

## Znaczenie religii i wiary w opiece nad osobami chorującymi psychicznie\*

Kreowanie indywidualnego projektu życiowego związane jest z kształtowaniem własnego świata i problematyką doświadczania codzienności. Pomocne stają się tu przede wszystkim mechanizmy kompensacji, które umożliwiają jednostce przetrwać krytyczne wydarzenia życiowe wszelkiego rodzaju, nie dopuszczając do zakłóceń między jednostką a otoczeniem. Indywidualne obrazy świata mają centralne znaczenie w przypadku kryzysów, chorób czy pogorszenia.

W tym miejscu przypisuje się kluczową funkcję pracy socjalnej, ponieważ zbliża się ona jak żaden inny zawód w ramach socjalnej anamnezy indywidualnych obrazów świata, które mogą się różnorodnie kształtować i zawierać różne modele wyjaśniające. W tej wielostronności religia i wiara tworzą ich treść.

Należy też zwrócić uwagę na pewną cechę charakterystyczną, jaką jest przyznawanie się do religijności i wiary. W dzisiejszym ogólnym kontekście społecznym rozmowy o religii są raczej tematem tabu. Rozmawia się raczej o seksualności niż porusza tematy religijne. Deklarowanie bycia osobą wierzącą uchodzi za anachronizm - za relikw z innego świata, który wydaje się być niekompatybilny z dzisiejszym. Gdy osoba ujawnia swoją religijność, wystawia społeczeństwo na próbę w zakresie jego tolerancji. Kto się przyznaje, musi godzić się na wy-

pytywanie. Te pytania odnoszą się przeważnie do tego, dlaczego ktoś jest jeszcze członkiem kościoła lub znowu do niego wstąpił. Wiara przedstawia coś bardzo osobistego i intymnego, co można poruszyć z dużą rozważnością, ponieważ istnieje możliwość negatywnej czy pogardliwej oceny partnera. Obawa przed przykrością często prowadzi do tego, że wiara awansuje do postaci osobistej tajemnicy.

A mimo to religijność i wiara stanowią dla psychicznie chorujących osób ważny fundament w ich codzienności. Pojawiają się tu treści takie, jak życie się z chorobą, tworzenie obrazu samego siebie, jak również odnawianie sensu życia. Także takie tematy, jak wina i wybaczenie, jak również ograniczoność życia (śmierć) są brane pod uwagę.

Stąd powstaje pytanie do udzielających profesjonalnej pomocy, co mogą oni zrobić, by ten osobisty religijny świat uczynić publicznie doświadczalnym i przeżywalnym. Pierwszorzędną sprawą jest tu najpierw utematyzowanie religii i wiary. Rozpoczęcie rozmowy może ułatwić własne wyznanie wiary. Profesjonalistce lub profesjonalście niosącemu pomoc można wówczas przypisać własną autentyczność. Chodzi o odkrycie wspólnej przynależności: tożsamość i wiara zdrowych i chorych, opiekunów i wymagających opieki. Wspólnie można odkryć, gdzie leżą trudności w przeżywaniu religijności. Może się to

\* XX Sympozjum PNTZP, Lublin 2009

odbywać przez udział w mszach lub dzięki podjęciu kontaktu z parafiami.

Wymogi i trudności związane z religią i wiarą występują także w specyficznych warunkach domu Dominicusstrasse, placówki mieszkalnej dla osób psychicznie chorych, w której działa autor. Okazuje się, że właśnie tu liczni chronicznie chorzy psychicznie ludzie są głęboko zakorzenieni w wierze, mimo ich wielu życiowych klęsk. O ile w klinice psychiatrycznej możliwa jest jeszcze opieka duszpasterska, jak na przykład uczęszczanie na odprawiane tam msze, tak poza szpitalem znajduje się duszpasterska ziemia niczyja. Większości mieszkańców zabrania się chodzenia na normalne msze z powodu różnych obaw (stany niepokoju, trudność wytrwania czasu mszy, ograniczony czas księdza). Do tego nawiązanie kontaktu z sąsiednimi parafiami jest często utrudnione.

Warunki w domu Dominicusstrasse doprowadziły do pomysłu zainstalowania ambulatoryjnej psychiatrycznej opieki duszpasterskiej. Pomysł bazował na fakcie, że oferta duszpasterska była dotychczas dostępna tylko w klinikach, które jednak w ramach reformy psychiatrycznej nie tworzą już punktu ciężkości w opiece psychiatrycznej osób psychicznie chorych i upośledzonych. Psychiatryczna opieka duszpasterska musi się więc zmienić w związku z reformą psychiatryczną. Wynikającą z tego konsekwencją jest dostępność opieki duszpasterskiej (kościół w zasięgu głosu). Dzięki zreformowanej formie duszpasterstwa nie zachodziłyby braki w zakresie opieki duszpasterskiej w okręgu. Długoterminowym celem jest dążenie do włączenia w społeczeństwo osób objętych leczeniem psychiatrycznym w danej parafii.

Udany pomysł ambulatoryjnego duszpasterstwa psychiatrycznego, opracowany przez katolickiego świeckiego duszpasterza (Pastoralreferent) dra Martina Potta, istnieje już w mieście Aachen. Za podstawę uchodzi tu implementacja duszpasterstwa psychiatrycznego jako składnika socjalno-psychiatrycznego. Duszpasterstwo psychiatryczne, umiejscowione także poza szpitalem, zajmuje

dzięki temu pozycję predestynowaną do podjęcia dialogu z pokrewnymi dziedzinami nauki i zawodami socjalno-psychiatrycznymi. Jednocześnie ambulatoryjnemu duszpasterstwu psychiatrycznemu przypada funkcja pośrednicząca między parafiami a instytucjami socjalno-psychiatrycznymi.

Ambulatoryjne duszpasterstwo psychiatryczne kieruje się do następujących grup docelowych:

- ludzie z (chronicznym) schorzeniem psychicznym lub upośledzeniem/inwalidztwem
- rodziny osób psychicznie chorych/upośledzonych
- pracownicy służb i placówek zrzeszenia socjalno-psychiatrycznego
- księża (mężczyźni i kobiety) pracujący w psychiatrycznym duszpasterstwie szpitalnym.

Szczególną charakterystykę ambulatoryjnego duszpasterstwa psychiatrycznego stworzyło jego teologiczne zaszeregowanie. Jak już napisano w Ewangelii św. Jana (J 5, 1 - 9) kieruje się ono do tych, którzy są chorzy. To ci są uprzywilejowani u Jezusa, dlatego też muszą być uprzywilejowanymi w swoim kościele. Wielu ludzi szuka właśnie w sytuacjach kryzysowych oparcia i nadziei w wierze religijnej. Ta forma pokonywania choroby i radzenia sobie z nią ma w odniesieniu do religijnego odczuwania tysiącletnią tradycję. Zdrowie człowieka zalicza się do czynników określających przeżywaną jakość życia. Religijność i wiara mogą mieć na nie istotny wpływ. Dotyczy to zwłaszcza ludzi z psychicznymi schorzeniami, którzy w swoich kryzysach często natykają się na egzystencjalne pytanie o sens życia. Wiara religijna może zyskać ogromne znaczenie i w ten sposób stać się decydującym oparciem w życiu.

Antropologicznym punktem wyjścia w pracy ambulatoryjnego duszpasterstwa psychiatrycznego jest poszanowanie godności ludzkiej i wiara w podobieństwo człowieka do Boga. Jak każdy zdrowy człowiek także człowiek ze schorzeniem czy upośledzeniem psychicznym jest osobą posiadającą zdolności.

Fakt nie jest wyłącznie i bez przerwy chory. Działanie psychiatryczno-duszpasterskie nie należy więc do kręgu oddziaływania lekarzy (i terapeutów). Duszpasterstwo psychiatryczne jest rozumiane raczej jako profesjonalna oferta towarzyszenia. Nie jest terapią w rozumieniu medyczno-psychoterapeutycznym – jednak chce leczyć w sensie pojednania. Pojęcie uzdrawiania postrzegane jest jako zadanie diakońskie w sensie ogólnoludzkiego uzdrowienia.

Dlatego też koncepcja ambulatoryjnego duszpasterstwa psychiatrycznego składa się z trzech "filarów": towarzyszenie, pojednanie i diakonia (służba człowiekowi w ramach kościoła).

- Towarzyszenie implikuje tu jako warunek spotkanie i podjęcie kontaktu. Tworzy się umowa wspólnego przejścia pewnego odcinka drogi. Nawet gdy stosunek między duszpasterzem i osobą wymagającą towarzyszenia wymaga "pochylenia się", nie może dojść do tego, że duszpasterstwo nadaje kierunek drogi. Właśnie w przypadku osób z ciężkim psychicznym upośledzeniem ważne jest ciągle dostosowywanie wspólnej drogi do ich potrzeb. W praktyce oznacza to raczej duszpasterstwo wraz z człowiekiem niż duszpasterstwo dla człowieka. Towarzyszenie w sensie duszpasterskim zakłada ruchliwość w sensie "duszpasterstwa wędrownego". To oznacza, że "towarzyszenie" musi przyjąć formę pracy nawiedzającej w ramach "struktur dochodzących". Ludzi trzeba nawiedzać tam, gdzie żyją: w domu, w domach opieki, w centrach socjalno-psychiatrycznych etc.

- Pojednanie z samym sobą, z innymi i z Bogiem jest jednym z najważniejszych życiowych zadań dla każdego człowieka. Właśnie w przypadku choroby czy inwalidztwa i ogromnych doświadczeń ograniczoności i kruchości własnej egzystencji wydaje się to być o wiele trudniejsze. Pod pojęciem "pojednawczego duszpasterstwa" rozumie się wspólne poszukiwawcze poruszanie się duszpasterza i jego/jej partnera po terenie życia.

Wspierającym dla tego procesu okazuje się być fakt, że duszpasterstwo nie leczy i nie diagnozuje. Pojęcie diagnozy i choroby, które dla zainteresowanych często jest bolesne i równoważne z wyrokiem, nie stoi w centrum. Chodzi o interpretowanie życia jako całości, między smutkiem z powodu tego, co niemożliwe i radością z pozytywnych doświadczeń życia codziennego. Perspektywa wiary może być pomocna. Można odwołać się do biblijnych postaci i scen, procesu duszpasterskiego, identyfikacji i tworzenia tożsamości. Poza rozmową, do tworzenia przestrzeni doświadczenia w sensie wytrzymałości na ludzką skargę, siły w bezsilności i nadziei w całej beznadziejności pomocne stają się rytuały.

- Diakonia oznacza pierwotnie służbę człowiekowi w sensie kościelnym. Dla duszpasterstwa psychiatrycznego oznacza to w pierwszej linii, że sprawuje ona funkcję pomocową wobec gminy (gminę należy rozumieć tu zarówno w sensie społeczności miejscowej jak i parafii). Praca pastoralna z ludźmi leczonymi psychiatrycznie staje się też wyzwaniem dla parafii w ich roli jako sieci społecznych w przestrzeni życiowej psychicznie chorych ludzi. Dlatego duszpasterstwo psychiatryczne powinno się organizować nie tylko w formie duszpasterstwa indywidualnego i grupowego wysokiej jakości, lecz także w swoim zadaniu łączenia przestrzeni życiowej i parafii. Praca w sieci społecznej, mająca na celu zadomowienie chorych w mieszkaniu i w parafii, tworzy najważniejsze zadanie ambulatoryjnego duszpasterstwa psychiatrycznego.

Cele i zadania ambulatoryjnego duszpasterstwa psychiatrycznego można ująć w następujących punktach:

- uwrażliwienie parafii na osoby psychicznie chorujące
- zapewnienie oferty duszpasterskiej dla leczonych psychiatrycznie i ich rodzin
- promocja zaangażowania w ramach wolontariatu

- promocja wielopłaszczyznowego dialogu
- rozwój i przeprowadzanie nowych projektów kooperacji między kościołem i instytucjami finansującymi zrzeszenie społeczno-psychiatryczne
- stworzenie służby zastępczej z pracowników i pracownic psychiatrycznego duszpasterstwa szpitalnego
- wykonywanie zastępczej pracy publicznej i politycznej

Ambulatoryjne duszpasterstwo psychiatryczne wysuwa na plan pierwszy następujące punkty:

### **Msza Święta**

Wielu leczonym psychiatrycznie ludziom zabrania się uczestnictwa w "normalnej" mszy parafialnej. Z jednej strony boją się oni przebywać wśród tylu osób, a z drugiej strony czas trwania mszy jest dla nich problemem. Skutkuje to koniecznością początkowo sprowadzenia "kościółka" do domu. Zadaniem ambulatoryjnego duszpasterstwa psychiatrycznego powinno być zorganizowanie tego "przejściowego etapu". Ten "przejściowy etap" da się scharakteryzować jako stadium wiodące do włączenia leczonych psychiatrycznie osób we wspólnotę parafialną. Pogawędka przy kawie i ciastku po nabożeństwie prowadzi do kontynuacji wspólnoty na innej płaszczyźnie. Ustala się wspólne przedsięwzięcia czy przyprowadzenie uczestników na następną mszę.

Ksiądz pracujący w duszpasterstwie psychiatrycznym dysponuje za pomocą liturgii specyficznym medium komunikacji. Mechanizmy filtrujące i obronne osób psychicznie chorych często nie działają, co upośledza zdolność do radzenia sobie z własnym życiem codziennym. Brakuje im często chroniących symboli i rytuałów, wskutek czego przeciętni są powalającymi doświadczeniami codzienności. Tak więc uczestnictwo w mszy przedstawia dla nich możliwość wkroczenia w przestrzeń rytuałów i symboli, która daje im bezpieczeństwo i ochronę, a poza tym umożliwia refleksję nad różnymi wydarzeniami życiowymi.

Struktura (psychiatrycznej) mszy świętej bazuje generalnie na trzech zasadniczych elementach: śpiewie, wyjaśnianiu słów Biblii i modlitwie. Realizacja ambulatoryjnych mszy świętych wymaga udziału zaangażowanych aktorów po obu stronach (instytucja finansująca / kościół).

### **Współpraca z parafiami**

Parafie, w których mieszkają dotknięci chorobą, pozostają w centrum uwagi ambulatoryjnego duszpasterstwa. Dąży się do kontaktów z grupami i związkami w parafii i z lokalnymi duszpasterzami. Wydaje się to być tym ważniejsze, że właśnie chronicznie chorzy psychicznie ludzie wychodzą poza ściśle ograniczone ramy "psychosocjalnej oferty pomocy" i chcieliby zwrócić się ku tzw. "normalnemu światu". Ta praca związana z kontaktowaniem i pośredniczeniem wymaga wielu nakładów i wycucia. Liczne parafie uważają się za w pełni odpowiadające na potrzebę integracji psychicznie chorych ludzi. Może to wynikać z pewnej niewiedzy, dotyczącej psychicznych schorzeń lub też z braku otwarcia na integrację i z obawy przed obciążeniem członków parafii. W tym miejscu należałoby zwrócić uwagę na postulat Klaus Dörnera, aby tworzyć diakonię w pierwotnym sensie, a więc fuzję służby człowiekowi i służby Bogu.

"Tam gdzie na jej (parafii) terenie leży "identyfikowalna" placówka pomocy ludziom psychicznie chorym, czy to będzie dom opieki, czy wspólne mieszkanie, czy centrum socjalno-psychiatryczne czy ośrodek pobytu dziennego, obie strony mają szansę budowania ciągłego bycia razem krok po kroku".

### **Praca grupowa**

Praca grupowa może być oceniana jako element centralny ambulatoryjnego duszpasterstwa psychiatrycznego. Wiara ma być pomocą w życiu. Żeby dało się tego doświadczyć, "wspólnota" grupy z jej treściami nauczania i wartościami doświadczenia oferuje już prawie ramy małej parafii. Jak postulowano w modelu ambulatoryjnego duszpasterstwa psychiatrycznego z Aachen, z nabożeństw w domu Dominicusstraße wyłoniła się grupa leczonych psychiatrycznie osób, goto-

- promocja wielopłaszczyznowego dialogu
- rozwój i przeprowadzanie nowych projektów kooperacji między kościołem i instytucjami finansującymi zrzeszenie społeczno-psychiatryczne
- stworzenie służby zastępczej z pracowników i pracownic psychiatrycznego duszpasterstwa szpitalnego
- wykonywanie zastępczej pracy publicznej i politycznej

Ambulatoryjne duszpasterstwo psychiatryczne wysuwa na plan pierwszy następujące punkty:

### Msza Święta

Wielu leczonym psychiatrycznie ludziom zabrania się uczestnictwa w "normalnej" mszy parafialnej. Z jednej strony boją się oni przebywać wśród tylu osób, a z drugiej strony czas trwania mszy jest dla nich problemem. Skutkuje to koniecznością początkowo sprowadzenia "kościoła" do domu. Zadaniem ambulatoryjnego duszpasterstwa psychiatrycznego powinno być zorganizowanie tego "przejściowego etapu". Ten "przejściowy etap" da się schrakteryzować jako stadium wiodące do włączenia leczonych psychiatrycznie osób we wspólnotę parafialną. Pogawędka przy kawie i ciastku po nabożeństwie prowadzi do kontynuacji wspólnoty na innej płaszczyźnie. Ustala się wspólne przedsięwzięcia czy przyprowadzenie uczestników na następną mszę.

Ksiądz pracujący w duszpasterstwie psychiatrycznym dysponuje za pomocą liturgii specyficznym medium komunikacji. Mechanizmy filtrujące i obronne osób psychicznie chorych często nie działają, co upośledza zdolność do radzenia sobie z własnym życiem codziennym. Brakuje im często chroniących symboli i rytuałów, wskutek czego przeciążeni są powalającymi doświadczeniami codzienności. Tak więc uczestnictwo w mszy przedstawia dla nich możliwość wkroczenia w przestrzeń rytuałów i symboli, która daje im bezpieczeństwo i ochronę, a poza tym umożliwia refleksję nad różnymi wydarzeniami życiowymi.

Struktura (psychiatrycznej) mszy świętej bazuje generalnie na trzech zasadniczych elementach: śpiewie, wyjaśnianiu słów Biblii i modlitwie. Realizacja ambulatoryjnych mszy świętych wymaga udziału zaangażowanych aktorów po obu stronach (instytucja finansująca / kościół).

### Współpraca z parafiami

Parafie, w których mieszkają dotknięci chorobą, pozostają w centrum uwagi ambulatoryjnego duszpasterstwa. Dąży się do kontaktów z grupami i związkami w parafii i z lokalnymi duszpasterzami. Wydaje się to być tym ważniejsze, że właśnie chronicznie chorzy psychicznie ludzie wychodzą poza ściśle ograniczone ramy "psychosocjalnej oferty pomocy" i chcieliby zwrócić się ku tzw. "normalnemu światu". Ta praca związana z kontaktowaniem i pośredniczeniem wymaga wielu nakładów i wycucia. Liczne parafie uważają się za w pełni odpowiadające na potrzebę integracji psychicznie chorych ludzi. Może to wynikać z pewnej niewiedzy, dotyczącej psychicznych schorzeń lub też z braku otwarcia na integrację i z obawy przed obciążeniem członków parafii. W tym miejscu należałoby zwrócić uwagę na postulat Klausa Dörnera, aby tworzyć diakonię w pierwotnym sensie, a więc fuzję służby człowiekowi i służby Bogu.

"Tam gdzie na jej (parafii) terenie leży "identyfikowalna" placówka pomocy ludziom psychicznie chorym, czy to będzie dom opieki, czy wspólne mieszkanie, czy centrum socjalno-psychiatryczne czy ośrodek pobytu dziennego, obie strony mają szansę budowania ciągłego bycia razem krok po kroku".

### Praca grupowa

Praca grupowa może być oceniana jako element centralny ambulatoryjnego duszpasterstwa psychiatrycznego. Wiara ma być pomocą w życiu. Żeby dało się tego doświadczyć, "wspólnota" grupy z jej treściami nauczania i wartościami doświadczenia oferuje już prawie ramy małej parafii. Jak postulowano w modelu ambulatoryjnego duszpasterstwa psychiatrycznego z Aachen, z nabożeństw w domu Dominicusstraße wyłoniła się grupa leczonych psychiatrycznie osób, goto-

wych do udziału w przygotowywaniu mszy. Ta grupa odzwierciedla także jedną z treści ambulatoryjnego duszpasterstwa psychiatrycznego, mianowicie dopuszczenie wpływu na aktywną pracę duszpasterską doświadczeń i sposobu widzenia osób leczonych psychiatrycznie. Instytucja ambulatoryjnego duszpasterstwa psychiatrycznego dałaby tej "grupie przygotowującej" "przestrzeń" do współpracy w kształtowaniu nadchodzących nabożeństw i świąt kościelnych. Utworzona w ten sposób grupa mogłaby także w ramach ambulatoryjnego duszpasterstwa psychiatrycznego osobiście uczestniczyć w poradnictwie i towarzyszeniu ludziom. Mogłaby stanowić punkt wyjścia dla tworzenia i zakładania dalszych grup roboczych. Mogłyby zajmować się one takimi tematami, jak interpretacja treści biblijnych, odnajdywanie sensu we własnej biografii czy wspólne uczestnictwo w zewnętrznych mszach świętych.

Dalszym ważnym składnikiem duszpasterskiej pracy grupowej jest integracja i współpraca rodzin. Zaoferowany "punkt spotkań" w tych ramach może też dla grupy osób spokrewnionych mieć funkcję przełamywania tabu w odniesieniu do ich wiary i religii. Wiara i religijność mogą osobom spokrewnionym dawać ochronę i oparcie w sytuacji braku nadziei i rozpacz.

#### **Poradnictwo indywidualne i towarzyszenie**

Duszpasterskie poradnictwo indywidualne i towarzyszenie jest ważnym składnikiem ambulatoryjnego duszpasterstwa psychiatrycznego. Oba te elementy pracy można przeprowadzać telefonicznie lub też w ramach wizyt domowych lub w pomieszczeniach ambulatoryjnego duszpasterstwa psychiatrycznego. Na pierwszym miejscu stoją tematy takie jak: śmierć, rozstanie, wina, grzech i wybaczenie, depresje i stany lękowe, społeczna izolacja, problemy kontaktów z rodziną, szukanie orientacji w kryzysach życiowych, sens własnego życia, zachwianie wiary przez sekty lub grupy podobne do sekt, problemy religijnej biografii, zwątpienie, obraz Boga etc.

Podkreślić tu należy dostępność instytucji ambulatoryjnej, gdyż kościół jest tu "w zasięgu głosu". Ważną formą jest towarzyszenie w szczególnie krytycznych wydarzeniach życiowych, jak np. w przypadku śmierci bliskiego człowieka czy pogrzebu. Pożegnanie zmarłego człowieka w dzisiejszych warunkach cechuje często brak szacunku i pamięci.

Śmierć a la opieka społeczna jest dla wielu ludzi równoznaczna z regularną utylizacją. Tak jak anonimowe było ich życie, tak anonimowa jest ich śmierć. Ani nagrobka, ani nazwiska, ani wieńców i przede wszystkim: ani jedna ludzka dusza nie przypomina (sobie) o ich istnieniu.

Wymiar religijny należy zawsze aktywnie angażować, ponieważ są to zasoby wiodące do zdrowienia, przy założeniu, że życie danej osoby nie zostało zahamowane czy zniekształcone wskutek oddziaływań religijnych.

#### **Kampanie**

Wiele korzyści mogą przynieść kampanie czy akcje projektów duszpasterstwa psychiatrycznego. Mogą przybierać formę na przykład wieczorów informacyjnych czy pogawędek dla grup i gremiów. Odpowiednie gremia okazują się być pomocne dla fachowej wymiany myśli i powstania tudzież połączenia nowych projektów. Celem pracy ambulatoryjnego duszpasterstwa psychiatrycznego jest pozyskanie pracowników społecznych, terapeutów i lekarzy do współpracy w ramach projektu. Mogliby oni jako partnerzy rozmów podczas wieczornych spotkań parafialnych udzielać wyjaśnień lub w czasie mszy opowiadać o osobistych doświadczeniach. Byłoby to bardzo korzystne dla obu stron, ponieważ profesjonalści z dziedziny psychiatrii miałby okazję dać szerszej publiczności wgląd w swoją pracę i dzięki temu zredukować uprzedzenia oraz obawę przed kontaktem z chorymi. Z drugiej strony parafie mogłyby zobaczyć, z jak dużym wewnętrznym zaangażowaniem pracują kobiety i mężczyźni w placówkach i służbach psychiatrycznych, często jako zdeklarowane chrześcijanki i chrześcijanie. Członkowie parafii mogą w ten sposób stać się świadkami bardzo osobistych

relacji doświadczeń. Szczególnie należałoby dążyć do tego, żeby osoby leczone psychiatrycznie mogły wnieść swój wkład. Robiłoby wrażenie, gdyby mogło się to dzieć w czasie mszy, ponieważ placówka i kościół najprawdopodobniej leżą na tej samej ulicy. Społeczność kościelna uczestniczyłaby dzięki temu w dużej zdolności mówiącego do autorefleksji i zostałaaby obdarowana odwagą ludzkiej szczerości.

Na zakończenie pozostaje jeszcze wyrazić życzenie realizacji projektu ambulatoryj-

nego duszpasterstwa psychiatrycznego w Berlinie. Nabożeństwa miałyby się odbywać w ramach ekumenizmu. Niestety dotychczas nie udało nam się pozyskać katolickiego partnera dla naszych nabożeństw.

Nadal próbujemy zainstalować ambulatoryjne duszpasterstwo psychiatryczne, co jednakże z uwagi na problemy lokalowe i personalne wymaga dużo czasu i wytrwałości.

Ambulatoryjne msze święte stanowią obecnie krok na drodze ku realizacji ambulatoryjnego duszpasterstwa psychiatrycznego.