) z toho, že duševné zdravie a nezdравie sa nemusia nutne spájať so slobodou. Morálne

hodnoty na druhej strane nemôžu vôbec existovať bez toho, aby boli zakorenené v slobodnom akte (Čine). Morálne dobro a zlo existuje preto len u osôb - pretože v prísnom slova zmysle len osobám je vlastné poznanie a sloboda. Ani rastliny, ani materiálne veci, ani abstraktné idey nemôžu byť zlé alebo dobré morálne. Základná a neoddeliteľná väzba medzi morálnymi hodnotami a poznaním, tak ako medzi osobným bytím (ang personhood), slobodou a morálkou, je *a priori* a večná, ľahko dostupná pravda. Často ju však popierajú tí, ktorí sú presvedčení, že sme všetci hriešnici a že sme úplne determinovaní božským predurčením (predestináciou), čo spôsobuje v nás, že je v našej vôli obsiahnuté dobro aj zlo (Luther, Kalvín). Podľa Seiferta (tamtiež) je teda väzba medzi morálkou a slobodou absolútna - ak by bola slobodná spontánna sila k seba-determinácii a slobodnému činu len ilúziou - ilúziou by bolo aj morálne dobro a zlo. [11] V súvislosti so skutočným zneužívaním a zanedbávaním (ang abuse and neglect), ktoré prežíval pacient, zvlášť ako dieťa (mladý, ang. young), vystáva tu ešte jedna vážna dilema. Samozrejme, je mnoho detí, ktoré padli za obeť rodičom alebo iným dospelým. Základným problémom je, že keď sa takáto informácia správne identifikuje a rozoberie (rozdiskutuje), čo tu môže psychológia ďalej urobiť? Pochopenie zneužívania v minulosti a prejavenie/prežitie s nimi spojených emócií, môže nepochybne priniesť človeku určitý úžitok, ale základný problém zostáva. Ak si nedostáva dostatočné množstvo lásky a podpory ako dieťa, čo môže po mnohých rokoch preto urobiť psychológ? Na túto dilemu prirodzene nemožno odpovedať v rámci sekulárnej psychoterapie. Avšak z náboženského hľadiska je tu na tento problém odpoveď jasná: teda Božia láska môže nahradiť chýbajúcu ľudskú lásku z minulosti; môže vyliečiť zranenia, ktoré zapríčinili dysfunkčný rodič či rodina. Na tento najzákladnejší psychologický problém, pre ktorý sa zdá, že nie je správna odpoveď v psychológii, je tu teda odpoveď spirituálna (diskusiu k tejto hlavnej dileme pozri bližšie Vitz 1990, 1992). [12] Treba mať však na pamäti, že mnohé normálne dospelé osoby sa môžu dostať do stavu rozštiepenia v situácii extrémnej záťaže alebo provokujúcej udalosti iného charakteru. [13] Opis procesu odpustenia tvorivo rozpracováva niekoľko klinických modelov. Dennis a Mathew Linnovci (1978) vo svojej práci s osobami, ktoré prežili vážne psychické zranenie (psychotraumu) najprv identifikovali poranenia, a na druhom mieste štádii procesu odpustenia, v ktorom sa pacient pôvodne nachádza. (Pozorovali, že päť štádií vyrovnávania sa so smrťou a zomieraním, ako ich opísala Elizabeth Kubler-Rossová (1969) možno využiť aj pri porozumení odpustenia. Podľa Brethertonu (1992) sa zdá, že Kubler-Rossová bola ovplyvnená opisom štádií psychickej odpovede dieťaťa na separáciu, odlúčenie od matky podľa Bowlbyho (Robertson, Bowlby, 1952); ktoré rozpracovali Bowlby a Parkers (1970): (1) ľahostajnosť, (2) túžba a protest, (3) dezorganizácia a zúfalstvo, (4) reorganizácia.) Súčasne prejavili súcit s pacientom a pomáhali mu napredovať v procese odpustenia. Model uzdravenia pacientov s hraničnou poruchou osobnosti Otta Kernberga (1992, ch. 14; Vitz, Mango, 1997c) uznáva odpor (rezistenciu) ako osobitý druh klinickej situácie, ktorá tu zasahuje. Vytvára ju rastúce presvedčenie subjektu o vlastnej zodpovednosti za väčšinu nenávisť a aj možnosť objavenia sa depresie ako odpovede na poznanie, že nenávisť zraňovala osobu samotnú a aj druhých. Je tu prítomné aj nevedomé porozumenie, že by sa osoba mala vzdať svojej nenávisť. Identifikovali sa rozličné dôvody pre odpor zanechať nenávisť (napríklad nenávisť umožňuje človeku cítiť sa živým a užitočným; ospravedlňuje pocity morálnej výnimočnosti; podporuje prijemný pocit z odpłaty; odvádza pozornosť od konštruktívnejších úloh, ktoré v sebe nesú riziko zlyhania, etc.). Rezistencia sa môže prejavovať aj v tichosti, vyhýbaním sa terapeutickým sedeniam, argumentáciou o legitimité nenávisť a vyhýbaním sa ďalšiemu napredovaniu k odpusteniu pomocou úniku k irelevantným témam v rámci sedení. Popri priamom odpore a vyjednávaní sa toto štádium prejavuje aj prostredníctvom mnohých ďalších foriem vyhýbania. Štvrté štádium je viac-menej podobné v každom z modelov. Vitz a Mango (1997) v ňom rozlišujú medzi normálnym smútkom a zámutkom (angl. *normal grief and mourning*) a klinickou depresiou. [14] Každé štádium charakterizujú určité typické príznaky: 1. Popretie je často sprevádzané premáhaním, "zabíjaním" bolesti, zmenami nálad a závislosťami ako je alkohol, potrava, drogy, práca alebo sex. Závislosti najrozličnejšieho druhu sú často pokusom utopiť bolesť prvého štádia. 2. V druhom štádiu, kde sa prejavujú hnev a zlosť, sprievodnými prejavmi sú seba-lútosť, pasívny vzťah k iným stránkam života a extrémna devalvácia nenávideného človeka a jemu podobných. V tomto štádiu sa často pozorujú obrany, ako sú rozštiepenie, fantázie, racionalizácia, reaktívny výtvor, projekcia, idealizácia, devalvácia, represia a obsesívna zaujatosť nenávidenou osobou. 3. Znak treťieho štádia zahŕňajú ambivalentný vzťah k odpusteniu; kompulzívne vracanie sa k prejavom nenávisť alebo k zraňujúcej scéne; odpor voči súcitu alebo ľútosť nad "nepriateľom"; stávanie podmienok a pocity oprávnenosti nenávisť. 4. Pre štvrté štádium je typický hlboký smútok a ľútosť (slzy) z bóhu, ktorý sme spôsobili druhým a sebe, ako i depresia zo stratených rokov a možnosti a javy zúfalstva. 5. Rozhodujúce otázky vystávajú v piatom štádiu. Dôležitým procesom pri uzdravení z depresie je akceptácia seba aj druhých. Táto akceptácia, prijatie, zahŕňa integráciu dobrých aj zlých aspektov seba samých, a tým prekonanie rozštiepenia. Prijatie seba a druhých ako nedokonalých ľudských bytostí je potrebné pre duševné zdravie, pretože korešponduje s realistickým porozumením druhým. Tento druh prijatia sa považuje za jednu z dôležitých zložiek celého procesu. Samotné odpustenie je však ešte dôležitejšie a nutné. Je viac ako len púhou seba-akceptáciou (Vitz, Mango, 1997). [15] Významný psychológ O. Hobart Mower (1960) sa pred niekoľkými rokmi jasne vyslovil k tomuto problému: "Ako psychológovia sme na otázku hriechu a morálnej zodpovednosti niekoľko desaťročí pozerali ako na inkubus, čosi veľmi desivé, a naše oslobodenie sa od neho sme vyhlásili za epochálne, za novú cestu. Konečne sme však objavili, že "byť slobodným" v tomto zmysle, tj. namiesto (uznania) hriešnosti mať "chorobu" ako ospravedlnenie (angl. *to have the excuse of being "sick" rather than sinful*) zname-

ná, že sa tiež prihovárame za to, aby sme boli stratení... Preto tak dlho, ako osoba žije v tieni skutočnej, neuznanej a neodčinenej viny, nemôže (ak má vôbec nejaký charakter) "akceptovať (prijať) seba samú"; a všetko jej úsilie opať si dodať odvahy a prijať seba ničomu neprosieva. Naďalej bude nenávidieť seba samú a trpieť nevyhnutnými následkami seba-nenávisťi (s. 303 - 4)." [16] Jeffrey Burke Satinover je praktický psychiater a bývalý prezident Jungiánskej spoločnosti, okrem iného pôsobil na Univerzite Yale.

Literatúra

1. Berkowitz, M. W.: The complete moral person: Anatomy and formation. p. 11- 41, In: DuBois, J. M. (Ed.): Moral Issues in Psychology. Personalist Contributions to Selected Problems, Edited by University Press of America, Inc., Lanham, New York, London, 1997.
2. Berkowitz, M. W.: La interacción familiar como educación moral (Family interaction as moral education). Communication, Lenguaje Y Educacion, 15, 1992, 39 - 45.
3. Caputo, J.: A phenomenology of moral sensibility. pp. 199 - 222, In: McLean, G. F., Ellrod, F. E., Schindler, D. L., Mann, J. A.: Act and agent: Philosophical foundations form moral education and character development, New York, University Press 1986.
4. Coles, R.: The moral life of children. Boston, The Atlantic Monthly Press 1986.
5. Crosby, J. F.: Response to Kendler s "Psychology, Ethics and the naturalistic fallacy. pp. 112 - 119, In: DuBois, J. M. (Ed.): Moral Issues in Psychology. Personalist Contributions to Selected Problems, Edited by University Press of America, Inc., Lanham, New York, London, 1997.
6. Crosby, J. F.: Response to Kendler s response. pp. 125 - 128, In: DuBois, J. M. (Ed.): Moral Issues in Psychology. Personalist Contributions to Selected Problems, Edited by University Press of America, Inc., Lanham, New York, London, 1997.
7. Cross, R. W.: Is Psychology a part of philosophy? The problem of induction in empirical research. pp. 129 - 144, In: DuBois, J. M. (Ed.): Moral Issues in Psychology. Personalist Contributions to Selected Problems, Edited by University Press of America, Inc., Lanham, New York, London, 1997.
8. Donohue-White, P., Fedoryka, K., Taboada, P. (Eds.): Towards a Personalistic Conception of Health. IPP, 1998 (in press, cit. podľa DuBois, 1997).
9. DuBois, J. M. (Ed.): Moral Issues in Psychology. Personalist Contributions to Selected Problems, Edited by University Press of America, Inc., Lanham, New York, London, 1997, 176 strán, ISBN 0-7618-0543-5
10. Engelhardt, H. T.: The Concepts of Health and Disease. pp. 31 - 46, In: Caplan, Al L., Engelhardt, H. T., McCartney, J. J.: Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary perspectives, 1981 xxxx
11. Erikson, E. H. : Childhood and Society. 2nd ed., W. W. Norton & Co., New York - London, 1964.
12. Etzioni, A., Berkowitz, M. W., Wilcox, W. B.: Character building for a democratic, civil society. Position paper of the Communitarian Network, Washington, D.C. 1994.
13. Fitzgibbons, R.: The cognitive and emotive uses of forgiveness in the treatment of anger, psychotherapy, 23, 1986, 629 - 775.
14. Freud, S. / Pfister, O. (1963): Psychoanalysis and Faith: The letters of Sigmund Freud and Oskar Pfister. Freud, E. L., Meng, H. (Eds.), E. Mosbacher (Trans.), New York, Basic Books.
15. Gartner, J.: The capacity to forgive: An object relations perspective. pp. 21 - 23, In: M. Finn and J. Gartner (Eds.): Object relations theory and religion, Westport, CT: Praeger 1992.
16. Glasová, K.: Úskalia Kantovej koncepcie autonómneho svedomia, Medicínska etika a bioetika, 5, 1998, 3 - 4, s. 12 - 15.
17. Glasová, M.: Personalistická psychológia na prahu 21. storočia, Radosť a nádej (RaN), ročník 3. (9.), 2000, 2, s. 20 - 25.
18. Grim, P. F., Kohlberg, L., a White, S. H.: Some relationships between conscience and attentional processes, Journal of Personality and Social Psychology, 8, 1968, 8, 239 - 252.
19. Higgins-D'Alessandro, A.: The development of moral identity: Using a triarchic model of moral self to understand the emergence of moral identity. Paper read at the 25th annual conference of the Association for Moral Education, New York City, 1995.
20. Ján Pavol II: Encyklika Evangelium vitae. Edícia Pápežské dokumenty, zväzok 11, SSV Trnava, 1995.
21. Kendler, H. H.: Psychology, Ethics and the naturalistic fallacy. pp. 101 - 111, In: DuBois, J. M. (Ed.): Moral Issues in Psychology. Personalist Contributions to Selected Problems, Edited by University Press of America, Inc., Lanham, New York, London, 1997.
22. Kendler, H. H.: Religion and Science. pp. 120 - 124, In: DuBois, J. M. (Ed.): Moral Issues in Psychology. Personalist Contributions to Selected Problems, Edited by University Press of America, Inc., Lanham, New York, London, 1997.
23. Kerkhofs, J.: Analýza sekularizovanej spoločnosti, s. 51 - 55, in: Glasová, M.: Stretnutie Európskeho laického fóra "Ži, aby druhí mohli žiť" 30. 6. - 5. 7. 2000, Alcalá de Henares (Španielsko), Radosť a nádej (RaN), 3.(9.), 2000, 1, 50 - 61.
24. Kernberg, O.: Aggression in personality disorders and perversions. New Haven, CT: Yale University Press 1992.
25. Klein, M.: Notes on some schizoid mechanisms. International Journal of Psychoanalysis, 27, 1946, 99 - 111.
26. Klein, M.: Envy and gratitude. New York, basic Books 1957.
27. Klein, M.: Love, hate and reparation. In: Klein, M., Riviere, J.: Love, hate and reparation. New York, Norton 1964.
28. Kohlberg, L.: Moral stages and moralization: The cognitive-developmental approach. pp. 31 - 53, In: Lickona, T. (Ed.): Moral development and behavior: Theory, research and social issues, New York, Holt Rinehart and Winston 1976.
29. Kugelmann, R.: Becoming Responsible for Pain: Contradictions in Pain Management. p. 81 - 97, In: DuBois, J. M. (Ed.): Moral Issues in Psychology. Personalist Contributions to Selected Problems, Edited by University Press of America, Inc., Lanham, New York, London, 1997.
30. Lavados, M.: Relations between Empirical and Philosophical Aspects of a Definition of Health. In: Donohue-White, P., Fedoryka, K., Taboada, P. (Eds.): Towards a Personalistic Conception of He-

alth. IPP, 1998 (in press, cit. podľa DuBois, 1997). **31.** Lickona, T.: An integrated approach to character development. In: Benninga, J. S. (Ed.): Moral, character, and civic education in the elementary school. New York: Teacher College Press model 1991(b). **32.** Linn, D., Linn, M.: Healing life's hurts. New York, Paulist Press 1978. **33.** MacIntaire, A.: After virtue. Notre Dame, IN, University of Notre Dame Press 1981. **34.** Magid, K., Mc Kelvey, C. A.: High risk: Children without conscience. New York, Bantam Books, 1987. **35.** Meissner, W. W.: Self as a agent in psychotherapy. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 16, 1993, 459 - 495. **36.** Nucci, L.: Conceptual development in the moral and conventional domains: Implications for values education. *Review of Education Research*, 52, 1982, 93 - 122. **37.** Piaget, J.: Intelligence and affectivity: Their relationship during child development (Brown, T. A., Kaeg, C. E., Trans.). Palo Alto, CA: Annual Reviews 1981. **38.** Platón: Obrana Sokratova. s. 335 - 364, In: Platón: Dialógy. I. Bratislava, Tatran 1990. **39.** Power, F. C., Higgins, A., Kohlberg, L.: Lawrence Kohlberg's approach to moral education. New York: Columbia University Press, 1989a. **40.** Raths, L. E., Harmin, M., Simon, S. B.: Values and teaching. Columbus, OH, Charles E. Merrill 1966. **41.** Roa, A.: The Concept of Mental Health. In: Donohue-White, P., Fedoryka, K., Taboada, P. (Eds.): Towards a Personalistic Conception of Health. IPP, 1998 (in press, cit. podľa DuBois, 1997). **42.** Ryan, K., Lickona, T.: Character development: The challenge and the model. pp. 3 - 35, In: Ryan, K., McLean, G. F. (Eds.): Character development in schools and beyond, New York, Praeger 1987. **43.** Ryan, K., McLean, G. F. (Eds.): Character development in schools and beyond, New York, Praeger 1987. **44.** Samay, S. A.: Affectivity: The power base of moral behavior. pp. 71 - 114, In: McLean, G. F., Ellrod, F. E., Schindler, D. L., Mann, J. A. (Eds.): Act and agent: Philosophical foundations for moral education and character development. New York University Press of America 1986. **45.** Satinover, J. B.: The gnostic core of jungian psychology: Radiating effects on the moral order. pp. 157 - 172, In: DuBois, J. M. (Ed.): Moral Issues in Psychology. Personalist Contributions to Selected Problems, Edited by University Press of America, Inc., Lanham, New York, London, 1997. **46.** Seifert, J.: Moral Goodness and Mental Health. pp. 43 - 64, in: In: DuBois, J. M. (Ed.): Moral Issues in Psychology. Personalist Contributions to Selected Problems, Edited by University Press of America, Inc., Lanham, New York, London, 1997. **47.** Selman, R., Schulz, L. H.: Making friend in youth: Developmental theory and pair therapy. Chicago: University of Chicago Press 1990. **48.** Sykes, C. J.: A nation of victims. New York: St. Martin's Press 1992. **49.** Turiel, E.: The development of social knowledge: Morality and convention. New York, Cambridge University Press 1983. **50.** Vitz, P. C., Mango, P.: Hatred and forgiveness: Major moral dilemmas in Secular Psychology. pp. 67 - 79, DuBois, J. M. (Ed.): Moral Issues in Psychology. Personalist Contributions to Selected Problems, Edited by University Press of America, Inc., Lanham, New York, London, 1997 (a). **51.** Vitz, P. C., Mango, P.: Kleinen psychodynamics and religious aspects of hatred as defense mechanism. *Psychology and Theology*, 25, 1997 (b), 64 - 71. **52.** Vitz, P. C., Mango, P.: Kerbergian psychodynamics and religious aspects of the forgiveness process. *Psychology and Theology*, 25, 1997 (c), 72 - 80. **53.** Walker, L. J., Pitts, R. C., Henning, K. H., Matsuba, M. K.: Reasoning about morality and real-life moral problems. pp. 371 - 407, In: Killen, M., Hart, D. (Eds.): Morality in everyday life: Developmental perspectives, New York, Cambridge University Press 1995. **54.** Wolberg, I. R.: The technique of psychotherapy, 4th ed., Part One. Philadelphia, PA: Grune and Straton 1988.

Adresa: PhDr. M. Glasová, PhD., Katedra psychológie a patopsychológie PdF UK, Moskovská 2, 81108 Bratislava.

PERSONALIZMUS A BIOETIKA

Súčasná bioetika sa podľa niektorých autorov (napr. E. Pellegrino, 1993 (13)) nachádza v etape krízy. Táto jej temer znemožňuje jej dospieť k spoločne zdieľaným, konsenzuálnym záverom pri analýze závažných etických problémov medicíny, zdravotníctva, biológie alebo environmentálnych vied. Stav súčasnej bioetiky je o to závažnejší, že sa k nej niekedy s nádejou upierajú zraky zodpovedných tohto sveta, vedcov i laikov, ba i politikov a zákonodarcov, ktorí od nej očakávajú "osvietenie" a pomoc. Je totiž čoraz ťažšie orientovať sa v množstve informácií a mienok pri riešení zložitých problémov, ktoré pre ľudstvo na začiatku 3. tisícročia prinášajú aktuálne životné podmienky, ale najmä nebývalý, akcelerujúci pokrok v oblasti prírodných vied a nových biotechnológií (11).

V existujúcom pluralizme "populárnych" i "vedeckých" mienok, názorov, či filozofických systémov, ktoré sa ponúkajú za základ súčasnej analýzy konkrétnych etických problémov, sa akoby stráca jednotiaci pohľad na človeka, jeho podstatu, zmy-

sel a poslanie v dnešnom svete, ktoré by umožnili dosiahnutie a zdôvodnenie širšieho konsenzu. I pokus o sprehľadnenie a praktické usporiadanie bioetického uvažovania, ktorý predstavoval v 70-tych rokoch 20. storočia princípalizmus (T. L. Beauchamp a J. F. Childress, 1994 (3)) a "školská bioetika" zavedením štyroch základných (*prima facie*) princípov bioetiky (tabuľka 1) (žartovne nazývaných aj "Georgetown-ská mantra" bioetiky - podľa známej severoamerickej univerzity, na ktorej autori citovanej "biblie princípalizmu" v tom čase pôsobili), narazil na chýbanie spoločného antropologického a filozofického základu, ktorý by umožnil definovať a prijať konsenzuálny obsah uvedených princípov (príklad - odlišnosť obsahov, ktoré rozlišujú ľudí premietajú do pojmového obsahu princípu spravodlivosti). Mala ho nahradiť "prevládajúca morálka danej spoločnosti".

Tabuľka 1
Základné princípy bioetiky

1. benefienciencia (prospešnosť)
2. non-maleficiencia (neškodnosť)
3. autonómia (svojbytnosť)
4. spravodlivosť

Najčastejšie metodologické prístupy, ktoré sa v súčasnosti používajú pri analýze etických problémov v medicíne a biologických vedách, prípadne vedách o životnom prostredí, najmä pri skúmaní etických (morálnych) dôsledkov aplikácie nových objavov genetiky, molekulárnej biológie a nových biotechnológií, možno - podľa nimi najviac zdôrazňovaného hľadiska - stručne zhrnúť v nasledujúcom prehľade (2, 14):

1. konzekvenacionalizmus (vrátane utilitarizmu) - pri etickom (morálnom) hodnotení zdôrazňuje dôsledky daného konania (správania, postupu); **utilitarizmus** hodnotí dosiahnutie maximálneho súhrnu dobra pre maximálny počet zúčastnených osôb (utilitaristický kalkul),

2. deontológia - zdôrazňuje hľadisko splnenia morálnej povinnosti,

3. etika cnosti - zdôrazňuje dôsledky daného konania na charakter (osobnosť) konajúcej osoby,

4. etika ľudských práv (tzv. individualistický liberalizmus) - všima si hľadisko individuálneho nároku na dané dobro, ktorý predpokladá rešpektovanie a plnenie zo strany spoločnosti (skupiny),

5. komunitarizmus - uprednostňuje hľadisko spoločného dobra,

6. etika starostlivosti (*angl. care ethics*) - všima si pri hodnotení konania prednostne hľadisko medziľudských vzťahov (zvlášť významná je v prostredí súčasného feminizmu),

7. "prípadová etika" - morálne/etické hodnotenie je založené na posúdení konkrétneho prípadu v porovnaní a kontinuite (následnosti) s riešením predchádzajúcich prípadov, tvoriacich vzorový prípad (*precedens*),

8. "aktuálne prevládajúca morálka danej spoločnosti" formulovaná v systéme **princípalizmu**.

V tejto zložitej situácii je pochopiteľné a potrebné hľadanie východiska, ktoré by umožňovalo, na základe dôslednej rozumovej (racionálnej) analýzy vstupovať do

účinného a zrozumiteľného dialógu s pluralitným svetom súčasnej bioetiky a pritom vhodne rozvíjať a prezentovať systém názorov a záverov blízkych tým, ktoré sú založené na požiadavkách a princípoch tzv. prirodzeného mravného zákona. Tento významný analyticko - syntetický filozofický prístup, ktorý sa stáva prevažujúcim v súčasnom kresťanský inšpirovanom bioetickom prostredí a usilí, sa zvyčajne nazýva **personalizmus** (z lat. *persona* - osoba).

Podľa B. M. Ashley-ho a K. O'Rourke-ho (2) by malo ísť o "**prezieravý personalizmus**" (*angl. prudential personalism*), ktorý možno chápať ako teleologickú etiku založenú na prirodzenom mravnom zákone, ktorý stavia na tom, čo v súčasnosti vieme o prirodzenosti človeka a jej integrálneho naplnenia prostredníctvom inteligentných a slobodných volieb konania.

Ľudská prirodzenosť existuje len ako **osoba**, t.j. ako jednotlivec obdarený nezávislou existenciou, ktorá je cieľom sama v sebe a je (prínajmenšom potenciálne) inteligentná a slobodná. Prítom každá ľudská osoba je prítomná v tele. Začína existovať ako jediná bunka (oplodnené ľudské vajíčko), vyvíja sa do dospelosti, napokon telesne umiera. Podľa kresťanského presvedčenia (a presvedčenia mnohých náboženstiev sveta, i mnohých ľudí dobrej vôle) však osoba pri telesnej smrti nezaniká, ale duchovne existuje ďalej a je určená na budúce vzkriesenie v obnovenom tele.

Etika je "personalistická", pokiaľ berie plne do úvahy skutočnosť, že

a) naša ľudská prirodzenosť je vtelená v každom z nás jedinečným spôsobom, má jedinečné osobné dejiny a zvláštny kultúrny kontext,

b) pretože sme obdarení inteligenciou a slobodou, máme úlohu určovať, čím sa staneme počas nášho života,

c) nežijeme v izolácii, ale v rozvíjajúcej sa sieti medziľudských vzťahov v danej spoločnosti.

Každý z nás je jedinečnou osobou a súčasne patríme k tomu istému ľudskému rodu a žijeme v tej istej, čoraz viaz globalizovanej, hoci multikulturálnej ľudskej spoločnosti. Naše životy sú cestami individuálneho vývinu v snahe dosiahnuť plnú životnú realizáciu, t.j. to, k čomu sme určení, povolani počas nášho pozemského života. Počas života preto neustále sledujeme a pokúšame sa dosiahnuť určité **ciele** - a to ako individuálni ľudia, aj ako členovia/členky ľudskej spoločnosti. Tieto ciele sú na jednej strane určované tým, že

1) všetci máme spoločnú ľudskú prirodzenosť, všetci túžime po šťastí, všetci máme určité potreby dané našou ľudskou a psychologickou štruktúrou,

2) všetci žijeme v určitej spoločnosti, ktorá má svoje vlastné tradície a kultúru, ktoré do istej miery obmedzujú našu vlastnú perspektívu, no na druhej strane

3) do značnej miery rozhodujeme slobodne o tom, ako sa naplnia naše vrodene a kultúrou podmienené potreby jedinečných, slobodných osôb, konajúcich spolu s inými slobodnými osobami.

Základné **potreby** človeka možno klasifikovať rozličným spôsobom. V tabuľke 2 je klasifikácia podľa A. J. Maslow-a (12) a B. M. Ashley-ho (1). V každom jednotlivcovi sú však tieto dimenzie potrieb navzájom úzko prepojené a obsahujú komplex prirodzených a kultúrou podmienených potrieb. Rozum nám umožňuje poznať, ako máme svojim slobodným a zodpovedným konaním dosiahnuť naplnenie našich ľudských potrieb, daných našou prirodzenosťou. Etika prirodzeného mravného zákona je založená na poznaní ľudskej prirodzenosti v danom konkrétnom historickom období a je otvorená do budúcnosti vzhľadom na prehlbovanie tohto poznania.

Tabuľka 2

Klasifikácia základných ľudských potrieb

| A. J. Maslow (1970) - potreby | B. M. Ashley (1972) - dimenzie |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Fyziologické potreby | Biologická dimenzia |
| Potreba bezpečia, prínaležitosti a lásky | Psychologická dimenzia |
| Potreba ohodnotenia, porozumenia a lásky | Sociálna dimenzia |
| Potreba seberealizácie, kontemplácie a kreativity | Spirituálna alebo kreatívna dimenzia |

Personalistická etika musí byť *realistická* a *historicky vnímavá*, preto sa nemôže zakladať iba na akýchsi morálnych ideách alebo abstraktných hodnotách, ktoré by boli definované na základe púhej obrazovnosti alebo intuície. Aby bola konzistentná s prirodzeným zákonom a zjavením, ako ho pozná Biblia a kresťanská tradícia, musí sa zakladať na skutočných príkladoch historických ľudí, ktorí dosiahli vo svojom živote integrálne ľudské naplnenie, a musí byť overená prínosom týchto ľudí pre spravodlivý a pokojný život ľudského spoločenstva. Pokiaľ by sme nevedeli, že tento spôsob morálneho života sa už podarilo niekomu uskutočniť, ostával by púhym snom.

Kresťania veria, že týmto *historickým modelom* pravej humanity je v prvom rade *osoba Ježiša Krista*. No nielen to, keďže Ježiš prisľúbil a uskutočnil "zoslanie Ducha, ktorý vás vyučí všetkej pravde." (Jn, 16, 13 - 15), kresťania môžu spoľahlivo nájsť aktuálny model svojho mravného úsilia, osobu živého Ježiša Krista, prítomného v Cirkvi. V osobách svätých je nielen Kristus zvlášť prítomný a aktualizovaný pre to, ktoré historické obdobie, ale príklady svätých umožňujú aj v iných kultúrach a náboženstvách identifikovať osobnosti podobné Ježišovi. Tieto osoby sú svedectvom pôsobenia Ducha Svätého v svetovom ľudskom spoločenstve, čo poukazuje na jednotu celého ľudstva, ktoré smeruje do Božieho Kráľovstva.

V Biblii sa realistické, praktické úsilie pochopiť a uskutočniť to, čo dobrý Boh od nás v živote očakáva, nazýva "múdrostou". Táto biblická múdrosť sa prejavuje aj v cnosti *prezieravosti*. Ide nielen o samotnú opatrosť, ale o aktuálne plánovanie, riadenie životných rozhodnutí v konkrétnej situácii, v ktorej sa daná osoba nachádza, a to so zreteľom na integrálne naplnenie jej ľudského poslania.

Pre prezieravú personalistickú etiku nie je moralita púhou poslušnosťou voči daným pravidlám, ale skôr život - potvrdzujúcou múdrostou, ktorá inteligentne hľadá primerané, konkrétne konanie/správanie, ktorým by sa dosiahli osobné a spoločné ľudské životné ciele. I keď rešpektuje mravné zákony, pravidlá alebo princípy, uvedomuje si, že sú záväzné preto, že pomáhajú viesť našu slobodu k "integrálnemu ľudskému naplneniu". Skutočnosť, že existujú určité základné potreby, ktoré má každý človek, a preto aj určité základné problémy morálneho rozhodovania, ktoré viac - menej každý človek musí vo svojom živote uskutočňovať, je jedným z dôvodov pre vypracovanie etiky ako systematickej vednej disciplíny.

Prezieravý personalizmus požaduje, aby sa morálna správnosť/morálne dobro alebo nesprávnosť/zlo ľudského konania posudzovala v odpovedi na otázku: "*Ako toto konanie v celom jeho kontexte prispeje k rastu danej osoby a iných osôb v spoločnosti.*" Pre kresťana je v konečnom dôsledku touto spoločnosťou Božie Kráľov-

stvo. Ako jedna z foriem teleologickej etiky (t.j. etika všímajúca si cieľ daného konania, skutku), prezieravý personalizmus začína analýzu mravného rozmeru daného skutku z pohľadu na konečný **cieľ** ľudského života, ktorým je plná, integrálna seba-realizácia ľudskej osoby vo vzťahu k Bohu, iným ľuďom a k svetu. Etika však okrem samotných cieľov ľudského konania skúma aj vhodnosť a slobodnú voľbu **prostriedkov** na dosiahnutie týchto cieľov. Pre morálne posúdenie daného konania nestačí len jeho vonkajšia charakteristika, ale rozhodujúci, v kresťanskom pohľade, je jeho vnútorný motív. Ľudia niekedy nemôžu uskutočniť to, pre čo sa rozhodli. Avšak konkrétne slobodné rozhodnutie má samé osebe veľký vplyv na rozhodujúceho sa jednotlivca: upevňuje alebo kriví mravný charakter danej osoby. Kresťan by sa teda vždy mal pri rozhodovaní pýtať: *“Urobí ma tento skutok viac takým človekom, akým bol Ježiš?”*

Rozumné, citlivé konanie vo vzťahu k základným ľudským potrebám, ktoré všetky musia byť naplnené, aby jednotlivec dosiahol plnú ľudskú realizáciu, znamená konanie v súlade s ľudskou prirodzenosťou, danou človeku Stvoriteľom, čo je vlastne rešpektovanie prirodzeného mravného zákona. Evanjelium pre kresťanov potvrdzuje správne chápanie ľudskej prirodzenosti, a pozýva veriaceho k väčšiemu šťastiu, ktoré spočíva v jeho účasti na živote Troj-jediného Boha.

Pri konkrétnom **morálnom rozhodovaní** je potrebné zväziť tri skutočnosti (2):

- 1) či dané konanie má správny *cieľ*,
- 2) či dané konanie je efektívnym a samo osebe mravne dobrým *prostriedkom* na dosiahnutie tohto cieľa,
- 3) či konkrétne *okolnosti a motivácia* daného konania zodpovedajú mravnému poriadku.

Prezieravý personalizmus je “personálny”, pretože zakotvuje morálne normy v dôstojnosti a základných dobrách ľudskej osoby. Je prezieravý, pretože si všíma, nakoľko je to len prakticky možné, okolnosti (podmienky) daného konania a proporcionality jeho dôsledkov. Možno ho v stručnosti vyjadriť nasledovným pravidlom: *“Konaj to, a len to, čo je vhodným prostriedkom na dosiahnutie najvyššieho dobra - poznania a lásky Boha, seba samého a ľudskej spoločnosti v čase a vo večnosti.”* Personalistická etika v posledných desaťročiach významne prispieva k celosvetovej debате o kľúčových, “horúcich” témach bioetiky (2). Najdôslednejšie a azda najvýraznejšie sa prejavuje v teologicko-filozofických dielach súčasného pápeža Jána Pavla II, v jeho encyklikách, v práci katolíckych ústavov a centier bioetiky a centier pre problematiku manželstva a rodiny, ako aj v početných dokumentoch Učiteľského úradu Cirkvi (vrátane nedávno vydaného “Katechizmu katolíckej Cirkvi”) - a to zvlášť významne a prínosne v oblasti morálnych problémov manželstva, zodpovedného rodičovstva, rodiny, ľudskej sexualit (7), zdravia a choroby, telesného a duševného postihnutia a utrpenia, smrti a umierania (6), ale aj v originálnom riešení všetkých “praktických problémov” súčasnej bioetiky (5). Neoceniteľný je však aj jej príspevok v oblasti sociálnej náuky Cirkvi, chápania “sveta práce”, ľudských práv (4), i mnohých iných problémov, ktoré sa dotýkajú životných otázok súčasného človeka - ako jednotlivca i ako člena užšieho alebo širšieho, až globálneho ľudského spoločenstva.

Pozoruhodný je aj príspevok personalizmu pre obrodu psychológie, zvlášť pre riešenie morálnych (etických) problémov, ktoré charakterizujú jej pôsobenie v súčasnom pluralitnom kultúrnom prostredí, ako aj príspevok psychológie pre lepšie poznanie psychologickéj dimenzie života a “ľudskej prirodzenosti” súčasného človeka. V podrobnostiach odkazujem na nedávno publikované informatívne prehľady (8, 9, 10).

Literatúra

1. Ashley, B. M.: A psychological model with a spiritual dimension. *Pastoral Psychology*, 23, 1972, s. 31 - 40. 2. Ashley, B. M., O'Rourke, K. D.: Health care ethics: A Theological analysis. Georgetown University Press, Washington, D.C., 1997. 3. Beauchamp, T. L., Childress, J. F.: Principles of biomedical ethics. 4th edition, Oxford University Press, New York, 1994. 4. Glasa, J., Glasová, M.: Ľudské práva v podmienkach zdravotnej starostlivosti. *Medicína etika & Bioetika (Bratislava)*, 6 (3-4), 1999, 6 - 10. 5. Glasa, J.: Praktický prístup k riešeniu etických problémov v ošetrovateľskej praxi. 7, 2000, č. 1 - 2, s. 6 - 13. 6. Glasová, M., Klusová - Krížanová, L.: Umierajúci adolescent: problém sprevádzania. *Medicína etika & Bioetika (Bratislava)*, 6 (1-2), 1999, 13 - 14. 7. Glasová, M.: Psychologická a pastoračná starostlivosť o osoby s homosexuálnou orientáciou. *Acta medica christiana slovacca*, 6, 1999, No. 3 - 4, s. 29 - 30. 8. Glasová, M.: Personalistická psychológia na prahu 20. storočia. *RaN*, 3 (9), 2000, č. 2, s. 20 - 25. 9. Glasová, M.: Morálne otázky psychológie. Personalistický príspevok k vybraným problémom. (DuBois, J.M. (Ed.), University Press of America Inc., Lanham - New York - London, 1997) *Medical Ethics & Bioethics*, 7, 2000, No. 1 - 2, s. 21. 10. Glasová, M.: Morálne otázky psychológie v perspektíve personalizmu. *Acta medica christiana slovacca*, 8, 2001, č. 1, s. 9-26. 11. Lo, B.: Resolving ethical dilemmas: a guide for clinicians. Williams & Wilkins, Baltimore, 1995. 12. Maslow, A. J.: Motivation and personality. Harper & Row, New York, 1970. 13. Pellegrino, E. D.: The metamorphosis of medical ethics. A 30-year retrospective. *JAMA*, 269, 1993, č. 9, s. 1158 - 1162. 14. Taylor, C., Davis, D.: Interdisciplinary curriculum in clinical ethics. Part II. Schools of Medicine & Nursing, Georgetown University, Washington D.C., late Winter & Spring 2000.

MUDr. Jozef Glasa, CSc.

Adresa: MUDr. J. Glasa, CSc., SPAM, Limbová 12, 83303 Bratislava.

BUDÚCNOSŤ GYNEKOLÓGIE A PÔRODNÍCTVA

V dňoch 17.-20. júna 2001 sa v Ríme uskutočnil svetový kongres katolíckych gynekológov a pôrodníkov. Podujatie bolo organizované FIAMC (Svetová federácia katolíckych lekárskeho združení), IMC (International Mothercare), pod záštitou Pápežskej rady pre pastoraáciu v zdravotníctve pod názvom "Budúcnosť gynekológie a pôrodnictva: Základné ľudské právo - vzdelávanie lekárov podľa svedomia".

Účastníci z celého sveta sa spoločne zamýšľali nad budúcnosťou gynekológie a pôrodnictva vo svetle základného práva na lekárske vzdelanie a lekárskeho prax podľa princípov svedomia. O mimoriadnej závažnosti diskutovaných tém svedčí fakt, že všetkých 140 účastníkov (9 zo Slovenska) konferencie prijal Svätý Otec na mimoriadnej audiencii v Sala Clementina.

Situácia na Slovensku

V sekcii voľných príspevkov Dr. Dráb konštatoval závažnú skutočnosť, že na Slovensku neexistuje otvorená možnosť ďalšieho vzdelávania mladých katolíckych lekárov, ktorí sa rozhodnú pre špecializáciu v odbore gynekológia a pôrodnictva. Znamená to, že na Slovensku nie je ani jedno gynekologicko - pôrodnické pracovisko, ktoré by rešpektovalo princípy katolíckej morálky uvedené v pápežských dokumentoch. Kontinuálne vzdelávanie katolíckych gynekológov a pôrodníkov je možné v plnej miere zabezpečiť len na oddelení, ktoré spomenuté princípy rešpektuje vo svojom štatúte. Inak sú vystavení na milosť či nemilosť práve úradujúceho primára alebo riaditeľa a riskujú nedobrovoľné presuny na iné oddelenia. Potvrdzujú to skúsenosti gynekológov z krajín, kde katolícke gynekologicko - pôrodnické kliniky vznikli na báze katolíckych univerzít a pod záštitou kresťanských zdravotných poisťovní. Snáď aj preto gynekológov-

pôrodníkov rešpektujúcich uvedené zásady je na Slovensku menej ako prstov na oboch rukách... A aj tí, akoby len zázrakom prežili. Bol spomenutý aj potratový zákon, ktorý má Slovensko ešte z čias totality a patrí medzi najliberálnejšie na svete. Pozitívnym momentom bolo, že slovenských účastníkov prišiel počas vystúpenia podporiť aj radca veľvyslanectva SR pri Svätej stolici doc. Marek Šmid s manželkou.

Slová Svätého Otca

Kresťanský gynekológ-pôrodník, či pôrodná asistentka je skutočne sluhom a strážcom života. Toto povolanie, resp. poslanie je mimoriadne dôležité a zároveň kladie na gynekológa stále väčšiu zodpovednosť. Je totiž pokúšaný, či tlačенý verejnou mienkou a vplyvom súčasného kultúrneho a sociálneho kontextu stať sa manipulátorom života alebo dokonca poslom smrti. “Cesta poslušnosti Božiemu zákonu nie je ľahká. Vyžaduje obete, prináša ťažkosti, ktorých farchu nemožno prehliadnúť, ba dokonca niekedy je potrebné hrdinstvo, aby človek zostal takýmto zásadám verný”, konštatovali mnohí lekári na základe osobných skúseností, slovenských nevynímajúc. “Donedávna boli lekárska etika a katolícka morálka len veľmi zriedkavo v nesúhlase. Bez problémov mohol katolícky lekár ponúknuť pacientovi všetko, čo lekárska veda umožňovala a dovoľovala. Ale toto všetko sa dnes od základu zmenilo”, upozornil Svätý Otec. “Prístupnosť antikoncepcie a abortív, nové ohrozenia života v právnom systéme niektorých krajín, niektoré využitia prenatalnej diagnostiky, rozšírenie IVF techník, následná produkcia embryí pri liečbe sterility, ale tiež ich použitie na vedec-
ký výskum, využitie kmeňových buniek embryí na produkciu transplantáčnych tkanív pri liečbe degeneratívnych ochorení a projekty úplného alebo parciálneho klonovania, už vykonávané na zvieratách, všetko toto radikálne zmenilo situáciu”, uviedol Svätý Otec. Naviac počatie, tehotnosť a pôrod už nie sú viac považované za spôsoby spolupráce so Stvoriteľom v nádhерnej požiadavke odovzdávania života novému ľudskému bytiu. Sú považované za bremeno, ba dokonca za ochorenie, ktoré treba liečiť.

Tzv. “reprodukčné zdravie” ako zastierací manéver

Veľmi diskutovaným bol aj termín “reprodukčné zdravie”. Tento dvojzmyselný termín bol vytvorený a spolu s prevenciou a kontrolou gynekologických ochorení, antikoncepciou, potratom, sterilizáciou, poklesom pôrodnosti je ponúkaný vládam a zdravotníckym pracovníkom prostredníctvom USAID (US Agency for International Development), UNFPA (United Nations Fund for Populations Activities) a na Slovensku najviac známou a najaktívnejšou spoločnosťou IPPF (International Planned Parenthood Federation - Spoločnosť pre plánované rodičovstvo a reprodukčné zdravie). No vôbec sa nehovorí o materskej mortalite, stále príliš vysokej v niektorých krajinách sveta a aj v niektorých sociálnych vrstvách v rozvinutých krajinách. Centrá medicínskej pomoci v krajinách tretieho sveta, sprostredkované spomenutými organizáciami, sú síce “po strechu plné kondómov” a kontraceptív, no chýba čistá voda, potrebná na užitie týchto tabliet, nehovoriac o striekačkách, antibiotikách, vakcínach....

Kresťanský gynekológ-pôrodník bol vždy lekárom žien a dnes cíti na sebe obrovský tlak sociálnej ideológie, ktorá by z neho rada urobila nástroj, ktorým by mohlo byť vyššie spomenuté “reprodukčné zdravie” realizované bezpečným a účinným spôsobom - a tak sa vyvíjajú nové “reprodukčné technológie.”

Najviac ohrození sú mladí lekári

Osobitne ohrozenou kategóriou sú začínajúci lekári. Konflikt vzniká vždy, keď je mladý lekár žiadaný o “nezávislosť od náboženských predsudkov” ešte predtým, ako môže dosiahnuť špecializáciu v gynekológii a pôrodníctve. Konflikt vzniká vtedy, keď počas špecializácie je nútený zúčastniť sa aktivít, ktoré sú podmienkou jeho štúdia, ktoré vyžadujú vykonávanie potratov alebo zúčastnenie sa IVF technik. Konflikt vzniká vtedy, keď po špecializácii je odmietnutý do zamestnania, pretože sa izoluje od personálu, ktorý garantuje všetky aktivity (vrátane interrupcií). Konflikt vzniká aj vtedy, keď možnosti kariéry sú pred ním zatvorené, pretože nemá skúsenosť vo všetkých odborných oblastiach, ktoré vedúca úloha vyžaduje, ba dokonca aj vtedy, keď úrady OSN alebo iných centier financujúcich tieto aktivity odmietajú žiadosti organizácií, ktoré neobsahujú vo svojich projektoch potrat a sterilizáciu ako metódu plánovaného rodičovstva...

Možno si nedostatočne uvedomujeme, že obrana proti týmto zlám sa stáva stále slabšou, pretože katolícki gynekológovia-pôrodníci miznú a tí ostatní, čo zostávajú, systematicky v sebe umlčujú pocit viny.

Je reálna zmena ?

Akokoľvek konštatujeme uvedené závažné informácie, bez konkrétnych záverov by boli iba prázdny gestom. V mnohých oficiálnych i neformálnych stretnutiach počas kongresu zaznel veľmi silný hlas volajúci po úprimnom zjednotení a systematickej koordinácii aktivít na profesionálnej úrovni predovšetkým pri prezentácii v médiách, v profesných organizáciách, v národných i medzinárodných organizáciách chrániacich ľudské práva. Toto všetko sa musí odohrať na úrovni miestnych cirkví, v úzkej spolupráci s miestnymi biskupmi. Cirkev musí byť garantom uvedených aktivít. Aktivita takýchto neformálnych skupín môže byť výrazne účinná, pretože bude spájať malú skupinu ľudí, ktorí tejto oblasti obetovali nemalú časť svojich životných síl, sú profesionálne zdatní, absolvovali študijné pobyty v zahraničí, poznajú sa a dôverujú si. A povedzme si otvorene, neboja sa vzdať sa výhod vyplývajúcich z pobytu v tichých a bohatých vodách spravovaných ľuďmi, ktorí si myslia, že sú v prevahe len preto, lebo najhlasnejšie kričia... Na Slovensku sme v tomto smere úplne na začiatku, aspoň čo sa týka katolíckej gynekologicko-pôrodnickej kliniky (neexistuje). Je skutočne veľmi ťažké hovoriť o zmene interupčného zákona a o potratoch (je to nielen moja skúsenosť, snáď čo-to by vedeli povedať aj politici, angažujúci sa v tejto problematike...), keď nemôžeme poskytnúť jestvujúcu alternatívu s plným servisom - katolícku gynekologicko - pôrodnú kliniku. Všetky debaty v podobnom duchu totiž bez poukázania na alternatívu vyznievajú len ako formálne “splnenie si pracovných povinností” (aj politických). Alebo internista či otolaryngológ bude riešiť problémy v III. dobe pôrodnej? Je zarážajúci fakt, že sľubné plány, ktoré mali skutočne skvelú štartovaciu plochu z neznámych dôvodov stroskotali... Podporujeme jeden druhého. V opačnom prípade môže nastať smutný deň, keď lekár odmietajúci zabíjať v ktorejkoľvek fáze životného cyklu, bude bez práce. A potom skutočne nepomôže ani kričať, ani písať, a už vôbec nie plakať.

MUDr. Marek Dráb

Podľa článku uverejneného v týždenníku Katolícke noviny, roč. 116, č. 34, 26. augusta 2001, s. 22.

ZAÚJÍMAVOSTI

Nasledujúce informácie vyberáme zo servisu Tlačovej kancelárie Konferencie biskupov Slovenska (TK KBS).

KREŠŤANSTVO PREKRAČUJE HRANICU DRUHEJ MILIARDY

Krešťanstvo tento rok prekročí hranicu dvoch miliárd. Vypočítali to protestantski misionárski štatistici David Barrett a Todd Johnson v USA. Tým sa počet krešťanov od začiatku 20. storočia zvýši z 558 miliónov o viac ako triapolkrát. Toto však vyplýva najmä z rastu obyvateľstva. Od roku 1900 (1.619 miliárd) do roku 2000 (6.091 miliárd) sa počet ľudí na zemi takmer štvornásobne zvýšil. Podiel krešťanov mierne poklesol z 34.4% na 33.2%. Dôvodom je, že krešťania žijú väčšinou v oblastiach s priemernou pôrodnosťou.

Do roku 2025 počítajú štatistici s nárastom počtu krešťanov opäť na 34.8%, pretože rast obyvateľstva sa z dôvodov plánovania rodičovstva v krajinách "juhu" spomalí.

Druhým najväčším svetovým náboženstvom po krešťanstve je islam s 1,2 miliardou príslušníkov (20% obyvateľstva sveta). Počet moslimov sa od roku 1900 zvýšil takmer šesťnásobne. Avšak tieto počty sú sporné, pretože sa často rátajú všetci obyvatelia kultúrne alebo historicky islamských oblastí za moslimov. Takto je to napríklad v stredoázijských republikách.

Na treťom mieste sú so 770 miliónmi hinduisti, čo predstavuje 12.9% obyvateľstva zeme. Tesne za nimi sú ľudia bez náboženskej príslušnosti. Ich počet od roku 1900 priam explozívne vzrástol - z 2.9 milióna na 765 miliónov.

Šesť percent všetkých ľudí tvoria budhisti - 360 miliónov. Náboženstvá domorodcov - prírodné náboženstvá majú 240 miliónov príslušníkov, teda 4.1%. Ateistov je 146 miliónov - 2.5%. Ich počet ako jediných sa znížil od roku 1970 a síce o 26 miliónov.

"Nové náboženstvá" - teda prívržencov siekt a skupín ako ezoterika či scientológia vyčíslujú americkí štatistici na 100 miliónov - 1.6%.

Ďalej existuje 23 miliónov sikhov - 0.4% a 15 miliónov židov - 0.25%.

Čo do zloženia vyznani u krešťanov je s odstupom na prvom mieste Katolícka cirkev s niečo viac ako miliardou veriacich. Po nej nasledujú protestanti 367 miliónov, pravoslávni - 225 miliónov a anglikáni - 55 miliónov. Krešťanstvo je najrozšírenejšie v Európe s 531 miliónmi, za ňou nasleduje Južná Amerika - 462 miliónov, Afrika - 330 miliónov, Ázia - 286 miliónov, Severná Amerika - 224 miliónov a Oceánia - 20 miliónov krešťanov.

20000026 KP/TK KBS

EURÓPSKA SIŤ PRE PASTORÁCIU V NEMOCNICIACH

Duchovní pastieri chorých z celej Európy založili ekumenickú Európsku sieť pre pastoráciu v zdravotníctve - "European Network of Health Care Chaplaincy".

Nová sieť, zložená z ľudí zodpovedných za pastoráciu v nemocniciach z cirkví, rôznych náboženských spoločenstiev a národných zväzov, chce vypracovať

normy pastoračné v nemocniciach, ktoré majú byť záväzné pre pastoračné centrá v zdravotníctve v celej Európe. Táto sieť sa chce stať platformou, ktorá sa bude v kontakte s európskymi zdravotníckymi zariadeniami v jednotlivých krajinách podieľať na spoluvytváraní politiky zdravotníctva a etiky medicíny.

O založení siete sa rozhodlo na 6. európskej konzultácii o pastoračii v nemocniciach, ktorá sa konala v týchto dňoch (koniec novembra 2000 - pozn. red.) v Pravoslávnej akadémii na Kréte. Na konzultácii boli prítomní 23 účastníci z 15 krajín - z katolíckej, evanjelickej a pravoslávnej cirkvi.

Vysoký štandard kvality pastoračného pôsobenia v nemocniciach Európy je potrebný na uspokojovanie existenciálnych a duchovných potrieb pacientov, ich rodinných príslušníkov a personálu do takej miery, aby ľudia objavili svoje osobné, náboženské, kultúrne a spoločenské zdroje a mohli ich využiť, hovoriť sa vo vyhlásení z konferencie na Kréte.

KP/TK KBS 20001418

ZÁVERY KONGRESU O DEŤOCH A RODINE

Dňa 21. novembra 2000 uverejnili vo Vatikáne dokument Pápežskej rady pre rodinu zo závermi teologicko-pastoračného kongresu, ktorý sa konal v Ríme od 11. do 14. októbra 2000. Témou kongresu pri príležitosti tretieho svetového stretnutia rodín so Svätým Otcom bolo: "Deti - jar rodiny a spoločnosti". Text dokumentu je rozdelený na štyri časti: doktrínálne a teologické príspevky, reálne situácie, odporúčania a závery.

Účastníci kongresu si všimajú, že na národnej i medzinárodnej úrovni je dnes skôr tendencia oslabovať manželstvo a rodinu, ktorá z neho vyrastá, ako ich posilňovať: "Ak rodinu pokladáme za neistý zväzok medzi jednotlivcami, stáva sa ešte krehkejšou."

V dokumente sa ďalej píše: "Rodina je privilegovaným miestom odovzdávania viery ako aj školou modlitby... Modlitba v rodine je ústredným aspektom vitality, ktorá prispieva k jej stabilite."

V časti odporúčaní sa zdôrazňuje: "Najúčinnejšou cestou ako chrániť deti a ich práva je v prvom rade ochrana rodiny založenej na manželstve." Ďalej sa odporúča vyhýbať sa nejasnostiam pri definovaní dieťaťa a rodiny. Najmä čo sa týka právnej definície dieťaťa je potrebné, aby sa uznali práva dieťaťa v prenatálnom období."

"Sme znepokojení dramatickým znehodnocovaním materstva v našich spoločnostiach... Úloha matky sa musí dostať uznanie za reálnu a účinnú službu, ktorú poskytuje spoločnosti."

Účastníci kongresu tiež upozorňujú: "Je potrebné posilňovať vedomie a význam úlohy rodičov pri vzdelávaní v rodine... Túto úlohu musia samozrejme podporovať vzdelávacie štruktúry, ale nikdy ju nemôžu vyhovujúco nahrádzať." Ďalej sa hovorí o dôstojnosti detí a uvádza sa tu výzva: "Kresťanské spoločenstvá a najmä farnosti by mali dôkladne sledovať záujmy rodín s postihnutými deťmi."

Na záver dokumentu čítame: "Vychovatelia modernej doby sú jednotní v zdôrazňovaní toho, že integrálna výchova detí je neodlučiteľná od kontinuálnej výchovy rodičov.... Hoci ekonomické ťažkosti určite ovplyvňujú možnosti úspešnej formácie, nemôžu byť dôvodom odradzovania chudobných rodín od toho, aby mali deti a ich vylučovania zo vzdelávania, ktoré sprostredkuje kresťanské hodnoty."

VIS/TK KBS 20001463

INŠTRUKCIA O MODLTBÁCH ZA UZDRAVENIE

Kongregácia pre náuku viery vydala 23. novembra dokument pod názvom "Inštrukcia o modltbách za uzdravenie". Dokument je odozvou na problém, ktorý vzniká pri posudzovaní prípadov vyliečenia, ktoré nastávajú počas liturgických či paraliturgických slávení. Dokument sa zaoberá doktrínálnymi aspektmi a disciplínou sviatosti. Podpisal ho kardinál Joseph Ratzinger, prefekt Kongregácie pre náuku viery a jej sekretár arcibiskup Tarcisio Bertone SDB. Má dátum 14. septembra 2000, na sviatok Povýšenia sv. Kríža.

V poznámke Kongregácie sa hovorí: "Počas týchto slávení sú snahy o vyliečenie špeciálnymi obradmi (modltbami, prikladaním rúk, pomazaním olejom, atď.). Toto zhromažďuje obrovské davy ľudí, a tí sa zbiehajú v nádeji, niekedy prehnanej, že zažijú alebovidia zázraky. V niektorých prípadoch, vôbec nie ojedinelých, sa vyhlasuje, že prebieha vyliečenie, a tak sa vzbudzujú očakávania v takýto jav aj na iných podobných stretnutiach. V tejto súvislosti sa niekedy spomína predpokladaná charizma liečiteľa".

"Tieto zhromaždenia s očakávaním vyliečenia tiež dávajú vznik ďalším otázkam o ich správnom odlišení od liturgickej a disciplinárnej perspektívy najmä zo strany cirkevných autorít, ktorých povinnosťou je stanoviť vhodné normy a dohliadať na vhodný priebeh liturgických slávení."

Komuniké na záver uvádza: "Preto Kongregácia pre náuku viery považovala za vhodné uverejniť tento dokument predovšetkým ako pomôcku pre miestnych ordinárov, aby mohli lepšie viesť veriacich v tejto veci, napomáhať dobré praktiky a upozorňovať na tie, ktorým sa treba vyhýbať."

Čo sa týka doktrínálnych aspektov, dokument pripomína, že v Starom zákone sa choroba spájala s hriechom a zlom. Avšak v Novom zákone otázka prečo choroba zasahuje aj spravodlivého nachádza úplnú odpoveď. Vyliečenia, ktoré urobil Ježiš, ukazujú víťazstvo Božieho kráľovstva nad každým druhom zla a stávajú sa symbolom návratenia zdravia celej ľudskej osobe - telu i duši."

"Túžba chorej osoby po vyliečení je dobrá a hlboko ľudská, najmä keď nadobúda podobu modlitby plnej dôvery a adresovanej Bohu..."

"Ježiš preniesol moc liečenia na apoštolov a prvých evanjelizátorov - a nielen im. Táto moc bola daná, aby potvrdzovala ich poslanie... Z tejto perspektívy nadobúda charizma liečenia mimoriadnu dôležitosť. Význam charizmy je sám osebe veľmi široký a veľkodušný dar... Tieto milosti sú prisúdené jednotlivcovi a preto ich nemožno chápať v distributívnom zmysle, ale skôr ako dar daný osobe, aby získala milosti vyliečenia pre druhých," píše sa v dokumente.

VIS/TK KBS 20001465

Acta Medica Christiana Slovaca je spravodaj Zväzu kresťanských lekárov a zdravotníkov na Slovensku. Uverejňuje pôvodné práce, materiály, informácie a prehľady s tematikou medicíny, zdravotníctva, medicínskej etiky a bioetiky, ako aj teologické a duchovné príspevky. Stojí dôsledne na strane ochrany ľudského života od jeho počatia a na rešpektovaní zásad kresťanskej etiky. Vychádza štvrťročne v slovenskom jazyku.

Redakčná rada: M. Babál, J. Bielik, J. Glasa (vedúci redaktor), M. Glasová, J. Porubský,

A. Rakús (predseda RR), M. Troščák, E. Vnenčáková, A. Záborská (tajomníčka RR)

Adresa pre korešpondenciu a zasielanie príspevkov: Dr. J. Glasa, Landauova 20, 841 02 Bratislava.

Registrované Ministerstvom kultúry SR, r.č. 1071/94. ISSN 1335 – 1028

Vydáva Charis s.r.o., Ipeľská 3, Bratislava, pre Zväz kresťanských lekárov a zdravotníkov na Slovensku.