

2010

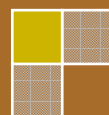
VIII/4

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou
a psychoterapeutickou medicínu

EDITORIAL: **Chvála V.:** Co pořád máte s tou duší?! KAZUISTIKA: **Vondřich I.:** Potlačení ekzému kortikoidní terapií - kasuistika z pohledu lékaře; TEORIE: **Stackeová D., Böhmová M.:** Psychologické aspekty přítomnosti otců u porodu; PRAXE: **Masner O.:** Psychosomatická klinika v Görlitz – křehký svět mezi interní medicínou a psychiatrií; **Elsner H., Kölle H.** et al.: Použití systemických konstelací na psychosomatickéj klinice; GLOSA: **Honzák R.:** Důvěřivost je známkou vysoké sociální inteligence; ETIKA: **Honzák R.:** Jak léčit diktátora? ZPRÁVY Z KONFERENCÍ: **Konečná H.:** Zpráva z psychosomatického kongresu ISPOG; DISKUSE: MUDr. **Hánová Z.:** Hledám slova; AKCE, AKTUALITY, NABÍDKY

MK ČR E 18784 ISSN 1214-6102
PSYCHOSOM, ročník VIII: 4/2010
31. 10. 2010



Vychází 4× ročně

Časopis byl založen začátkem roku 2003 jako bulletin pro potřeby psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Od té doby vycházel zprvu 4× a v dalších letech 6× ročně, tedy do konce roku 2008 celkem 34 čísel. Všechna čísla od začátku roku 2004 jsou uveřejněna na internetu a dostupná na adrese www.psychosom.cz. LNK archivuje všechna čísla na adrese <http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABA008/84989>. Od roku 2009 je časopis registrován MK ČR E 18784 a na jeho vytváření se podílí řada vysokoškolských pracovišť. Je určen především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať už v medicínské praxi či v humanitních oborech, výzkumníků s praktiky a studenty těchto různých oborů. Tento časopis vychází nezávisle na farmaceutickém průmyslu.

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

Doc. PhDr. M. Bendová, Ph.D., Ústav lék. psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc., PK LF UK Plzeň, Katedra psychiatrie IPVZ
MUDr. Radkin Honzák, CSc., Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, IKEM
MUDr. Vladislav Chvála, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch Liberec
MUDr. Ondřej Masner, Psychosomatická klinika, Praha
MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
MUDr. David Skorunka, Ph.D., Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové
Mgr. Hana Svobodová, Ústav ošetrovatelství 3. LF UK, Praha
Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc., Jihočeská univerzita, České Budějovice
PhDr. Ludmila Trapková, Institut rodinné terapie a psychosom. medicíny, o. p. s. Liberec

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha
PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D., Evangelická teologická fakulta UK, Praha
MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., LEVRET, s. r. o. Praha
Doc. MUDr. Jozef Hašto, Ph.D., Psychiatrická klinika FN, Trenčín, Slovenská republika
Prof. PhDr. Anna Hogenová, Ph.D., PF UK Praha, PVŠPS Praha
Doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., Ústav soc. lék. a zdravotní politiky LF UP Olomouc
PhDr. Dr. phil. Laura Janáčková, CSc., Oddělení somatopsychiky VFN v Praze
Prof. RNDr. Stanislav Komárek, Ph.D., Katedra antropologie FHS UK, Praha
PhDr. Eva Křížová, Ph.D., Ústav ošetrovatelství 3. LF UK, Praha
PhDr. Jiří Libra, Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
Doc. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., Centrum adiktologie PK, 1. LF UK a VFN v Praze
Prof. MUDr. Miloslav Kukleta, CSc., Fyziologický ústav LF MU Brno
MUDr. Jiří Podlipný, Psychiatrická klinika LF UK, Plzeň
MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
RNDr. Dan Pokorný, University of Ulm, Psychosomatic medicine and psychoterapy, Ger.
MUDr. Alena Procházková-Večeřová, psychiatrická ambulance Gyncare, Praha
PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D., Katedra fyzioterapie FTVS UK Praha
PhDr. Ingrid Strobachová, Ústav lék. etiky a humanitních zákl. medicíny 2. LF UK Praha
MUDr. Taťána Šrámková, Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
Mgr. Marek Vácha, Ph.D., Ústav etiky 3. LF UK Praha-Vinohrady
PhDr. Vladimír Vavrda, Ph.D., Ústav pro humanitní studia v lékařství 1. LF UK Praha
MUDr. Ivan Verný, Fachartz für Psychoterapie und Psychiatrie, Curych, Švýcarsko
Doc. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D., Katedra psychologie FSS MU, Brno
Prof. PhDr. Petr Weiss, Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze

Obsah 4/2010

EDITORIAL	246
<i>Chvála V.: Co pořád máte s tou duší?!</i>	246
KAZUISTIKA	249
<i>Vondřich I.: Potlačení ekzému kortikoidní terapií - kasuistika z pohledu lékaře</i>	249
TEORIE	253
<i>Stackeová D., Böhmová M.: Psychologické aspekty přítomnosti otců u porodu</i>	253
PRAXE	279
<i>Masner O.: Psychosomatická klinika v Görlitz – křehký svět mezi interní medicínou a psychiatrií</i>	279
<i>Elsner H., Kölle H. et al.: Použitie systemických konstelácií na psychosomatickej klinike</i>	283
GLOSA	295
<i>Honzák R.: Důvěřivost je známkou vysoké sociální inteligence</i>	295
ETIKA	298
<i>Honzák R.: Jak léčit diktátora?</i>	298
ZPRÁVY Z KONFERENCÍ	301
<i>Konečná H.: Zpráva z psychosomatického kongresu ISPOG</i>	301
DISKUSE	304
<i>Hánová Z.: Hledám slova</i>	304
Zápis ze setkání výboru Sdružení pro psychosomatiku ze dne 5. 10. 2010	306
AKTUALITY.....	309
<i>Pozitivní rodičovství podle PhDr. Jiřiny Prekopové - seminář pro lékaře 9. 12. 2010</i>	309
<i>Den supervize systemicko-konstelační práce</i>	310
<i>Seminář: Začátky, konce a to, co je mezi nimi</i>	312
<i>Cyklus přednášek zaměřených na teorii a praxi skupinové dynamiky,</i>	313
Pokyny pro autory časopisu	316

EDITORIAL



CHVÁLA V.: CO POŘÁD MÁTE S TOU DUŠÍ?!

V tom zápalu jsem si ani nevšiml, že už pro někoho taky může být té psychosomatiky dost, že dokonce může někdo považovat naše upozorňování na existenci také psychických a sociálních aspektů stonání vedle těch většinově chápaných biologických, za škodlivé, ba traumatizující. Copak, když to říkají kolegové, co věří jen na biologické poruchy, které buď lze zobrazit, nebo vůbec nejsou, tak to není nic nového, ale když se taková řeč ozve z vlastních řad, tak to mi jde hlava kolem! Kolegyně, která se zabývá ženami trpícími sterilitou, píše doslova: „*Já bych byla strašně ráda, kdyby se nějak pozapomnělo na psychické příčiny nemoci. Nemáme metodologii, která by je prokázala, vysvětlující principy bývají často ještě mechanističtější než v samotné chuděře biomedicíně a tak je to dvousečná nebezpečná zbraň. Já bych byla ráda, kdybychom se věnovali lidem, kteří trpí. Mně by prostě úplně stačilo, kdyby se do*

medicíny dostalo vzdělání v pravém slova smyslu (= umět své řemeslo, znát hřiště, na kterém se pohybují, chápat věci v širokém kontextu), normální lidská slušnost, tolerance a dobrá vůle. A když se tímhle sfoukne i nějaká ta psychická příčina - proč ne? Jen být setsakramensky pokorný a velmi, velmi pochybovat. Myslím, že jediné, na co se v tomhle složitém, nejistém, chaotickém, neznámém, nepoznatelném světě můžeme spolehnout, je paradoxně to nejméně spolehlivé, a to je lidský vztah... Ten přece jen jaksi můžeme mít ve svých rukou, když k tomu obě strany poctivě přispějí...“ Kolegyně doc. PhDr. Hana Konečná, PhD. z Jihočeské univerzity je přítom psycholožka a odvolává se na jiného docenta, psychoanalytika Tewes Wischmanna z Heidelbergu, který má podobný postoj.¹ Je pravda, že jakékoli

¹ <http://www.dr-wischmann.privat.t-online.de/welcome.htm>

přehánění je škodlivé a to jak jedním tak druhým směrem.

Mám svolení jiné naší kolegyně, psychoterapeutky, vyprávět o její její zkušenost s tím, jak onemocněla plicním nádorem, jehož příznaky vypadaly jako úzkost. Somatičtí lékaři ji uklidňovali, že to nic není, že je jen úzkostná, doporučovali jí psychoterapii, snad celý půlrok. Když pak konečně objevili bronchiální nádor, bylo už skoro pozdě. Sám jsem považoval únavu jedné své příbuzné za „psychogenní“, dokud se neukázalo, že jí chybí železo, protože trpí perniciozní anemií. Všechny ty nepochybné také psycho-sociální aspekty její únavy pak vyřešilo pár ampulí s vitamínem B12. Určitě se všichni můžeme mýlit, jen nedokážu odhadnout, zda jsou častěji naši pacienti „poškození“ svými lékaři z nedostatku znalostí „psycho-věd“ než „bio-věd“. Ale podle toho, jaký je poměr mezi čistě biologicky vzdělanými lékaři a psychology či psychoterapeuticky ovlivněnými lékaři se obávám, že častější bude ta první varianta. Vůbec nejlepší by samozřejmě bylo, kdybychom všichni uměli své řemeslo, kdybychom se učili stejnou měrou jak o biologických tak o psycho-sociálních případně i duchovních aspektech zdraví i nemoci už na fakultách a ani jedno ani druhé by nebylo bagatelizováno, nýbrž bylo samozřejmou součástí našeho vědění. A kdybychom především uměli pracovat se vztahem. Pacient by pro nás nebyl jen diagnózou, číslem chorobopisu, kolonkou ve výkazu práce, ale jedinečným člověkem. A naše setkání s ním skutečnou singularitou, jedinečností. Na toto téma proběhla v Karolíně na konci minulého týdne konference², kterou zorganizovali kolegové, zabývající se aristotelovskou medicínou. Doufali jsme, že se tam sejdeme s filozofy a lingvisty, kteří se

² Medicína jako mathesis singularis a mathesis universalis, Praha 5.11.2010

dílem starověkého velíkána zabývají. Že si budeme moci vzájemně vyměnit zkušenosti. Chtěli jsme se zeptat, proč se medicína stále tolik brání nějaké komplexnější teorii, která by byla schopna zahrnout kromě biologických také psychosociální aspekty do svých zkoumání, jakou je třeba systemická teorie.³ Sešli jsme se ve vzájemné úctě, ale odpověď jsme nenašli. Jen jsme si znovu museli povzdychnout nad tím, jak si připadáme nevzdělaní proti starým lékařům, kteří se málokdy věnovali jen medicíně, obvykle i filosofii, geometrii, matematice, fyzice, etice ale i umění. A to způsobem, který dodnes vzbuzuje úctu. Možná se na množství bio-dat, která musíme nastudovat, jen vymlouváme. Takovým vzorem vzdělaného lékaře pro mě je vlastně literární postava z Márquesova románu *Láska za časů cholery*. Ale je vůbec dnes ještě možné se stát skutečně vzdělaným lékařem nebo vzdělavcem vůbec? Rakouský vysokoškolský profesor Konrad Paul Liessmann (*1953) ve své knize *Teorie nevzdělanosti* (Academia, 2010) tvrdí, že ne. Systematicky dovozuje, že mnohé z toho, co se propaguje pod názvem „společnost vědění“, jsou jen rétorické fráze. Ve skutečnosti nejde o ideu vzdělání a vědění, ale o silné politické a ekonomické zájmy. Čím více se přísahá na hodnotu vědění, tím rychleji ji vědění a vzdělání ztrácí, uzavírá autor.⁴ Vzhledem k tomu, že tento „nevzdělanec“ obdržel ve své zemi v r. 2007 vyznamenání „vědec roku 2006“, něco na tom asi bude. Kniha i u nás vzbudila pozornost. Pak ovšem nemusíme s psychosomatikou mít problém: jde nejspíš o fenomén toho, co Liessmann popisuje: nevzdělanost. Pak bych ale mohl souhlasit s kolegyní, která tolik nemá ráda psychosomatiku a volá po větším vzdělání. Nic víc a nic méně.

³ Úvahu na toto téma uveřejníme v příštím čísle *Psychosomu*

⁴ Liessmann K.P.: *Teorie nevzdělanosti*, Academia 2010

V Liberci 5. 11. 2010

chvala@sktlib.cz

KAZUISTIKA



VONDŘICH I.: POTLAČENÍ EKZÉMU KORTIKOIDNÍ TERAPIÍ - KASUISTIKA Z POHLEDU LÉKAŘE

MUDr. Ivan Vondřich, lékař anesteziolog, pracoval 14 let na ARO FN Bulovka Praha, z toho 3 roky na lůžkovém oddělení a další 2 roky v zahraničí. Od roku 1986 pracoval na jednom z prvních pracovišť léčby bolesti u nás v rámci ARO FN Bulovka. Od roku 1993 se specializuje na alternativní způsoby léčby bolesti v PAIN s.r.o. (<http://www.painsro.cz/index.html>) Od této doby na plný úvazek praktikování akupunktury a homeopatie. Absolvoval komplexní vzdělávací program rodinné terapie psychosomatických poruch akreditovaný pro zdravotnictví.

VONDŘICH I.: POTLAČENÍ EKZÉMU KORTIKOIDNÍ TERAPIÍ - KASUISTIKA Z POHLEDU LÉKAŘE, PSYCHOSOM, 2010;8(4), s. 249- 252

Souhrn:

Rád bych se s Vámi podělil o kasuistiku pacienta s ekzémem. Nebudu probírat veškeré aspekty případu, ale zaměřím se na fakt potlačení somatického příznaku kortikoidy. Dělán to proto, že hloubka tohoto potlačení není plně doceněná a také proto, že jsem měl poměrně unikátní možnost projevy tohoto potlačení vidět. Projevy potlačení kortikoidní

terapie nevidíme často, protože pokud pacient vysazuje kortikoidní léčbu, obvykle se to děje postupně a v určitém relativně dlouhém časovém úseku. Mnohdy se vysadit kortikoidy nepodaří vůbec, protože pokud dojde ke zhoršení, které pacient nemůže akceptovat, vrátí se buď zpět ke kortikoidní terapii nebo ji nahradí jinou potlačující terapií. V našem případě se pacient rozhodl najednou vysadit kortikoidní terapii, protože jedna jeho známá mu řekla, že se nevyлéčí, pokud kortikoidy nevysadí a ať počítá s velkým zhoršením, protože ona to sama zažila. Pacient své známé uvěřil a opravdu kortikoidy naráz vysadil.

Klíčová slova: ekzém, kortikoidy, potlačení, vysazení kortikoidů

VONDŘICH I.: ECZEMA CORTICOID SUPPRESSION THERAPY - A CASUISTRY FROM THE VIEWPOINT OF A PHYSICIAN, PSYCHOSOM, 2010;8(4), pp. 249-252

Summary:

I would like to share with you the casuistry of a patient with eczema. I will not go through all aspects of the case, but I will focus on the fact of somatic symptom suppression with corticoids. I am doing this because the depth of this suppression is not fully appreciated, and also because I have had a rather unique opportunity to see manifestations of this suppression. The manifestations of the suppression of corticoid therapy are not seen very often, because when a patient discontinues corticoid treatment, it usually happens gradually and in a relatively long period of time. Many times corticoids fail to be discontinued at all, because if there is worsening which the patient cannot accept, he/she returns either to corticoid therapy or replaces it with another suppressive therapy. In our case, the patient suddenly decided to discontinue corticoid therapy, because one of his friends told him that he would not heal if he did not discontinue corticoids. He was also told to count on huge worsening because that friend experienced it herself. The patient believed his friend and really suddenly discontinued corticoids.

Key words: eckzema, corticoid treatment, supression therapy, conclusion of corticoid therapy

PŘÍPAD

V době přijetí pacienta do léčby mu bylo 27 let. Tento mladý muž trpěl atopickým ekzémem od miminka, 2 roky před přijetím se mu ekzém rozšířil po celém těle, další zimu také, ale na jaře se to již nezlepšilo. Před 2 lety dělal státnice na vysoké škole, rozešel se se slečnou, byla to velká psychická zátěž, do doby příjmu k léčení se toho nezbavil. Mívá problémy s akné na sluníčku.

V osobní anamnéze několikrát hospitalizovaný jako dítě se zánětem hrtanu, poslední dobou neustále

nachlazený. V současné době mívá bušení srdce po ránu. Opakovaně bolesti zad ve všech lokalizacích. Pochází s rozvedené rodiny, rodiče se rozvedli, když mu bylo 11 let. Otce delší dobu neviděl, nechybí mu, s matkou má výborný vztah, je to jediný člověk, se kterým si rozumí. Sám je jediný syn v široké rodině.

Léčený prednisonem, depotními kortikoidy, antihistaminiky a kortikoidními mastmi nepravidelně. Po celou dobu docházky na naše pracoviště

léčený akupunkturou a po určitém čase i homeopatií.

PRŮBĚH NAŠICH SETKÁNÍ OD R. 2006 DO R. 2010 V BODECH

- 17. 6. podán depotní kortikoid
- 24. 7. vysazování kortikoidů, po zhoršení klinického stavu opět zvýšení
- 30. 10. definitivní jednorázové vysazení kortikoidů. Objevila se rudá, horká kůže celého těla, kůže na některých místech praská, vytéká tkáňový mok, spí po dvou hodinách, několikrát za noc mění povlečení.
- 6. 11. velké žluté šupiny po celém obličeji
- 13. 11. velké otoky, horká kůže od kolen dolů, teplota 38st.C
- 20. 11. vyšetřen doc. Pánkovou na kožní klinice, jednorázově podán bolus kortikoidů
- 27. 11. kůže se dostává na úroveň ekzému před vysazením, velice svědí
- 4. 12. velké otoky, svědění, zarudlá kůže od kolen dolů, silné noční pocení
- 11. 12. otoky uzlin, šupinatění ve vlasech, silné svědění celé kůže
- 18. 12. nespavost, přetrvává svědění
- V této fázi od začátku zhoršení nevychází prakticky z bytu, nemůže chodit do práce, školy, je bez sociálního kontaktu, nemůže nosit běžné oblečení, denně pere prádlo. Veškerý servis včetně zabezpečení mu poskytuje rodina
- 16. 1. drobná červená krupička na horní polovině těla, dolní končetiny zarudlé, ale bez otoků. V této fázi jsem začal podávat homeopatika.
- 26. 2. stále silné zarudnutí, svědění, nemůže kvůli tomu spát
- 20. 3. pozvolné zklidnění kůže
- 5. 4. užívá antidepresiva, dochází na Psychosomatickou kliniku na psychoterapii 2 x týdně, pod kontrolou doc. Pánkové. Přichází pro opakované infekce horních cest dýchacích. Kůže dolních končetin a prstů rukou zarudlá bez otoků
- 11. 4. bolesti v hrdle, horečka
- 30. 4. odjíždí do lázní Jeseník na 6 týdnů, vrací se akné, začíná se sociálně vracet
- 15. 8. byl u moře ve Francii, kůže čistá
- 17.9, 3.10, 17. 12. opakovaně virózy, hnisavé zatvrdliny na těle, pocit únavy.
- 6. 3. Ekzém meziprstí rukou, svědění skalpu, chodí do práce, studuje, dokončil vysazování antidepresiv, stále dochází 2x týdně na analýzu
- 28. 4. opět přechodně nasazená antidepresiva
- 21. 10. akné v obličeji
- 19. 1. 2010 Přichází pro opakovaná nachlazení, infekce horních cest dýchacích a obtíže se spaním.

ZÁVĚR

Závěrem bych chtěl říci, že by lékaři měli zodpovědně zvažovat indikaci podání potlačujících léčiv. Kromě negativního působení na organismus, který je všeobecně známý a můžeme se o něm dočíst na každém příbalovém letáku, je velmi obtížné a někdy až nemožné se jednou nasazených léků zbavit. Zde prezentovaná cesta asi není schůdná pro každého. Každý nemá možnost na několik měsíců nepracovat, nevydělávat, mít kolem sebe pečující rodinu, která mu pomůže se přes období zhoršení dostat. Stejně tak má málokdo takovou pevnost přesvědčení ve svůj správný postup, aby takové martirium vydržel. V neposlední řadě je někdy těžké najít lékaře, který by to vydržel s pacientem a podpořil ho ve zvolené cestě. Těžké to bude, protože z forenzního hlediska je výše popsany postup neobhajitelný. Také je velmi obtížné najít somatického specialistu, který psychosomatické problematice rozumí.

V Praze 14.4 2010

Poznámka: zveřejněno se souhlasem pacienta
Do redakce přišlo: 12. 1. 2010
Upraveno po recenzi: 15. 4. 2010
Zařazeno do tisku: 31. 10. 2010

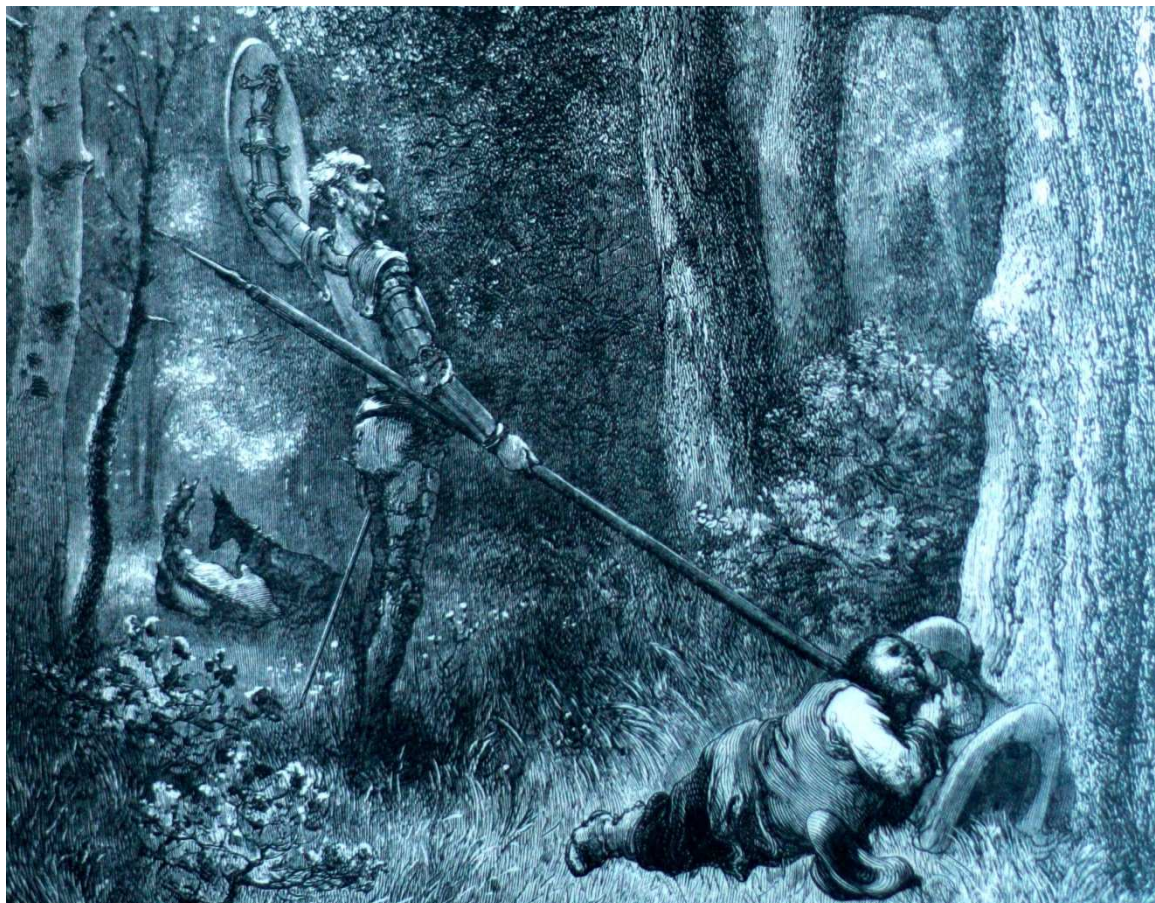
Pro mě osobně byla spolupráce s doc. Pánkovou velmi přínosná v tom, že podpořila mé úsilí celou situaci zvládnout bez potlačení. Byl jsem také velmi rád, když se rozhodla v nejtěžší fázi použít v bolus kortikoidů a nevrátila se k podání prednisonu. Ukázalo se, že bolus kortikoidů potlačil příznaky, ale jen na přechodnou dobu a nezastavil celý proces. Jistě přínosná byla i psychoterapie na



Psychosomatické klinice, kde se věnovali psychologickému rozměru stonání.

vondrich@seznam.cz

TEORIE



STACKEOVÁ D., BÖHMOVÁ M.: PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PŘÍTOMNOSTI OTCŮ U PORODU

Katedra fyzioterapie, FTVS UK Praha (vedoucí katedry doc. PhDr. Dagmar Pavlů, CSc.)

PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D. (*1972)

Absolvovala magisterské studium fyzioterapie na FTVS UK v Praze se specializací na somatopsychoterapii a postgraduální studium i rigorózní zkoušku na téže fakultě. Od 1999 se věnuje pedagogické práci na katedře fyzioterapie FTVS UK, kde vyučuje psychologické předměty a psychosomatiku. Zabývá se rovněž problematikou fitness a zdravého způsobu života. Kontakt: stackeova@volny.cz

Bc. Michaela Böhmová (*1985)

Absolvovala bakalářské studium Fakulty humanitních studií UK v Praze. Presentovanému tématu se věnovala ve své bakalářské práci.

STACKEOVÁ D., BÖHMOVÁ M.: PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PŘÍTOMNOSTI OTCŮ U PORODU; PSYCHOSOM, 2010; 8(4), s. 253- 278

Souhrn:

Otázka asistence otců u porodu se jeví aktuálním problémem. Na rozdíl od doby před rokem 1989 je dnes přítomnost otce či jiných osob z řad „nezdravotníků“ u porodu běžná, otázkou je, zda ve všech případech vhodná a přínosná. Článek přináší v úvodu základní informace k danému tématu a jeho hlavní část je zaměřena právě na problém přítomnosti otců u porodu, která má svoje pozitiva i negativa. Jeho cílem je na základě analýzy předložených informací hledat potenciál posílení pozitiv a minimalizace možných negativ. Významným předpokladem je dle našeho názoru předporodní příprava otců, přičemž nepovažujeme asistenci otců u porodu za generalizovaně pozitivní s nutností respektovat psychologickou individualitu partnerů i jejich vztahu.

Klíčová slova: porod, asistence u porodu, otec u porodu, alternativní porod

STACKEOVÁ D., BÖHMOVÁ M.: PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE FATHER'S CHILDBIRTH ATTENDANCE; PSYCHOSOM, 2010;8(4), pp. 253- 278

Summary:

Problem of the father's childbirth attendance is very actual. Father's or other nonmedical person's childbirth assistance is normal today in comparison with the time before 1989 but it is debatable question if it is positive or not in all cases. This article offers basic information on this topic in the first part and its main part focuses on the problem of father's childbirth assistance, its advantages and disadvantages. Its aim is looking for empowering positives and lowering possible negatives potential on the basis of presented information analysis. Prenatal courses for fathers are very important in our opinion whereas we don't consider father's childbirth assistance to be positive generally because it is necessary to respect psychological individuality of the both partners and their relationship.

Key words: childbirth, childbirth assistance, father's childbirth attendance, alternative childbirth

ÚVOD

Otázka asistence osob z řad „nezdravotníků“ u porodu je dnes aktuálním problémem naší praxe. Na rozdíl od doby před rokem 1989 je dnes

přítomnost otce či jiných osob u porodu běžná, otázkou je, zda ve všech případech vhodná a přínosná. Tímto

problémem se chceme zabývat v našem článku.

Asistenci u porodu je možné považovat za jev kulturně univerzální. I přes svoji univerzálnost však porodní praktiky v průběhu historie lidstva nabývaly různých forem. Porodní umění spadalo nejprve do rukou žen, tzv. porodních bab, které neměly s vedením porodu často jinou zkušenost než prožitek vlastního porodu. Změna přišla až s nástupem osvícenství v 18. století, kdy se na porodnictví začalo nahlížet jako na exaktní vědu, v jejímž čele poprvé stanul vzdělaný lékař-porodník. V té samé době se porody začaly pomalu přesouvat z domácností do prostředí porodnic. K rozhodujícímu přesunu rodiček do porodnic dochází však až ve století dvacátém, kdy je tento přesun veden snahou zvýšit bezpečnost matek a jejich dětí při porodu za využití nových technologií a tisících prostředků. Jak se brzy ukázalo, moderní porodnictví, charakterizované lékařským způsobem vedení porodu, s sebou nepřineslo jen vítané změny v oblasti snížení úmrtnosti rodiček a novorozeneckých dětí, ale promítalo se často záporně do psychiky rodiček žen. V důsledku toho se začal prosazovat nový přístup, tzv. přirozený

ZPŮSOBY VEDENÍ PORODU

V důsledku negativních vlivů moderního porodnictví na psychiku ženy se otevírá otázka, zda by se na porod nemělo přestat nahlížet jen jako na fyziologický děj, který je potřeba vyléčit nejmodernějšími vymoženostmi medicíny, ale zároveň také jako na důležitý mezník v životě rodiny, do jehož průběhu se promítá psychická stránka osobnosti rodičky. Tato diskuse se vede především mezi stoupenci dvou odlišných způsobů vedení porodu.

způsob vedení porodu, který klade důraz na roli psychiky rodičky za účelem snížit medikaci porodního děje. Tím začala tzv. humanizace porodnictví, jejíž součástí je i příchod nastávajících otců na porodní sály.

Přítomnost otců na porodních sálech se začala objevovat v sedmdesátých letech minulého století a stálo za ní jednak přání nastávajících rodičů, jednak tlak z řad odborníků, kteří byli nakloněni přirozenému způsobu vedení porodů. Předpokládalo se, že ve svém důsledku se účast otce u porodu kladně promítne nejen do samotného průběhu porodního děje, ale zároveň do následného vztahu mezi otcem a dítětem. Jak se však brzy ukázalo, přítomnost otce u porodu nemusí mít ve svém důsledku vždy jen kladný vliv. Kolem protikladných výsledků výzkumů se začali formovat zastánci a odpůrci přítomnosti otce u porodu. Předložená stať se nechce přiklonit na stranu žádné z těchto skupin osob, jejím cílem je úvaha nad tím, jak vzbudit potenciál přítomnosti otce u porodu, tj. jak posílit pozitivní vlivy této účasti a potlačit její negativní dopady.

Jedním z nich je lékařský způsob, tím druhým pak přirozený způsob.

Lékařský způsob vedení porodu se na území České republiky začal užívat po první světové válce, a to jednak jako termín, jednak jako praxe. Lékařský způsob vedení porodu byl umožněn rozvojem porodnické analgezie (později i anestezie) pro tlumení porodních bolestí a objevem sterilizace, aseptických zákroků a účinků oxytocinu (později prostaglandinů) pro urychlení porodu.

Z toho vyplývá, že se tento způsob řízení porodu začal stávat všeobecnou a rutinní praxí teprve ve chvíli, kdy se rodičky začaly soustředit do nemocnic. V domácnostech nebo v malých porodních centrech, která nebyla vybavena dostatečným technickým zázemím a důslednou sterilizací, nebylo možné tento způsob vedení porodu provádět (Hašková, 2001).

Lékařské vedení porodu lze charakterizovat také takto: „Děj porodu je koncipován a organizován jako gynekologická operace. Odehrává se zpravidla na operačním sále za přítomnosti specialistů, pod reflektory koncentrovanými na operační pole. Rodička je dezinfikována, slyší komentáře sester a lékařů v odborném jazyce, kterému nerozumí. Mnohdy se užívá medikace, někdy částečné narkózy, nastříhuje se, a potom zašívá perineum, vše ve sterilním prostředí operačního sálu, bez možnosti do průběhu zasáhnout, nebo dokonce vyslovit se pro alternativní řešení. Po narození dítěte je přestřižen pupečník a novorozenec je urychleně převáděn na okysličování krve dýcháním. Donedávna byl matce zpravidla jen ukázán a odvezen na novorozenecké oddělení. V tomto schématu je z mnoha důvodů pochopitelně vyloučena přítomnost příbuzných i jakékoliv laické osoby. Na začátku první doby porodní je žena zpravidla odvezena do porodnice a zachází se s ní jako s pacientem. Je administrativně přijata, prohlédnuta, je jí přiděleno lůžko, nemocniční oděv a především končí její kontakt s manželem a rodinou.“ (Kapr, Koukola, 1998, str. 51–52)

PSYCHOPROFYLAXE

Termínem psychoprofylaxe rozumíme přípravu těhotných žen k porodu, která

s takto původně charakterizovaným lékařsky řízeným způsobem porodu se již v současné době nesetkáme. I on podlehl v průběhu času změnám a lékaři tak upouštějí od některých rutinních praktik, jakými byly například medikamentózní urychlení porodu a tlumení bolesti (Hašková, 2001). Dnešní práce v medicínských oborech již není myslitelná bez vhodného psychologického přístupu.

Přirozený způsob vedení porodu je vyústěním radikální kritiky výše popsaného způsobu lékařsky vedených porodů. Podle zastánců přirozeného porodu je porodní proces aktivními zásahy zdravotníků narušován, aktivita lékařů by se proto měla omezit pouze na psychickou podporu rodičky a občasné neinvazní kontroly postupu porodu, aby byla v případě komplikací včas rozpoznána potřeba zásahu akutní medicínou (Hašková, 2001). Tento způsob vedení porodu se snaží zajistit, aby se porod stal pro rodičku významným životním okamžikem, nikoli jen bolestivou a nepříjemnou událostí, na kterou ženy nechtějí vzpomínat. Spočívá v komplexním přístupu, což znamená, že kromě zajištění bezpečnosti průběhu porodu „vychází vstříc osobnosti těhotné ženy a podporuje její aktivní roli v těhotenství, při porodu a v poporodním období“ (Gogela, Malý, 2000, str. 201). K největším výhodám přirozeného porodu patří podle jeho zastánců psychosomatický komfort, který vyplývá „z odbourání strachu z porodu a komplikací způsobených preventivními zásahy“ (Hašková, 2001, str. 17).

vznikla jako metoda porodnické analgezie (původním a dlouhou dobu

také jediným záměrem této metody bylo snížení porodní bolesti rodičky). Psychoprofylaxe se vyvinula z hypnosuggestivní metody, tedy ze snahy o vedení porodu v hypnóze. První zpráva o hypnosuggestivním vedení porodu se objevila již v roce 1833, tehdy však metoda ještě nesla označení magnetismus. Ve větším rozsahu zavedl hypnózu do porodnictví von Oettingen v Heidelbergu.

Německými autory se nechali inspirovat leningradští psychiatři Platonov a Velvovskij, kteří od dvacátých let minulého století začínají publikovat zprávy o využití hypnózy a sugesce v porodnictví. Z jejich metody se později vyvinula tzv. porodnická psychoprofylaxe, která se udržela dodnes, ovšem známá pod názvem Lamazova metoda. Nezávisle na hypnosugesci vznikla v Anglii ve třicátých letech minulého století koncepce přirozeného porodu, kterou vytvořil porodník Grantly Dick-Read. Jeho metoda později víceméně splýnula s porodnickou psychoprofylaxí, i když teoretická východiska těchto koncepcí jsou odlišná.

Teoretickým základem Dick-Readovy metody je triáda úzkost-napětí-bolest. Podle Dick-Reada úzkost aktivuje sympatický nervový systém, což vede k napětí dolního děložního segmentu. Výsledkem je ischemie, která následně způsobuje bolest. Na základě této hypotézy vytvořil Dick-Read praktický postup, pomocí kterého mělo docházet k snížení napětí a úzkosti. Úzkost se pokoušel snížit například tím, že porodník trávil u rodičky maximum času, o kontrakcích nemluvil jako o bolestech, ale jako o stazích, na sále neměly být viditelné nástroje apod. Napětí rodiček chtěl odbourat nácvikem svalové relaxace. Dnes je nácvik svalové relaxace zjednodušen na tři základní

cviky: hluboké dýchání v I. době porodní; rychlé dýchání na konci II. doby porodní; nácvik tlačení (Kuželová, 2003; Kopřivová, 2007).

Teoretickým východiskem leningradského psychiatra Velvovského byly poznatky I. P. Pavlova. Snažil se předcházet porodním bolestem tím, že zvyšoval aktivitu mozkové kůry rodící ženy (např. hlazením břicha či učením hlubokému dýchání během kontrakce) za účelem vytvoření tzv. pozitivního centra podráždění. Tím mělo dojít k negativní indukci, která pak vyvolá necitlivost na bolestivé podněty. Bolestivé vzruchy se tak neměly převést do vědomí rodící ženy (Ratislavová, 2008). Velvovskij časem vytvořil metodu s oficiálním názvem „Metoda psychoprofylaktické přípravy těhotných k porodu“. Konkrétní postup přípravy těhotných žen na porod tvořilo šest sezení, která se skládala ze tří částí: lékařské celkové a porodnické vyšetření, teoretický kurz a praktické cvičení, fixace naučeného opakováním ve stavu polospánku.

V roce 1951 navštívil Sovětský svaz francouzský porodník Ferdinand Lamaze, kterého „Metoda psychoprofylaktické přípravy těhotných k porodu“ od Velvovského natolik zaujala, že ji začal v modifikované formě propagovat také v západním světě. Jistě není překvapující, že v zemích východního bloku byla tato metoda propagována masově. Hlavní zásluhu na propagaci, rozpracování a rozšíření přípravy těhotných žen k porodu u nás měl ředitel Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze-Podolí doc. Vojta. Padesátá a šedesátá léta minulého století se pak vyznačovala ohromným množstvím vydaných publikací na téma analgetických účinků přípravy těhotných žen k porodu.

V sedmdesátých letech začalo nadšení pro psychoprofylaxi silně opadat. V té době publikoval výsledky svých vědeckých výzkumů kanadský fyziolog Ronald Melzack, autor vrátkové teorie bolesti. Podle jeho zjištění neměla psychoprofylaktická příprava na pokles bolesti při porodu velký účinek. Bolest byla i po této přípravě rodičkami pocítována velmi intenzivně a potřeba medikamentózního snižování bolesti (především pomocí epidurální analgezie) zůstávala stejná. To vedlo Melzacka k myšlence, že těhotnou ženu je potřeba nejen připravovat na fyziologický průběh porodu, ale seznámit ji i s možnými komplikacemi a operacemi, které se mohou v průběhu porodního procesu dostavit. Z těchto myšlenek následně vzešla nová koncepce přípravy těhotných žen, která už nezdůrazňuje analgetický účinek předporodní přípravy, ale snaží se ženu informovat o reálném průběhu porodu (Kuželová, 2003; Kopřivová, 2007).

FRANCOUZSKÁ ŠKOLA PORODNICTVÍ

Ferdinandem Lamazem se vývoj francouzské porodnické školy nezastavil. Lamazovým následovníkem byl Pierre Vellay, který propojil psychoprofylaxi s teoretickými předpoklady psychoanalýzy. Vellay předpokládal, že k vytvoření emočního pouta mezi dítětem a matkou je nutné, aby matka prožila porod bez jakýchkoli farmakologických přípravků. Vellay tak striktně odmítal jakoukoli porodní medikaci. Přímým následovníkem Vellaye jsou dva tvůrci alternativních myšlenek k lékařskému způsobu porodnictví.

Prvním z nich je francouzský porodník (i když on sám se považoval spíše za filozofa) Ferdinand Leboyer, autor tzv. něžného porodu. Ten otevřel zcela novou

V České republice je v současné době předporodní příprava založená na koncepci, kterou v osmdesátých letech minulého století vypracovala Psychosomatická sekce Gynekologické a porodnické společnosti. Také v této koncepci se klade hlavní důraz na snížení úzkosti a strachu prostřednictvím nabytí reálného postoje k porodu. Žena je zde v rámci šesti lekci po 60 minut připravována na změny, které doprovázejí těhotenství, na situace, které mohou nastat během porodu, na příchod nové role matky. Hlavními autory této „Koncepce psychologické přípravy k porodu“ jsou MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc. a PhDr. Marie Pečená (Kuželová, 2003; Kopřivová, 2007; Ratislavová, 2008). Pokud se pár rozhodl pro přítomnost otce u porodu, absolvovali partneři kurz předporodní přípravy společně a bez něj nebyla přítomnost otce u porodu možná.

kapitolu v oboru porodnictví tím, že jako první zaměřil svou pozornost na právě narozené dítě. Podle Leboyerova přichází novorozené dítě na svět vybavené všemi lidskými smysly, které jsou naprosto otevřené okolním vjemům. Vjemy, které na novorozence dopadají z porodních sálů (ostré světlo, hluk, chlad, apod.), jsou pro něj velmi bolestivé, což je patrné z křiku novorozence i z jeho výrazu tváře. Leboyerovým cílem bylo, aby porod přestal být pro novorozence traumatickým zážitkem. Zásadními metodami, kterými chtěl tohoto cíle dosáhnout, bylo šero, ticho a teplo při porodu; trpělivost, pozornost a naprosté soustředění lékařského personálu; vložení dítěte ihned po porodu na nahé břicho matky; masírování novorozence

matkou; přestřihnutí pupečníku až po jeho dotepání; koupel novorozence ve vodě teplé 38°C (Leboyer, 1995). Leboyer byl také zastáncem celodenního rooming-in, tedy celodenního pobytu novorozence na pokoji s matkou.

Porodnické alternativy hledal také další francouzský porodník, Michel Odent. Na rozdíl od Leboyera se však Odent nesoustředí na novorozené dítě, ale na rodící ženu. Charakteristickým znakem Odenta je důvěra v instinktivní a intuitivní chování ženy během porodu, které nesmí být nikým narušováno. Odent usiluje o to, aby porod přestal náležet do rukou muže-porodníka, ale aby se vrátil zpět do rukou žen (veliký

potenciál porodnictví proto shledává v porodních asistentkách). Chtěl zajistit, aby se porod stal pro rodící ženy hlubokým a intimním zážitkem. K tomuto účelu vybudoval v malé porodnické klinice v Pithiviers tzv. „primitivní pokoj“. Rodící ženy zde měly soukromí, pohodlí a svobodu pohybu (Odent, 1995). Michel Odent je také autorem myšlenky porodu do vody. K myšlence volného pohybu během porodu přivedly Odenta jeho zkušenosti z vojenské služby v Africe. Zde měl možnost pozorovat rozdíl mezi snahou afrických žen rodit vestoje nebo vsedě a pokyny evropských lékařů nebo porodních asistentek, aby porod probíhal vleže na zádech.

POROD JAKO MOŽNOST VOLBY

Zatímco lékařsky řízený porod se vyznačuje standardizací pracovních postupů a jejich rutinním používáním (Hašková, 2001), přirozený způsob vedení porodu respektuje individuální přání rodičky. Pro ženy, jejichž těhotenství mělo fyziologický průběh, se tak porod stává možností volby. Jako hlavní alternativy k zavedenému způsobu porodnictví se jim nabízí (Hohlová, Malý, Podalová, 1999; Gogela, Malý, 1999; Gogela, Malý, 2000; Hájek, 2006):

- **Prostředí** – v rámci přirozeného způsobu vedení porodů se předpokládá pozitivní působení prostředí na pocity a vjemy rodičky. Porodní pokoje by proto měly být zařízeny po vzoru domácího obývacího pokoje a měly by být vybaveny postelí, pohovkou, křeslem apod. Součástí tohoto pokoje by měla být vana, WC a sprcha, telefon či audiovizuální technika.

Zdravotnické pomůcky by měly být před zrakem rodiček ukryty tak, aby je bylo možné v případě jakýchkoli komplikací kdykoli použít. Osvětlení pokoje by mělo být tlumené, ze zvukových podnětů by zde měl převládat buď klid, nebo tlumená hudba. V tomto prostředí by navíc měla mít rodička zajištěný klid a intimitu. Je vhodné, aby se rodička s prostředím porodu seznámila již během těhotenství, v rámci předporodní přípravy k porodu.

- **Vertikální poloha a volný pohyb** – zavedení horizontální porodní polohy nebyl krok výhodný pro matku a dítě, ale usnadňoval práci porodníků. Porodník měl díky této poloze možnost vědecky pozorovat porodní děje a zároveň mu to usnadňovalo lépe do průběhu porodu zasahovat. Z hlediska rodičky není poloha na zádech

příliš vhodná, protože se při ní snižuje krevní průtok dělohou. Významná je tak změna obvykle používané horizontální polohy rodičky do vertikály s využitím zemské gravitace. Rodičce se ponechává také volnost pohybu v průběhu celého porodu.

- **Nefarmakologické**

prostředky tlumení bolesti – v průběhu přirozeného vedení porodu je žádoucí, aby se využívalo co nejméně analgetických prostředků. (Analgezie při porodu však nesmí být považována za zbytečnou. I přes primární preferenci nefarmakologických metod tlumení bolesti by měla být možnost podání analgezie k dispozici.) Mezi tyto prostředky patří například aromaterapie, akupunktura a akupresura, masáže, hypnóza, relaxační techniky (např. Schulzův autogenní relaxační trénink, během kterého dochází k navození pocitů tíže, tepla a uvolnění), koupel.

- **Porod do vody** – jako první začal s porody do vody experimentovat v Sovětském svazu Igor Charkovsky v roce 1963. V Evropě rozšířil myšlenku porodů do vody Michel Odent. Výhodou porodu do vody je méně bolestivý porod, menší poranění porodních cest i menší ztráta krve v porovnání s klasickým porodem. Podmínkami pro takové vedení porodu je však neustálá přítomnost kvalifikované osoby a schválení vodní lázně, která musí být součástí porodního sálu, hygienikem.
- **Porod doma** – porody doma jsou rozšířené především

v Holandsku. Důvodů k tomu je hned několik. Jedním z nich je nepřerušovaná tradice. V Holandsku nedocházelo po 2. světové válce k hromadnému přesunu porodů do porodnic, ale k propracování metody domácích porodů. Bylo zde tedy možné navázat na zkušenosti porodních asistentek. Dalším důvodem je dokonale vypracovaný systém porodnické péče. K dispozici jsou zde sanitní vozy s potřebným vybavením pro resuscitaci matky i dítěte. Díky dokonalé infrastruktuře jsou navíc tyto sanitní vozy schopny dovézt rodící ženu do nejbližšího porodního zařízení do deseti minut. Otázka porodů v domácnosti je velmi diskutovaným tématem především z hlediska bezpečnosti pro matku a dítě. I těhotenství s fyziologickým průběhem může skončit komplikovaným porodem, průběh porodu nelze nikdy předem odhadnout. Je tak otázkou, zda navrácení porodů do domácího prostředí není v porodnictví krokem zpět a zda by se neměly rodičkám nabízet spíše jiné alternativy, které by jim porod v porodnicích domácí prostředí nasimulovaly.

- **Přítomnost blízké osoby na porodním sále** – „přítomnost blízké osoby podporuje pocit bezpečí a snižuje pocit strachu z neznáma i vnímání bolesti. Umožňuje lépe překonat stres. Snižuje pravděpodobnost potřeby analgezie a operačního ukončení porodu. Působí kladně na chování rodičky i personálu“ (Gogela, Malý, 2000, str. 201). V současné době začínají rodičky využívat služeb tzv. dul, tedy

speciálně vyškolených žen, které matce poskytují psychickou i fyzickou oporu během těhotenství, porodu a poporodního období. Role dul tak navazuje na praxi využívat během porodu zkušené ženy (Klaus a kol., 2004), známou z historie porodních praktik i z antropologického exkurzu

k porodním praktikám přírodních národů. Nás však v dalším textu zajímá především přítomnost partnera rodičky u porodu. Právě přítomnost partnera byla od přesunu porodů do anonymního prostředí porodnic důležitým požadavkem rodiček.

PŘÍTOMNOST OTCE U PORODU

V zahraničí přestávají být porodní sály uzavřenými aseptickými prostory v sedmdesátých letech minulého století a začínají se otevírat pro blízké rodinné příslušníky rodičky (Roztočil, 1996). Nejčastěji přítom rodičku doprovázel její partner, tedy nastávající otec dítěte (Marek, 2002). V České republice se tyto změny v přístupu k fyzické účasti nastávajícího otce u porodu odehrávaly v osmdesátých letech minulého století, v plné míře propukly však až po pádu komunismu, tedy v letech devadesátých (Pařízek, 2005). K první účasti nastávajícího otce u porodu došlo v České republice 29. března 1984 ve znojenské nemocnici. Propagátory porodu za přítomnosti partnera byli znojemští porodníci Slezák a Štimpl (Mlynářová, Tošner, 1995).

Ačkoli se přítomnost otce u porodu jevila být zvláštním výstřelkem, během posledních let se z této skutečnosti stala běžná praxe. Dalo by se dokonce hovořit o komercializaci přítomnosti otce u porodu. V posledních letech začalo v USA rodit společně asi 90 % dvojic, ve Velké Británii a u nás je to asi 70 % dvojic (Mlynářová, Tošner, 1995).

Z hlediska historie nebyla v Evropě mužská přítomnost u porodu nikdy běžnou záležitostí. Na porod se nahlíželo jako na čistě ženskou problematiku, do

kteří muž nemá vstupovat. Trvalo dlouhou dobu, než se porodu začal účastnit alespoň muž-lékař, ten byl po dlouhá léta akceptován jako jediný muž, který se smí porodu účastnit. Pokud se porodu účastnil nastávající otec, byla to vždy výjimka. Většinou se jednalo o situace, kdy nebylo možné sehnat pomoc zkušených žen (Mlynářová, Tošner, 1995).

Také u přírodních národů k přímé fyzické účasti otce u porodu většinou nedochází. Žena se zde před porodem odebírá do porodní chýše, kam ji doprovázejí zkušené ženy ze společenství. Během této doby vykonává nastávající otec řadu rituálů, které nesou označení kuváda. Tento termín pochází z francouzského couver (v angličtině se setkáváme s výrazy couvade nebo též couvade syndrome), což v překladu znamená sedět na vejcích. Jako první použil tento termín v roce 1865 britský antropolog Edward B. Tylor (Skočovský, 2004).

Hlavní smysl rituálního zapojení nastávajícího otce do porodu lze spatřit jednak ve snaze odpomoci své ženě od porodních bolestí (Cichá, Fleišmanová, 2007), jednak si muž jejich prostřednictvím potvrzuje svoji roli otce ve společnosti (Trevathan, 1987). Konkrétní příklad kuvády můžeme

spatřit například u šošonských mužů. Ti dodržují na znamení účasti s manželčíným a potomkovým stavem přísný půst, kdy mají dovoleno žít se pouze chlebem a vodou. K překonání manželčíných bolestí a k urychlení jejího „uzdravení“ přispívají šošonští muži zase několikakilometrovým během. Po narození dítěte přichází rituální praktika, která muži přikazuje ponořit se do studeného potoka, čímž na sebe symbolicky přebírá roli dítěte, které je vykoupáno ve vodě teplé. Jelikož musí dítě i se svou matkou žít do doby, než u nich dojde k obnovení rovnováhy a čistoty, v porodní chýši, trvá ještě několik týdnů, než muž svého potomka skutečně spatří (Cichá, Fleišmanová, 2007). V jiných společenstvích lze nalézt praktiky, kdy má nastávající otec nejen zakázáno jíst určité pokrmy, ale zároveň musí žít odděleně od ostatních členů svého kmene. V Irsku a Skotsku zase muž napomáhal své ženě od porodních bolestí tím, že nosil kus jejího oděvu (Skočovský, 2004).

U některých přírodních národů může být podoba kuvády ovlivněna představou, že původcem všech nemocí jsou zlí duchové, kteří mohou do těla nejsnadněji vniknout otevřenou ránou. Nastávající otec se tak snaží zlé duchy odlákat od své rodící ženy tím, že si rozedře kůži a na lůžku předstírá těžce zraněného a lehce zranitelného člověka. Rodička naopak neprojevuje žádné známky bolesti, tváří se vesele a bezprostředně po porodu se vrací ke své

původní práci. Takový průběh kuvády lze spatřit například u brazilského kmene Boróro. Jde o etnickou skupinu jihoamerických Indiánů žijících v jižní části Mato Grosso v Kolumbii a v pohraničí Brazílie a Paraguaye. Spolu s kmeny Otuké ve východní Bolívii tvoří společnou jazykovou skupinu původního obyvatelstva. Jejich počet není v současné době uváděn. Představují zbytky původních lovecko-sběračských společností Indiánů na náhorních plošinách Jižní Ameriky, kteří se vyznačovali výraznými obyčejí a zvyky. Rituály, spadající pod kuvádu, kdy manžel prožívá porodní bolesti své ženy, u nich popsal český etnograf A. V. Frič (in Wolf, 1984). Rodičky z tohoto kmene ihned po porodu přeplavou řeku a jdou do lesa sbírat jedlé kořeny. Na tváři mají přítom veselý a spokojený výraz. Jejich muži vypadají naopak velmi uboze, leží na lůžku, pláčou a naříkají. Všichni členové kmene se k muži, jehož žena právě porodila, seběhnou a snaží se ho bezúspěšně utišit. Nakonec prohlásí, že je tento muž těžce nemocen (Marek, 2002). Obdobná podoba kuvády provázela porod dítěte také na území dnešního Španělska a v některých částech Asie. Ženy zde rodily na odlehlém místě mimo domov a mnohdy se stalo, že se bezprostředně po porodu pustily opět do práce. Nastávající otec mezitím ležel v posteli a sténal bolestí. Po svém návratu domů ho žena nakrmila a zahrnula péčí (Skočovský, 2004; Doležal, 2001).

SOCIÁLNÍ ZMĚNY A PROMĚNA SOCIÁLNÍCH ROLÍ MEZI POHLAVÍMI

Důvodem, proč začali být k porodům bráni především partneři rodiček a nikoli ženy z jejího blízkého okolí (např. matka či sestra), jsou jednak změny odehrávající se na úrovni rodiny, jednak proměny sociálních rolí muže a ženy.

Soudobá rodina je nejčastěji označována termínem nukleární, ale po vzoru francouzského sociologa Émila Durkheima se můžeme setkat také s označením manželská, párová či vztahová rodina. Durkheim tušil

základní charakteristiky současné rodiny již v roce 1892, kdy ve své přednášce o manželské rodině tvrdil, že rodina je stále více zaměřená na osobní vztahy než na rodinné hmotné statky. Důraz na vzájemné, zejména afektivní vztahy se začal projevovat především ve svobodné volbě partnera. Ducha rodiny tak přestávají tvořit věci, ale vztahy mezi mužem a ženou a mezi rodiči a dětmi. V souladu s durkheimovskou představou, podle níž je moderní rodina založena na vztazích, tvrdí také americký funkcionalistický sociolog Talcott Parsons, že se dnešní rodina definuje hlavně emoční podporou, kterou svým členům zaručuje (Singly, 1999).

S rostoucím zaměřením na osobní vztahy, které zatlačilo do pozadí zřetel, jenž byl po tak dlouhou dobu historie rodiny kladen především na majetek, je spojeno zúžení rodiny na nukleární jádro. Centrální zóna současné rodiny se tak skládá z muže, ženy a jejich malých dětí. Společně se zúžením, kterým se vyznačuje současná vztahová rodina, se do popředí dostává idea větší autonomie manželského páru vůči příbuzným a předešlým generacím. Talcott Parsons hovoří dokonce o „izolaci manželské párové rodiny“ a o „absenci výraznější solidarity s rodinami předků a potomků v obou liniích“, francouzský sociolog François de Singly se nicméně přiklání k ne tak radikální durkheimovské terminologii, a to konkrétně k pojmům „autonomie“ a „pocity nezávislosti“ dospělých lidí, především těch, kteří žijí v manželství. Je tedy zcela zřejmé, že logika individuálního výběru, svobodné volby a nezištnosti, která oficiálně řídí afektivní vztahy mezi muži a ženami v rámci manželství, se specifickým způsobem rozšiřuje i na ostatní rodinné vztahy. Význam příbuzenstva se v současné společnosti zcela mění. Moderní rodina se tak vyznačuje větší

nezávislosti na okruhu příbuzných (Singly, 1999).

Zvyšování mezigenerační nezávislosti a rostoucí význam manželské rodiny lze vysledovat na základě několika ukazatelů. Jedním z nich je například změna ve způsobu udělování křestního jména dítěti. Dříve se chlapci jmenovali podle mužů z otcovy strany a dívky podle žen z matčiny strany, tedy nikoli podle rodičů biologických, ale podle rodičů duchovních (kmotra a kmotry). Dnes rodiče dávají dítěti křestní jméno zcela podle svého vlastního výběru, bez jakékoli snahy zdůraznit kontinuitu mezi generacemi. Talcott Parsons zase upozornil, že v současné společnosti nezávislejší manželé na svých orientačních rodinách ani v uspořádání domácnosti, ani v získávání příjmů. Profesionální statut manželů je tak zcela nezávislý na zvláštních vztazích k rodičům. Typická manželská rodina je navíc ekonomicky zcela nezávislá na orientačních rodinách a žije od nich odděleně. Ve velké většině případů je navíc mezi orientačními rodinami a rodinou manželskou značná zeměpisná vzdálenost (Singly, 1999). Toto samostatné bydlení manželské (prokreační) rodiny, které se prosazuje v moderní společnosti, nese označení neolokalita.

Z uvedených skutečností tak vyplývá, že v moderní společnosti se stal pro matku otec dítěte víceméně jedinou důvěrně blízkou osobou, která ji může v průběhu těhotenství, a především při porodu podpořit (Odent, 2004). Kvůli neolokalitě prokreační rodiny je manžel či partner rodící ženy také často jedinou osobou, která je v době započetí porodního procesu nablízku, a může ženu tak v době porodu fyzicky doprovázet (Trevathan, 1987).

Nástupem kapitalismu s charakteristickou dělbou práce se

začalo o člověku uvažovat jako o pracovníku, jenž je univerzálně použitelný ve výrobním procesu bez ohledu na jeho osobnostní charakteristiky, a to včetně rodové specifiky. „Moderní společnost nemůže fungovat než za předpokladu, že lidé obou pohlaví jsou nejenom uzpůsobeni pro tutéž práci, ale percipují i shodně realitu a mají, s jistými zcela marginálními variacemi, tytéž potřeby“ (Možný, 1990, str. 102). Odlišnosti mezi mužem a ženou tak vycházejí do popředí pouze při plození a rození dětí, jinak se rozdíly mezi pohlavími jeví v perspektivě kapitalistické společnosti jako zcela nepodstatné (Možný, 1990).

Zatímco v tradičních společnostech převládal rodový dualismus a komplementarita rolí mezi muži a ženami, v dnešní společnosti se pod vlivem urbanizace a industrializace předpokládá víceméně úplná zastupitelnost mezi pohlavími. Vlivem těchto změn se místa dříve uzavřená příslušníkům mužského pohlaví a místa doposud uzavřená příslušníkům ženského rodu otevřely lidem obou pohlaví (Možný, 1990). Příkladem může být právě přítomnost otce na porodním sále, se kterou se v průběhu historie či napříč kulturami příliš často

nesetkáváme a která je příznakem moderní doby. Tyto změny odpovídají pozitivistické představě o tom, že člověk je řízen především vnějšími stimuly. V rámci pozitivistického pojetí jsou „tradiční rozdíly v sociálních rolích mužů a žen – s výjimkou těch, jež plynou z rozdílné účasti v reprodukčním procesu – ne-přirozené, a tedy ne nutné v tom smyslu, že jsou dány pouze panujícími kulturními vzorci. Jedinec si je osvojuje učním, a učním jsou přenášeny z generace na generaci. Lidská plasticita jim dala historicky vzniknout a lidská plasticita umožní je i změnit“ (Možný, 1990, str. 137).

Vůči tomuto pojetí se vymezují sociobiologická pojetí, v rámci kterých je člověk chápán jako vnitřně řízený organismus. Biologické a psychologické faktory se podle biologicky orientovaných vědců odrážejí v sociokulturním uspořádání společnosti (Poněšický, 2004). Podle nich přitom existuje nápadná podobnost mezi vrozenou psychickou výbavou mužů a žen a tím, jak se ještě historicky nedávno doplňovaly mužské a ženské role (Matoušek, 1993).

PŘÍCHOD OTCŮ NA PORODNÍ SÁLY

S přesunem porodů do porodnic začaly ženy pocíťovat odosobněný styl vedení porodů a požadovaly podporu blízké osoby. Z výše uvedeného vyplývá, že touto osobou byl pro rodičku nejčastěji její partner, nastávající otec dítěte (Odent, 2004). Vzhledem k převládající koncepci lékařsky vedeného porodu, v jejímž rámci nebyla matkám prisuzována kompetence spolurozhodovat o záležitostech porodu, musely mít však argumenty rodiček

oporu také v lékařské obci, tzv. oporu „seshora“ (Hašková, 2001). Té se jim dostalo v roce 1970, kdy se myšlenka „partnerství při porodu“ zrodila také na konferenci Americké společnosti ženských lékařů. Zde si získala mimořádnou pozornost přednáška profesorky Newtonové, pojednávající o humanizaci porodů. Jak tato profesorka uvedla: „Lékařské předpisy všeobecně zakazují otcům, aby přihlíželi narození vlastního dítěte a poskytlí ženám

psychickou podporu v pokročilém stadiu bolesti, a to navzdory skutečnosti, že porodní tým nemá čas, aby rodičku v jejích bolestech potěšil. Každý porod provází psychologická krize. V krizi je člověk obzvláště náchylný k silné závislosti na lidech, kteří jsou okolo něho. Jestliže manžel zůstane vyloučen z účasti na bolestech a porodu, hledají mnohé ženy intenzivní spojení s pomocníky při porodu – místo se svými manžely“ (Mlynářová, Tošner, 1995, str. 217). V Americe se tak krátce na to rozšířil názor, že humanizaci mezilidských vztahů by opravdu mohlo pomoci společné prožívání porodu matkou i otcem dítěte. Předpokládalo se, že by tak vztah otce k dítěti i matce mohl

dostat pevnější základ. Myšlenka porodu za přítomnosti otce dítěte byla brzy vyzkoušena v praxi a krátce na to se rozšířila i do Evropy, kde se její propagace ujali především francouzští porodníci.

Z výše uvedeného textu vyplývá, že hlavními argumenty pro přítomnost otce u porodu bylo:

- Poskytnutí psychické opory rodiče v prostředí anonymních porodnic, tedy humanizace porodnictví.
- Využití zkušenosti s porodem jako vhodného impulsu k navázání vztahu otec-dítě, tedy humanizace mezilidských vztahů.

PROTIKLADNÉ POSTOJE K PŘÍTOMNOSTI OTCE U PORODU

Na téma přítomnosti otce u porodu lze v literatuře nalézt rozporné názory i výsledky výzkumů. Na základě tohoto rozporu se tak mezi odborníky i laiky mohou objevovat příznivci i odpůrci přítomnosti otce u porodu. Dle našich zkušeností, a to bylo i jedním z důvodů, který vedl k napsání tohoto článku, převažuje spíše nekritická propagace přítomnosti otců u porodu a nadhodnocování jejích pozitiv. O pozornosti, která je tomuto tématu věnována, svědčí i množství kvalifikačních prací na akademické půdě, bohužel však ani zde až na výjimky nenalézáme kritickou diskusi o problému, ale pouze konstatování pozitiv (Navrátilová, 2008; Matyášová, 2007; Slováčková, 2009; Pašková, 2006; Dvořáková, 2010). O důležitosti motivace otce k přítomnosti u porodu a jejích dalších psychologických aspektech s upozorněním na možná negativa diskutuje ve své práci *Přítomnost otce u porodu – trend či svobodná volba z pohledu muže* Rejchrtová (2010).

Příznivci přítomnosti otce u porodu vyzdvihují přínos tohoto přístupu ve dvou ohledech. Zaprvé to je fakt, že žena prožívá porod za přítomnosti partnera „lehčeji a klidněji“, a zadruhé, že muž, kterému je po porodu vloženo do rukou jeho dítě, se o něj dokáže v příštích měsících lépe starat a pečovat o něj (Mlynářová, Tošner, 1995). Podle příznivců přítomnosti otce u porodu tak byly splněny oba dva argumenty, na základě kterých se přítomnost otce začala v porodnicích prosazovat: tedy humanizace porodu poskytnutím psychické opory rodiče, a zároveň humanizace mezilidských vztahů získáním vhodného impulsu k vytvoření vztahu otec-dítě. Ve svém postoji se mohou příznivci přítomnosti otce u porodu opřít o následující výzkumy.

Podle některých autorů (David, Kentenich, 1993. In: Čoupek, Šporcrová, 1999; Henneborn, Cogan 1975. In: Trevathan, 1987) přítomnost muže u porodu značně snižuje obavy matek

z porodu, zmírňuje porodní bolesti, předchází porodním komplikacím a zkracuje délku porodu. Snížené vnímání porodní bolesti bylo zjištěno na základě skutečnosti, že ženy, jejichž partneři byli porodu přítomni, vyžadovaly podání medikamentózních prostředků tišení bolesti v menší míře než ženy, které u porodu oporu v podobě doprovodu svého partnera neměly. Ve světle současného konceptu přirozeného porodu, který kritizuje jednostrannou medikalizaci porodu a hovoří o nepříznivém vlivu tisíců léků na celkový průběh porodu i na psychický stav rodičky a stav bdělosti novorozence, se jeví přítomnost partnera u porodu jako velmi přínosná.

Gungor a Beji (2007) chtěli ve své studii experimentálně ověřit vliv přítomnosti otce na prožitek porodu. Sledovali padesát párů, z toho polovina tvořila kontrolní a polovina experimentální skupinu. Užili test Perception of Birth Scale a z kvalitativních metod strukturované rozhovory s otci. Závěrem jejich studie bylo, že přítomnost otce u porodu pomohla matkám k pozitivnějším prožitkům v průběhu porodu. Nezjistili na rozdíl od jiných studií žádný vztah mezi podporou otce při porodu a délkou porodu, užitím anestetik nebo dalšími intervencemi porodníka.

Cronenwett a Newmark (1974) provedli studii, kdy 152 otců odpovídalo na dvacet osm otázek dotazníku sestaveného pro účely této studie, jejímž cílem bylo hodnotit jejich pocity v průběhu porodu, jejich vztah k matce a k dítěti. Nebyly zjištěny žádné rozdíly ve vztahu k dítěti u tří skupin otců: těch, kteří byli u porodu a absolvovali předporodní přípravu, těch, kteří ji neabsolvovali, a těch, kteří u porodu nebyli přítomni. Na otázky týkající se vztahu k ženě a prožitků spojených s

porodem odpověděli muži, kteří byli u porodu přítomni, na jedenáct otázek z devatenácti signifikantně pozitivněji než ti, kteří u porodu přítomni nebyli. Výsledky této studie celkově skórovali pro podporu přítomnosti otců u porodu a rovněž pro význam kurzů předporodní přípravy.

Pestvenidze a Bohrer (2007) popisují program institutu v the Healthy Women in Georgia (HWG) potvrzující nezbytnost kurzů předporodní přípravy, které spojené s moderními postupy při porodu a zvýšením účasti otců v těhotenství a porodu vedou k lepším výsledkům v porodnictví. Tvrdí, že aktivní účast otců u porodu zlepšuje jeho průběh, přináší lepší prožitek porodu a má pozitivní vliv na zaujetí otcovské role a vazbu mezi partnery.

Nichols (1993) provedl studii, ve které byli dotazováni otcové, kteří byli přítomni u porodu, na jejich prožitky. Čtyřicet čtyři otců odpovídalo na tři otázky s otevřeným koncem, které se týkaly jejich prožitku u porodu a chování, jež nejvíce pomohlo jejich ženám. Odpovědi otců, kteří prošli předporodní přípravou, byly hodnoceny zvlášť. U těchto otců bylo zaznamenáno více negativních pocitů v průběhu porodu (to může být pravděpodobně způsobeno i větší informovaností a empatií k ženám v průběhu porodu). Vnímání porodu bylo však obecně pozitivní a také se dotazovaní domnívali, že byli svým partnerkám u porodu maximálně nápomocni.

Swiatkovska-Freund, Kawiak a Preis (2007) provedli studii, ve které dotazníkovou metodou sledovali reakci třiceti sedmi párů po porodu a motivy otce k přítomnosti u porodu (dotazování proběhlo od jednoho měsíce do jednoho roku po porodu). Hlavním motivem sledovaných párů bylo prožít porod

spolu. Patrneři s tímto rozhodnutím vyjádřili spokojenost a autoři studie rovněž ve svých závěrech konstatovali upevnění vazby mezi partnery po společně prožitém porodu.

Motivy pro účast otce při porodu se ve své studii rovněž zabýval Palkovitz (1987). Třicet sedm párů očekávajících první dítě absolvovalo strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami zaměřenými na jejich motivaci k účasti při porodu. Výsledkem bylo zjištění, že motivů bylo poměrně široké spektrum, většina z nich zapadala do sociálního kontextu a žádný významně nepřevažoval.

Sledování společných prožitků párů při porodu a jejich emocionálního stavu po něm bylo i předmětem studie Moreau, Kopff-Landas, Séjourné a Chabrola (2009). Třicet tři párů bylo dotazováno dva dny po porodu. Byl použit Questionnaire on childbirth experience. Výsledkem bylo zjištění, že matky se cítily méně spokojené a více trpící než otcové. A navíc očekávaly větší aktivitu otců a větší podporu, což může být spojeno s jejich aktuálním stavem po porodu (a zajímavé by jistě bylo srovnání s dotazováním provedeným s větším časovým odstupem).

Podobně tak Li, Lin, Chang a kol. (2009) sledovali možné prožitky bezmoci a úzkosti otců u porodu a to, jak mohou kurzy předporodní přípravy tyto emoce zmírnit. Osmdesát sedm otců, kteří se účastnili porodu v Tchaj-wanu, vyplnili dotazník hodnotící jejich očekávání od porodu a dotazník Trait Anxiety Inventory měřící jejich rysovou úzkost. Dvě hodiny po porodu vyplnili otcové State Anxiety Inventory, tj. dotazník měřící jejich stavovou úzkost. Nebyl nalezen žádný vztah mezi tím, co očekávali od porodu, a jejich rysovou úzkostí. Ukázal se signifikantní vztah

mezi absolvováním kurzu předporodní přípravy a nižší hladinou úzkosti po porodu.

Draper (1997) provedl rešeršní studii 190 článků, analyzující klíčovou literaturu, jež se zabývá účastí otců u porodu. Jeho hlavním závěrem bylo poukázat na nezbytnost věnovat se prožitkům otců při porodu, nejen jejich praktickým činnostem při porodu a podpoře ženy.

Olin a Faxelid (2003) provedli studii zaměřenou na popis prožitků párů při porodu i po něm, a především na to, zda páry touží absolvovat po porodu rozhovor o svých prožitcích při něm i po něm a o přípravě na porod. Byl předložen dotazník 350 matkám a 343 otcům v porodnici ve Stockholmu, vyhodnoceny byly odpovědi 251 matek a 235 otců. Byly analyzovány rozdíly mezi rodiči, kteří měli první dítě, a těmi, kteří měli další z dětí. 66 % prvorodiček, 74 % vícerodiček a 58 % otců majících první dítě a 30 % otců majících další dítě vyjádřili přání o prožitcích při porodu hovořit. Tyto závěry jistě vedou k úvaze, zda nejen předporodní psychologická příprava, ale i péče po porodu není stejně důležitá.

Podle výzkumů, které se v souvislosti s účastí muže u porodu zaměřily na utváření pevné vazby mezi otcem a dítětem, jeví muži s porodní zkušeností o novorozence větší zájem, než jaký projevovali muži, kteří porod s partnerkou neprožili. Zvýšený zájem se projevoval například upřeným pozorováním novorozence, častými doteky a interakcí tváří v tvář. Otcové, kteří se účastnili porodu svého dítěte, jím byli krátce řečeno následně zcela zaujati (McDonald, 1978; Greenberg, Morris, 1974. In: Trevathan, 1987).

Naopak výzkum Palkovitze (1985) nepotvrdil, že by přítomnost otce u porodu a kontakt s novorozencem měly tak často propagované pozitivní efekty a rovněž kritizuje metodologické postupy studií s pozitivními výsledky. Tato kritika není jistě od věci, snaha kvantifikovat podobné jevy, navíc často spojená se zaujatostí při formulaci hypotéz a problém s pravdivostí odpovědí respondentů (a rovněž s tím, že racionalizace jejich odpovědí nemusí vyjadřovat skutečné, těžko verbalizovatelné prožitky), může skutečně vést k jisté neobjektivitě podobných studií a jejich závěry lze těžko generalizovat (otázkou je, zda lze v tomto případě vůbec generalizovat).

Muži, kteří se zúčastnili porodu, se většinou na základě této zkušenosti následně více podíleli na péči o dítě (Liukkonen, Vehvilainen-JuLkunen, 1997. In: Čoupek, Šporcrová, 1999). Z tohoto hlediska se může jevit účast otce u porodu jako velmi adaptivní, protože v dnešních mobilních nukleárních rodinách je právě otec jedinou osobou, která se může spolu s matkou na péči o dítě podílet. Otec potřebuje získat důvěru, že je schopen v péči o novorozence obstát. Tuto důvěru mu může zkušenost s přítomností u porodu poskytnout (Trevathan, 1987).

Williams (2007) provedl ve své disertační práci kvalitativní studii věnovanou přítomnosti otců u porodu. V rámci konceptu identity analyzuje problém „stát se otcem“ jako komplikovaný proces, ve kterém právě přítomnost u porodu může být vnímána jako okamžik, kdy se muž otcem stává, a je třeba věnovat proto prožitkům otců při porodu velkou pozornost.

Výzkumy, které sledovaly možný dopad přítomnosti otce u porodu, byly prováděny také na území České

republiky. V roce 1992–1993 se přítomností otce u porodu zabývalo gynekologicko-porodnické oddělení Krkonošské porodnice ve Vrchlabí (Kavan, Konvalinová, 1993. In: Čoupek, Šporcrová, 1999). Ve svých závěrech uvádějí, že právě manžel rodičky je pro ni ideálním průvodcem porodu, jelikož on nejlépe zná její psychiku. Vzhledem k tomu, že je manžel, popřípadě partner rodičky osobou, u které se předpokládá, že bude do péče o dítě spolu s jeho matkou nejvíce angažována, je pro něj zkušenost s porodem velmi přínosná. Gynekologicko-porodnické oddělení SNsP Ostrava (Kořátková, Malík, Postupa, Vlček, 1992) podává svědectví o tom, že přítomnost partnera na porodním sále vyvolává v rodičce kladné emoce, které se následně promítají pozitivně do průběhu porodu. Svědčí o tom především zkrácení I. doby porodní a snížený počet porodních poranění. Další výzkum zaměřený na přítomnost otce u porodu proběhl v době od 1. března 1991 do 30. června 1992 v okolí Brna pod vedením Ivony Šporcrové a Petra Čoupka (Čoupek, Šporcrová, 1999). Data byla získána prostřednictvím mezinárodního longitudinálního projektu ELSPAC (European Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood). Soubor, se kterým výzkumníci pracovali, obsahoval 1479 rodin. Experimentální skupinu tvořily páry, kde otec byl účasten porodu, do kontrolní skupiny pak byly zařazeny dvojice, kde žena rodila bez přítomnosti otce (v některých případech byla tato skupina rozdělena na podskupiny – vydělena byla skupina, kde žena rodila zcela sama bez přítomnosti druhé osoby, další podskupiny tvořily ženy rodící s účastí jiných osob, než byl otec). Těhotné ženy výzkumníci sledovali v průběhu těhotenství (od třetího trimestru gravidity), v době porodu a v období

šestinedělí. Informace od respondentů získávali dotazníkovou formou.

Autoři výzkumu si stanovili tyto hypotézy:

- Přítomnost otce u porodu bude souviset s omezením aplikace anestezie/analgezie v průběhu prvních dvou dob porodních.
- Otcové účastníci se porodu se budou více angažovat v pracích zabezpečujících chod domácnosti.
- Skupina otců, která přijala účast u porodu, se bude významně lišit v podílení na péči o dítě od skupiny otců, kteří u porodu nebyli.
- Společné prožití porodu oběma partnery bude mít pozitivní dopad na kojení.

Podle Ivony Šporcrové a Petra Čoupeka z tohoto výzkumu vyplývá, že „účast otce při porodu se po narození dítěte pozitivně odráží v jeho pomoci při činnostech zabezpečujících chod domácnosti a v přijetí podílu péče o dítě. Svou přítomností u porodu otcové zároveň kladně podporují kojení“ (Čoupek, Šporcrová, 1999, str. 35). Nepodařilo se však prokázat souvislost mezi přítomností otce u porodu a omezením aplikace anestezie/analgezie. Pravděpodobný důvod nepotvrzení této hypotézy zřejmě spočívá v tom, že se muži účastnili ze statistického hlediska komplikovanějších porodů. Na základě svých zjištění se autorům výzkumu jeví situace, kdy má být otec přítomen u porodu, jako velmi přirozená. Mnohé páry podle nich zcela spontánně signalizují potřebu být v momentě porodu spolu. Nabídku možnosti společného prožití porodu tak vnímají velmi pozitivně a přínosně (Čoupek, Šporcrová, 1999).

K nejznámějším odpůrcům a kritikům fyzické účasti otce u porodu patří již zmiňovaný Michel Odent. Ten přítomnost partnera u porodu vidí jako kulturní nárůstek, kterého je potřeba porod zbavit, aby se mu navrátila jeho přirozenost a instinktivnost (Odent, 1995). V rámci svého pojetí porodů upozorňuje Odent především na snahu všech savců o izolaci během porodu. Mnoho druhů savců rodí ve tmě, v klidu a stranou od ostatních členů svého druhu. Na rozdíl od savců si rodící ženy často přejí, aby poblíž nich byl někdo, koho znají, a potřebují si v průběhu porodu vytvořit speciální vztah alespoň k jedné osobě, přičemž dnes bývá touto osobou nejčastěji otec dítěte. Michel Odent však tvrdí, že přítomnost otce u porodu nemusí být vždy pro ženu to nejlepší. Proces porodu považuje za nedobrovolný proces, kterému se nedá napomáhat, a přítomnost dalších lidí může průběh porodu z jeho pohledu jen narušovat (Odent, 1995).

Rizika plynoucí z fyzické účasti nastávajícího otce u porodu vidí Michel Odent především v tom, že mužům bývá zatěžko přijmout a pochopit ženino instinktivní chování v průběhu porodu. Místo toho se žena podle něj často snaží zadržet, aby nevypadávala z racionálního a sebekontrolujícího stavu. Muže vnímá Odent především jako racionální bytost, která může způsobit, že se žena při porodu nedokáže oprostít od své vlastní racionality a nechat porod plynout jen pomocí hormonální činnosti. Teprve když muž odejde, projevuje se žena bez racionality, začíná křičet a sténat, což podle Odenta znamená, že začíná skutečně rodit (Odent, 1995; 2004). Z tohoto pohledu není pro Odenta skutečnost, že v tradičních civilizacích a přírodních národech asistují rodícím ženám nikoli muži, ale jiné ženy, které už předtím porod prožily, jen shodou

okolností. Ačkoli je tak podle Odenta pro průběh porodu nejlepší, když se odehrává v naprostém soukromí a bez zásahu dalších osob, ženská pomocnice při porodu se Odentovi jeví jako lepší volba, než přítomnost nastávajícího otce.

Jak tvrdí Odent, kontakt mezi společníkem přítomným u porodu a rodící ženou může být neobyčejně intimní a nesmírně intenzivně prožívaný. Rodící žena je v mimořádně zranitelném stavu a na svém společníkovu u porodu se může stát minimálně na okamžik zcela závislou. Sexuální podtext, který může doprovázet takový kontakt, pokud tímto společníkem přítomným u porodu je muž, může na rodící ženu působit rušivě v tom smyslu, že se nemusí chovat tak otevřeně a spontánně, jak by si přála, nebo se pak může cítit zahanbená, co všechno ze sebe dala najevo. Kvůli této důležitosti pohlaví partnera při porodu volá proto Odent po renesanci porodních asistentek (Odent, 2005).

Podle Michela Odenta může být porod za účasti otce mnohem delší a bolestivější. Pokud se otec chová jako pozorovatel a ujímá se funkce dokumentaristy, kameramana a fotografa v jedné osobě, může být rodící ženou, která potřebuje být ve svém vlastním světě, kde nemusí mluvit ani myslet, vnímán velmi negativně. Odent varuje také před příliš upovídanými otci či otci s nadměrně vlastnickým chováním. Partner, který se snaží svou ženu chlácholit či se jí neustále dotýkat, jí tím vlastně vyrušuje v jejích základních živočišných funkcích a porod tím ztěžuje. Jen málokterý muž podle Michela Odenta pochopí, že žena nepotřebuje v průběhu porodu stimulaci, ale spíše klid. Těhotenství a porod podle tohoto porodníka často změní ženu v úplně jiného člověka. Tento stav v ní může probouzet skryté, po tisíciletí stejné pravěké instinkty a

živočišné reakce, kterými může být novopečený otec nepříjemně zaskočen (Odent, 1995; 2004). Michel Odent vidí negativní dopad účasti otce u porodu také v sexuálním životě partnerů. Porod podle něj může posílit přátelství mezi mužem a ženou, ale zároveň může naprosto ochromit jejich sexuální vztah (Odent, 2004).

Obecně lze říci, že nejčastějšími námitkami, kterými odpůrci přítomnosti otce u porodu argumentují, jsou (Mlynářová, Tošner, 1995):

- Přítomnost otce u porodu komplikuje práci porodnického týmu, a to zvláště v těch případech, kdy dochází k nečekaným komplikacím.
- Muž slabší povahy by mohl při pohledu na porodní děj omdlít a způsobit tak personálu další starosti.
- Svým nevhodným chováním (dokumentace porodu, rozmlouvání s ženou v době, kdy potřebuje klid apod.) muž narušuje průběh porodu.
- Sledování porodu může být pro muže traumatické a může to ovlivnit jeho další vztah k partnerce, především v sexuální oblasti.

Cílem této práce není rozhodnout letitý spor příznivců a odpůrců přítomnosti otce u porodu. To jistě není ani možné. Zástupci obou skupin se opírají o vědecké poznatky či letité zkušenosti, z čehož jasně vyplývá, že přítomnost otce u porodu může mít ve svém důsledku jak pozitivní, tak i negativní dopad. Sporné však mohou být obavy z impotence. Odpůrci přítomnosti otce u porodu často argumentují tím, že přítomnost otce u porodu má negativní dopad na sexuální oblast páru po porodu. Pro obavu z impotence však neexistují žádné

objektivní důkazy. Je proto otázka, zda nejde jen o vhodnou příležitost, jak zakrýt impotenci z jiného důvodu, nebo nechť k pohlavnímu styku s manželkou v případě existence paralelního mileneckého vztahu (Mlynářová, Tošner, 1995).

PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVA PRO MUŽE

V rámci konceptu přirozeného způsobu vedení porodů se začalo uvažovat o tom, že psychický stav rodičky může ovlivnit průběh porodního děje (v rámci tohoto konceptu tak vzniká psychosomaticky orientované porodnictví). Porod začal být vnímán jako náročná životní situace, na kterou je potřeba se připravit. Od dvacátých let minulého století jsme přitom svědky snah o psychologickou pomoc těhotné ženě v přípravě k porodu. Do praxe začínají být tyto psychoprophylaktické metody zaváděny v padesátých letech minulého století (Čepický, 1992; Ratislavová, 2008).

Psychologická příprava těhotných žen k porodu si ve svých počátcích kladla za cíl odbourat porodní bolest za účelem snížení nebo naprostého odstranění medikalizace porodního procesu. Pod vlivem výzkumů Ronalda Melzacka ze svých cílů následně slevila a měla přinést rodičkám především reálný pohled na průběh porodu a odstranění falešných představ o něm. Současné trendy psychoprophylaxe tak ženy připravují také

Příprava na porod

V rámci předporodní přípravy si muž může osvojit tyto dovednosti:

- Vědět, co porod obnáší, jaká je jeho normální fyziologie, jaké zásahy se provádějí, kdy jsou nutné a kdy je lepší se jim pokud možno vyhnout.

Otázkou však zůstává, zda existuje způsob, jak vzbudit potenciál přítomnosti otce u porodu, tzn. zda lze posílit pozitiva přítomnosti otce u porodu a potlačit negativa tohoto jevu

na možnost patologického nebo operačního porodu. Součástí této přípravy je navíc příprava k rodičovství (Čepický, 1992).

Již Ferdinand Lamaze upozorňoval na nutnost, aby se předporodní přípravy účastnil také partner těhotné ženy. Anglická odbornice na přípravu k porodu Sheila Kitzinger, která v rámci předporodní přípravy využívá znalosti ze sociální antropologie a sociologie a nezohledňuje tak pouze fyzické a psychické faktory, ale zároveň také faktory sociální, pracovala v přípravě na porod s páry, aby upevnila partnerskou oporu během těhotenství, porodu a pozdější péče o dítě (Ratislavová, 2008).

Jako důležitý faktor, který by mohl vzbudit potenciál přítomnosti otce u porodu, tj. odstranit jeho negativní dopady a posílit pozitivní vlivy, tak shledáváme předporodní přípravu. Pomocí předporodní přípravy se muž může chystat jednak na svoji úlohu během samotného porodu, jednak na roli otce.

- Znát psychologii rodící ženy, být připraven na změnu jejího normálního vědomí a nenechat se vyvézt z míry neobvyklostí jejího chování při porodu.
- Ovládat praktické dovednosti pro úlevu od bolesti a vědět, jak může

zcela konkrétně pomoci v různých situacích.

- Být schopen se přizpůsobit momentálním potřebám rodičí ženy a přijmout, že je při porodu kvůli ní. Její přání a reakce budou určovat způsob, jakým bude pomáhat.
- Tyto dovednosti následně mohou z muže učinit dobrého partnera k porodu (Labusová a kol., 2004), jehož přítomnost bude mít kladný dopad na průběh porodního děje.

Penny Simkinová (Simkin, 2004) popisuje úlohu muže během jednotlivých fází porodu. Během I. fáze porodu, která může být velmi zdoluhavá a bolestivá, lze u matky spatřit nejrůznější reakce. Nastávající otec by jí měl v této fázi poskytovat především psychickou oporu a napomáhat od bolesti různými nefarmakologickými metodami (např. pomocí masáží či sprchování).

Druhá fáze porodu, fáze vypuzovací, je pro ženu fyzicky velmi náročná.

Příprava na roli otce

Vzhledem k tomu, že lidská mláďata přicházejí na svět značně nesamostatná a odkázaná na péči dospělého člověka, je péče o novorozence a rodičovské chování bezpochyby determinováno biologicky (Čepický, 1992). Na univerzální psychobiologické predispozice rané rodičovské péče, která poskytuje dítěti podporu a usnadňuje mu učení, komunikaci a regulaci vlastního chování, poukazují poznatky manželů Papouškových (Skočovský, 2004). Ti vrozené vzorce rodičovského chování nazvali pojmem intuitivní rodičovství. Do repertoáru intuitivního rodičovství patří bohatý rejstřík prototypických vzorců chování. Četná pozorování ukázala, že rodiče zjednodušují a přehánějí mluvu a

Nastávajícímu otci je v rámci této fáze doporučováno, aby byl matce nablízku a aby nešetřil pochvalami. I v této fázi tak nastávající matka potřebuje od svého partnera dostávat především psychickou oporu a jeho pozornost.

Během III. fáze porodní se již otec může plně věnovat novorozенému dítěti. Zároveň se může ujmout funkce, kterou většina páru považuje za symbolickou. Jde o přestřihnutí pupečníku.

Pokud je otec napřed dobře připraven a ví, jak porod probíhá, neměla by být jeho přítomnost komplikací pro porodní tým (Mlynářová, Tošner, 1995). Zároveň nebude porodu jen pasivně přihlížet, ale naplní svoji účast aktivní pomocí rodičí ženě (Velemínský jr., Velemínský sr., 2005). Pomocí předporodní přípravy si tak otec může osvojit dovednosti, prostřednictvím kterých se pak jeho účast u porodu může kladně promítnout do kratší doby trvání porodu, menší potřeby medikace, nižšího výskytu porodnických komplikací či lepší poporodní interakce s novorozencem.

mimické chování, či mají tendenci strukturovat interakce tváří v tvář do jakýchsi dialogů. Nejcharakterističtějším chováním v rejstříku intuitivního rodičovství je typická reakce pozdravení s nepatrným záklonem hlavy, zvednutým obočím a doširoka otevřenými očima a otevřenými ústy (Papoušek, Papoušek, 1992; Dittrichová, Papoušek, Paul a kol., 2004).

Ačkoli současné poznatky o intuitivním rodičovství ukazují, že raná rodičovská péče má v základě univerzální psychobiologické predispozice, neznamená to, že by intuitivní rodičovství bylo naprosto odolné vůči rušivým faktorům. Nežádoucí účinky na jednoho nebo oba

partnery mohou mít různé biologické či sociokulturní faktory (Dittrichová, Papoušek, Paul a kol., 2004).

Co se týče rozvíjení vrozených rodičovských kompetencí u mužů, mohlo by zde jako negativní faktor působit společenské přesvědčení, že jejich význam není pro vývoj a výchovu dětí příliš podstatný. Toto přesvědčení plyne především z kultu mateřství, který nastolil Sigmund Freud svými hypotézami, ve kterých vyzdvihl mateřskou roli jako jedinečnou a bezparalelní, a potvrdil John Bowlby vědeckými poznatky a termínem mateřská deprivace (Chvála, Trapková, 2004).

Na zapomenuté otce v rodinách se začalo myslet až v sedmdesátých letech minulého století. „Situace byla tak extrémní, že mladý psycholog z Yaleovy univerzity, Bowlbyho pokračovatel Michael Lamb ve svém článku dokonce pojmenoval otce zapomenutými přispěvateli k vývoji dítěte“ (Chvála, Trapková, 2004, str. 139). Postupně vznikalo celé hnutí znovuobjevující význam mužů pro výchovu dětí (Chvála, Trapková, 2004).

Je otázkou, jakým způsobem vzbudit v mužích jejich rodičovské sebevědomí, tj. jak vzbudit jejich vrozené predispozice k utváření pevných vazeb se svými potomky, které jsou u nich často zatemněny společenským očekáváním. Jako podpůrný faktor pro rozvoj vrozených rodičovských schopností by zde mohla zafungovat přítomnost otce u porodu, opřená o kvalitní předporodní přípravu.

Na porod se bezprostředně váže konstituce rodičovství, která je v přírodních národech provázena rituály. Rituály, jejichž prostřednictvím si muži osvojují otcovskou roli v přírodních národech, jsou známe pod termínem kuváda. Dlouhou dobu se myslelo, že kuváda je jen jakousi exotickou záležitostí, avšak kanadská psychologka Anne Storeyová se svými spolupracovnicemi zjistila, že u nastávajících otců

v moderních podmínkách dochází k hormonálním změnám, které následně vedou k nejružnějším převratům v chování. K projevům kuvády se tak pod tíhou nových důkazů přidaly kromě rituálních předpisů také fyzické a psychické změny a zvláštnosti, které se vyskytují u nemalého podílu nastávajících otců (10–30 %, ovšem údaje mohou být v závislosti na zvolených kritériích mnohem vyšší) v moderní společnosti (Skočovský, 2004).

Anne Storeyová například ve svých výzkumech zjistila, že nastávající otcové mají oproti kontrolní skupině bezdětných mužů v průměru asi o 30 % nižší hladinu testosteronu. (Jistá variabilita je zcela normální, protože množství tohoto hormonu v krvi kolísá mimo jiné též vlivem denní doby a ročního období. Anne Storeyová vzala však tyto biologické rytmy v úvahu.) Přibližně polovina nastávajících otců měla snížený testosteron během celého těhotenství, bezprostředně po porodu i několik měsíců poté, u ostatních docházelo k jeho poklesu pouze v období po porodu. To by mohlo tlumit agresivní chování u novopečených tatínků a zároveň podporovat otcovskou péči a vazbu na dítě (Skočovský, 2004).

Ve výzkumech byla prokázána také zvýšená hladina prolaktinu či estradiolu. Všechny tyto hormony u nastávajících otců vyvolávaly kromě změn v chování také tělesné příznaky jako nechutenství (nebo naopak touhu po určitém druhu jídla), trávicí potíže, nevolnost a zvracení, bolesti hlavy či bolesti zubů (Skočovský, 2004). Z výše uvedených poznatků vyplývá, že to není jen žena, kdo se v průběhu těhotenství připravuje díky hormonálním změnám na svou novou rodičovskou roli a může jí tak lépe přivyknout. Vedle těhotenství žen se proto začalo hovořit také o „těhotenství mužů“ (Skočovský, 2004).

Stávat se otcem a naplňovat otcovskou úlohu je z pohledu pojetí intuitivního

rodičovství dlouhodobý proces, který začíná již před porodem a pokračuje mnoho let po něm (Skočovský, 2004). Z hlediska pojetí intuitivního rodičovství je tak možné angažovanost muže do průběhu těhotenství a porodu považovat za vhodný faktor v rozvíjení vrozených otcovských kompetencí. Předporodní přípravu lze chápat jako přípravu k rodičovství, svou přítomnost u porodu pak mohou muži vnímat jako důležitou součást svého otcovství.

Hlavním účelem předporodní přípravy je získat informace i praktické návyky a dovednosti, které mají nastávajícím rodičům pomoci zvládnout těhotenství, porod a šestinedělí a ulehčit jim péči o

DISKUSE A ZÁVĚR

Přítomnost otce u porodu prošla během své existence vývojem. Zatímco se zpočátku jevila jako zvláštní výstřelek, v současné době se stává běžnou praxí. Změna v přístupu k přítomnosti otce u porodu vede k otázce, zda se v průběhu let neproměnily také důvody, které muže na porodní sály vedou.

Dříve si musely partnerské dvojice v systému lékařsky řízených porodů právo na účast muže na porodním sále vybojovávat, a to za pomoci odborníků, kteří byli nakloněni přirozenému řízení porodů. Z toho lze usuzovat, že účast otce u porodu byla projevem oboustranné touhy nastávajících rodičů. Otázkou je, zda lze i v dnešní době přítomnost muže na porodním sále chápat jako projev společného rozhodnutí partnerů, nebo zda jde spíše o módní záležitost, která patří k dobrému tónu.

Přítomnost otce u porodu začala podléhat společenskému očekávání a pro mnohé muže se stává povinností. Předpokládá se, že muž k porodu svého dítěte půjde, přičemž tato samotná účast či neúčast slouží pak k zhodnocení, jakým je muž

novorozence. Průběh předporodní přípravy může být velmi rozmanitý a odvíjí se od nejrůznějších faktorů, ke kterým patří: pořadatel, rozsah, cíl, osoba vedoucího lektora, atmosféra mezi účastníky kurzu či skladba účastníků.

V současné době již předporodní příprava neprobíhá pouze v rámci porodnických zařízení, ale připravují ji i různá občanská sdružení či neziskové organizace. Jednou z těchto neziskových organizací je u nás i Liga otevřených mužů, která vede předporodní přípravu přímo pro nastávající otce.

otcem. Muž je hodnocen jako dobrý či špatný otec pouze na základě toho, zda byl či nebyl u porodu. Dopad takové účasti není již podstatný. Dobrý otec je zkrátka ten, který u porodu byl, ačkoli jeho účast neměla žádný přínos, špatný otec je ten, který k porodu nešel, i když mohlo jít o vzájemnou domluvu obou partnerů a muž se mohl na příchod dítěte aktivně připravovat.

Příchod mužů na porodní sály představoval skutečnou humanizaci porodů. Předpokládalo se, že se přítomnost otce u porodu kladně promítne jednak do samotného průběhu porodního děje, a jednak do následné péče otce o dítě. V průběhu času se však ukázalo, že přítomnost otce u porodu může mít ve svém důsledku jak pozitivní, tak i negativní dopady.

Kolem protikladných výsledků výzkumů i dlouholeté praxe se začaly formovat skupiny zastánců a odpůrců přítomnosti otce u porodu. Zastánci porodů za přítomnosti otce zdůrazňovali kladný vliv na porod a rozvoj otcovských kompetencí. Odpůrci často argumentovali

komplikacemi, které muž svou přítomností na porodním sále způsobuje porodnímu personálu, možností, že otec při pohledu na porodní děj omdlí, či nevhodným chováním, kterým muž do porodního děje zasahuje a tím ho komplikuje.

Na základě dostupných výzkumů a informací se nelze přiklonit na stranu ani jedné z těchto skupin osob. To ani nebylo úmyslem práce. Naším cílem bylo zjistit, zda existuje způsob, pomocí kterého je možné vzbudit potenciál přítomnosti otce u porodu, tj. jak posílit jeho pozitivní efekt a potlačit negativní dopady. Jako vhodná metoda k tomuto účelu byla shledána předporodní příprava zaměřená na partnerskou dvojici a na otce. V rámci této předporodní přípravy muž získá reálné představy o průběhu porodu a o možných komplikacích, které mohou nastat, a zároveň si osvojí dovednosti, pomocí nichž pak může ženě pomoci od bolestí. V současné době je navíc do předporodní přípravy zahrnuta také příprava na rodičovskou roli. Předporodní příprava a účast otce u porodu tak může v muži vzbudit jeho vrozené kompetence k otcovství.

Předporodní příprava zaměřená na partnerskou dvojici a na otce není jistě jediným vhodným předpokladem k tomu, aby mohla být přítomnost otce u porodu ku prospěchu. Nejdůležitějším předpokladem k tomu, aby mohla být přítomnost partnera u porodu přínosná, je vzájemné přání nastávajících rodičů prožít porod společně a nikoli jen snaha naplnit společenské očekávání. Nutno respektovat individualitu obou partnerů i jejich vztahu. Nicméně pro naši současnou praxi považujeme za důležité věnovat předporodní přípravě včetně její psychologické složky (především analýza motivace k účasti otce u porodu i očekávání obou partnerů, akcentace aktivního přístupu) rozhodně větší pozornost, než se tomu tak v praxi děje (dříve bylo absolvování kurzu nezbytnou podmínkou pro možnou přítomnost otce u

porodu). Možností by byla i kratší alternativa tohoto kurzu, popř. alespoň doporučení psychologické konzultace ze strany ošetřujícího lékaře. V případě, že by odborník považoval vzhledem k osobnostním dispozicím jednoho či obou z partnerů, popř. problémům v jejich vztahu účast otce u porodu za nevhodnou, pak toto doporučení respektovat. Rovněž osvěta v této oblasti, objektivní informovanost včetně upozornění na možná negativa a redukce onoho někdy až fanatického přístupu propagujícího přítomnost otců u porodu za každou cenu se nám vzhledem k současné praxi zdá žádoucí. Pouhá „přítomnost“ otce u porodu jako pozorovatele, popř. „dokumentátora“, může skutečně přinést více negativ než pozitiv.

Přítomnost otce u porodu se často stává hodnotícím kritériem pro to, jakým je muž otcem. Ve své podstatě je ale tato účast na porodním sále pouze vhodnou příležitostí k tomu, jak začít otcovskou úlohu teprve naplňovat. Negativní roli zde mohou sehrát komerční vlivy (přítomnost otce u porodu jako placená služba) včetně zkreslené mediální prezentace. Přítomnost otce u porodu je jednoznačně pozitivní tehdy, pokud je společným a informovaným rozhodnutím obou partnerů, nejen přizpůsobením aktuálním společenským požadavkům, s aktivním přístupem již v období těhotenství (kurzy předporodní přípravy i další individuální informování a příprava). Ze strany zdravotníků je tento postup jistě náročnější a možná i to je důvodem, proč se od povinnosti absolvovat kurz předporodní přípravy ustoupilo k možnosti umožnit otcí přítomnost u porodu bez jakýchkoliv nároků na jeho připravenost.



PhDr. Daniela Stackeová,
(stackeova@volny.cz)

LITERATURA:

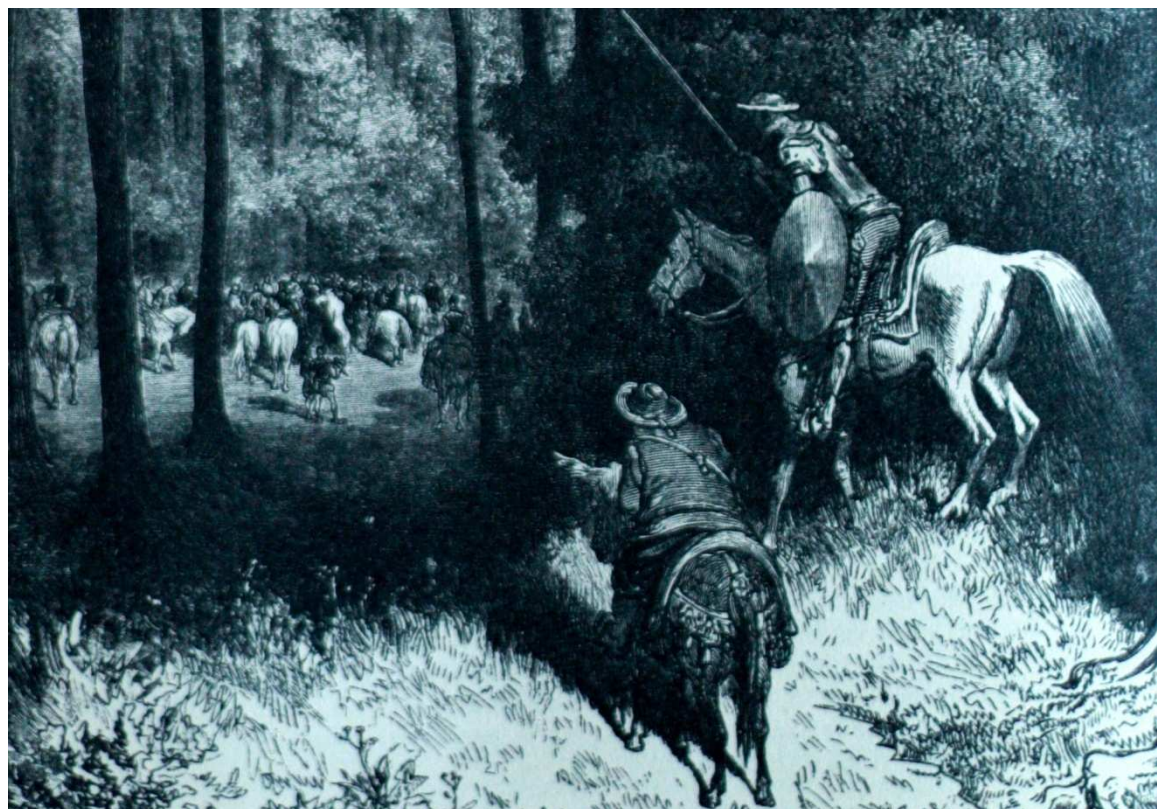
1. CICHÁ, M.; FLEIŠMANOVÁ, Š. *Těhotenství a porod – vybrané zvyklosti a rituály*. Florence. 2007, roč. 3, č. 1, str. 20–22
2. CRONENWETT, L. R., NEWMARK, L. L. [Fathers' responses to childbirth](#). *Nursing Research*, Vol. 23(3), May, 1974. pp. 210–217
3. ČEPICKÝ, P. *Psychologie ženy. Učební text pro střední zdravotnické školy, obor porodní asistentka. Vlastním nákladem, Praha 1992, str. 19–35*
4. ČOUPEK, P.; ŠPORCROVÁ, I. *Co přináší přítomnost otce u porodu. Praktická gynekologie*. 1999, roč. 3, č. 5, str. 31–36
5. DITTRICHOVÁ, J.; PAPOUŠEK, M.; PAUL, K. a kol. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. Grada Publishing, Praha 2004, str. 77–100. ISBN 80-247-0399-8
6. DOLEŽAL, A. *Od babičství k porodnictví*. Karolinum, Praha 2001. ISBN 80-246-0277-6
7. [DRAPER, J.](#) *Whose welfare in the labour room? A discussion of the increasing trend of fathers' birth attendance*. [Midwifery](#). 1997 Sep;13(3):132–138
8. DVOŘÁKOVÁ, Y. *Přítomnost partnera u porodu. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Olomouc 2010*
9. GOGELA, J.; MALÝ, Z. *Porodnické alternativy. Moderní gynekologie a porodnictví*. 2000, roč. 9, č. 1, str. 201–203
10. GOGELA, J.; MALÝ, Z. *Porod do vody, pro a proti. Čes. Gynek*. 1999, roč. 64, č. 2, str. 126–128
11. GORDON, R. *Podivuhodné dějiny lékařství*. Melantrich, Praha 1995. ISBN 80-7023-208-0
12. GUNGOR, I., BEJI, N. K. [Effects of fathers' attendance to labor and delivery on the experience of childbirth in Turkey](#). *Western Journal of Nursing Research*, Vol. 29(2), Mar. 2007. pp. 213–231
13. HÁJEK, Z. *Alternativní vedení porodu. Moderní gynekologie a porodnictví*. 2006, roč. 15, č. 4, str. 496–500
14. HAŠKOVÁ, H. *Názorové diference k současným změnám v českém porodnictví. Sociologický ústav AV ČR, Praha 2001. ISBN 80-85950-97-9*
15. HOHLOVÁ, S.; MALÝ, Z.; PODALOVÁ, S. *Srovnání bezpečnosti vertikální a horizontální porodní polohy. Čes. Gynek*. 1999, roč. 64, č. 2, str. 100–102

16. CHERTOK, L. *Psychosomatické metody bezbolestného porodu: historie, teorie a praxe*. Státní zdravotnické nakladatelství, Praha 1966
17. CHVÁLA, V.; TRAPKOVÁ, L. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Portál, Praha 2004. ISBN 80-7178-889-9
18. KAPR, J.; KOUKOLA, B. *Pacient: revoluce v poskytování péče*. SLON, Praha 1998. ISBN 80-85850-49-4
19. KLAUS, M. a kol. *Porod s doulou: rádcce pro rodiče a doprovázející osoby při porodu*. One Woman Press, Praha 2004. ISBN 80-86356-34-5
20. KOPŘIVOVÁ, D. *Psychoprofylaxe*. *Moderní babičtví* [online]. 2007, roč. 5, č. 12 [cit. 2010-05-05] Dostupné z WWW: <<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-12/clanek.php?c=2>>
21. KOŤÁTKOVÁ, I.; MALÍK, V.; POSTUPA, R.; VLČEK, L. *První zkušenosti s přítomností otce u porodu na ženském oddělení SNaSP Ostrava*. *Čes. Gynek.* 1992, roč. 57, č. 8, str. 437–438
22. KUŽELOVÁ, M. *Historie přípravy těhotných k porodu*. *Moderní babičtví*. 2003, roč. 1, č. 2, str. 39–42
23. KUŽELOVÁ, M. *Předporodní příprava*. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2003, roč. 12, č. 2, str. 298–300
24. LABUSOVÁ, L. a kol. *Průvodce porodnicemi České republiky: ucelený přehled služeb porodnic Čech, Moravy a Slezska s hodnocením*. Argo, Praha 2004
25. LEBOYER, F. *Porod bez násilí: kniha, která seznamuje se zcela novým způsobem vedení porodu*. Stratos, Praha 1995. ISBN 80-85962-04-7
26. [LI, H. T.](#), [LIN, K. C.](#), [CHANG, S. C.](#), [KAO, C. H.](#), [LIU, C. Y.](#), [KUO, S. C.](#) *A birth education program for expectant fathers in Taiwan: effects on their anxiety*. *Birth*. 2009 Dec; 36(4):289–296
27. MAREK, V. *Nová doba porodní*. Eminent, Praha 2002. ISBN 80-7281-090-1
28. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Sociologické nakladatelství, Praha 1993. ISBN 80-901424-7-8
29. MATYÁŠOVÁ, M. *Přítomnost otců u porodu z retrospektivního pohledu obou rodičů*. *Bakalářská práce*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. České Budějovice 2007
30. [MOREAU, A.](#), [KOPFF-LANDAS, A.](#), [SÉJOURNÉ, N.](#), [CHABROL, H.](#) *The primiparae couple's experience of childbirth: quantitative study*. *Gynecol Obstet Fertil*. 2009 Mar; 37(3):236-239. Epub 2009 Mar 17
31. MLYNÁŘOVÁ, A.; TOŠNER, J. *Historie přítomnosti muže u porodu*. *Gynekolog*. 1995, roč. 4, str. 216–218
32. MOŽNÝ, I. *Moderní rodina: Mýty a skutečnosti*. Brno: Blok, 1990. ISBN 80-7029-018-8
33. NAVRÁTILOVÁ, Š. *Otec u porodu*. *Bakalářská práce*. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Zlín 2008
34. NICHOLS, MR. *Paternal perspectives of the childbirth experience*. *Maternal-Child Nursing Journal*, Vol 21(3), Jul-Sep, 1993. pp. 99–108
35. ODENT, M. *Otcové u porodu – přínos i riziko*. *Aperio*. 2004, roč. 3, č. 1, str. 6–7
36. ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. Argo, Praha 1995. ISBN 80-85794-69-1

37. OLIN, RM., FAXELID, E. [Parents' needs to talk about their experiences of childbirth](#). *Scand J Caring Sci.* 2003 Jun;17(2):153-9
38. PALKOVITZ, R. [Fathers' motives for birth attendance](#). *Matern Child Nurs J.* 1987 Summer; 16(2):123-129
39. [PALKOVITZ, R.](#) Fathers' birth attendance, early contact, and extended contact with their newborns: a critical review. *Child Dev.* 1985 Apr.; 56(2):392-406
40. PAPOUŠEK, H.; PAPOUŠEK, M. Beyond Emotional Bonding: The Role of Preverbal Communication in Mental Growth and Health. *Infant Mental Health Journal.* 1992, vol. 13, no. 1, s. 43-53
41. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství @ porodu.* Galén, Praha 2005. ISBN 80-7262-321-4
42. PAŠKOVÁ, M. *Otec u porodu – Cesta k aktivnímu otcovství.* Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, Katedra Porodní asistence, Brno 2006
43. [PESTVENIDZE, E.](#), [BOHRER, M.](#) Finally, daddies in the delivery room: parents' education in Georgia. *Glob Public Health.* 2007; 2(2):169-183
44. PONĚŠICKÝ, J. *Fenomén ženství a mužství: psychologie ženy a muže, rozdíly a vztahy.* Triton, Praha 2004. ISBN 80-7254-374-1
45. RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví.* Reklamní atelier Area, Praha 2008. ISBN 978-80-254-2186-4
46. REJCHRTOVÁ, A. *Přítomnost otce u porodu - trend či svobodná volba z pohledu muže.* Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. České Budějovice 2010
47. ROZTOČIL, A. a kol. *Intenzivní péče na porodním sále.* Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996, str. 8-54. ISBN 80-7013-230-2
48. SIMKIN, P. *Vše, co potřebujete vědět, abyste mohli ženě při porodu pomoci.* Argo, Praha 2000. ISBN 80-7203-308-5
49. SINGLYDE, F. *Sociologie současné rodiny.* Portál, Praha 1999. ISBN 80-7178-249-1
50. SKOČOVSKÝ, K. *O těhotenství tatínků.* *Psychologie dnes.* 2004, roč. 10, č. 12, str. 22-23
51. SLOVÁČKOVÁ, M. *Alternativní metody vedení porodu a jejich vliv na psychiku rodičky a jejího partnera.* Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Katedra psychologie Filozofické fakulty. Olomouc 2009
52. [SWIATKOWSKA-FREUND, M.](#), [KAWIAK, D.](#), [PREIS, K.](#) Advantages of father's assistance at the delivery. *Ginekol Pol.* 2007 Jun; 78(6):476-478
53. TREVATHAN, W. *Human Birth: an Evolutionary Perspective.* Aldine de Gruyter, New York 1987. ISBN 0-202-02029-0
54. WILLIAMS, N. [On the day you were born: A phenomenological study of fathers' experience of being present at their children's birth.](#) *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol 67(8-B), 2007. pp. 4742*
55. WOLF, J. *Abeceda národů. Výkladový slovník kmenů, národností a národů.* Horizont, Praha 1984

Do redakce přišlo 25. 8. 2010
Po recenzi upraveno 20. 9. 2010
Do tisku přijato 31.10.

PRAXE



MASNER O.: PSYCHOSOMATICKÁ KLINIKA V GÖRLITZ – KŘEHKÝ SVĚT MEZI INTERNÍ MEDICÍNOU A PSYCHIATRIÍ

PSYCHOSOMATICKÁ KLINIKA V GÖRLITZ – JAK SE TAM PRACUJE?

V červnu 2010 jsem společně s dalšími kolegy navštívil psychosomatickou kliniku v německém Görlitz. Pozval nás šéf kliniky MUDr. Roth, kterého jsme dva měsíce předtím poznali na psychosomatické konferenci v Liberci. A tehdy to do Liberce opravdu neměl daleko – z Görlitz urazil těch 55 km za necelou hodinu. Nyní jsme se tedy my vydali opačnou cestou, abychom uviděli kliniku pana primáře na vlastní oči.

Psychosomatická klinika v Görlitz je součástí rozlehlého komplexu „Klinikum Görlitz“, který je ústřední nemocnicí pro celé východní Sasko (kraj Görlitz čítá zhruba 300 000 obyvatel). Kliniku tvoří úhledná dvoupatrová budova, která je vybudována z kontejnerů jednotné velikosti. Budova je světlá a přívětivá, všudypřítomná bílá barva zdůrazňuje medicínské prostředí. Celkový počet lůžek je 20 a hospitalizovaných pacientů se ošetří za rok 180 s průměrnou dobou pobytu 40 dnů. Vedle toho má klinika ročně i 900 ambulantních pacientů, kteří docházejí do denního stacionáře. Denní paušální úhrada za den pobytu pacienta na lůžku činí 190 eur. Po propuštění z kliniky může pacient v psychosomatické léčbě pokračovat u jednoho z osmi ambulantních psychosomaticky pracujících odborníků města. V městě Görlitz (56 000 obyvatel) pracují v soukromé praxi 4 lékaři v oboru psychosomatická medicína/psychoterapie a 4 psychologové s psychoterapeutickým výcvikem. Nedostatek pacientů nehrozí, průměrná čekací doba na přijetí do jejich péče činí 6–12 měsíců. Pro tuto přechodnou dobu nabízí psychosomatická klinika takzvanou „Nachbetreuungsgruppe“ (tedy něco jako „doléčovací skupinu“), kam pacienti mohou docházet po ukončení hospitalizace.

Na hospitalizovaného pacienta čeká denně pestrý a intenzivní program různých skupinových a individuálních terapií od 8 do 16 nebo 17 h. Každý pacient je zařazen do jedné ze čtyř základních terapeutických skupin: A) somatoformní poruchy, B) strukturální poruchy vlastního já, C) posttraumatické poruchy a D) skupina deprese/anxieta/nutkání. Uvnitř základní skupiny se terapie pro každého pacienta sestavuje individuálně (fokusovaná terapie) a pro každého pacienta ji vede buď psycholog, nebo lékař, ke kterému byl pacient přidělen. Pestrá paleta terapií obsahuje skupinové terapie, pohybové terapie, arteterapii, muzikoterapii, progresivní svalovou relaxaci, autogenní trénink, imaginace, trénink koncentrace, cvičení komunikace, hraní rolí, fyzioterapii, práci na zahradě, venkovní kondiční trénink, Nordic Walking a pravidelné komunitní setkání. Vedle toho má každý pacient i individuální psychoterapii se svým osobním terapeutem, jejíž intenzita se stanoví individuálně podle potřeby pacienta.

Velký význam se přikládá dobré motivaci pacientů. Aby se redukoval počet nedokončených terapií, byl zaveden takzvaný „Vorbereitungsgespräch“ (tedy přípravný rozhovor), ve kterém se již od kolegů odeslaný pacient podrobně dozví, jak terapie na klinice vypadá a co ho čeká. Tento rozhovor, který vede lékař nebo psycholog, trvá 60 minut, a poté má pacient ze strany kliniky naprostou volnost se rozhodnout pro nebo proti hospitalizaci. Zkušenost ukazuje, že do terapie nakonec nastoupí pouze 30–50 % absolventů tohoto rozhovoru. Tato dobrovolná selekce, která plně respektuje subjektivní hodnocení situace pacientem, zaručuje pak lepší spolupráci pacientů během pobytu. Tvoří tak základní předpoklad pro aktivní

spolupráci pacienta, která bývá klíčovým faktorem pro úspěšnou psychosomatickou léčbu.

Vedle na vzájemném respektu založeném vztahu s pacientem klade klinika také velký důraz na dobrou spolupráci s lékaři první linie. Hodně se dbá na pravidelnou vzájemnou komunikaci, která je o to důležitější, že u velké části pacientů není k dispozici hmatatelná organická diagnóza, podle které se somatičtí lékaři obvykle

orientují. V tomto ohledu se terén psychosomatiky zásadně liší od somatických oborů, a proto dr. Rothe tak zdůrazňuje význam péče o vztahový trojúhelník praktický lékař – pacient – psychosomatická klinika. Pravidelná komunikace v tomto trojúhelníku, nejlépe v osobním kontaktu, má zlepšit vzájemné porozumění. Součástí komunikace s lékaři první linie je závěrečná lékařská zpráva, která musí obsahovat jasnou diagnózu a konkrétní návrhy na další léčebný postup.

PSYCHOSOMATICKÁ KLINIKA MEZI INTERNOU A PSYCHIATRIÍ

Psychosomatická medicína se nachází tradičně mezi dvěma velkými obory, mezi interní medicínou a psychiatrií. Jde o specifický prostor, který není jasně definován a o který je nutno neustále pečovat. Jinak zanikne. To je i zkušenost pana dr. Rotheho z Görlitz. Také v Německu existují tendence v rámci šetření nákladů ve zdravotnictví rušit nebo sjednocovat jednotlivá oddělení. Konkrétně je v Görlitz neustále nutné dokazovat, že je třeba zachovat psychosomatiku jako samostatnou entitu a že její integrace do psychiatrie není dobrý nápad. Proč vlastně? Co by psychosomatika ztratila, kdyby se stala součástí psychiatrie? Rothe odpovídá ve více rovinách: Psychosomatičtí pacienti nepovažují sebe sama za psychicky nebo psychiatricky nemocné. Proto je pro ně práh kléčbě na psychiatrii daleko vyšší v porovnání s psychosomatickou klinikou. To znamená, že mnoho psychosomatických pacientů by setrvalo v péči somaticky orientovaných oddělení, která by svými potížemi zahlcovali. Dále je psychiatrie v Německu orientovaná spíše na farmakologickou léčbu a psychoterapie na psychiatrických klinikách hraje podružnou roli. V takových podmínkách by nebylo možné léčit psychosomatické pacienty lege artis, kapacita psychoterapie by nebyla dostatečná. Zatřetí je velmi těžké

mít pod jednou střechou, a hlavně pod jedním vedením pacienty s tak rozdílnou problematikou, jako jsou závislosti, demence, psychózy, pacienty s nutností léčby elektrokonvulzemi nebo nedobrovolným vstupem a k tomu ještě psychoterapii, která vychází z dobrovolné a aktivní spolupráce pacienta. Psychosomatice by se nemohlo dařit dobře v prostředí, ve kterém převládají různorodé koncepce a odlišná teoretická východiska. Kde tedy probíhá hranice mezi psychiatrií a psychosomatikou? Zkušenost z Görlitz ukazuje, že lze vycházet z následujícího rozdělení pacientů dle diagnostických skupin: F0 až F2 do psychiatrie, F3 může obsahovat pacienty pro oba obory, F4 až F5 převážně do psychosomatiky a F6 opět pacienty z obou skupin. Rozumí se, že toto rozvrstvení je pouze hrubým vodítkem, které v individuálním případě může být zcela neplatné.

Pravděpodobně nejlépe lze ovšem hranice psychosomatické medicíny stanovit podle potřeb pacientů. Jací pacienti profitují z existence psychosomatické kliniky? Pro jaké pacienty lze na klinice nabídnout vhodnější a úspěšnější léčbu? Z pohledu internisty je odpověď jednodušší: jde na jedné straně o pacienty se somatoformními poruchami bez

organických nálezů a na straně druhé o pacienty, kteří mají organické poruchy, ale kde jejich stonání je ovlivněno neurotickými nebo úzkostnými postoji. Sečteno a shrnuto, jde o pacienty, kde interní léčba není ani pro pacienty, ani pro internistu uspokojivá. Při delším přetrvávání podobné situace se pak často vztah mezi lékařem a pacientem začne horšit a z pohledu lékaře se pacient stane „komplikovaným“ nebo „špatně spolupracujícím“. V takovou chvíli pak předání pacienta do péče psychosomatické medicíny může být opravdovým vysvobozením pro obě strany. Naopak na psychiatrii posílají internisti spíše pacienty depresivní, suicidální nebo dementní.

Za rok provede psychosomatická klinika zhruba 250 konsilií na jiných klinikách nemocnice. Velkou část z toho právě na interní klinice, kde je poměr psychosomatické vs psychiatrické konsilium 2:1. Další kliniky s větším počtem psychosomatických konsilií jsou neurologická a pediatriká klinika.

Také na psychiatrii je občas provedeno konsilium psychosomatiky. Zde jde převážně o pacienty, kteří somatizují, nebo kteří potřebují intenzivnější psychoterapii (pacienti s úzkostmi, s obsedantně kompulzivní poruchou nebo občas i borderline pacienti). Psychiatrie je v Görlitz zaměřena více na medikamentózní léčbu, možnosti psychoterapie jsou v porovnání s psychosomatickou klinikou o faktor 2 až 3 menší. Souvisí to s tím, že v Německu je psychosomatika tradičně silněji orientovaná na psychoterapii a psychiatrie operuje spíše s farmakologickou léčbou. Takto je rozdíl vnímán i pacienty. A tento aspekt získává čím dál větší váhu, protože časy, kdy se pacient „poslušně“ podvolil doporučení lékaře, jsou tytam. Pacient je dnes vybuzen k aktivnímu spolurozhodování, k aktivní účasti a stále častěji se této výzvy také chopí. Pro některé pacienty je přijatelnější svoje psychické problémy řešit převážně

prostřednictvím farmakologického přístupu, pro jiné je akceptovatelnější psychoterapie. Takoví pacienti by jen stěží souhlasili s hospitalizací na psychiatrii, když přece „nejsou blázní“, a jednoduše by mohli z léčebného procesu vypadnout. Možná by prostě nikam nešli. Tady nabízí psychosomatika vhodnou alternativu. Dle dr. Rotheho by bylo těžké shromáždit plnohodnotně celé široké spektrum psychiatrických, psychických a psychosomatických onemocnění pod jednou střechou.

Psychosomatická klinika tedy vyplňuje velmi specifický a důležitý prostor mezi interní medicínou a psychiatrií pro pacienty, kteří mají tělesné potíže se značným psycho-sociálním kontextem, aniž by šlo o klasické psychiatrické pacienty. Na psychosomatické klinice se jim může poskytnout individualizovaná péče, která bude s těmito souvislostmi pracovat. To, jakým způsobem pacient vnímá svoje onemocnění, co si myslí o své léčbě, je zrovna tak důležité jako léčba sama. Proto je zde bezpodmínečně nutné získat pro vlastní léčbu pacientovu spolupráci. Jestli pacienta se somatoformní poruchou nezískáme pro psychosomatickou léčbu, tak s největší pravděpodobností bude setrávat v bludném kruhu opakovaných somatických vyšetření, která budou buď negativní, nebo (což může lékaře svést na falešnou stopu) hraničně pozitivní. I samotná psychosomatická klinika musí u pacientů překonávat značné předsudky, musí pacientům vysvětlit, co je v klinice čeká, a musí se snažit získat jejich aktivní souhlas a spolupráci. Jde tedy o úplně jiný přístup k pacientovi, než jaký se, často z dobrých důvodů, musí používat u určité části pacientů psychiatrických klinik.

Na závěr bych rád vyslovil přání, aby v budoucnosti také v naší zemi mohlo vzniknout podobné zařízení, jaké mají v blízkém Görlitz. Aby se i u nás vyplnil důležitý prostor mezi internou a psychiatrií, ve kterém se nachází nemalé

množství pacientů bez jasné diagnózy a léčby. Přál bych si, aby tento specifický medicínský obor mohl pracovat v konstruktivním dialogu s těmito obory, ale aby mohl být zároveň na nich nezávislý. Protože jen nezávislost umožní vytvořit a pěstovat odlišný jazyk a přístup, které psychosomaticky stonající pacienti potřebují k svému uzdravení.

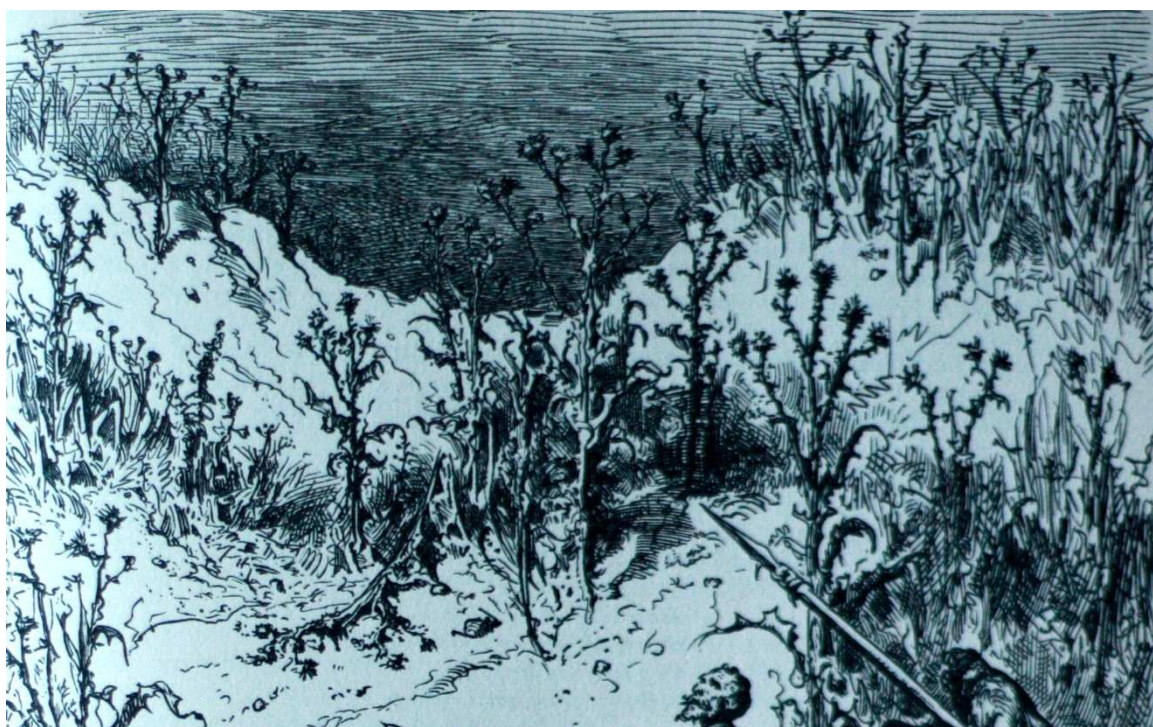


MUDr. Ondřej Masner, srpen 2010

masnerovi@quick.cz

Přijato 30. 8. 2010

Do tisku zařazeno jako zpráva 31. 10. 2010



ELSNER H., KÖLLE H. ET AL.: POUŽITIE SYSTEMICKÝCH KONŠTELÁCIÍ NA PSYCHOSOMATICKEJ KLINIKE

DESAT' ROKOV SYSTEMICKÝCH KONŠTELÁCIÍ NA KLINIKE LAHNHÖHE / NEMECKO

V nemocnici Lahnöhöhe sa používa stávanie rodinných konštelácií už desať rokov ako dôležitá súčasť psychoterapeutického konceptu. Klinika pre psychosomatickú medicínu má 202 posteli financovaných zdravotnými poisťovňami a garantuje, pre túto špecializáciu nezvyčajne veľké spektrum výkonov a ponúk. Systemické konštelácie sa stali niečo ako „Trademark / obchodná značka“ pre Lahnöhöhe a my aj pacienti si túto metódu veľmi ceníme.

Chceme sa podeliť o naše skúsenosti s integráciou a statusom konštelačnej práce v každodennom živote našej nemocnice. Čo bolo podporujúce a proti akému odporu sa nám to podarilo. Popisujeme terajší „setting“ konštelačnej práce, jej zapojenie a jej účinok v terapeutickom celku.

Týmto článkom chceme dodať odvalu aj iným klinicky pôsobiacim kolegom a kolegyniam k použitiu tohto spôsobu

práce. Článok nemá byť vedeckým príspevkom, ale podnetom k osobnému vnímaniu a zároveň silným impulzom k častým predsudkom a skresleniam voči tomuto spôsobu terapeutickému.

Keďže systemické konštelácie boli vyvinuté a používané zástupcami rozličných teoretických škôl, ani vysvetlenie nemôže byť jednotné. Jedná sa tu o techniku, ktorá integruje rozličné metódy a ktorá sa dá použiť v rozmanitých kontextoch. Naši učitelia Gunthard Weber, Albrecht Mahr, Otto Brink, Jakob Schneider boli pioniermi tejto metódy. Hoci dávali pozor, aby prístup neohrozili „teoretickými špekuláciami“, boli zároveň otvorení voči diskusii o kompatibilite, so zástupcami rozličných uznávaných, teoreticky podložených metód. Oddelovali osobné vysvetlenia od slobodného metodického – fenomenologicky orientovaného výcviku a šírenia konštelačnej práce v rozličných kontextoch.

ÚVOD A VÝVOJ METÓDY

V priebehu poslednej dekády sa konštelačná práca stala pevnou súčasťou multimodálneho konceptu našej psychosomatickej kliniky. Počas tejto doby prekonala „pôrodné bolesti“ a pochybnosti, vyrovnávala sa s odporom a bola znovucenená zo strany podieľajúcich sa spolupracovníkov, pacientov a príbuzných, kým zastala svoje primárne miesto.

Rozlišujeme tri fázy:

1. Úvodná fáza: „Experimenty“ s medzerou v potrebách na hraniciach odporu (1994–2000).

Viacerí lekári našej kliniky zažili systemické konštelácie ako súčasť

ďalšieho vzdelávania a boli nadšení. Traja primári a jedna skúsená vedúca oddelenia sa rozhodli pre výcvik u Guntharda Webera, ktorý začal vo februári 1999.

Seminár systemických konštelácií, ktorý viedol Guntharda Weber v novembri 1998 urobil silný dojem na mnohých interných spolupracovníkov aj hostí z vonku. Vtedajší šéflekár ale zostal skeptický. Kritizoval, že rodina a klan boli oveľa silnejšie hodnotené ako sloboda a jedinečnosť individua. Z toho vzniklo niekoľko kritických diskusií o metóde, pričom boli vyslovené dôležité pochybnosti ako napr.:

- Strach pred vznikom afektívnych skupinových reakcií v zmysle destabilizácie; senzitivni pacienti by mohli byť nedostatočne chránení pred kontamináciami v cudzích roliach.
- Terapeut môže na základe svojho ranku definovať a má tým väčšiu možnosť manipulácie.
- Archaické, patriarchálne, klanové poriadky zabraňujú individuácii.
- Pacienti môžu obísť bolestnejšie seba-konfrontácie pomocou riešiacich drám.
- Obrovské neurotické očakávania sú podporované.
- Pacientom sú ponúkané špekulácie okolo ich rodinnej histórie.

Napriek týmto úvahám súhlasil šéflekár s tým, aby jeho skúsení spolupracovníci začali využívať túto metódu v nemocnici. Najprv bežali dve, neskôr tri skupiny pre 8 oddelení. Niektorí pacienti menili samovoľne skupiny (konštelačný turizmus), porovnávali štýly, vymieňali si tipy, čo vytváralo tlak na lekárov, ktorí viedli konštelácie a ktorí práve hľadali svoj vlastný štýl. Viedlo to medzi nimi aj k vzniku konkurenčných pocitov.

Na začiatku bolo viac odporu zo strany koterapeuticky pracujúcich ošetrovateľov/ošetrovateliek a arteterapeutov. Keďže pacienti boli často po konšteláciach emocionálne dotknutí, niekedy „labilní“, museli byť ošetrovacím a terapeutickým personálom viac opatrovaní. Arteterapeutky sa hneď po konšteláciach citili nutené „upratovať“ a nemohli pokračovať vo svojich primárnych povinnostiach a v predošlých terapeutických procesoch.

2. Diferenciačná fáza: konceptualizácia – špecializácia – koordinácia (2004–2007)

Nový šéflekár, zvolený zo spolupracovníkov, absolvoval výcvik systemických konštelácií v Inštitúte pre Systemickú Terapiu, Wiesloch (WISL). Systemicky podporoval šírenie konštelačnej práce a integroval ju do konceptu kliniky. Metóda sa šírila a mnohí spolupracovníci kliniky ju zažili. Všetci pacienti boli brožúrou informovaní o tomto prístupe, metóda bola napojená na iné terapeutické postupy a výsledky boli bežne komunikované v terapeutických tímoch. Ponuka sa rozšírila, metóda znormálnila a konkurencia zmenšila. Vyvíjali sa štandardné pravidlá pre konštelačnú prácu. Zároveň sa vyvíjali aj naďalej rozličné osobne štýly a boli vnímané ako obohatenie, pričom porovnávaná zo strany pacientov či terapeutov sa postupne oslabovali. Ponuky sa diferencovali na konštelačné skupiny na oddeleniach a na skupiny spoločné pre viac oddelení.

3. Integračná fáza: prepojenie – spätná väzba – sebaorganizácia (od 2008)

Vedenie kliniky je dnes presvedčené, že systemické konštelácie patria do rúk skúsených psychoterapeutiek/-tov, že to teda nie je metóda pre začiatočníkov. Doteraz prešlo 8 lekárov výcvikom WISL, zčasti za finančnej podpory kliniky, dvaja ďalší práve výcvik začali. Aktuálne využívajú tento prístup na našej klinike štyria primári, jeden vedúci oddelenia a jedna psychologička, a to podľa pevného rozvrhu.

Intervízna skupina bola založená pre výmenu skúseností a integráciu začínajúcich terapeutiek/-tov stavajúcich systemické konštelácie. Pre začiatočníkov sa ukázalo byť vyhodným, aby nielen zastupovali skúsenejších kolegov, ale aby aj viedli vlastnú skupinu – pričom niektorým pomáha prítomnosť

skúsenejšieho kolegu, iní si cenia samostatnú prácu bez pozorovania. Teraz máme dost kolegýň a kolegov, takže všetky skupiny môžu pokračovať bez prerušenia aj počas prázdnin. Rodinné konštelácie sú v súčasnosti cenené v rámci ich možností a našli

patričné miesto v celkovom koncepte kliniky. Pacienti necítia tlak musieť si postaviť konšteláciu počas ich pobytu na klinike, ale majú na to väčšie možnosti. Prepojenie s inými terapiami je stále precíznejšie a špecifickejšie.

„SETTING“ KONŠTELAČNEJ PRÁCE V NEMOCNICI LAHNHÖHE

Zaradenie konšteláčnej práce do konceptu kliniky

Konštelácie sú súčasťou multimodálneho terapeutického konceptu. K nášmu štandardu patria individuálne posedenia, terapeutické sebaopoznávacie skupiny (2× týždenne), v ktorých sa môžu aplikovať minikonštelácie, body-terapia i kreatívne terapeutické skupiny. Ďalej komunity na oddeleniach, psychoedukácia, relaxačné cvičenia a množstvo fyzikálnych prístupov, naturálna medicína a terapia a samozrejme homeopatická, fyzioterapeutická a anthropozofická terapia.

Terapeutická komunita žije aj vďaka voľným ponukám: otvorené ateliéry, kurzy Feldenkrais techniky, koncerty a prednášky po večeroch a cez víkendy.

Zvláštny efekt vzniká z množstva metód a ich spojenia.

Z časti môžeme pozorovať na rozličných terapeutických rovinách synchronne vzorce a tým s nimi efektívnejšie zaobchádzať.

Koterapeuti teraz lepšie vnímajú, čo by pacienti mohli potrebovať, keď prídu po konšteláciach a môžu tak ponúkať arteterapeutické intervencie pre upevnenie a uvoľnenie a zároveň podporovať otvorenie u tých, ktorí sú uzavretí.

Psychoterapeutky/-ti spracovávajú konštelácie verbálne až o deň neskôr, aby proces zostal skôr v rovine obrazov a mal dosť času pôsobiť ďalej.

Indikácie

Už v úvodnom rozhovore so zodpovedným terapeutom (čo môže byť lekárka alebo psychológ) sú pacienti informovaní o systemických konšteláciach a pri plánovaní terapie sa spolu s pacientom rozhoduje, či by bolo dobre ho prihlásiť do konšteláčnej skupiny. Pritom zostáva účasť v tejto skupine tak isto dobrovoľná ako je aj dobrovoľné rozhodnutie prebrať rolu v cudzej konštelácii alebo si postaviť vlastnú.

Na rozličných staniach sú iné percenta pacientov, ktorí sú prihlásení do konšteláčnych skupín. Kým na jednej stanici je prihlásených 30 %, na iných je prihlásených 90 %.

Výnimkou sú pacienti/ky,

- ktorí sú príliš labilní, napr. v rámci disociačnej resp. traumatickej poruchy, ktorí sú inými pacientmi rýchlo aktivovaní,
- ktorí sú málo schopní regulovať svoju emocionalitu a sú rýchlo emočne preťažení,
- ktorí nesú cudzie utrpenie za druhých, ktorí sa nedostatočne

dištancujú, takže by boli po konšteláciách zaťaženi.

Informácie pre pacientov

Na začiatku hospitalizácie dostanú pacienti informačnú brožúru a pri privítaní ich oboznámi šéflekár zo špeciálnymi aspektmi konštelačnej práce. Aj na staničnom zhromaždení, v psychoedukatívnych skupinách a v samotnej konštelačnej skupine sa podávajú informácie a zodpovedajú otázky o systemických konšteláciách.

Všeobecne je jednoduché motivovať pacientov pre konštelačnú skupinu.

Niektorým pacientom ťažšie padne vžiť sa do role zástupcu, a síce tým, ktorí ťažšie chápu psychosomatické pozadie svojich ťažkostí a chýba im schopnosť vcítienia sa do somatického prežívania.

Konštelačné skupiny

Na začiatku sme mali dve konštelačné skupiny s 30–50 účastníkmi, ktoré sa stretávali 2–4× týždenne. Teraz máme 5 skupín, ktoré pracujú s 20–35 účastníkmi 2× týždenne po 90 min.

To znamená, že pri 180 naplnených posteliach sa podieľa 2/3 pacientov na konštelačnej práci. Tri z týchto skupín sa realizujú na oddeleniach, t.z. že vedúci

oddelenia vedie aj skupinu rodinných konštelácii. Štvrtá skupina má pacientky/-tov z ďalších troch oddelení, ktorí do nej chodia kontinuálne počas 4–5 týždňov hospitalizácie. Číže je to otvorená skupina, v ktorej obrat klientov zodpovedá obratu pacientov v nemocnici. Tým sa znižuje pocit dôvery v porovnaní so zatvorenými skupinami. No jadro „zapracovaných“ pacientov/-tiiek to zachytí. Noví pacienti sa môžu orientovať pomocou skúsenejších pacientov a ich pozorného pôsobenia a krok za krokom sa vžívajú do skupiny.

Piata skupina je otvorená pre všetkých pacientov celej kliniky a prebieha v piatok a v sobotu (trvá cca 3 h). Tu môžu stavať pacienti, ktorí nemôžu navštevovať konštelačné skupiny,

alebo tam nemohli postaviť svoju konšteláciu. (Pozn. prekladateľa: Ide o pacientov, ktorým napr. z dôvodu traumatizácie nebola konštelačná skupina doporučená. V priebehu liečby sa posilnili zdroje a ich postoj a pripravenosť sa zmenili. V tomto okamihu je možné zúčastniť sa systemickej konštelácie a získať nový obraz.) V tejto skupine vzniká zvláštna hĺbka a intenzita procesu. Dôvody sú uzavretosť skupiny, intenzita práce počas dlhšieho času a noc pre bezprostredné spracovanie zážitkov na hlboké úrovni.

AKO ZAOBCHÁDZAME S KONŠTELAČNOU PRÁCOU

Kto: výber klientiek/-tov

Máme veľa ponúk a zostáva témou, kto z viacerých záujemcov postaví svoju konšteláciu. Prístupy sú rozdielne, tak ako sú rozdielni vedúci konštelácii. Jedni rozhodujú intuitívne pred stavaním, iní vedú poradovníky a rozhodujú dopredu.

Na dvoch oddeleniach sa rozhoduje na tímových schôdkach spoločne, s inými terapeutkami/terapeutmi angažovanými v terapeutickom procese, s ošetrovateľmi/ošetrovatľkami, na porade vedúcich lekárov oddelenia deň až dva dopredu. Často sa podieľa aj zodpovedný terapeut na konštelácii. Za

týchto podmienok vedúci konštelácie (terapeut/-ka) informuje terapeutický a ošetrovateľský tím ešte v ten istý deň o dôležitých aspektoch konštelácie.

Predpoklad výberu pre konšteláciu je nutnosť, aby sa vedúci konštelácie mohol spojiť so zákazkou klienta, aby v nej cítil silu a vážnosť.

Niektorí pacienti si sľubujú od konštelácie veľké zmeny/prelom, kým v iných terapeutických metódach ukazujú menej angažovanosti a ochoty vnútornej práce. Iní zase očakávajú od konštelácií veštbu, ktorá im doplní chýbajúce časti puzzle pre ich biografiu alebo pre otázku „prečo“ bez toho, že by boli ochotní sa naozaj zmeniť. Niekedy je silne vnímateľný odpor voči terapeutickým krokom („áno, ale“).

Neodporúčame stavať konšteláciu, keď nie je dostatok stability pre konfrontáciu s traumatickými skúsenosťami.

Máme ťažkosti s výberom pacientov pre víkendové skupiny. Majú zvláštnu pozíciu pre ich dĺžku (dva krát tri hodiny) a zriedkavosť (tým, že sú asi raz za mesiac) a často sú používané ako posledná možnosť stavania konštelácie. Očakávania pacientov sú zvýšené aj pre veľkosť týchto skupín. O to dôležitejšia je sensibilizácia pred skupinou.

Kedy: vhodný moment pre konšteláciu

Dnes vieme, že konštelácia by mala byť ideálne postavená po určitom prípravnom nahriatí a s možnosťou dozretia, po pohovore a možnosti dopracovania konštelácie práce v klinickom kontexte. Časom sa nám podarilo primerane a efektívne zaobchádzať aj s ťažšími traumami.

V praxi sa osvedčil predposledný a posledný týždeň hospitalizácie, ako

vhodný čas. Vďaka mnohostrannej terapeutickému ponuke našej kliniky, pacientov proces kognitívne, emocionálne a telesne dozrel a on je schopný sa sústrediť. Takže konštelácia niekedy obohatí jeho vnútorný proces o kvantitatívny skok.

Väčšina pacientov má dobré sebavnímanie pre správny okamih stavania konštelácie. Terapeutky/ti to väčšinou zistia počas interview. K tomu je potrebná vnímavosť, šikovnosť a skúsenosť pri vedení rozhovorov, kvality vyvinuté v priebehu práce. Rozhovory k objasneniu cieľov a zákazky sa uskutočňujú väčšinou v skupine, zriedka aj individuálne.

Cvičenie, ako vyvinúť zmysel pre správny okamih: „Vnímaj, kedy je tvoja otázka dosť silná a kedy máš správnu otázku. Keď máš otázku, tak je v poriadku, keď je zrazu zase všetko zmätené. Tvoja vnútorná otázka je to jediné, na čo sa môžeš orientovať.“

Rilke k tomu napísal: „...prosím Vás o trpezlivosť voči všetkému nevyriešenému vo Vašom srdci a skúste mať rád/a svoje otázky. Neskúmajte teraz odpovede, ktoré Vám nemôžu byť dané, lebo ich nemôžete žiť. A ide o to všetko žiť. Teraz je čas otázok. Možno sa potom pomaly, bez toho že by ste to zbadal/a, vžijete do odpovedí...“

Čo: témy konštelácii a metódy

Najčastejšou témou systemických konštelácií sú pôvodné rodiny. Na druhom mieste sú otázky týkajúce sa súčasnej rodiny, časté sú témy okolo hroziacich alebo konajúcich sa rozchodov, zmiešané rodiny a vzťahové problémy s vlastnými deťmi. Už dlhšie používame konštelácie vnútorného javiska, na ktorom sa znázorňujú pocity, symptómy chorôb, vnútorné dieťa, ciele, vyššie Self. Táto forma bola ovplyvnená

prácou s vnútorným dieťaťom podľa Luisy Reddemannovej a Inner Family System (IFS), podľa Richarda Schwartza. Zriedkavejšie používame iné formy systemických konstelácií ako Tetralemma podľa Matthias Varga von Kibéd alebo konstelácie organizácií.

Špeciálne podmienky pre následky traumy

V Lahnhöfскеj nemocnici sa nachádzali odjakživa ľudia, ktorí trpeli na komplexné posttraumatické poruchy (PTBS). Nezriedka stanovíme túto diagnózu až tu, keď prezrieme naraz všetky chronifikované symptómy a diagnózy a zistíme, že spĺňajú kritéria PTBS alebo nejakej konzekventnej poruchy. Z tohto dôvodu sme prispôbovali klasicky setting. Pritom nám pomáhali hlavne práca Luisy Reddemannovej a Richarda Schwartza.

V normálnom settingu konstelácie sa zástupcovia v roliach dostávajú často do regresie a vedia prekvapivo presne odpovedať na otázku, aký starý sa práve cítia, čo je väčšinou kontrolovateľné pomocou vegetatívnych symptómov, reči a správania. Keď sa tieto „ešte nedospelé“ časti z osoby „vystavia von“, čiže sa pristaví zástupca/-kyňa tohto dieťaťa, zostáva často stabilné jadro, dospelá časť, ktorá dokáže vnímať a často má jasné kvality. U ľudí trpiacich následkami traumy je veľké nebezpečenstvo retraumatizácie pri priamej konfrontácii s páchatel'ami, ktorí väčšinou patria do tej istej rodiny. A konstelácie „páchatel' – obeť“ priniesli metóde veľa kritiky. Týmto osobám navrhujeme často konsteláciu vnútornej rodiny – je veľmi liečiaca a hojivá. Takto je možné pomocou práce s Vnútorným Dieťaťom vrstvu za vrstvou oslobodzovať

veľmi zaťažené časti z minulých zaťažení. Integrovať, dodať im rodičovskú podporu, vysvetliť, čo treba objaviť, ochrániť, ako im znovu veriť a s nimi spolupítiť. Tak sa im môže pomôcť k modelu skúsenosti: „Teraz si viem sám/a pomôcť“ – to pomáha byť nezávislým od vonkajších inšancií.

Dokonca introjekty páchatela môžu takto dostať novú rolu, pričom sa im uzná, že pomáhali pri prežití a dostanú novú úlohu vo viac kontrolovanej pozícii. Mnohí postihnutí traumou majú takto po prvý krát emocionálny prístup a možno aj predstavu ďalšej možnej terapie. Teraz vedia, že to ide a ako to ide, bez toho, že by si mysleli, že je ich terapeutická práca už dokončená. Je dôležité nemusieť sa identifikovať s diagnózami, symptómami alebo stavmi, ktoré sú vyvolávané časťami osobnosti, ktoré nás nakazia neudržateľnými pocitmi, ktoré sú práve spustené, a preto je nutné môcť konať tu a teraz a mať pozitívne skúsenosti.

Niekedy sa stavia u traumatizovaných pacientov aj traumatizujúci systém pôvodnej rodiny. V predchádzajúcom rozhovore je nutné zistiť, či je pacient/ka dosť stabilná/y a aké zdroje stoja k dispozícii. Tie sa potom môžu ev. tiež postaviť do konstelácie. Pre pacientky/tov, ktoré/í ďaleko pokročili so spracovaním ich traumy, môže byť konstelácia uzatvárajúci rituál.

Môže sa stať, že sa až počas konstelácie objavia signály sexuálneho abúzu, ktorý bol predtým neznámy. Práve vtedy je dôležité okamžite pristaviť zdravú dospelú časť, ktorá zoberie detskú časť najprv do bezpečia a ďaleko od páchatel'a. S týmto odstupom sa môže potom poukazať na rozdiely v zodpovednosti medzi dospelým páchatel'om a dieťaťom ako obeťou.

Niekedy je nutne znázorniť silu prežitia a

iné zdroje.

HODNOTA A PÔSOBENIE RODINNYCH KONSTELACII V KLINICKOM SETTINGU

Hodnota konštelačnej práce v našej klinike

Pôvodne prírodne liečiteľsky založený koncept našej kliniky bol v 80-tych rokoch rozšírený o hlbinne psychologickú terapiu podľa C. G. Junga a v 90-tych rokoch o anthroposofickú biografickú prácu. Terapeutická práca sa venovala viacerým oblastiam od individuálnych možností pôsobenia cez zapletenie do pôvodnej rodiny až k osudovým skúsenostiam. Týmto a osobným a profesionálnym vývojom konštelačných terapeutiek/-tov sme boli v 1999 dobre pripravení k použitiu konštelačnej práce.

Systemická konštelačná práca je jednoduchý pracovný nástroj použiteľný v rozličných teoretických konceptoch. Používame ju v systemickom, kognitívne-behaviorálnom, psychodynamickom, ako aj schematerapeutickom kontexte bez námietok. Podmienkou je, že terapeuti/-ky sú kvalifikované/ní jednak v ich základnej terapeutickú metóde ako aj v systemických konšteláciách a používajú konštelácie v duchu ich metódy.

Je dôležité sa zmieniť, že konštelačná práca nenahradzuje, resp. neskracuje pôvodnú terapeutickú prácu. Ide skôr o zahustenie, ktoré je umožnené predošlou terapeutickou prácou a môže byť použité v ďalšom terapeutickom procese.

V tomto zmysle to je metóda, ktorá umožňuje externalizovať vnútorné obrazy, uvoľniť zviazané duševné

energie, zdroje, kompetencie, sebaschopnosti a lásku.

Rodinné konštelácie ako „biografická práca“

Pre nás a stala konštelačná práca klinicky použiteľnou pomôckou, ako si môžu pacienti počas ich pobytu, čiže počas asi 4-tyždňového vzťahu medzi nemocnicou, spolupacientmi/-kami vnímateľne zažiť zmeny svojej biografie. Rodinné či systemické konštelácie vytvárajú možnosť „kondenzovanej biografickej práce“, pri ktorej je možné zviditeľniť osobné duševné obrazy v zdanlivo danej životnej situácii pomocou externalizovaného, racionálneho obrazu. Vzťahy, ktoré sú cítené vo vlastnom srdci, sú pomocou konštelácie prežívané v priestore vytvárajúceho sa pola a pomocou dialógov môžu byť použité pre získanie ďalších informácií.

Takto sa zviditeľnia dôležité vzťahy k žijúcim či mŕtvym osobám, k vnútorným častiam, k životným a duchovným silám, k pocitu zaopatrenia vo vnútorných aj vonkajších pomocných systémoch. Rozdiely vo vnímaní dávajú podnet k možným novým perspektívam. Dotknú sa túžieb za dobrými riešeniami a keď sú robené so súcitom, tak sú terapeuti aj klienti silne emočne angažovaní a spolucítia otrasný životný osud protagonistu. Afekty (silné emocie) vznikajúce v konšteláciách pôsobia katarticky a nemajú zámer. Nejde o „robené pocity“ ale o „oslobodené pocity“. Objaví sa to, čo je zásadne možné.

Nedá sa teda rozprávať o manipulatívnom, sugestívnom, osud či vývoj terapie ovplyvňujúcom či deformujúcom prístupe. Uvoľnia sa jednoducho časti, ktoré v minulosti pôsobili zo zapletenia, uzavretia do vnútra, alebo ako sebaklam. Pritom je dôležité, že táto pozvánka k lepším riešeniam, s možnosťou sebaurčujúceho života je spojená so svedectvom skupiny, ktorou je konšteláčny proces držaný pokope.

Vedľajšie účinky a dôsledky

Pre nás je konšteláčna práca zvlášť cenná pre jej schopnosti aktivácie zážitkov. Popri psychoedukácii, individuálnych posedeniach a sebaopoznávacích skupinách umožňujú konšteláčne skupiny vďaka reprezentácii dávnych alebo aktuálnych dôležitých osôb priamy emocionálny prístup k patričným vzťahovým afektom: smútok, intenzívna bolesť, zúrivosť, osamelosť, bezmocnosť. Celé spektrum potláčaných pocitov môže byť priamo prežívané. Tak isto intenzívne sú prežívané aj pocity radosti a lásky, keď príde k riešeniu.

K tomuto nie sú nutné žiadne veľké vysvetlenia z našej strany. Pacienti v tejto klíme pozorne a milo zaobchádzajú s týmito „dotykmi“

POSTOJA PERSPEKTÍVA

Zobrazovacia metóda

Nedá sa dostatočne doceniť zobrazenie komplexných vzťahov v systémoch, ako sa nikdy nedajú znázorniť v jednotlivých posedeniach. To sa týka aj perspektívy viacerých generácií a iných tém, ako transgeneračne podávané problémy, význam zabudnutých/vyčlenených členov rodiny ako skoro zomreté či

a reagujú skôr oslobodzujúco, keď sú zmeny konečne zmysluplne prežívané a nie len kognitívne pripravované. Osvedčilo sa pacientov pripravovať krátkou meditáciou na zvýšenie koncentrácie v úvode stretnutia. Na konci konštelácii podporujeme vystúpenie z role pomocou gestiky. Okrem toho upozorňujeme pacientov, aby svoje skúsenosti chránili a nerozptyľovali následnou príliš silnou aktivitou, či rozhovormi o svojich zážitkoch. Tým, ktorí postavili svoju konšteláciu, sa ponúka na druhý deň možnosť 10–15 min. rozhovoru s terapeutom, ktorý konšteláciu viedol. Okrem toho dbáme, aby informácie prúdili medzi všetkými osobami, ktoré sa na terapii dotýčajú pacientky/ -ta podieľajú, aby ich mohli podľa potreby medzi sebou prediskutovať.

Význam pre terapeutickú komunitu

Intenzívne emocionálne procesy v konšteláciách pôsobia jednak na jedinca, jednak na skupinu. Hlboké spoločné prežívanie osudov a životných situácií iných, vnímanie záťaží a spoločné vypracovávanie riešení, pri ktorých často vzniká blízkosť, a objatia prinášajú skupine pocit zblíženia a hĺbky. To podporuje vznik terapeutického komunity.

potratené deti, alebo neskoré dopady vojny, totality, vyhnaní či vysťahovania a podobné aspekty. Tie poznajú všetci, čo pracujú so systemickými konšteláciami. Týmto je táto metóda nenahraditeľnou súčasťou všetkých ostatných terapeutických možností používaných v našej nemocnici.

Orientovanie na riešenie

Systemické konštelácie sú metóda orientovaná na riešenie. Klient je už v úvodnom rozhovore vedený z problémového tranzu k pohľadu na možné riešenia. Tu spájame konštelácie s hypnosystemickými myšlienkami. A samozrejme hľadáme stále zdroje, ktoré boli zabudnuté, alebo nie sú dostatočne docenené a použité, ktoré driemajú neznáme v systéme či v ľuďoch a ktoré pomáhali a pomáhajú zvládať minulosť a prítomnosť.

Obrazy riešenia (na konci konštelácie pozn. prekl.) obsahujú pocit zhodnosti, v ktorej systéme s jeho zapleteniami a aj dobrými stranami rozumieme a ceníme si ho, pričom sme v kontakte so svojou silou a svojimi zdrojmi a vnímame svoju cestu životom znovu otvorenú a zmysluplnú – celkom v zmysle salutogenézy podľa Antonovského.

Cesty vývoja

Konštelačná práca podporuje proces vývoja - od pohľadu dieťaťa na rodičov so všetkými nesplnenými túžbami, trpkosťou nad nespravodlivosťou, k dospelému, zrelému pochopeniu zapletení a prebratiu vlastnej, dospeljej zodpovednosti. Tu sa kríži práca s vnútorným dieťaťom a systemická práca

s vnútornou rodinou, kde Self preberá vedenie smerom k starostlivosti o seba. Obidva koncepty pozitívne ovplyvnili prácu v klinike Lahnhöhe.

Duchovná dimenzia

Opakovane sa objavujú duchovné elementy v konšteláciach. Práve v rodinných systémoch, kde ide o násilie, závislosti, zneužitie alebo ťažké zanedbávanie, kde sa zdanlivo nenájdu žiadne pozitívne zdroje, práve tam sa opakovane objaví vnútorna sila, jadro, ktoré zostalo zázrakom nezranené a ktorému sa podarilo tohto jedinca udržať. Vyššie sily, ktoré ho chránili a viedli cez ťažké časy, sú viditeľné. V určitých momentoch je celá skupina otrasená alebo hlboko dojatá, keď sa zapletenia môžu rozplieť a láska znovu prúdi, keď sa priestor zase otvorí a všetci vnímajú pôsobenie Veľkej Moci ako vánok z duchovného sveta.

Vieme, že toto nemôže byť vyrobené terapeutmi, ale že to vzniká bez nášho vplyvu.

Tieto skúsenosti zodpovedajú tradícii anthroposofického duchovného postoja a aj humanistickej psychoterapie v našej klinike a je pre nás veľmi dôležité vytvoriť priestor, kde môžu byť použité a ďalej vyvíjané.

Ďakujeme za spoluautorstvo: pani Dr. med. Christine Eick, pani dipl. oek. Antje Weidling, p. Dr. med. Bernd Karcher

Autoři:

Dr. med. Henning Elsner, 1954, špeciálny lekár pre všeobecnú medicínu, homeopatiu, prírodnú medicínu, psychosomatickú medicínu a psychoterapiu. Terapeut pre deti a mládež. Uznanie pre anthroposofickú medicínu. Od 1984 pracuje v nemocnici Lahnhöhe, Lahnstein, od 2005 ako šéflekár. Od 1988 povolenie zdravotných poisťovní pre vlastnú psychoterapeutickú prax. Vzdelania: hypnóza, autogénny tréning, EMDR, KBT, systemická terapia (SG), systemické konštelácie (Gunthard Weber); psychotraumatológia (Reddemann, Sachse, Fricke), biografická práca (Gudrun Burkhardt); vedúci Balintovských skupín, supervízor. www.klinik-lahnhoeh.de

Hannes Kölle, 1951, špeciálny lekár pre všeobecnú medicínu, homeopatiu, prírodnú medicínu, psychosomatickú medicínu a psychoterapiu. Od 1987 pracuje v nemocnici Lahnhöhe, Lahnstein, od 1994 ako vedúci lekár. Od 1994 psychoterapeut vo vlastnej praxi. Vzdelania: systemické konštelácie (Gunthard Weber), Gestalt (H. Heidl), Casriel (I.Gerstenberg), integratívna „body-psychoterapia“ (H.Beaumont, G.Rogers, G.Matlock), traumatoterapia (L.Reddemann), EMDR. www.hannes-koelle.de

Literatúra

Systemické konštelácie

1. Jakob R Schneider, Gunthard Weber, und Colleen Beaumont: [Family Constellations: Basic Principles and Procedures](#), Carl Auer Verlag
2. Jakob Robert Schneider, et al.: [Ach wie gut, dass ich es weiß: Märchen und andere Geschichten in der systemisch-phänomenologischen Therapie](#), Carl Auer Verlag
3. Matthias Varga von Kibéd & Insa Sparrer: Ganz im Gegenteil: Tetralemmaarbeit und andere Grundformen Systemischer Strukturaufstellungen – für Querdenker und solche, die es werden wollen, Carl Auer
4. Insa Sparrer: Wunder, Lösung und System. Lösungsfokussierte Systemische Strukturaufstellungen für Therapie und Organisationsberatung, Carl Auer



Psychotraumatológia

1. Luise Reddemann: [Eine Reise von 1000 Meilen beginnt mit dem ersten Schritt: Seelische Kräfte entwickeln und fördern \(HERDER spektrum\)](#)
2. [Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie: PITT – das Manual \(Leben Lernen 167\)](#)
3. Posttraumatische Belastungsstörung: Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie (MPTT) und Psychodynamisch-Imag... Traumatherapie (PITT)
4. Imagination als heilsame Kraft – Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren
5. Trauma: Folgen erkennen, überwinden und an ihnen wachsen
6. Dem inneren Kind begegnen. Hör-CD mit ressourcenorientierten Übungen
7. Systém vnútornej rodiny
8. Richard C. Schwartz: [IFS Das System der Inneren Familie: Ein Weg zu mehr Selbstführung](#)
9. Richard C. Schwartz, et al.: [Systemische Therapie mit der inneren Familie](#)



„Schema“ terapia

1. Jeffrey E. Young, Marjorie E. Weishaar, und Janet S. Klosko : [Schema Therapy: A Practitioner's Guide](#), Guilford Publ
2. Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko, Aaron T. Beck: [Reinventing Your Life: The Breakthrough Program to End Negative Behavior...and Feel Great Again: How to Break Free from Negative Life Patterns](#), Plume Publ.
3. Eckhard Roediger: „Praxis der Schematherapie“. Schattauer Verlag Stuttgart

Biografická práca

1. Gudrun Burkhard: Schlüsselfragen zur Biographie: Ein Arbeitsbuch
2. [Das Leben in die Hand nehmen: Arbeit an der eigenen Biographie](#)

Body - psychotherapy

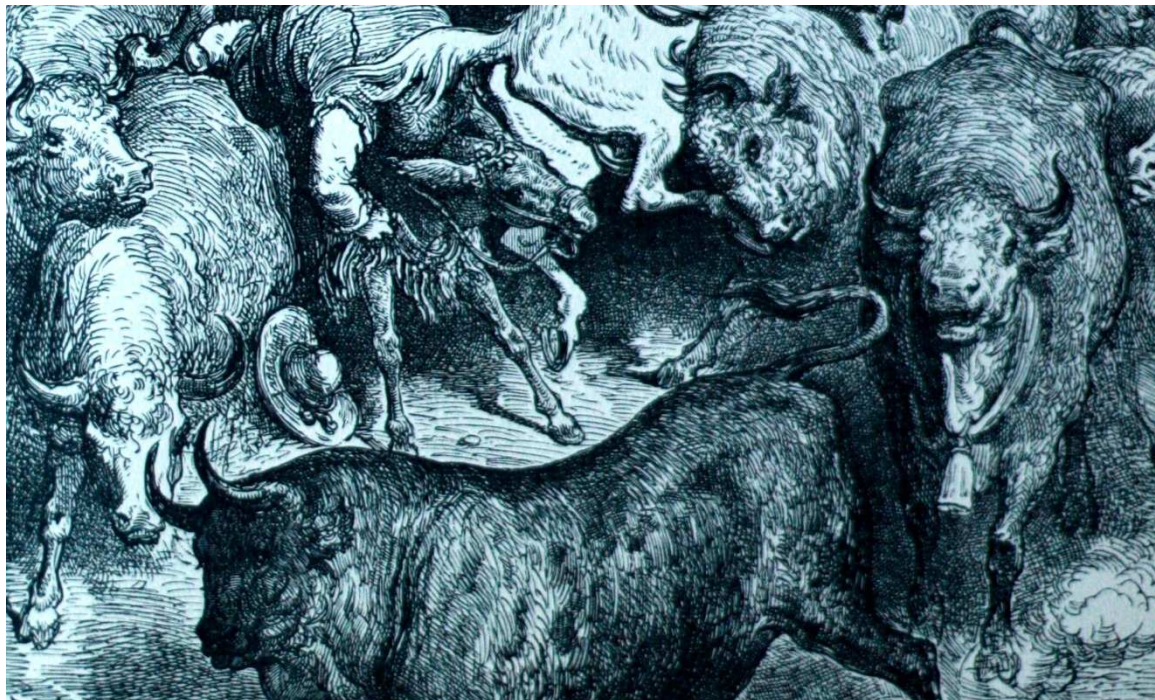
1. Gustl Marlock, et al.: [Handbuch der Körperpsychotherapie](#), Schattauer Verlag

Překlad MUDr. Ivan Verný, Fachartz für Psychoterapie und Psychiatrie, Curych, se svolením autorů

Do redakce přišlo 17. 8. 2010

Zařazeno do tisku 31. 10. 2010

GLOSA



HONZÁK R.: DŮVĚŘIVOST JE ZNÁMKOU VYSOKÉ SOCIÁLNÍ INTELLIGENCE

Důvěra začíná tam, kde končí jednoduchá predikce.

A. Weigert

Pollyanna byla hrdinka dětské knížky (Eleanor Hodgmanová-Porterová, vyšlo 1913) kterou její laskavý otec naučil nacházet na všem, ale úplně na všem, jen ty dobré stránky. Na rozdíl od malého Smolíka (Stephen Leacock), který se neuměl radovat z kaučukových límečků od Ježíška, Pollyanně nad berlemi, které při téže příležitosti dostala místo kýžené panenky, vyhrkly slzy dojetí až z uší. Její jméno se časem stalo označením pro optimistické naivky na stupni blběny.

Nancy Carterová a Mark Weber z Toronta však dokazují, že důvěra k druhým lidem, pokud nedosahuje zmíněné úrovně, se vyplácí a že přináší

výhody. Navazují v této oblasti na mnohaleté výzkumy, které však podle jejich mínění byly spíše spekulativní a postrádaly tvrdá data, která naopak oni v provedeném pokusu předkládají.

Své experimenty postavili na výchozím předpokladu, že osoby s vyšší úrovní důvěry k druhým budou lepšími odhadci lží a lhářů („lie-detectors“) než osoby apriorně nedůvěřivé. Protože tato úvaha se jeví na první pohled nepravděpodobná, k ověření svého východiska předložili v první fázi projektu její řešení 46 studentům MBA. V simulovaném scénáři popsali nejdříve špatnou situaci ve firmě způsobenou

nesprávnou personální politikou s výběrem nekvalitních, nespolehlivých a prolhaných zaměstnanců, a pak nechali studenty vybrat mezi dvěma virtuálními kandidáty na příští personalisty; jeden byl důvěřivý, druhý nedůvěřivý. Celkem 85 % respondentů zvolilo toho až přehnaně skeptického. Tím byl potvrzen předpoklad, že lidé jsou na rozdíl od nich přesvědčeni, že nedůvěřiví skeptici umí lépe odhadnout lež. Jejich pokus měl prokázat, že tomu tak není.

V samotném pokusu účinkovalo 29 účastníků (věk: 19–36; M=22), kteří se za finanční odměnu cvičně hlásili do konkurzu o pracovní místo, měli však udělat „to nejlepší“, aby je získali. Mezi úvodními informacemi bylo také sdělení, že přijímající personalista je odborník na odhalování lží. Část uchazečů byla instruována v tom smyslu, že mají zásadně vždy odpovídat pravdivě, druhá část naopak měla uvést nejméně tři lživé údaje, které měly vylepšit jejich obraz a tím zvýšit naděje na přijetí. Ti také měli dostat další finanční odměnu, pokud odborník jejich lež neodhalí. Z každého pohovoru byl pořízen videozáznam a ze všech natočených jich bylo do závěrečné fáze experimentu vybráno osm: čtyři pravdivé a čtyři prolhané.

Účastníci mimo jiné předem vyplnili krátký validizovaný dotazník zjišťující míru jejich důvěry k lidem (viz Appendix). Potom shlédli osm vybraných videozáznamů, na nichž měli posoudit: a) zda kandidát lhal, b) jak jsou si jisti svým posouzením (na Likertově škále), c) jak jsou si jisti kandidátovu celkovou „důvěryhodností“ (ten člověk je pravdomluvný), d) odhadnout úroveň jeho čestnosti (myslím, že je to čestný člověk) a e) vyjádřit stupeň ochoty přijmout tohoto kandidáta do zaměstnání (toho bych na dané místo přijal).

Autoři studie pak hodnotili celkovou přesnost odhadu, přesnost rozpoznání lhářů a proti ní také přesnost rozpoznání pravdomluvných v intencích teorie detekce signálů (SDT = signal detection theory). Na rozdíl od obecného mínění rozpoznávali důvěřiví jedinci lháře daleko lépe než skeptici. Osoby s vyššími skóry obecné důvěry přesněji detekovaly signály podvodu, nicméně nebyly již nalezeny významné vztahy mezi celkovou výší skóru a celkovou přesností odhadu, což ukazuje na citlivost k podvodu, nikoli však na stoprocentní schopnost rozdělit osoby na lháře a pravdomluvné, i když důvěřiví byli přesnější než skeptici. Skeptici si však byli více jisti správností své volby.

Nebyl nalezen signifikantní vztah mezi důvěřivostí a volbou pravdomluvného kandidáta, zato byla významná těsná korelace mezi touto vlastností a zavržením lhářů, kteří byli také vyhodnoceni jako nedůvěryhodní, nečestní a nevhodní pro přijetí. Na druhé straně, ač nevýznamně, byli pravdomluvní hodnoceni pozitivněji. Od skeptiků se jim příznivého posudku nedostalo v takové míře.

Na dotaz, podle čeho určovali účastníci, zda kandidát na záznamu lže, bylo na prvním místě neklidné a nervózní chování a kvalita verbálního projevu včetně intonace. To odpovídá dříve zjištěným a ve vědecké práci používaným behaviorálním kritériím.

V diskusi autoři hledají kořeny svých „kontraintuitivních“ výsledků a mimo jiné také citují názory jednoho z tvůrců dotazníku důvěřivosti, hokkaidského sociálního psychologa Toshio Yamagishiho, který tvrdí, že důvěřivost je součástí a podmínkou vysoké sociální inteligence. Ten říká, že 1) důvěřivost vede k většímu riziku, a proto se důvěřiví jedinci naučí lépe rozpoznávat

podvodníky (nedůvěříví to nepotřebují, protože za podvodníka pro jistotu považují každého), 2) vyšší citlivost k věrohodným signálům naviguje důvěřivé jedince do důvěryhodných sociálních prostředí a 3) podle mne pro jistotu – zde mohou hrát roli i další dosud neznámé faktory.

Důvěra k lidem a prosociální orientace je přímým protipólem machiavellismu, který může být pokládán také za úspěšnou sociální adaptaci. To by mohlo svědčit proti výhodám důvěřivosti. Nicméně machiavellismus vede k

úspěchům cestou využívání lidí, nikoli odhadem jejich kvalit; řada prací dokládá u těchto jedinců naopak velmi nízkou sociální inteligenci a některé tuto vlastnost dokonce považují za defekt s nízkou mírou účinnosti pouze ve specifickém, navíc omezeném prostředí.

A tak jsem na stará kolena zjistil, že my, důvěříví truhlíci se srdcem na dlani, pejorativně nazývaní „paranoiky naruby“, jsme vlastně sociální Einsteini.

APPENDIX

Český překlad Škály důvěry (Yagamishi T, Kosugi M: Cheater detection in social exchange. *Cognitive Studies*, 1999, 6(2):179–190)

1. Většina lidí je v zásadě čestná.
2. Většině lidí se dá věřit.

3. Většina lidí důvěřuje druhým, pokud oni důvěřují jim.

4. Většina lidí je v zásadě upřímná a čestná.

5. Většina lidí důvěřuje druhým.

6. Obecně vzato, já důvěřuji lidem.

Zdroj: Carter N., Weber J. M.: Not Pollyannas: Higher generalized trust predicts lie detection ability. *Soc Psychol Pers Sci*, 2010; 1(3):274–279

ETIKA



HONZÁK R.: JAK LÉČIT DIKTÁTORA?

Konec druhé světové války je pro školní mládež krajně nevyhovný. Úkolem učitele dějepisu je proto taktně zamčít či vtipně obejít základní fakta – totiž že dva alkoholici a nikotiništy, Winston Churchill a Josif Vissarionovič Džugašvili alias Stalin, na hlavu (ale i jinak) porazili abstinenta, nekuřáka a vegetariána Adolfa Hitlera.
Jan Vodňanský

Na Hitlerově konci se plných devět let nesporně podílel také jeho lékař; nerad pomlouvám, a zejména kolegy, už jen proto, že oni toho na mne také dost vědí, zde však nemám jinou možnost a musím konstatovat, že na rozdíl od Adolfa Hitlera bych se jeho osobním lékařem – Dr. Theodorem Gilbertem Morellem – nikdy léčit nenechal, a to ani v případě, že bych si přál zemřít. Churchilla v té době naopak úspěšně léčil Lord Moran a Stalina zase přední lékaři kremelské nemocnice; nicméně on je nechal včas pozavírat a tak mu v osudových chvílích na počátku března 1953 byl nablízku jedině koňský

felčar se zkušenostmi z války. Gottwaldova lékaře pro jistotu zavřeli na Stalinův příkaz také a jeho pacient, v té době již těžký alkoholik, obdivovaného i obávaného báťušku nepřežil ani o dva týdny.

Pan doktor Morell se k Vůdci a říšskému kancléři propracoval v roce 1937 přes jeho dvorního fotografa, jemuž léčil kapavku (patrně úspěšně) a tak si vysloužil doporučení a přímluvu. Místo dostal, přestože měl drobátko snědší pleť, než bylo v kraji zvykem, a diplomatickou mluvou řečeno, poněkud neortodoxní léčebné metody. Jeho první doporučený zásah označil stávající dvorní lékař Dr.

Karl Brandt za pokus o otrávení. Dr. Morell se však nedal a Vůdcovy žaludeční křeče diagnostikoval jako „kompletní vyčerpání trávicího systému“ a vyléčil je směsí vitaminů, hormonů, fosforu a cukru. Hitler zapudil Brandta a na adresu Morella prohlásil: „Až dosud mi nikdo přesně neřekl, co mi vlastně je. Morellův postup je tak logický, že v něj mám naprostou důvěru. Všechna jeho doporučení budu plnit do písmene.“ A jak řekl, tak i učinil. Jistým způsobem tak prokázal, že moje heslo „Člověk vydrží víc než zvíře, jen mu dát příležitost“ je pravdivé.

Je nutné říci, že pan doktor se ve Vůdcově hlavním stanu asi moc nenudil, protože Hitler nikterak neoplýval zdravím. Začneme tím duševním, i když s psychopatem (dnes poruchou osobnosti, aby se snad neurazil) se toho moc dělat nedá. Jeho projevy oscilovaly od plachosti trpaslíka Stydlína před ženami a na druhé straně jejich okouzujícího společníka přes hysterické řvání až po záchvaty zuřivosti, při nichž dle svědectví pana doktora sice nekousal koberec, jak uváděly špinavé pomluvy, ale jen sesadil nebo nechal popravit některého z generálů. K tomu trpěl hypochondrickými obavami, měl hrůzu z rakoviny, na kterou zemřel jeho otec, a všude bral s sebou bohatě zásobenou lékárníčku a většinou i lékaře.

Z psychosomatických obtíží ho celoživotně trápil dráždivý tračník, porucha medicínsky nijak závažná, subjektivně však velmi trýznivá, se všemi symptomy diskomfortu. K „léčení“ těchto obtíží používal Hitler patentní medicínu, jejíž hlavní složkou byl olej na čištění zbraní běžně používaný v 1. světové válce, který – jak se posléze zjistilo – byl toxický a vyvolával bolesti hlavy, závratě, dvojité vidění a ušní šelesty, takže si skutečně velice pomohl. Dále se u něj objevovaly panické ataky, stavy depresí s nespavostí, úporný ekzém, především na nohou, a opakované oční záněty. Po pokusu o atentát měl proražené ušní bubínky. Podezření na syfilis se u něj (na rozdíl od

Klementa Gottwalda) nepotvrdilo, ale nikdy s jistotou nevyvrátilo. Úvahy o impotenci vycházející hlavně ze skutečnosti, že Hitler měl jen jedno varle, dále z podivuhodného vztahu k Evě Braunové (původně mladičké sekretářce jeho dvorního fotografa a, jak vidno, i dvorního dodavatele blízkých osob) a z toho, že mezi podávanými léky se významně často objevoval testosteron, jsou na úrovni dohadů. Neúplné jsou také spekulace o parkinsonismu. Vegetariánské období skončilo po sebevraždě milované neteře a podle zpráv jeho kuchaře měl od té doby „velmi nezdravou dietu“ (blíže neupřesněno, ale MUDr. Cajthamlová by ho asi nepochválila). V každém případě jedl nadbytek rafinovaných cukrů a k tomu si špatně pucoval zuby, o čemž svědčil stav jeho chrupu. Závislost na amfetaminu mu pak vypěstoval Dr. Morell.

Dr. Morell byl o tři roky starší než jeho pacient, po skončení studia se nejprve věnoval gynekologii a porodnictví, dále sloužil jako lodní lékař, za války byl čtyři roky na frontě, pak se výhodně oženil a provozoval lukrativní praxi v Berlíně. Po nejasné sebe prezentaci jako „rentgenolog, léčení vysokofrekvenčními proudy, diatermií, ozařováním a galvanizací, analýzy moči a krevní serologie“ vystupoval od roku 1933 jako praktický lékař a venerolog; v dobách jeho slávy mu nejlépe odpovídala přezdívka říšský mistr injekcí, kterou vymyslel Göring. S ním pak také po 20. dubnu 1945 dost rychle opustil bunkr v Berlíně a svého pacienta již víckrát nespátřil. Podařilo se mu prchnout doslova v hodině dvanácté do budoucího amerického sektoru, kde byl zadržen a uvězněn (číslo 21672), převezen do Dachau a po vyšetřování shledán bez viny na válečných zločinech. Jeho zdraví se však rapidně horšilo úměrně tomu, jak extrémně přibýval na celoživotně nadměrné váze. Zemřel 26. 5. 1948 a do smrti si stěžoval na strasti, které přinesla jemu i lidem válka; uvažovat v této souvislosti o Hitlerovi ho ani nenapadlo. Nebyl sám.

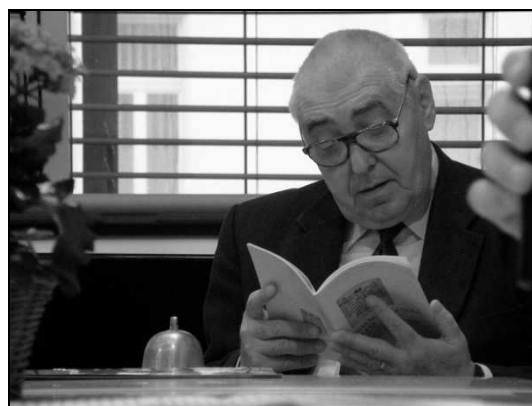
Nahlížen očima jiných, nevypadal příliš sympaticky. Eva Braunová o něm prohlásila, že je odporný a jeho pracovna že připomíná prasečí chlívek. Architekt Albert Speer, který se na Vůdcevo přímluvu od něj nechal vyšetřit, ho popsal jako velice tlustého, kulatého, snědého, tmavookého, krátkozrakého a značně ochlupeného muže, jehož apetit byl stejně obrovský jako jeho břicho. Britský historik Trevor-Roper, který vyšetřoval okolnosti Hitlerovy smrti, se o něm dozvěděl od svědků, že to byl „tlustý, i když poněkud splasklý (deflated) muž s nechutnými způsoby a hygienickými návyky prasete“. Při jakési příležitosti prý někdo z Hitlerovy společnosti poukázal na zápach, který se kolem doktora Morella šíří, načež Vůdce údajně odsekl: „Nezaměstnávám ho pro jeho vůně, ale pro lékařskou péči, kterou mi poskytuje.“ A ta byla skutečně velkolepá!

Dodnes není jasné, zda léčení vymykající se nejen tehdejšímu zvyklostem, ale též zdravému rozumu vymyslel Dr. Morell sám, nebo zda tvůrčím a obohacujícím způsobem spolupracoval na návrzích milovaného Vůdce. Jeho nespavost od počátku „léčil“ bromovými přípravky a silně návykovými barbituráty, jejichž eventuálně přetrvávající účinek kompenzoval po ránu nitrožilní injekcí glukózy a Pervitinu (tedy methylamfetaminu, tehdy oficiálně vyráběnému s tímto názvem). S ohledem na Hitlerovu dietu ordinoval vysoké dávky vitaminů a dalších potravních doplňků včetně kalcia a fosforu, což doplňoval injekčně aplikovanými extrakty z epifýzy, pankreatu, srdce a jater, a koktail závěrem vylepšil směsí estradiolu, testosteronu, někdy s přídatkem hydrokortizonu. Vůdcevo zdivočelá střeva krotit již zmíněným čistidlem na flinty, a když byl přípravek pro toxicitu stažen z distribuce, usilovně sháněl (a sehnal) plnohodnotnou náhradu. Mezi další zklidňovadla patřil atropin a strychnin. Chronický zánět vedlejších nosních dutin řešil kokainem, stejně jako oční problémy. Používal i

sulfonamidy a po atentátu dokonce penicilin, který se mu dostal do ruky patrně jako část válečné kořisti. Když se u Vůdce objevily poruchy motoriky připomínající parkinsonismus (zřejmě důsledek chronického podávání amfetaminových derivátů), předepsal Morell další dávky Pervitinu a přípravek Homberg 680 (extrakt Belladonny).

Hitlerův EKG vykazoval dlouhodobě známky sklerózy věnicových tepen, která se v průběhu času zhoršovala a významně progredovala po nezdařeném atentátu. Na to Morrell ordinoval srdeční glykosidy, dokumentovanou hypertenzi však ponechal bez povšimnutí, a protože se domníval, že Vůdce trpí Addisonovou nemocí, přitlačil v podávání kortikosteroidů. V celkové inventuře se lze dopočítat, že Hitler byl „léčen“ více než devadesáti různými léky a že v posledních letech války dostával průměrně 28 pilulek denně a nitrožilně glukózu.

Co si o tom mysleli lékaři Třetí říše? Těžko říci, protože nacističtí potentáti dávali nezřídka přednost alternativním postupům. Přesto se několik kolegů pokusilo něco dělat, dokonce skupina vedená Dr. Brandtem se pokusila Morella sesadit, leč marně. Já k tomu dodávám, že z historického a především lidského hlediska vidím jako chybu, že se Dr. Morell nečinil ještě více.



MUDr. Radkin Honzák, CSc.
[RadkinH@seznam.cz]

ZPRÁVY Z KONFERENCÍ



KONEČNÁ H.: ZPRÁVA Z PSYCHOSOMATICKÉHO KONGRESU ISPOG

V italských Benátkách se koncem října konal 16. mezinárodní kongres Mezinárodní společnosti psychosomatické gynekologie a porodnictví (16th International Congress of the Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology).

Hlavním záměrem Společnosti ISPOG je spojit skupiny i jednotlivé osoby v mezinárodní společnosti, aby se dosáhlo následujících cílů:

1. Podporovat studium psychobiologických a psychosociálních, etických a transkulturních problémů v oblasti gynekologie a porodnictví, ženského zdraví a reprodukčního zdraví.
2. Podporovat zvládání výše zmíněných problémů a vzdělávání v nich.
3. Povzbuzovat tvorbu národních společností psychosomatické

gynekologie a porodnictví, které budou podporovat výzkum, vzdělávání a trénink na národní úrovni.

4. Podporovat a usnadňovat rozšiřování nových informací na tomto poli organizováním mezinárodních kongresů a vydáváním oficiální ISPOG publikace s názvem Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynecology.

Pokud se nepletu, mezinárodní kongresy se konají jednou za čtyři roky. Jistě to ale nevím, na webu informace nejsou a na kongresu mne nenapadlo je zjišťovat.

Podle webu sdružuje ISPOG národní společnosti z těchto zemí (celkem 18): Argentina, Austrálie, Rakousko, Brazílie, Velká Británie, Holandsko, Francie, Německo, Maďarsko, Izrael, Itálie, Japonsko, Korea, Španělsko, Švédsko, Švýcarsko, Uruguay, Turecko.

Kongres začal 27. 10. workshopy na téma Porod a úzkost a Porod a posttraumatický stresový syndrom. V následujících třech dnech pak bylo možno volit mezi účastí na mnoha programech, včetně samostatných konferencí jednotlivých národních společností. Svá symposia měli také někteří ze sponzorů kongresu, BAYER Schering Pharma, PFIZER a IBSA Farmaceutici.

Ráda bych napsala své postřehy a dojmy z některých bloků kongresu. Ve čtvrtek jsem navštívila sekci „Complementary interventions in psychosomatic“, český překlad by byl nejspíš Alternativní medicína v psychosomatice. První příspěvek o alternativním přístupu a Evidence Based Medicine (EBM) mne moc nezaujal, jeho závěr byl, že nejčastější užití akupunktury je u bolení hlavy a pánevní bolesti, že alternativní medicína je lepší, protože nemá žádné vedlejší účinky, ale že je potřeba dalších studií ke splnění nároků EBM. Pak mluvil japonský řečník o KAMPO medicíně (pochází z Číny, užívá kléčbě byliny, organické i neorganické materiály a je ve stále větší oblíbě). Líbil se mi příspěvek španělského psychoanalytika „Psychoanalýza a psychosomatická gynekologie“, ve kterém velmi fundovaně vysvětloval, že jde o odlišné způsoby myšlení, používající úplně odlišné jazyky, které jsou ale oba velmi potřeba. A že v současné době lékař stále vyplňuje nějaké formuláře a na hovor s pacientem nemá čas. Situace ve světě se od té naší domácí zjevně neliší. Jako následující sekci jsem si vybrala tu, kde jsem na seznamu viděla české jméno: mladá gynekoložka Tereza Remešová mluvila velmi sympaticky o sexuální agresí.

Na páteční ráno jsem měla naplánovanou sekci Císařský řez na přání, ale bohužel jsem nemohla přijít, přepadly mne zdravotní potíže (nepochybně psychosomatického rázu). Odpoledne jsem si vybrala sekci Poradenství při prenatální diagnostice. První příspěvek italského odborníka byl o tom, že těhotenství je

jedna velká nejistota. Následoval příspěvek švýcarské psycholožky o potřebách těhotných žen mít dostatečné a kvalitní informace, že to výrazně snižuje jejich stres. Velmi se mi líbil příspěvek Holanďanky, která mluvila o prenatálním genetickém testování s cílem najít Downův syndrom (přesněji řečeno pokud možno nenajít). Říkala, že ale jsou i jiné trisomie (např. Turnerův syndrom, Klinefelterův syndrom) a že rodiče jsou ve velkém šoku, když jim testování přinese tyto „nevyžádané“ nálezy. Kladla si otázku, zda je vhodné tyto testy provádět a zda je potřeba nález rodičům hlásit. Tyto syndromy jsou velmi často totiž objeveny, až když pár navštíví centrum asistované reprodukce pro neúspěšné snahy o těhotenství. Někdy prostě mnoho informací život velmi ztěžuje, a zřejmě zbytečně... Následoval velmi zajímavý příspěvek německých autorů o rozhodování při nález fetální patologie. V Německu totiž v těchto případech o ukončení těhotenství nerozhoduje matka, ale konsilium odborníků, a ta rozhodování jsou mimořádně obtížná.

Pak jsem šla na sekci „Psychosomatická pomoc infertilním pářím: je možná?“. Tam se mi moc líbil první příspěvek mého kolegy z Německa „Psychogenní sterilita: Mýtus?!?“ (otazníky a vykřičník jsem opsala přesně tak, jak to bylo v programu). Na různých studiích ukazoval, že psychoanalytická ani stresová vysvětlení infertility nejsou dostatečně podložena a vedou v naprosté většině jen k deptání páru, především ženy. Německá společnost považuje za psychogenní infertilitu pouze situace, kdy pár dostatečně nevyužívá vhodné dny k otěhotnění, kdy pár – přestože je poučen lékařem – nadále nedbá na rozumný životní styl (tedy silně kouří, nedělá kroky k snížení nebo zvýšení váhy, ...) a kdy ví, jak je možné poruchu léčit, ale léčbu nezahájí. Posledním příspěvkem v sekci byla zajímavá přednáška belgického psychologa, odborníka na poruchy příjmu potravy, o snahách o mateřství

anorektických a bulimických žen a o párové perspektivě.

V sobotu ráno jsem šla na sekci, která řešila psychosomatický přístup k bolesti. Měla jsem zde příspěvek o využití „možžišovky“ při léčbě dyspareunie. I další blok jsem měla pracovní, v sekci o psychosociálních aspektech infertility jsem mluvila o českých mužích. Velmi podobný příspěvek, ale o skandinávských mužích, měla kolegyně ze Švédska. Shodly jsme se na tom, že je nutné změnit jazyk popisující psychosociální aspekty infertility. Pro muže je totiž těžko přijatelný a v podstatě mu často nezbyvá než ze situace prchnout, aby si uchoval zdravý rozum.

Pak jsem přešla hned na sekci „Východ ráje – Psychosomatická gynekologie a porodnictví ve východní Evropě“. Úvodní příspěvek německé mluvčí popsal situaci ve velmi černých barvách. Pak nastoupila Maďarka a velmi skromně popisovala bohatou dvacetiletou existenci Maďarské společnosti psychosomatické gynekologie a porodnictví. Jako třetí a poslední vystoupila sympatická mladá žena reprezentující Českou republiku a mluvila o svých snahách založit psychosomatickou společnost v ČR a o bariérách proti psychosomaticce. Protože jsem zarytý patriot a navíc euroskeptik, přihlásila jsem se do diskuse a popsala bohaté aktivity české psychosomatické sekce, mluvila o konferencích, vzdělávacích aktivitách a o literatuře vycházející již od 80. let a o sice stále nedostatečném, ale výrazně se zvyšujícím důrazu na lidskou stránku v gynekologii. Vzpomněla jsem si při tom na státní zkoušky porodních asistentek, u

kterých pravidelně sedím, a na obhajoby prací na stálá témata „otec u porodu“, „edukace rodičky“, „porodní plány“, „zdravý životní styl v těhotenství“ atd. (Mívám z toho totiž dojem, že se už úplně přestaly učit ty podružné čistě porodnické věci.) V podobném duchu (že situace se mění i ve východní Evropě) mluvila také Litevka a bývalá východní Němka. Z další diskuse vyplynulo, že ISPOG by měl zájem na vzniku dalších národních společností psychosomatických gynekologií. Dávám čtenářům Psychosomu k úvaze. Já osobně si myslím, že není potřeba třístit síly do dalších specializovaných psychosomatických sekcí a že stejně vlastně jde stále o jedno, a to o to nejdůležitější: o vztah mezi pacientem a lékařem, bez ohledu na medicínskou oblast.

Konference byla pro mne zajímavá. Ovšem z nemnoha zkušeností z jiných zahraničních konferencí musím říci, že se témata velmi kryjí a že se na nich setkávám se stále stejnými lidmi, ať už jsem byla na konferenci Evropské společnosti pro antikoncepci, Evropské federace pro sexuologii, Světové asociace pro sexuologii či Evropské společnosti pro lidskou reprodukci. Myslím, že je to dobře a že je to důkaz změny v medicíně jako takové.

Zájemcům o bližší podrobnosti doporučuji web organizátora – společnosti ISPOG: www.ispog.org a web kongresu www.ispog2010.org.



Doc. PhDr. Hana Konečná, PhD., Jihočeská universita
<http://www.ujc.cas.cz/lide/people.php?man=konecna>

Do redakce přišlo 2. 11. 2010
Zařazeno do tisku 2. 11. 2010 jako zpráva

DISKUSE



HÁNOVÁ Z.: HLEDÁM SLOVA...

Diskuse k článku J. Růžička: Šamanství, léčitelství, moderní medicína a psychoterapie. Psychosom 2010; 8(3) s. 176–198

Hledám slova, kterými bych reagovala na obsáhlý článek pana doc. PhDr. Růžičky, PhD. V první řadě poděkování, že věnoval pozornost a čas a téma zpracoval. Věřím, že podnítl zvažování nejen v mé hlavě a otevřel diskusi, jak měl v úmyslu.

Shromáždil slova, s nimiž si můžeme pohrávat. Nastolené schéma vyzývá k úvaze a nás pochybovače k zpochybnění.

Šamanství a léčitelství – ráda se poučím a přijímám vykreslený obsah těchto pojmů. Ne tak to, co je zvané klasická nebo soudobá medicína. Soudobá moderní medicína je pro mne nejen vysoce specializovaná, ale zároveň právě

psychosomatická. To mi znemožňuje sdílet pohled autorem popsany. Pod pojmem klasická medicína bych si představila starověkou medicínu nebo možná akademickou medicínu. Osvědčil se mi pojem „střední proud medicíny“ k popisu toho, co autor nazývá soudobou moderní klasickou medicínou. Možná to někomu asociuje způsob správného odběru vzorku moči, ale i tak je to v pořádku.

Cizí, a proto zajímavá a zábavná se mi jeví premisa, že k nemoci lékař nemá a nemůže mít vztah. Ve svém lékařském bytí nemoci dennodenně (se zodpovědností a zarputilostí) vyhledáváme! Když nenacházíme, jsme

z toho nesví. Nemoci nás zajímají, a jak! Tím, že je pojmenováváme, je také vytváříme. Ve vztahu k nemoci prožíváme moc i bezmoc. Řadu specialistů jejich oblíbená nemoc živí. Jak může ortoped nemít vztah k artróze a krásné zlomenině? Atd. atd.

Dík předloženému obrazu šamanství jsem si mohla uvědomit, že i dnešní lékař je nezřídka ten, kdo na sebe, do svého těla, přebírá bolest, emocionální energii nemocí svých pacientů. Šamanovi (který někdy nepřežil setkání s démonem v druhém člověku) jsou podobní až k nerozeznání naši kolegové předčasně umírající na následky hypertenze, alkoholismu, trpící žaludečními vředy, rakovinou, paranoiou, ... Kdypak lékařské fakulty začnou studenty vyučovat ochraně vlastní bytosti?

Líbilo se mi zdůraznění lidské vnímavosti. Učíme se jí od svých učitelů medicíny mezi řádky. Nepíše se o ní, ale můžeme ji našťástí od asistentů, docentů a profesorů rovnou nasávat.

Podvojnost duše a těla je pro mne stejná realita, jako že se Slunce točí kolem Země. Naštěstí si pacienti víc než dřív dovolují cítit jednotu duše a těla. Jsou v tom zřetelně svobodnější než strukturovaně uvažující profesionál lékař

či psycholog. Kdo vlastně potřebuje podvojnost duše a těla zdůrazňovat?

Psychoterapie jako základní nástroj? Určitě to bez ní nejde. Pokaždé nově hledáme způsob, jak ji namíchat s lékařovým věděním a autoritou, aby vzniklo to, co pacient potřebuje.

A co bych ještě chtěla v souvislosti s tématem diskutovaným na stránkách Psychosomu prověřat, je pojem zodpovědnosti. Ta nás rozděluje. Zač je zodpovědný šaman? Léčitel? Psychoterapeut? Lékař?

MUDr. Zina Hánová, lékařka ORL a psychoterapeutka;

kontakt: hanova@fnkv.cz



ZÁPIS ZE SETKÁNÍ VÝBORU SDRUŽENÍ PRO PSYCHOSOMATIKU ZE DNE 5. 10. 2010

Přítomni: MUDr. E. Rys, MUDr. O. Masner, Mgr. E. Kravarová, Mgr.D. Jandourková, MUDr. Hánová, PhDr. Z. Vondřichová, Omluveni: Mgr. S. Kačenová, PhDr. P. Roubal
Host: MUDr. J. Šavlík

1. Evidence členů

- Členům, kteří nevyplnili vstupní formulář zašleme poslední výzvu. Pokud nesplní tuto podmínku, navrhne je výbor na členské schůzi k vyloučení.
- Pro zlepšení přehlednosti a úplnosti doplníme do seznamu členů na webu u každého jeho profesi.

Vyřídí Z. Vondřichová

2. Nové členky

Výbor schválil přijetí nových členek SPPS: MUDr. Krpcová, MUDr. Branná, MUDr. Kunertová. Členky informujeme o přijetí, vyzveme k zaplacení příspěvků a umístíme na web do seznamu členů.

Vyřídí Z. Vondřichová

3. Finance

- Sdružení má nyní účtě 7265 Kč a Cenu dr. Poněšického, která je uložena u pokladníka.
- Členům, kteří nezaplatili příspěvky za rok 2010, pošleme poslední upomínku. Pokud nezaplatí, navrhne je na příští členské schůzi k vyloučení. *Vyřídí Z. Vondřichová a E. Kravarová*
- Neplatiči členských příspěvků za rok 2009 budou navrženi k vyloučení.
- Honorář F. Hánovi za správu webu a vytvoření rozhraní. *Vyřídí E. Kravarová*
- Účetní uzávěrka za rok 2010, návrh rozpočtu na rok 2011 vytvoří *E. Kravarová* do lednové členské schůze.

4. Logo

- Dr. Masner vyřídil smlouvu, faktura za logo je uhrazena.
 - Logo bude představeno členům na setkání v listopadu. *Vyřídí Z. Hánová*
- Poté bude umístěno na web, *vyřídí s webmasterem E. Rys.*
Vytvoříme vzor pro „hlavičku“ pro korespondenci za SPPS. *Vyřídí Z. Vondřichová*

6. Volby do výboru

- Na členské schůzi v lednu 2011 proběhnou volby nového výboru SPPS.
- V pozvánce na listopadové setkání budou členové vyzváni k návrhům na kandidaturu. Člen, který chce kandidovat, by měl zaslat na e-mailovou adresu Sdružení svou kandidaturu. *D. Jandourková* připraví lístečky a bude se věnovat organizaci voleb. Je třeba, aby jí *dr. Roubal* přeposlal e-maily od případných kandidátů.
- Současní členové výboru sdělí *D. Jandourkové*, zda hodlají znovu do výboru kandidovat.

5. Email

- Je třeba zkontrolovat kontakty na všechny členy a přátele SPPS, obzvláště ty, od kterých se vrací pošta. (např. Honzák, Záleský, Hanousková, Kalvach, Pánková, Kutina, Paucová, Holub, Chmelová).
- Pokud bude v poště Sdružení něco pro některého z členů výboru, upozorní je na to správce mailu (dr. Roubal) nebo jim e-maily přepoše. *Vyřídí P. Roubal*

6. Web

- od začátku roku 2011 bude spravovat webové stránky Mgr. Jandourková. Je třeba předat potřebné informace. Složitější technické úpravy bude nadále dělat F. Hána. *Vyřídí D. Jandourková.*

7. Razítko

- je třeba vyrobit razítko SPPS. Bude na něm logo, IČ, DIČ, adresa webu. *Vyřídí D. Jandourková*

8. Přijímání nových členů

– schválen způsob přijímání nových členů.

Jak se stát členem Sdružení pro psychosomatiku o.s.?

- 1/ Uchazeč o členství ve Sdružení pro psychosomatiku o.s. / SPPS / projeví svůj zájem o členství osobně členu výboru SPPS nebo písemně na emailovou nebo korespondenční adresu sdružení.
- 2/ Uchazečům budou poskytnuty potřebné informace o sdružení a o postupu při přijímání nového člena.
- 3/ Uchazeč obdrží vstupní formulář / přihlášku / a vyplněný ho zašle na emailovou nebo korespondenční adresu sdružení nebo ho osobně předá členu výboru.
- 4/ Výbor sdružení na své nejbližší schůzi rozhodne o přijetí uchazeče za člena sdružení.
- 5/ O rozhodnutí výboru je uchazeč informován písemně předsedou sdružení nebo jím pověřeným členem výboru.
- 6/ Proti rozhodnutí výboru o nepřijetí uchazeče není odvolání.
- 7/ Uchazeč, který nebyl do sdružení přijat, může požádat o přijetí znovu, nejdříve však po dvou letech.

9. Uveřejňování na webu SPPS

Akce – Podmínky uveřejnění akce – akce pořádané nebo spolupořádané SPPS budou uveřejněny v Aktualitách. Akce organizované jiným sdružením, organizací či jednotlivcem uveřejníme v případě schválení výborem v Akcích.

Způsoby hlasování výboru o uveřejnění akce neorganizované SPPS:

- 1/ Rychlé hlasování – pro uveřejnění akce na webu stačí souhlas 3 členů výboru SPPS.
- 2/ Standartní hlasování – v případě i jednoho nesouhlasu v rychlém hlasování rozhoduje o uveřejnění akce po předchozí diskusi celý výbor SPPS.

Články – na webu uveřejníme prezentace přednášek, články přednesené na setkáních SPPS. Ostatní články, které byly zaslané členy nebo příznici sdružení k publikaci, schvaluje výbor v rychlém nebo standardním hlasování / viz Akce /.

Odkazy – v Odkazech uveřejníme odkazy odborných společností, které se zabývají psychosomatikou a aktivně spolupracují s SPPS. Návrh na uveřejnění odkazu může podat kterýkoliv člen sdružení. Uveřejnění odkazu schvaluje výbor SPPS. S uveřejněním odkazu musí souhlasit i daná odborná společnost. Odkazy na webové stránky členů nebo pracovišť členů SPPS mohou být uveřejněny pouze v sekci Členové.

10. Příští setkání

- 11.11. 2010 v 18:00 / čt / příspěvek MUDr.Šavlíka 45" + diskuse + 15', Mgr. Blažková 30 + 15" (v záloze MUDr. Vodnřích), 15 minutovka, místo konání PS klinika, třeba zajistit techniku

- V pozvánce na listopad bude upozornění na lednovou volební členskou schůzi, výzva k aktivní účasti ve výboru.

Vyřídí O. Masner

11. Reflexe fungování sdružení, výboru, další směřování, plán na rok 2011

- Výroční zpráva za rok 2010 *připraví E. Rys*

- Shrnutí jsme rok 2010

- Nové podněty pro zvýšení aktivity členů – více znovu členy oslovovat

- Nové podněty k organizaci SPPS – vznik zájmových či pracovních skupin

- Nové podněty k náplni jednotlivých setkání.

(tradiční setkávání cca 5x za rok, v podvečer, setkání ve sklípku, případně setkání mimo Prahu, skupinová supervize, intervize, kulturní setkávání a workshopy)

12. Presentace sdružení odborným pracovištím a společností

- 4/10 presentace sdružení na katedře psychologie FF UK Praha, MUDr. Masner a PhDr. Roubal, setkání o ulcerózní kolitidě, Crohnově nemoci

- PS klinika, Psychoterapeutická společnost, 2.LF – doc. Strobachová, přednášky pro PL – MUDr. Býma Hradec Králové, MUDr. Vondřích – akupunkturisté 20.11.2010 – bolesti hlavy, rodinní poradci – somatizace

13. Odborný program – návrhy:

- Bariatrie (chirurgická léčba obezity) - Mgr. Kravarová – nejdříve na podzim 2011

- „Pacient přicházející se žádostí zbavte mne symptomů“ - PhDr. Roubal

- MUDr. Vondřích, MUDr. Hánová, MUDr. Krejčová

- Psychosomatika očima pacienta – setkání s pacientem MUDr. Vondřích

- kazuistika paní M. – MUDr. Rys

14. Termíny v roce 2011

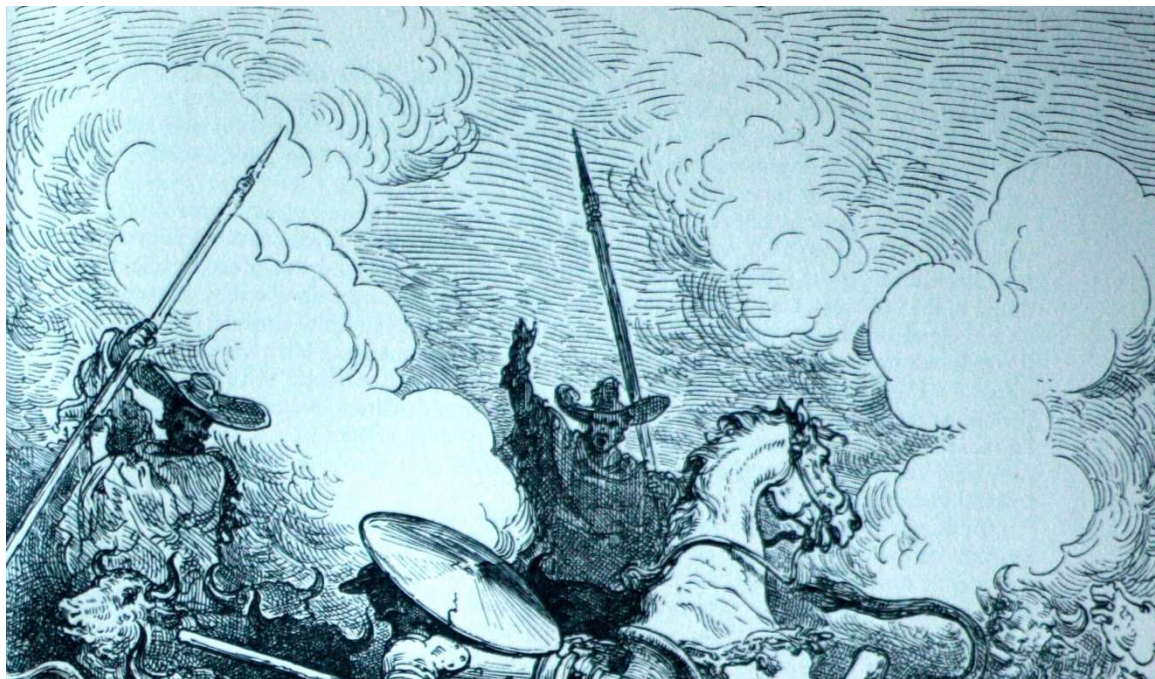
Zatím nedomluveno

leden – pátek - volební členská schůze

15. Presentace psychosomatického přístupu ve Zdravotním výboru v Poslanecké sněmovně

-MUDr. Šavlík přednesl osnovu svého vystoupení pro ZV PS, přizval ke spolupráci MUDr. Masnera. Informoval členy výboru o svých záměrech a žádal o případné návrhy a nápady. Zpracovala Z. Vondřichová

AKTUALITY



<p>POZITIVNÍ RODIČOVSTVÍ PODLE PHDR. JIŘINY PREKOPOVÉ - SEMINÁŘ PRO LÉKAŘE 9. 12. 2010</p>

POZVÁNKA:

Datum a místo konání: 9. prosince 2010, Sluneční dům, Trávníky 31, Brno

Přednášející: PhDr. Jiřina Prekopová, PhDr. Jaroslav Šturma, MUDr. Taťjana

Horká. Pozvánku a program semináře najdete na: www.psychoprofi.cz popřípadě

www.prekopova-nadacnifond.cz, www.prekopova-pevneobjeti.cz

Pořadatel: MUDr. Taťjana Horká - Psychoprofi s.r.o.

Přihlášky pošlete na e-mail: taho@post.cz,

Pozvánka na

DEN SUPERVIZE SYSTEMICKO-KONSTELAČNÍ PRÁCE

*POD VEDENÍM IVANA VERNÉHO A ZLATY ŠRAMOVÉ V PÁTEK 11. 2. 2011
V BRNĚ OD 13 DO 20. 30 HODIN*

Toto odpoledne je otevřené pro všechny zájemce o konstelační práci, nezávisle na tom, kde se metodu naučili. Jsme přesvědčeni, že je naší osobní a profesionální povinností se neustále vzdělávat, zkoumat nové přístupy a hlavně reflektovat svůj styl, abychom si uvědomili své hranice a mohli je zpracovat. Nabízíme prodloužené supervizní odpoledne stavění konstelací, kde bude možnost pracovat ve dvou podskupinách a tak získat více reflexí.

Zájemci o supervizi své konstelační práce se mohou hlásit a budou losováni na místě.

Účastníci, kteří chtějí, aby jim byla postavena vlastní konstelace, jsou vítáni a mohou se hlásit nezávisle na své znalosti a zkušenosti s metodou konstelační práce. Chceme podpořit supervidované, aby si přizvali své známé nebo klienty. Pokud bude časový prostor a zájem, jsou supervizoři také ochotni demonstrovat a reflektovat svůj vlastní osobní styl.

Supervizoři:

Ivan Verný, M.D., psychiatr, procesorientovaný psychoterapeut a výukový supervizor. Pracuje od roku 1984 ve vlastní praxi v Zürichu a vede a vyučuje systemické konstelace od r.1987 ve Švýcarsku, Čechách a na Slovensku, v Německu, Izraeli, Itálii a USA. Hlavními zdroji jeho konstelační práce byli Bert Hellinger a Matthias Varga v.Kibéd, ale čerpá také ze zdrojů humanistické a procesorientované psychologie, NPL, ericsonovské hypnoterapie, tance, bojových umění, jízdy na koních, 25 letého manželství a výchovy dvou dcer.

Zlata Šramová, PaedDr., psychoterapeutka a léčebná pedagožka. Držitelka Evropského certifikátu psychoterapie. V současnosti pracuje v privátní praxi, učí na PdF UK v Bratislavě a věnuje se v soukromém zařízení práci se seniory. Jako odborný garant konzultuje práci a vede školení v sociální sektoru. Zaměřuje se na neverbální a netradiční formy komunikace s lidmi v komatu, umírajícími a těžce dementními. Od roku 2009 vede ženské iniciační skupiny. Využívá své zkušenosti z dlouhodobých výcviků dynamické a procesorientované psychoterapie, KIP, NLP, dramaterapie, systemických terapií stejně jako znalostí rukodělných kreativních technik. Konstelacím se věnuje od roku 1990, poslední roky vede semináře a podílí se na supervizích. Ke svým učitelům řadí Ivana a Marianne Verných, Irenu Strossovou, Pavla Hlavinku a v posledním půlroce i Jiřinu Prekopovou.

Seminář se bude konat ve vzdělávacím středisku CČSH na ulici Lipová č. 26 v Brně Pisárkách od 13.00hod do 20.30 hod s přestávkou na večeři.

Cena semináře je 1200 CZK, nebo 48 Euro. Cena po slevě pro studenty a rodiče na rodičovské dovolené 1000 CZK, nebo 40 Euro. Platí se na místě.

Na supervizi navazuje víkendový dvoudenní procesorientovaný seminář o vztazích s Ivanem Verným, kde je účastnický poplatek 2500 CZK, nebo 100 Euro. V případě účasti na obou seminářích tj. od pátku do neděle je platba za všechny tři dny 3500 CZK, nebo 140 Euro. Cena pro studenty a rodiče na rodičovské dovolené je 3200 CZK, nebo 128 Euro.

Přihlášky zasílejte organizátorce Evě Pávkové na adresu pevule@seznam.cz, tel. 606182527.

Zájemci o ubytování mohou napsat správci zařízení panu Dočekalovi na emailovou adresu ccsh.lipova@volny.cz, mapku a další informace najdete na adrese : <http://www.ccsnbrno.cz/lipova/index.php?page=1>

Pozn.: Účastníky přijímáme podle data závazného přihlášení, v případě zájmu si proto prosím včas zajistěte své místo. Kapacita je omezená. Děkujeme.

SEMINÁŘ: ZAČÁTKY, KONCE A TO, CO JE MEZI NIMI

JAK VZNIKAJÍ VZTAHY, CO NÁS NADNÁŠÍ, CO POTÁPÍ A JAK PŘEŽÍT, KDYŽ LÁSKA SKONČÍ.

**SEMINÁŘ ORIENTOVANÝ NA PROCESY S IVANEM VERNÝM, VÍKEND 12.
A 13. 2. 2011 V BRNĚ**

Vztahy jsou jednou z možností individuace, a protože ve vztazích trávíme hodně času, bylo by užitečné, abychom se v nich naučili dobře „plavat“. S trochou teorie a mnoha cvičeními ve skupinkách budeme zkoumat, jak naše vztahy začínaly, o čem sníme při zamilovanosti, jak potlačujeme problematické aspekty a o čem sníme, když vznikají problémy – a tak bráníme jejich řešení.

Můžeme se věnovat kultivaci vztahů, aspektům komunikace, které brání, respektive podporují soužití, spolupráci či lásku.

Budeme procvičovat, jak být účastníkem konfliktu a současně jeho facilitátorem/kou, jak přežít konflikt, jak vnímat svoje pocity a k čemu to může být dobré. Budeme zkoumat svoje potřeby a způsob, jak se jich zastat. A budeme zkoumat, co nám pomáhá přežít konce vztahů, nebo smrt milovaných.

Lektor:

Ivan Verný, 57-letý psychiatr a psychoterapeut, pracuje ve vlastní privátní praxi v Zürichu. V Čechách i na Slovensku vyučuje procesorientovanou psychologii od r. 1989 a systemické konstelace od r. 1992. Kromě jízdy na koni je jeho zájmem vývoj a integrace různých psychoterapeutických metod. Miluje hudbu, přírodu a hlavně svou ženu, děti a své přátele. Semináře procesorientované psychologie a semináře rodinných a systemických konstelací vede v ČR, SR, Švýcarsku, Itálii, USA a Izraeli.

Místo: Vzdělávací středisko CČSH na ulici Lipová č. 26 v Brně Pisárkách

Cena semináře: 2500 CZK, nebo 100 Euro. Cena po slevě pro studenty a rodiče na rodičovské dovolené 2200 CZK, nebo 88 Euro. Platí se na místě.

Víkendu předchází supervizní odpoledne konstelační práce v ceně 1200 CZK, nebo 48 Euro. V případě účasti na obou seminářích, tj. od pátku do neděle, je platba za všechny tři dny 3500 CZK, nebo 140 Euro. Cena pro studenty a rodiče na rodičovské dovolené je 3200 CZK, nebo 128 Euro.

Přihlášky zasílejte organizátorce Evě Pávkové na adresu pevule@seznam.cz, tel. 606182527.

Zájemci o ubytování mohou napsat správci zařízení panu Dočekalovi na emailovou adresu ccsh.lipova@volny.cz, mapku a další informace najdete na adrese : <http://www.ccshbrno.cz/lipova/index.php?page=1>

Pozn.: Účastníky přijímáme podle data závazného přihlášení, v případě zájmu si proto prosím včas zajistěte své místo. Kapacita je omezená. Děkujeme.

Institut skupinové analýzy (IGA Praha), řádný člen E.G.A.T.I.N, evropské sítě výcvikových institutů skupinové analýzy

otevívá

CYKLUS PŘEDNÁŠEK ZAMĚŘENÝCH NA TEORII A PRAXI SKUPINOVÉ DYNAMIKY,

určený pro kandidáty skupinově analytického výcviku (pro ně je cena prvního celku 6750,- Kč); a dále pro ty, kteří nejsou kandidáty, ale mají alespoň započatý jiný skupinový výcvik, jsou klinickými pracovníky a mají či měli zkušenost s vedením terapeutických skupin (zde je cena prvního celku 8100,- Kč). Výuka proběhne seminární formou v uvedených termínech vždy od 15.30 do 18.15. v prostorách Psychoterapeutického střediska Břehová, Břehová 3, Praha 1. Lektory jsou skupinová analytici Marie Hošková, Helena Klímová, Ivana Růžičková, Petr Junek, Karel Koblíček, Ondřej Pěch, Luděk Vrba. **Kontakt pro zájemce: info@igapraha.cz**

I. Základy dynamických teorií (90 hod.) – rok 2011.

- 07.01.** Kořeny dynamické psychoterapie: Freud, topografický a strukturální modely mysli.
- 28.01.** Totem a tabu, nevědomá spojenectví (R.Kaes).
- 18.02.** Narcistický vývoj, self systém.
- 11.03.** Internalizační a externalizační procesy, obranné mechanismy.
- 01.04.** Raný vývoj, vývojové modely.
- 15.04.** Teorie konfliktu, typy zvládání konfliktu (včetně skupinového aspektu), strukturalisté, škola objektivních vztahů.
- 13.05.** Kleiniáni a neokleiniáni, interpersonalisté, tzv. francouzská škola.
- 03.06.** Bion, nezávislí, Kohut, Ogden, Bollas a další tzv. moderní.
- 24.06.** Bowlby, Stern, Kernberg, mentalizace, Ryle.
- 02.09.** Tvorba symptomu a charakteru. Práce se sny. Obě hlediska (intrapsychické, interpersonální).
- 23.09.** Neurózy. Perverze.
- 14.10.** Poruchy emocí. Hypochondrický, schizoidní, paranoidní, psychosomatický způsob zpracování konfliktů, adaptační a maladaptivní hledisko.
- 04.11.** Psychotický způsob zpracování konfliktů a maladaptace. Hraniční porucha osobnosti – TFP.
- 25.11.** Přenos a protipřenos – historické a teoretické hledisko. Psychodynamická diagnostika se zřetelem na internalizaci vztahových uspořádání. Dynamika a uspořádání úvodního psychodynamického interview. Indikační kritéria.

II. Skupinová analýza (114 hod.)

1. Freudova teorie skupiny, Freud a Foulkes – úvod do problematiky dynamiky skupiny.
2. Foulkesova koncepce skupinové analýzy – teorie celostní a sociální (Elias). Sociální a kulturní základ skupinové analýzy.
3. Bionova koncepce skupinového nevědomí. Základní předpoklady.
4. Jiné teorie koncepce skupinové psychoterapie: kleiniánský model, model objektivních vztahů, psychoterapie.

5. Teorie Self ve skupině. Intersubjektivita – dilema interpersonální a intrapsychické.
6. Skupinové nevědomí – matrix: teorie a skupinová funkce matrix, fenomenologie působení matrix.
7. Průvodce – vývoj pojmu, pojetí dnes. Naslouchající funkce průvodce.
8. Funkce průvodce ve skupině-pokr.: dynamická administrace a základní org.skupiny, výběr členů, kontrakt. Vstupní rozhovor. Volně plynoucí komunikace – volné asociace ve skupině.
9. Základní procesy ve skupinové analýze: zrcadlení, rezonance, umísťování, překládání, prolínání/shlukování. Kontext. Dynamické procesy ve skupině: idealizace, omnipotence, fúzování, závist, psychotická dekompenzace, suicidium, maskulinita, feminita. Sny ve skupině.
10. Sdílení a vzájemnost. Fáze skupiny a skupinová dynamika.
11. Projektivní identifikace a kontejnující funkce. Interpersonální konflikt ve skupině.
12. Přenos a protipřenos ve skupině.
13. Interpretace a terapeutické akce. Destruktivní a konstruktivní síly ve skupině. Skupina v akci.
14. Dynamické role ve skupině: obětní beránek, outsider, dvojče, mluvčí, mlčící člen, nově příchozí, atd... Koterapie.
15. Čtvrtý základní předpoklad dle Hoppera. Sociální nevědomí.
16. Odpory, obrany, acting-out. Skupiny pro děti a mladistvé.
17. Subkultura skupiny a její kohesivní funkce-symbolika, jazyk, rituály. Střední a velké skupiny.
18. Transgenerační přenos, trauma velké skupiny/společnosti, možnosti skupinové analýzy při jejich řešení.
19. Symptomy ve skupině. Práce s různými dg.skupinami a s vývojovými krizemi, teorie a kazuistické ukázky; neurózy, hraniční stavy, narcistické poruchy, perverse, psychózy, věkové skupiny.

Literatura:

Behr, H., Hearstová, L.: Skupinově-analytická psychoterapie. Triton, Praha, 2007

Dalal, F.: Taking the Group Seriously. Int.Library of Group Analysis 8, Jessica Kingsley Publishers, London, 1998.

Foulkes, S.H., Anthony, E.J.: Group Psychotherapy. The Psychoanalytic Approach. Maresfield Reprints, London, 1984.

Roberts, J., Pines, M. (Eds.): The practice of Group Analysis. Routledge, London, 1991.

Foulkes, S.H.: Introduction to Group-Analytic Psychotherapy. Studies in the Social Integration of Individuals and Groups. Maresfield Reprints, London, 1983.

Foulkes, S.H.: Group-Analytic Psychotherapy. Method and Principles. Maresfield Library, London, 1986.

Pines, M.: Circular Reflections.Int.Lib.of G-A 1, J.K.Publishers, London, 1998.

Kennard, D., Roberts, J. Winter, D.: A Workbook of Group-Analytic Interventions. Int.Lib.of G-A 13, J.K.Publishers, London, 2000.



POKYNY PRO AUTORY ČASOPISU

Vaše příspěvky jsou redakcí vždy vítány. S ohledem na kompatibilitu publikovaných prací s ostatními odbornými periodiky, ke kterým se počítáme, dodržujte, prosím, následující pokyny.

Délka příspěvků:

Pro rubriky Praxe, Teorie a Výzkum přijímáme texty do maximálního rozsahu 20 normostran (tj. 26 000 znaků včetně mezer); zaslat lze samozřejmě i texty kratší. Do max. rozsahu je zahrnut i abstrakt ve dvou jazycích a literatura. Pro rubriky Z pošty, Politika a koncepce, Akce přijmeme rádi texty do maximálního rozsahu 10 normostran (13 000 znaků) a samozřejmě kratší. Recenze knih budiž do rozsahu 5 normostran (7500 znaků).

Nezbytné položky:

Název v češtině (resp. slovenštině) a název v anglickém jazyce
Klíčová slova v češtině (3–5) a *key words* v angličtině
Abstrakt (souhrn práce v rozsahu 10–15 řádků), a to v češtině i angličtině
Literatura
Informace o autorovi v rozsahu 10 řádků
Ke jménu autora uveďte vždy pracoviště a kontakt na autora, který bude uveřejněn
Kromě recenzí a krátkých zpráv jsou příspěvky recenzovány

Recenzní řízení:

Recenzní řízení je oboustranně anonymní, pokud to naše malé poměry dovolí. Příspěvky jsou posuzovány dvěma recenzenty. Redakce a redakční rada mají právo text odmítnout ještě před recenzním řízením z důvodů nedodržených pokynů pro autory, případně text vrátit autorovi k doplnění.

Pokyny k formální stránce textů:

Redakce Psychosomu přijímá původní příspěvky v českém jazyce či slovenštině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky posílejte, prosím, v elektronické podobě, nejlépe ve formátu WORD (.doc), případně rtf, buď elektronickou poštou na adresu redakce (chvala@sktlib.cz), nebo poštou na přiměřeném datovém nosiči (CD). Prosíme, neformátujte text jinak, než umožňuje textový editor Word ve svých „stylech“, a to „Normal“ pro běžný odstavec textu, „Nadpis 1“ pro hlavní nadpis, a „Nadpis 2“ pro mezititulek. Klávesu „Enter“ používejte jen na konci řádku, chcete-li vytvořit nový

odstavec. Mezera mezi slovem nebo za čárkou či tečkou před dalším slovem budiž, prosím, jen jedna. Normostrana obsahuje zpravidla 30 řádků po 60 úhozech, velikost písma 12 dpi. Všechny obrázky, tabulky, grafy a jiné přílohy posílejte zvlášť – neformátujte je do textu. V něm jen označte místo jejich umístění. Nepoužívejte odkazy, jako poznámky pod čarou či za textem pomocí funkce „Vložit“.

Pokyny pro citování:

V zájmu shodného uvádění citované literatury (a citací v textu) prosíme o dodržení následujícího vzoru. Seznam literatury je uspořádán abecedně podle příjmení autora. V textu jsou odkazy na literaturu uváděny příjmením autora a rokem vydání práce, při více pracích jednoho autora v jednom roce rozlišujete práce písmeny malé abecedy (2005a, 2005b). V případě dvou autorů uvádějte oba. U tří a více autorů lze uvést pouze prvního autora a doplnit zkratku et al. V seznamu literatury se užívá plné formy citací, důsledně celý název knihy, podtitul knihy, místo vydání, nakladatel; u časopisů vždy ročník, (číslo) a strany v časopisu (viz níže). Lze citovat i zdroje z internetu – vždy s uvedením internetové adresy s datem stažení (vyhledání) textu.

Příklady citací v textu:

Citace práce jediného autora: ... Lieb (1992) soudí, že... *nebo:* Jak tvrdí někteří autoři (Lieb, 1992 *nebo jinak:* srov. Lieb, 1992 *nebo viz:* Lieb, 1992)

Citace práce více autorů: Uexküll a kol. (2003) uvádějí... *nebo* Trapková a Chvála (2004) se domnívají...

Odkazy na více zdrojů: V literatuře se tento názor běžně vyskytuje (Glaeson, 1985; Šulová 2004)

Přímá citace autora (v přímé citaci se uvádí strana, na níž se pasáž v původní práci nachází): ...Je třeba zdůraznit, že „tento názor je nový, právě tak jako starý.“ (Lieb, 1992, s. 12)

Zvolte si jednu z více možností a tu pak držte v celém textu stejnou. Všechny citované práce uveďte na konci článku v oddílu LITERATURA abecedně seřazené. Neuvádějte zde práce, které jste v textu nezmínili.

PSYCHOSOM VYDÁVÁ
INSTITUT RODINNÉ TERAPIE
A PSYCHOSOMATICKÉ
MEDICÍNY V LIBERCI, O. P. S.
(LIRTAPS)

TOTO MÉDIUM JE NEZÁVISLÉ
NA FARMACEUTICKÝCH
FIRMÁCH

