

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: chvala@sktlib.cz
MUDr. Aleš Füst: furst@pbsp.cz
Mgr. Jan Knop: knop@sktlib.cz
PhDr. Ludmila Trapková
Mgr. Pavla Loucká
Paní Radka Menclová: menclova@sktlib.cz

Adresa:

www.psychosom.cz
SKT Liberec
Jáchymovská 385
460 10 Liberec 10
Tel.: +420 485 151 398

Cena jednoho čísla 110 Kč, roční předplatné 400 Kč, objednávky na adrese redakce. Plné texty, archiv na www.psychosom.cz

Uzávěrka čísla 1/2011 dne 31. 1. 2011, recenzní řízení bylo uzavřeno 15. 1. 2011. Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih a diskusních příspěvků. Foto, grafická úprava: V. Chvála. The articles are peer-reviewed. ISSN 1214-6102, MK ČR E 187 84

© LIRTAPS, o. p. s.

PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:

<http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABA008/84989>



Vychází s mediální podporou Psychiatrie pro praxi (SOLEN)

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, PhD., Psychiatrická klinika FN, Trenčín, Slovenská republika
Prof. PhDr. Anna Hogenová, PhD., 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, PhD., Katedra antropologie FHS UK, Praha
PhDr. Eva Křížová, PhD., Technická univerzita v Liberci a 2.LF UK Praha.
PhDr. Jiří Libra, Ústav lékařské psychologie a psychosomatiky LF MU Brno
Doc. PhDr. Michal Mioviský, PhD., 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, PhD., 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, PhD., Ústav etiky 3. LF UK Praha-Vinohrady
PhDr. Vladimír Vavrda, PhD., 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 1/2011

EDITORIAL	5
<i>Chvála V.: Nemocnice na kraji města</i>	5
PŮVODNÍ PRÁCE	8
<i>Klímová h., Roubalová Kostlánová v.: Transgenerační přenos traumatu a možnost uzdravování – zkušenost se skupinovou terapií pro potomky obětí holokaustu</i>	8
TEORIE	36
<i>Wischmann T. H.: Psychogenní neplodnost – mýty a fakta</i>	36
FILOSOFIE	53
<i>Poněšický J.: Vztah těla a duše (nejen) v psychosomatice</i>	53
GLOSÝ	59
<i>Honzák R.: Nebrzděte mozek odpočinkem</i>	59
<i>Honzák R.: Holokaust – nezacelená rána</i>	60
RECENZE	63
<i>Chvála V.: Recenze na knihu Jana Hnízдила: Mým marodům</i>	63
DISKUSE	66
<i>Pevné objekty v obklíčení?</i>	66
<i>Zbyněk Vybíral zažehl diskusi:</i>	67
<i>Jiřina Prekopová a Jaroslav Šturma na to reagují:</i>	67
<i>Jak to vidí Jiří Šimek</i>	71
<i>A nakonec Bohumila Baštecká</i>	72
<i>Diskuse k článku z Psychosomu 4/2010</i>	73
POLITIKA, KONCEPCE	74
<i>Zápis ze členské schůze SPPS o.s. dne 21.ledna 2011</i>	74
AKCE, AKTUALITY	77
<i>První česká konference Pesso Boyden psychomotorické psychoterapie</i>	77
<i>Martin Skála - Symbolický život</i>	78
<i>Základní informace o Konferenci akupunkturistů v Českém ráji 15.-17. dubna</i>	79
<i>14. mezinárodní seminář pro katatymně imaginativní psychoterapii</i>	81
<i>informace o kongresu JABLKO SIGMUNDA FREUDA</i>	82
<i>Dlouhodobý výcvik v psychoterapii zaměřené na tělo</i>	83

<i>Certifikovaný výcvik v metodě EMDR</i>	<i>84</i>
Obsah ročníku 2010	85
Pokyny pro autory časopisu	87

EDITORIAL

CHVÁLA V.: NEMOCNICE NA KRAJI MĚSTA...



Tak nám zabili Ferdinanda... pardon, zavřeli jediné lůžkové oddělení v Ostrově nad Ohří. Mám to z první ruky, od primáře a přítele Martina Konečného. Vlastně nezavřeli, jen už nechtějí dále spolupracovat se zakladatelem a autorem koncepce psychoterapeuticky a psychosomaticky orientovaného oddělení psychiatrie v malé nemocnici. Těžko říci, co je za tím. Naši pacienti tam byli nadmíru spokojeni a měli jsme je konečně kam posílat – zkuste somatizujícího pacienta bez náhledu na zdroj jeho stresu hospitalizovat na běžné psychiatrii, když na interně, ortopedii nebo dermatologii je to marné. Samozřejmě, že všechno se ambulantně vyřešit nedá. Ale copak to tady máme

v zákulisí za škůdce, že nám ta psychosomatika ne a ne z řečí do rukou se vraziti ráčí... Bezejmenní škůdci psychosomatiky škrtili ostatně také seznam psychosomatických pracovišť z dlouho připravovaného metodického pokynu MZd. „K problematice pacientů s chronickou únavou“ s odůvodněním, že žádná taková pracoviště přece u nás nejsou. Takže celý pokyn ztratil nakonec smysl, protože když nejsou psychosomatická pracoviště, nelze nabídnout těmto pacientům kromě podrobných vyšetření vlastně nic.

Aktuálně má naše velká medicína jiné starosti. Unavení lékaři děkují a odcházejí a nedocházejí, je to jako

s kozou na ledě. Mluví se o penězích. Jasně, my lékaři jsme špatně placeni, ale to už dlouhá léta. Ne že by zdravotnictvím proteklo málo peněz, za 260 miliard ročně (!) se dá leccos pořídit. Však se taky pořizuje, a jak draho! Najednou všichni vidí, jaký je zdravotnictví báječný tunel na státní peníze, vlastně penězovody, které „je třeba správně nasměrovat“, jak se před časem pregnantně vyjádřil bigamista Rath, když se zmocňoval velké části našeho společného veřejného prostoru. Teď si lékaři stěžují, oproti slušným evropským demokraciím jde z celkové sumy na jejich platy jen 40 % místo 60 %. O větší část se rozdělí dodavatelské, zprostředkovatelské a parazitující poradenské firmy. Ale co jsme vlastně my sami udělali po roce 1989 pro to, aby to bylo lepší? Tehdy zaostalé instrumentarium předimenzované sítě socialistických zdravotních služeb bylo třeba obměnit, takže nikoli duch, ale statky hmotné přišly na řadu v prvé řadě. A s heslem CT do každé vesnice, defibrilátor do každé rodiny, zaplavili chřadnoucí a bezbranný stát obchodní cestující v dobrých autech. No nekupte to. S novým prostředím v nemocnicích se toho proti dřívějšímu hodně zlepšilo pro pacienty, už si ani neumíme představit, v jak neutěšeném prostředí jsme někdy museli pracovat a naši pacienti tu státní „péči“ přijímat. Jenže chování lékařů se změnilo jen málo. Stále ty uspěchané, sedřené, nevyspalé bílé pláště z Nemocnice na kraji města, snad uvnitř dobrosrdeční, ale stále více svázání úředním šimlem. Aniž se dověděli něco víc o psychosociálních aspektech nemocí nebo o komunikaci, přibýlo hrozeb, že udělají něco špatně. Rozevírají se nůžky mezi těmi „dělňíky vědy“, mladými lékaři při lůžkách nemocnic, a úspěšnými odborníky v soukromých klinikách orientovaných jen na lukrativní výkony, plastiky, i.v.f., výměny kloubů všeho

druhu atd. Medicína je nemocná. Hodně. A primář *Sova* spí, nebo co, a *Strosmayer* je někde za holkama.

Ale zpátky k našemu tématu, vlastně k tématům prvního čísla *Psychosomu* v roce 2011. Shodou mnoha okolností máme tu čest otisknout výjimečný text Heleny Klímové a Věry Roubalové, shrnující jejich čtrnáctiletou práci s klienty z rodin, v nichž se minulá generace dostaly do soukolí holokaustu a utrpěly těžké trauma. Systematická dehumanizace vybrané části obyvatel a jejich postupné vyvražďování zanechaly v naší populaci nesmazatelnou stopu. Dokud se však nikdo o další osud těch, kdo přežili, nezajímá, neměli jsme ponětí, jak hluboce toto trauma ovlivnilo jejich potomky. Tuto mezeru u nás zaplňují autorky právě touto svou studií. Je poněkud rozsáhlejší, než je v našem časopise obvyklé, práci však podle názorů redakce nebylo možno krátit, aniž by se ztratilo něco podstatného.

V teorii tentokrát uveřejňujeme překlad práce Tewese H. Wischmanna „Psychogenní neplodnost – mýty a fakta“. Heidelberský profesor psychologie polemizuje s rozšířeným názorem, že někdy může být pro ženy hamletovská volba, zda být, či nebýt matkou, tak zapeklitou otázkou, téměř Sofiinou volbou, že raději ani neotěhotní. Pokud to je možné, pak jistě většina toho váhání a pochybností budoucí matky není samozřejmě vůbec vidět, protože se, jak předpokládáme, odehrává v řádu světa k uvěření, tedy v neověřitelném předivu vztahů, nadějí, zoufalství, lásky a nenávisti, životních plánů, předpokladů, spoléhání na toho druhého, systémových sil celého rodu..., tedy toho všeho, co nejspíš tvoří obsah naší duše. Bez možnosti ověřit to metodikou EBM. A o tom je tato práce, kterou jsme získali díky Haně Konečné z Univerzity v Českých Budějovicích, která nemá ráda

slovo psychosomatika, ale přitom pro ni nejspíš dělá hodně dobrého. Nemá však ráda, když se to přehání, a obává se, že zrovna pojem psychogenní sterilita ženám škodí, že jim ubližuje už jen ta možnost, že by něco takového bylo možné, a ony za to tedy nesly odpovědnost. To je ale velké téma psychosomatiky. Kéž by si takové otázky kladli i kolegové, kteří hlava nehlava in vitro fertilizují, zda třeba také dovedně „vyřešená sterilita“ nemůže být někdy těžkým jatrogenním poškozením... Abychom to vyvážili, v oddílu Filosofie je přednáška kolegy Poněšického na téma těla a duše nejen v psychosomatice. Přednesl ji na konferenci na téma Medicína jako mathésis singularis, nebo mathésis universalis? Bylo nás tam v krásném sále Karolina jen pár, takže jsem rád, že nám kolega dal text k dispozici, aby obohatil širší okruh čtenářů.

Na psychoterapeutické scéně, tedy v těsném sousedství psychosomatiky, se rozhořel oheň vášní proti osobě Jiřiny Prekopové, snad v obavě, aby její metoda pevného objetí neměla příliš obětí. Po shlédnutí životopisného filmu o dnes už dvaosmdesátileté psychoterapeutce a psycholožce „Jsem tu pro lásku“ se zvedly hlasy zneklidněných rodičů, kterým se nelíbily záběry autistického dítěte bránícího se pevnému objetí své matky. Nedivím se, je to drsné, tělo na tělo, jasná zpráva o tom, kdo je tady

matka a kdo dítě, kdo je odpovědný za život toho druhého, kdo je komu k dispozici. Z hlediska nejen rodičů, ale i laskavých a naslouchajících nedirektivních psychoterapeutů, volajících po svobodě člověka a po jeho nezávislosti, problematická metoda. Některé obrazy by se asi neměly ukazovat. Třeba porod patřil dlouho mezi ně. Ještě by ho zakázali, že není hezký, etický a nectí práva dítěte. V diskusi nás zaujala metoda argumentace: Nelíbí se nám, co děláte, Jiřino Prekopová, nemáte to vědecky (našimi metodami) dokázané, tak napíšeme ombudsmanovi, aby to zakázal. A jestli jsou nějaké rodiny, kterým to pomohlo, to není žádný argument, to je náhoda, nebo jste je zblblá. Nelíbí se mi tato argumentace, protože vylučuje názor jiného kolegy, útočí na medicínu a psychoterapii založenou na zkušenosti, přidává se k davu, který hodnotí, aniž rozumí. Možná ve snaze ubránit se nepříjemným pocitům viny, které v nich tvrzení Jiřiny Prekopové o potřebě lásky k dítěti mohou vyvolávat. Kdo ví? A příští podobný útok může mířit třeba na techniky orientované na tělo, které zrovna v psychosomatice mají své významné místo. Kdo se nás pak zastane? Tak o tom je dnes aktuální diskuse. Přeji dobré čtení.

MUDr. Vladislav Chvála, SKT Liberec.
Sexuolog a psychoterapeut

PŮVODNÍ PRÁCE



KLÍMOVÁ H., ROUBALOVÁ KOSTLÁNOVÁ V.:
TRANSGENERAČNÍ PŘENOS TRAUMATU A MOŽNOST
UZDRAVOVÁNÍ – ZKUŠENOST SE SKUPINOVOU TERAPIÍ PRO
POTOMKY OBĚTÍ HOLOKAUSTU

*VÝSLEDKY ČTRNÁCTILETÉ PRÁCE TERAPEUTICKÉHO TÝMU RAFAEL
INSTITUTU*

KLÍMOVÁ H., ROUBALOVÁ KOSTLÁNOVÁ V.: TRANSGENERAČNÍ PŘENOS TRAUMATU A MOŽNOST UZDRAVOVÁNÍ- ZKUŠENOST SE SKUPINOVOU TERAPIÍ PRO POTOMKY OBĚTÍ HOLOKAUSTU; PSYCHOSOM, 2011;9(1), s. 8-35

Abstrakt: *Následky těžkého traumatu pro jedince již našly své místo jakožto diagnostické kategorie v rámci MKN, avšak postupně se prokazuje i nebezpečí přenosu na další pokolení. V r. 1997 byla založena psychoterapeutická skupina určená těm, kdo přežili holokaust, i jejich potomkům. Ukazuje se, že členové této skupiny bývají vystaveni mimořádné kombinované zátěži (zejm. jde o příznaky depresivní, psychosomatické, poruchy vztahů...) velmi podobně jako členové podobných skupin v zahraničí. Postupně jsou uplatňovány odpovídající terapeutické přístupy. Ukazuje se, že příznaky jsou ovlivnitelné, resp. postupně léčitelné s pomocí skupinové psychoterapie, přičemž jakožto faktor nejúčinnější je prožívána skupinová koheze, pocit bezpečí, přijetí, ztráta pocitu odlišnosti, a zejména zbavování pocitů viny. Následující sdělení se opírá především o vlastní klinickou zkušenost, dále o literaturu a o spolupráci týmu Rafael Institutu.*

Klíčová slova: Holokaust, trauma, posttraumatický stresový syndrom, PTSD, transgenerační přenos traumatu, psychosomatické symptomy, psychoterapie, skupinová terapie, efektivní faktory

KLÍMOVÁ H., ROUBALOVÁ KOSTLÁNOVÁ V.: THE TRANSGENERATION TRANSMISSION OF A TRAUMA AND THE POSSIBILITY OF HEALING - EXPERIENCE IN GROUP THERAPY FOR THE OFFSPRING OF HOLOCAUST VICTIMS; PSYCHOSOM, 2011;9(1), pp. 8-35

Abstract: *The consequences of severe trauma for an individual have already found their place as a diagnostic category in the ICD, however the danger of transmission to future generations is becoming increasingly apparent. In 1997 a psychotherapy group designed for those who survived the Holocaust and their descendants was founded. It appears that members of this group are exposed to extreme combined stress (especially depressive and psychosomatic symptoms, disorders in relationships ...), much like members of similar groups abroad. Appropriate therapeutic approaches are being gradually applied. It appears that the symptoms are influenceable or gradually treatable through group psychotherapy, where the most effective factors are experiencing group cohesion, a sense of security, acceptance, the loss of a sense of difference and in particular getting rid of feelings of guilt. The following communication is based primarily on the clinical experience of the Rafael Institute team and on existing literature.*

Key words: Holocaust, trauma, Post Traumatic Stress Syndrom, PSD, transmission of trauma to future generation, psychosomatic symptoms, psychotherapy, group therapy, effective factors

PROLOG – KDO JSME

Když ve Spojených státech vyšla v roce 1979 kniha Děti holokaustu, inspirovaná mj. i vlastní zkušeností autorky Heleny Epsteinové, vzbudila mimořádný rozruch – a ze strany tzv. druhé generace nadšené přijetí. „Druhá generace“, to jsou děti těch, kdo přežili holokaust, a tato „druhá generace“ uvítala vyslovení svých generačních pocitů. V naší zemi se odkrývání různých společenských témat opozdilo pro absenci veřejného dialogu za totality, a tak jsme si následky holokaustu začali více uvědomovat a systematicky je studovat až počátkem devadesátých let.

Sešli jsme se tehdy jakožto skupina profesionálů – terapeuti, absolventi různých výcviků – a současně potomci přeživších. Rozhodli jsme se mluvit spolu o osudech našich rodin včetně holokaustu a zrušit tak dosavadní tabuizaci tématu. Náš dialog moderovala v letech 1995–2001 britská skupinová analytička a psychoanalytička Irene Bloomfield s kolegyní Gaby Glassman, ty dvě k nám z Londýna nejméně jednou až dvakrát ročně létaly a poskytly nám možnost doplnit naši sebezkušenost. Naše společenství se jakožto peer-group schází od roku 1994, a to až doposud.

Ve svých rodinách jsme zažili následky těžkých traumat a při svém vývoji osobním i odborném jsme se učili vědomě je zvládat. Doufáme nyní, že naše původní případná poškození se proměňují v porozumění, a rádi bychom svoji zkušenost poskytovali dalším. To je také důvod, proč jsme v roce 2006 založili Rafael Institut a pořádáme výcviky ve skupinové psychoterapii, zejména v prevenci a terapii traumatu.

Skupinu pro klienty jsme započali v roce 1997 a několik let jsme se scházeli v rámci Psychoterapeutického střediska

Břehová, kde jedna z nás pracovala jako terapeutka. Nyní je tato klientská skupina též součástí Rafael Institutu. Skupinu od počátku vedou autorky tohoto sdělení pod supervizí napřed PhDr. Hany Junové, nyní MUDr. Václava Mikoty. V průběhu naší skupiny založili PhDr. Marek Preiss a Jana Vohryzková ještě další klientskou skupinu, existovala necelých pět let a představovala velikou pomoc – přijímala (mimo jiné) také rodinné příslušníky některých našich členů. Při práci s klienty se opíráme o mnohaletou spolupráci celého týmu Rafael Institutu.

Jako součást sebestředstavení cítíme potřebu zmínit i naši motivaci individuální, která nás k této specifické práci přivedla a která souvisí s našimi osobními osudy.

***Helena Klímová** se narodila dva roky před válkou, za holokaustu přišla o rodinu z matčiny strany, oba rodiče byli deportováni a sedm posledních měsíců strávila, spolu s mladší sestrou, v sirotčinci.*

***Věra Roubalová** se narodila dva roky po válce, holokaust ji připravil o prarodiče, v padesátých letech oba rodiče zažili politické i antisemitské pronásledování a ona strávila, spolu s mladším bratrem, tři roky v dětském domově.*

Takové dětské prožitky ovlivňují životní motivaci, a ta přivedla obě autorky k účasti na veřejných věcech. Obě se podílely na disentu, na Chartě 77, na tvorbě občanské společnosti... na prevenci případných totalitních recidiv.

Touto zmínkou vyjadřujeme zakotvení naší identity: spolu se členy naší klientské skupiny sdílíme podobné životní počátky, neuvažujeme proto v

rozměru oni-my, sdílíme společné my – spřízněnost osudu. Tak může vznikat koheze, důvěra a otevřenost, které jinak, jak víme z praxe, pro úzkost až bytostnou nenastávají. Mnoho dobrého se ve skupině děje proto, že její členové cítí, že nám na nich záleží osobně, že je máme rádi a že zdůrazňujeme lidskou důstojnost nás všech.

Tím více si uvědomujeme nutnost ctít hranice a pravidla, zvědomovat přenosové a protipřenosové děje, setrvat na pozici profesionality.

Tolik naše sebestředstavení.

VYMEZENÍ HISTORICKÉ, TEMATICKÉ A TERMINOLOGICKÉ

Výraz trauma pochází z řečtiny a znamená zranění. Mezinárodní klasifikace nemocí (DSM-IV) definuje traumatickou událost jako takovou, která znamená skutečnou či hrozící smrt, nebo závažné zranění či jiné ohrožení jedincovy tělesné integrity (APA 1994; 424). Traumatická událost může pro přeživšího obnášet i další ohrožení – zranění nebo ztrátu blízkých osob, otřesení základního předpokladu o světě jako místě bezpečí, o svém vlastním sebeobrazu a hodnotách, na nichž dotýčný postavil svůj život. Otřesený jedinec ztrácí schopnost plánovat budoucnost, převládá strach z neznámého, nedostatek sebedůvěry a pocit bezmoci (WEINBERG. H. et al., 2005).

Posttraumatická stresová porucha (post-traumatic stress disorder PTSD) – byla popsána již koncem 19. století, ale jakožto porucha psychiatrická definována až v osmdesátých letech minulého století, tak jak na Západě přibývalo zkušeností lékařů s veterány válek nebo koncentračních táborů.¹

Poznání lékařské na Západě se tedy odvíjelo spolu s rozvojem historie na Západě i u nás, a dokonce v rámci našeho týmu – Rafael Institutu. Poznatků jsme se dobírali průběžně. Při terapii generace přeživších jsme se mohli opírat o diagnózy již formulované a uváděné v MKN, avšak naši péči čím dál častěji vyhledávají i další generace. A tu se setkáváme pravidelně s celou sadou příznaků, které naše klienty – většinou děti přeživších – významně charakterizují a odlišují od ostatní naší klientely z populace majoritní. Jako diagnostický celek tyto příznaky dosud nejsou ustaveny, ale bývají tak popisovány a vnímány v odborném tisku.

Naše zkoumání následků holokaustu jsme započali napřed sami na sobě, v rámci naší peer-group, začali jsme tedy (po všech předchozích výcvicích každého z nás) novou sebezkušeností. Znamenalo to určitou výhodu: Vnímali jsme naše

během jednoho měsíce, a posttraumatickou stresovou poruchu, považovanou za chronickou. Obě poruchy jsou klasifikovány jakožto úzkostné a předpokládají tři ústřední kategorie symptomů: intruzivní (dotírající), vyhýbavé a nadměrně naléhavé, burcující (hyper-arousal). Akutní stresová porucha obsahuje také symptomy disociace“ (WEINBERG. H. et al., 2005:188).

¹ „Diagnostický a statistický manuál IV Americké psychiatrické asociace z r. 1994 odlišuje dva typy poruch: akutní stresovou poruchu, která se rozvine okamžitě a pomine

téma nikoli primárně jako patologii (jak se totiž může jevit zcela přirozeně těm, kdo jsou zváni k léčbě a kdo studují chorobopisy), ale v jeho úplnosti, kolem sebe a v nás, v komplexu celé reality, včetně příběhů s koncem relativně šťastným. Těmto příběhům s koncem šťastným se však až daleko později dostalo odborné pozornosti, včetně názvu PTG – „post-traumatický růst“ (Preiss M., 2009), stalo se tak až léta po stanovení termínu původního – PTSD post-traumatická stressová porucha. Konce relativně šťastné, samoléčivé, jakkoli nebývají zaznamenány odbornou

literaturou, nicméně patří do celospolečenského vědomí, velice prospívají terapeutickému optimismu a my jsme měli to štěstí, že jsme některé takové mohli ve svém okolí poznat. Tuto zkušenost chceme předeslat jako naději zejména pro příběhy, které uvádíme.

Obstarávání a studium teorie, literatury, jakož i srovnávání mezinárodní násadovale, jak to šlo nejrychleji. Sdělíme tedy nyní témata a psychologické mechanismy zhruba tak, jak jsme je postupně poznávali my sami, a začneme pojmem obecným.

- **Projektivní identifikace (PI)** – k tomuto procesu shledáváme dvojí druh odkazů v literatuře:

„Pokud jedinec není s to být sám, neboť je to pro něj příliš bolestné a ohrožující, má sklon utéci tím, že přeskočí z vlastního nesnesitelného mentálního prostoru do něčího jiného: tomu Kleinová říká projektivní identifikace (Klein, 1955).“ (Resnik, 199, p. 333)

„Terapeuti často... hovoří o úloze projektivní identifikace, která nejen promítá na druhého nebo přijímá z druhého skrze identifikaci, ale také probouzí v nenáviděné skupině právě takové chování, z něhož ji promítající skupina obviňuje. Tento druh projekce také pomáhá přenášet neukončené záležitosti přes generace. Viděli jsme to v rodinách přeživších holokaust. Mnozí rodiče, oběti holokaustu, o svých zkušenostech nemluví. Nicméně děti z těchto rodin velmi zřetelně vnímají nedostatek příběhu jakožto nevyslovené 'něco', co projektivní identifikace mezi rodiči a dětmi přenáší dále na další

generace k řešení, někdy tragickému.“ (RICE & BENSON, 2005/2) ¹

Autoři prvních dvou citací popisují PI jako součást dynamického procesu, jímž subjekt přemísťuje nějakou svoji část do objektu k jeho škodě, anebo kdy sám – ke své vlastní škodě – se stane objektem takovéto dynamiky. PI se v těch případech projevuje jako druh obranného mechanismu. Naproti tomu Horwitz vysvětluje PI jakožto součást normální dynamiky při tvorbě skupiny: s pomocí PI si členové skupiny vyměňují různé části svých vnitřních obsahů, aby se tak vzájemně mohli vysílat do různých rolí a skupinových pozic a mohli se v nich navzájem potvrzovat, upevňovat, spoluprožívat a svá místa také přijímat.

¹ Srovnajme toto pojetí s následujícím citátem Leonarda Horwitze: „...projektivní identifikace není jednoduše obranný mechanismus zahrnující vnitřní a vnější proměnu, jak je tomu u většiny ostatních obran; spíše je to současně intrapsychický mechanismus a interpersonální transakce, což předpokládá transformace jak v promítajícím, tak ve vnějším objektu“ (Leonard Horwitz 1983, p. 261).

Podobně vidí Horwitz PI v případě partnerské dvojice muže a ženy, opět jako součást dynamiky při tvorbě vzájemného pouta. Toto obecnější pojetí nevyklučuje, ale může zahrnovat i zvláštní případy obran při vnitroskupinovém zápase (jak jsou zmíněny v prvních citacích). Horwitzovo pojetí je tedy širší,

vyjadřuje působení PI jakožto mechanismu, který vytváří pouta a vztahy obecně, v normě.

Tuto obecnou podobu PI připomínáme jako základní pro pochopení všech příběhů, kterými se zabýváme. Nyní následuje první z vinět. Ve všech vinětách jsou identifikační znaky a některé reálie změněné, pro zachování důvěrnosti.

Viněta 1: muž středního věku, intelektuál, zabývá se historií holokaustu, navrátil se k víře jako první po několika generacích bezvěrců, angažuje se v občanské společnosti, zabývá se pomocí lidem znevýhodněným. Byl zplozen rodiči brzy po jejich návratu z lágrů, vychován pouze matkou (otec na následky koncentráku zemřel). Matka protagonisty jako dítě vyrůstala v rodině zcela asimilované, teprve za války jako dívka byla konfrontována se svými židovskými kořeny jakožto s důvodem pro perzekuci a pro ohrožení na životě. Před synem téma rodinného židovství tajila. Syn v době puberty rodinnou historii objevil, tématu se ujal po svém, identifikoval se s ním a založil na něm plán svého vlastního života a své životní úsilí o humanistickou společnost.

Osudy tohoto druhu jsou pro druhou generaci charakteristické a tento příběh připomíná mnohé jiné muže i ženy. Protagonista se vyrovnává se zátěží, a dokonce naplňuje obsah pojmu PTG – posttraumatický růst. Jako mnohé příběhy, jimiž se zabývá psychoterapie, má i tento svůj předobraz mytologický, totiž symbol „vysvobození zakleté princezny“.

Matka protagonisty jakoby zaklela – totiž popřela, potlačila a odštěpila – tu část své identity, skrze kterou zažívala ohrožení, násilí a narcistická zranění: svůj židovský původ a válečný osud. Odvrat od židovských kořenů nicméně nastal již v generacích matčiných rodičů a prarodičů (také jakožto součást obecného antireligiózního vývoje v předválečném Československu) a téma židovských kořenů se v rodině stalo tématem tabuizovaným (podobně jako v

rodině Madeleine Albrightové). V rodinném nevědomí téma nicméně žilo a projevovalo se jako jakýsi behaviorální cluster, jako nepojmenovaný souběh postojů, zvyklostí, kulturních vzorců: v rodině panoval odpor k antisemitismu a obecně k rasismu, převládal tam zájem o občanská témata, zvýšená citlivost ke všem pronásledovaným; v příbuzenstvu se hodně četly knihy včetně židovských autorů a s chutí se vyprávěly židovské anekdoty... Není divu, že s takovým rodinným zázemím a s pozdější zkušeností holokaustu prožívala matka našeho protagonisty svou židovskou identitu dvojnásobně: jednak jako ohrožení či dokonce hanbu, jednak jako hodnotu, kterou třeba chránit, ale co možno potají a s úzkostí.

Jak tuto matčinu ambivalenci prožíval syn – protagonista první viněty?

Ohrožení nějaké části a současně její vysoká hodnota pro subjekt – to jsou ty dvě okolnosti, jejichž souběh může v subjektu probudit úzkost a vyvolat fight/flight (útok/útek) reakci. Zatímco v generacích minulých byl častým řešením útek ze situace, totiž popření identity, protagonista naší viněty situaci čelí: jeho fight reaction, „útok“, na sebe bere vysoce sublimovanou podobu zápasu společenského. V jádru je skryt archaický mytologém: protagonista

• Zachraňování světa a hledání řádu

První náš příklad uvádí obecnější téma zachraňování a vysvobozování. Je to téma existenciální, týká se smyslu bytí, a do našich úvah patří: záměrem holokaustu nebylo totiž jen zničení těl, ale také duší, zničení smyslu lidské existence – a tento záměr se částečně zdařil.

Sledování řádu jakožto smysl bytí se objevuje od samého pouštního počátku židovského národa. Společenství národa, víry, životního stylu – společenství smyslu – si Židé prvně ustavili, když při vyvádění z Egypta Mojžíš předložil Desatero všem přítomným, společně prchajícím. Zeptal se jich, zda chtějí tento zákon přijmout a respektovat. *„Potom vzal Knihu smlouvy a četl naslouchajícímu lidu. Prohlásili: 'Poslušně budeme dělat všechno, co Hospodin mluvil'“ (Exodus 24,7).* Společenství národa tak bylo prvně ustaveno nikoli skrze pokrevnost ani skrze hrdinné krveprolití, ale plebiscitem na poušti – demokratickým přijetím řádu.

Potřeba řádu, potřeba navracet svět do řádu, později v židovské středověké mystice dostala jméno TIKKUN, jakási všenáprava. Podle tohoto pojetí svět při

jakožto rytíř brání a vysvobozuje „zakletou princeznu“, totiž matčinu cennou část, která byla ohrožena, potlačena, umlčena – prostě „zakleta“. Tím zachraňuje i „království“, totiž obecné hodnoty původně popřené (svobodu, spiritualitu, humanismus, autenticitu, židovskou identitu). Tyto hodnoty svým jednáním osvobozuje, očisťuje, pojmenovává, oživuje ve prospěch světa.

svém vznikání utrpěl poškození, zranění (tedy trauma), kdy prvotní nádoby-formy, obsahující počátky světa a všech sil, se roztrhaly a rozletěly. Od té doby každý člověk může přispět k tomu, aby se střepy znovu scelily – a to tím, že povede příkladný život podle řádu. Tato pradávna myšlenka se mezi Židy znovu vzchopila k veřejnému životu od doby, kdy získali možnost studovat a vykonávat stejné profese jako ostatní. Od té doby se pak mnozí právě skrze své profese – zejména jako lékaři, spisovatelé, novináři, intelektuálové podobného zaměření, pracovníci pomáhajících profesí – snažili více či méně vědomě uvádět do světa prvky řádu a také porozumění pro lidskou odlišnost.

Prožitek holokaustu té odedávne snaze vtiskl zvláštní naléhavost: Takovým profesím se děti přeživších věnují častěji, než odpovídá demografické pravděpodobnosti. Výběr povolání lze také vidět jako součást posttrauma-tického růstu.

Myšlenka uvádění světa do řádu však v sobě skrývá i **osudové nebezpečí mesianismu, jakožto odpovědi na kolektivní trauma**. Judaismus sám není vírou misijní, neuznává misie ani obracení dalších na víru, naopak, chce-li

kdo nový k víře přistoupit, rabín má povinnost jej odrazovat a odmítat. **Spasitelské pokušení ale na sebe může vzít také podobu strašných náboženství bez boha – totiž totalitních ideologií – a to zejména v situaci po kolektivním traumatu.** V situaci zničení společenství či jeho těžkého ohrožení se skupinová koheze rozpadá do dvoupolárního nesoudržného stavu agregace a masifikace; agregaci charakterizuje paralelní, vzájemně nekomunikující bytí jedinců, zatímco masifikaci charakterizuje verbální a emocionální splynutí, podobající se až infekci (volně podle Hoppera, 2003). Jestliže pak jsou struktury společenství takto zničeny, snadno se ujímají vzorce totalitní, a to někdy i opakovaně.

A to právě byla situace po holokaustu (a předtím v Rusku po pogromech): Úsilí uvádět svět do řádu v takové traumatizované společnosti potom bylo kontaminováno a transformováno totalitními vzorci. Lidé, kteří se po válce navraceli z koncentračních táborů zbavení domova, pozbyvší profesionálních vazeb, často osířeli, toužili obnovit svůj smysl a smysl světa, nalézt naději, duchovní obnovu a řád. Pro tuto

potřebu, v jádru **spirituální**, však někteří hledali odpověď v podobě ideologie, a ta se pak ocitla na místě, které jindy a jinde patří oblasti duchovní, víře. A tak se tito těžce traumatizovaní přeživší někdy přidali k nápravě světa skrze totalitní ideologii marxismu-leninismu. Mnozí z nich se brzy zanedlouho sami stali oběťmi oné ideologie, v procesech proti tzv. sionistům v padesátých letech. Tehdy v nich znovu ožily pocity strachu z pronásledování, z antisemitismu, docházelo k retraumatizaci a ke zraněním novým, zraňována byla už i další generace. Původní prastará touha po uvádění řádu do světa, potřeba původně duchovní, tedy ve dvacátém století zdegenerovala, zhrubla, poklesla v totalitní ideologii – zejména jako následek traumatizace totalitou předchozí.

Tyto souvislosti historické a společenské přesahují rámec psychoterapie, širší rámec nicméně je zde na místě. Holokaust jakožto nejúplnější totalitní systém všech dob nezpůsobil jen poruchy, kterými se zabývá psychoterapie, ale ovlivnil podobu celé společnosti až po existenciální prožívání lidí. Tento rámec historický, tematický a terminologický tedy nutno brát v úvahu.

JAK ROZUMÍME PŘÍBĚHŮM GENERACÍ PO HOLOKAUSTU

Naši první klienti přicházeli jednak z řad členů Židovské obce, zejména pak na doporučení kolegů a známých. Psychotherapeutická skupina, která vznikla na jaře 1997, byla otevřena těm, kdo přežili holokaust, a členům rodin. Nyní (čtrnáct

let poté) většina členů skupiny patří ke druhé generaci. V průběhu let bylo možno shledávat, jak se odlišují od ostatních klientů psychoterapie. Výrazně častěji jsme v naší skupině shledali:

- ❖ poruchy rodinných vztahů, osamělost a symbiotické závislosti,
- ❖ častou nemocnost – depresivní poruchu a psychosomatické poruchy,
- ❖ sklon dostávat se opakovaně do situace oběti,
- ❖ sklon k prožívání pocitů viny,
- ❖ jídlo jakožto hodnotu významnou, symbolickou a spočívající v centru různých

- poruch,
- ❖ soucit, identifikaci s ostatními ohroženými lidskými skupinami,
 - ❖ potřebu pečovat o život ve všech podobách, zájem ekologický,
 - ❖ vyšší vzdělanost, vyšší profesionální postavení členů, zájem o pečující profese,
 - ❖ časté cestování, zejména za příbuznými po světě,
 - ❖ delší dobu docházení do skupinové psychoterapie,
 - ❖ roli v původní rodině popsanou jako „sváteční svíce“ – jedinec na sebe (případně mezi sourozenci) bere úlohu nápravce osudu.

Tyto znaky vystupovaly do popředí různě v různých obdobích života skupiny podle jejího složení, nicméně určitý cluster setrvává. Obsahuje jak poruchy, tak

projevy posttraumatického růstu (oboje se může vyskytnout u jedné osoby současně).

• **Výměna generačních rolí (parenting the parent)**

je tím, co často charakterizuje vztah první a druhé generace. V první viněťě jsme zmínili příběh muže, který se svými životními postoji a rolemi identifikuje s odštěpenou částí své matky a namísto matky uvádí tuto odštěpenou část zpět do reality. Tomuto muži se podařilo původní zátěž překonat, resp. obrátit v něco dobrého, podařil se mu post-traumatický růst.

raného věku, dobrovolně a často neverbálně děti vnímaly a braly na sebe zátěž svých rodičů až po samu výměnu rolí. Do věku dospělého existují nyní dvougenerační symbiotické vztahy, kdy dávno a předčasně dospělé dítě celoživotně vychovává, střeží a opečovává svého rodiče, až po redukci svého vlastního osudu. Namísto rodiče uskutěčňuje jeho potlačované téma.

Nicméně trauma v generaci první často působí poruchu v generaci druhé. Už od

Viněta 2: *Tamar jako holčička ještě předškolní zakusila drastické situace, když se spolu s matkou a novorozenětem skrývala před transportem. Plačící novorozeně matka skoro udusila v hrůze před prozrazením, Tamar zažila matku poníženou, zoufalou, prosící. Pro nepřítomnost kohokoli jiného obracela se matka s voláním o podporu k Tamar jako ke svému staršímu dítěti. Tamar se snažila matku utěšit, jak uměla, a stala se postupně jakoby „matkou své matky“. Tato výměna rolí setrvala do dospělosti, Tamar se nikdy od své matky neodpoutala, celý život jí poskytuje náhradní partnerství a oporu – dokonce spíše než vlastním dětem.*

Viněta 3: Tomáš se narodil rodičům, jejichž ostatní příbuzní byli zavražděni; jak rostl, spoluprožíval s rodiči lítost a přál si všechny povražděné příbuzné svým rodičům vynahrádit, a zejména nikdy je neopustit. Dále se po celý život snaží vytvořit partnerské pouto, ale jakmile se mu to začne dařit, sám vztah přeruší a vrací se do blízkosti rodičů. Po čase převládne hněv nad takovým sebemařením, Tomáš odjede co nejdále od rodičů a najde si další partnerku, ale po určité době se kyvadlový pohyb „k rodičům – ven k nezávislosti“ opět obnoví. Díky své inteligenci a s pomocí psychoterapie po čase dokázal Tomáš zvědomit své motivace. Nyní opět odjel, zdá se, že nový vztah se mu konečně daří.

Příslušníci druhé generace k rodičům prožívali směs hlubokého soucitu, zodpovědnosti a ochrannosti, bylo pro ně obtížné dovolit si přirozenou generační separaci, báli se rodičům „ublížit“. Někteří byli s to tyto motivace zvědomovat, a dokonce si dovolit hněv; vznikalo tak chování vedené ambivalencí, často celoživotně.¹

¹ Zajímavé potom je, že podobný posttraumatický osud charakterizuje druhou generaci jak obětí, tak pachatelů – děti druhé generace byly zabřeheny úkolem 'být rodičem svého rodiče'. '...neschopnost rodičů 'zvládnout zasutou a hrozivou součást vlastní vzpomínky' umožnila průnik částí jejich-rodičovské psychiky do základní identity a self-reprezentace jejich dětí. V

K porozumění těmto souvislostem jsme se dobírali postupně, tak jak jsme byli s to přijmout a strávit poměrně těžko přijatelný, a přitom zcela zásadní jev, zvaný **identifikace s agresorem**.²

tomto smyslu tyto děti pak neměly na výběr, než vyvinou to, co Winnicott nazval „falešné self“(Winnicott 1990)“ (Gerhard WILKE: 2007, p. 438).

² Ta je popisována, podle Anny Freudové, takto: „Jestliže čelí hrozbě z vnějšku... identifikuje se subjekt s agresorem. Může tak činit buď že sám si přivlastní agresí, anebo fyzicky či morálně agresora napodobí, anebo přijme specifické symboly moci, kterými se agresor vyznačuje...“ (J. Laplanche, J-B. Pontalis 1973, p. 208).

Viněta 4: Riva je půvabná žena středního věku, nadaná hudebnice a vypravěčka a členové skupiny obvykle rádi naslouchají, s jakou živelností líčí své dětství na vzdálené vesnici. Nyní se však skupina naléhavě věnuje jinému členu, který zažil úmrtí v rodině... Náhle Riva začne křičet: nikdo prý jí doma nevěnoval pozornost, její starší sourozenci nedbají o její starosti, závidějí jí otcovu přízeň. Riva křičí, nevnímá nikoho ze skupinového kruhu. Teprve po chvíli se unaví a je s to naslouchat... Riva v dětství zažívala sourozeneckou soutěž o pozornost otcovu a jako nejmladší sklízela jeho lásku; ale zejména prožívala, se strachem, ba hrůzou, otcovo občasné běsnění: otec křičel, nevnímá okolí... Později, jako dospělá, si Riva otcovo běsnění dala dohromady s jeho pobytem v koncentračním táboře a po takovém zvědomění byla s to otce politovat, ba milovat... Nicméně, bezděčně od něho něco přijala – totiž jeho úspěšný způsob, jak rodinu umlčet v hrůze. Když se nyní skupina s velkou účastí věnuje jinému potřebnému členovi, zarezonují v paměti Rivy dvojí dávné prožitky: řevnivost sourozenecká a křičení otcovo. Tyto prožitky bezděčně přenesou a ožijí v situaci skupinové...

Identifikace s agresorem se započala v generaci první: otec v naší vině, někdejší vězeň koncentráku, ve svém dalším životě v rodině napodobil chování dřívějších násilníků. Podobně jedná pak i jeho dcera a svět se jí rozpadá na oběti a násilníky. Fenomén identifikace s agresorem se tak přenáší i do generace druhé. Co první generace zažila jako těžký konflikt historie, to druhá generace obtížně tráví v intimitě rodiny a těla.

Trauma vzniklé v generaci první na úrovni celospolečenské se do druhé generace přenáší v podobě poruch mezilidských, osobnostních a psychosomatických.

Termín identifikace s agresorem pochází z 30. let minulého století a původně se vztahoval k obětem násilí na dětech. Dítě strádající násilím ze strany svého blízkého dospělého prožívá těžký konflikt: na svém dospělém je závislé svou existencí a touží jej milovat, současně se mu od něj dostává utrpení a ponížení. Kvůli své existenční a existenciální závislosti nemůže svého dospělého obvinít, hledá tedy vinu v sobě: vytvoří si představu, že jeho trápení je trest za to, že zlobilo, že není dost dobré. Jak dítě vyroste a dospěje, dokáže postupně svého trýznitele vidět kriticky – co však zůstává, je nízká sebeúcta původní oběti, sklon vybírat si vztahy, kdy se v roli oběti opět ocitne, tedy **falešné self – setrvávající identifikace subjektu s rolí, do níž byl uvržen agresorem.** Psychoterapeuti znají takové příběhy, kdy např. mladá žena, která jako dítě v rodině zažívala zneužívání, v průběhu dospívání po právu odsoudí a zavrhne agresora, ale nedokáže obnovit vlastní sebeúctu, sebedůvěru. Neumí uvěřit tomu, že dokáže a smí prožívat lásku. Neumí se vymanit z takového vztahu k sobě, který byl agresorem způsoben, totiž nehodnocení sebe samotné. Takovýto příběh je

těžký, ale zní srozumitelně, umožňuje totiž jednoduché rozdělení světa na dobro a zlo: je jasné, kdo je zlosyn a kdo oběť.

Naše příběhy koncentračnické takové jednoduché rozložení na dobro a zlo neumožňují: přiči se nám označit toho rodiče, který dítěti zkomplikoval život, jednoduše jako agresora, i když čistě technicky se takové označení nabízí. V kontextu holokaustu totiž tento **rodič-agresor zcela jasně napřed sám byl obětí bez viny**, tou první a dosud obvykle nejzřetelnější obětí; dítě se pak stane obětí následně.

V našem kontextu se pak jeví obzvláště zřetelně střídání pozic oběť-agresor. Toto střídání se může odehrávat jednak v rozměru mezigeneračním, ale i v osudu jedince, tentýž člověk může být v některé své roli agresor a jindy oběť.

Vedle identifikace s agresorem se pak objevuje další termín, vystihující naši realitu specificky – totiž **traumatofilie**. Záměrem agresora bylo zničení nejen těl, ale i duší. Výsledkem této snahy jsou mj. sebedestruktivní impulzy v několika generacích těch, jimž měla být zkáza určena.¹

¹ „Nejčastěji lidé znovu vytvářejí takové situace, jako jsou ty, při nichž byli traumatizováni, neboť úzkosti s traumatem spojené, stejně jako samo vnímání traumatu, jsou obvykle podrobeny popření a ostatním druhům prvotní obrany... jako jsou enkapsulace a disociace. Lidé pak potřebují traumatické situace znovu vytvářet ve službách vytačení a útoku a zvládnání a kontroly, a nejvíce ze všeho potřebují vyjádřit svoji neverbální a nepříjemnou zkušenost. Tyto procesy se vážou s nutkavým opakováním a s traumatofilii“ (Earl Hopper, 2003, p. 131). „Zaměřil jsem se na traumatofilii – lásku k traumatu – jakožto na přehrávání, odehrávání traumatické zkušenosti v naději, že co nemůže být symbolizováno, může být sděleno pohybem, gesty“ (ibidem, p. 193).

Viněta 5: Tereza přichází do skupiny o holi, ještě kulhá po nedávném úrazu. Vypráví, jaké ji potkávají nehody a nemoci. Na podzim pálí trávu, vznikne požár a Tereza se jen taktak zachrání s popáleninami. Prochází kolem nářadí opřeného o zeď, již zdálky tuší, co se stane – a opravdu všechno na ni spadne... Manžel ji škádlí – copak tě asi letos zase zneschopní? Ale nehody a nemoci se nevyhýbají ani rodině... Je to pro ni až vyčerpávající. Sbírá energii, jak to lze, vede si deník, aby sama sobě lépe rozuměla, s chutí pěstuje zahradu, ráda pomáhá sousedce v péči o batole... Snaží se, jak nejlíp to jde a skupina uznává, že je opravdu statečná.

Jindy při skupinovém dialogu se Tereza náhle sesune ze židle na zem, chvěje se a jakoby se ocitla někde jinde, sděluje vidění hrůzy: o vězni, kterého honí a trhají psi, který umírá, který musí umírání zažívat opakovaně... Terapeutka si sedá k ní na zem, bere ji do náruče, vybízí ji k pohledu z očí do očí, přivolává ji zpět do místnosti... Tereza vzhledne a spatří další členku skupiny, ta si také přisedla blíž a usilovně se na ni usmívá. Tereza se probere, pookřeje tím úsměvem...

Potom, pobídnuta skupinou, Tereza vypráví: její maminka zažila čtyři roky koncentráků a Tereza, narozená po válce, od věku útlého žila úsilím bránit mamince v sebevraždě. Kdykoli se maminka přiblížila k oknu, Tereza se jí pověsila na sukni a prosila ji. Maminka pak z toho okna nevyskočila. Jindy maminka křičela divným hlasem a bila ji.

Velmi těžko se to členům skupiny poslouchá, ale současně začínají rozumět. Ukazuje se souvislost mezi Terezinou naléhavou potřebou se sdělit a současně neuměním se sdělit: k tomu, aby si na skupině vzala slovo, nasazuje intenzitu až nepřiměřenou, vyčerpávající, je s to se poškodit či propadnout záchvatu, jen aby ji někdo uslyšel... Jakoby své trápení napřed musela připodobnit matčinu, jakoby její vlastní potřeby nebyly dost hodnotné pro vyslovení...

Tereza tedy skupině slibuje, že své pocity nebude odehrávat sebedestrukci nebo záchvatem, ale že je bude sdělovat hned, jakmile se objeví. A opravdu nikdy už pak na skupině záchvatu nepropadne: namísto toho si bere slovo a sděluje se.

Malé dítě pro svůj duševní rozvoj potřebuje láskyplnou pozornost matky, její schopnost spoluprožívat, zrcadlit, dramaticky výrazně odehrávat dětské prožitky, emoce, potřeby, aby si je dítě zvědomilo a mohlo vtělit, identifikovat se s nimi vědomě, začlenit je do své vznikající duše. V době Terezina dětství její matka toho nebyla schopna, sama by byla potřebovala láskyplnou pozornost, léčbu, aby se uzdravila ze strašných prožitků Osvětami. Nic takového, žádná léčba tehdy nebyla k mání, a tak

Terezina matka, podobně jako jiní přeživší, v nouzi brala zavděk možností opřít se o toho nejbližšího člověka, který se naskytl, a často to bylo dítě (podobně jako v generaci ukryvaných dětí). Namísto aby s dítětem s chutí spoluprožívala a spoluvyjadřovala jeho drobné radosti a starosti, zavalila malou dceru celou svou zraněnou, po smrti toužící duší. Malá Tereza pak ve svém vnitřním prostoru (ve své duši) namísto vlastních obsahů vybudovala útočiště pro odštěpené části matčiny, s nimiž se ztotožnila

jakožto se svými – vzniklo to, co se označuje jako falešné self. Později, ve věku dospělém, pak svým vlastním emocím neuměla dát jméno ani obsah (neboť je s ní její matka neprožila, nenaučila ji to) a pužena naléhavou potřebou, vyjadřovala se slovníkem a

způsoby své matky – anebo tak, jak svou matku sama vnímala. Nyní ve skupině Tereza může zažívat korektivní zkušenost – dostává se jí dodatečně toho, co jindy dítě zažívá v raném věku: pozornosti, spoluprožívání, pojmenování, zvědomování.

- **Porucha jako přirozená odpověď zdravé duše, poškození jako norma**

Cítíme potřebu učinit na tomto místě vsuvku: některé osudy našich lidí působí velmi trýznivě a jakoby už na hranici normy. Jakožto terapeuti respektujeme potřebu nestrannosti a současně se členy naší skupiny upřímně, hluboce spoluprožíváme. Dáváme najevo ocenění, když klient dokáže s velikou upřímností a důvěrou sdělovat okolnosti osobně bolestné – a je takových sdělení daleko více, než může obsáhnout tento text.¹

Je tedy naprosto zřejmé, že **poruchy následující po prožitku koncen-**

tračního tábora je třeba vidět nikoli jako výraz osobnostní patologie, ale právě naopak: jako reakci citlivého člověka na situaci vymykající se přirozenosti a lidskosti: kdyby prožitek koncentráku člověka neohrozil na zdraví, znamenalo by to, že je necitlivý. Toto zjištění chceme vyslovit právě v souvislosti s příběhy, které uvádíme, kdy je zřejmý přenos následků traumatu na další generaci: **primární patologie není v nás, ale v onom patogenním traumatu.**

¹ Bezpečnou oporou je nám pojetí vyjádřené v Mezinárodní klasifikaci nemocí, která posttraumatickou stresovou poruchu diagnostikuje takto: „...zpožděná a/nebo protrahovaná odezva na stresovou událost nebo situaci... neobvykle hrozivého nebo katastrofického rázu, která pravděpodobně téměř u každého vyvolá pronikavou tíseň (např. přírodní nebo člověkem způsobená katastrofa, boj, vážné neštěstí, přítomnost u násilné smrti jiných osob, být obětí mučení, terorismu, znásilnění nebo jiného zločinu). Pokud jsou přítomny predisponující faktory, jako např. osobnostní rysy (např. kompulzivní, astenické) nebo neurotické onemocnění v dřívější anamnéze, mohou snižovat práh pro rozvinutí syndromu nebo zhoršovat jeho průběh, ale nejsou ani nezbytné, ani nestačí k vysvětlení jeho výskytu“ (MKN 10, p. 133).

Přijmeme-li pak Hopperovu definici traumatofilie, nabízí se otázka: co vlastně naše klientka musela opakovaně nevědomě odehrávat svým sebe-destruktivním chováním? Komu patřily obrazy, které při záchvatu popisovala, o vězni, který opakovaně umírá? Byla to fantazie o prožitcích její matky v koncentračním táboře? Týkalo se to matčinych trýznivých sebevražedných pokusů? Či byla to metafora klientčinych sebe-destruktivních náhod...

- **Smrt je téma nadmíru vábivé**

nejen v umění, ale někdy i v životě, a dokonce i při psychoterapii. Potřeba hranic je nám zřejmá právě v takových chvílích. Pomáháme klientu téma Thanatu zvědomit a vyjádřit slovy, věříme, že je pak nebude muset vyjadřovat nevědomým chováním, odehráváním. Ale nejvíce ze všeho povzbudíme přirozenou sebezáchovu:

◊ jednak podporujeme vyvádění agrese ven, k sebeobraně, místo dovnitř k

- **Potřeba smyslu a potřeba viny**

Téma destrukce a sebestrukce velmi souvisí s prožíváním viny. Jednou z primárních potřeb člověka je potřeba smyslu. Poznali jsme, že zneužívané dítě může svá traumata přežít snáze, když pro ně dokáže najít rámec dávající smysl, jakkoli falešný: aby dítě přežilo své strádání z ruky svého dospělého, vysvětlí si je jako trest za své viny. Dítě má potřebu vnímat svého dospělého s božskými přívlastky, jakožto všemohoucího, vševědoucího, všudypřítomného, vládnoucího nad pravdou a právem, tedy nevinného. Jenom takový božský rodič je s to ochránit dítě, které ještě postrádá vlastní účinnou sebeobranu i schopnost samostatného kritického vidění. Dětská potřeba vidět rodiče takto idealizovaně je silnější, než dětská schopnost analyzovat situaci zneužívání, než dětská schopnost obrany self, které ještě vůbec není zralé a snadno se zamění za self falešné. Je pak jen logické, že prožitky bolesti a hanby, pro dítě nesnesitelné, pokud postrádají smysl, jsou pro jeho duši únosnější tehdy, jestliže je jim přiřčen smysl: jsou-li viděny jakožto trest za provinění. **Vina je únosnější nežli nedostatek smyslu.** Síla původního dětského sebeobvinění, síla

sebedestrukci – zejména aby se jedinec nebál vyjadřovat tzv. „spravedlivý hněv“;

◊ velice nám pomáhají síly skupinové koheze, vzájemné podpory, porozumění a spoluprožívání, tedy síly instinktu opačného, síly Erotu;

◊ s nadějí vidíme a podporujeme klientčinu vlastní sebetvorbu, totiž její schopnost obnovovat sílu v kontaktu s přírodou, s dětmi a při vlastní tvořivé činnosti.

odpovídající mocné potřebě smyslu, působí potom i do dospělosti tak účinně, že může natrvalo snížit sebezpřijetí subjektu, a to i přes kritické rozpoznání, označení a odmítnutí skutečného viníka.

Vědomí smyslu bylo jednou z mocných motivací, které při utrpení pomohly přežít. Ti, kdo se ocitli v koncentráku pro svoji činnost či vyznávání, byli s to vtělit pronásledování do smyslu své životní cesty a čelili stresům a utrpení posílení. Ti, kdo byli pronásledováni pro tzv. „rasu“ (k níž se mnohdy ani nehlásili), zažívali nesmyslnost, která ubírala sílu k obraně.

Potřeba smyslu je tak základní, že je srozumitelná i myslí primitivní a vulgární. Zvláštní způsob mučení vynalezli dozorcí koncentračních táborů, kteří nutili vězně přenášet těžké kameny ostrým tempem po schodech vzhůru a zase zpět. Výsměch smyslu, zpupné vyhlášení moci, je obsažen též v pověstném nápise nad branou „Arbeit Macht Frei“. Je třeba vidět, že zvrácená potřeba zničit nejen těla, ale i duše, se potom někdy setkala s úspěchem.

Potřeba smyslu je jednou z hlavních, které nás motivují všechny, včetně našich lidí v naší skupině. Abychom byli s to strávit osudy svých rodičů a prarodičů, pokoušíme se vlastní životní

cestu nějak vtělit do těchto souvislostí, a to tak, abychom svůj smysl mohli vidět jakožto nápomocný, korektivní, vysvobozující.

Uvedme nyní další variantu této snahy.

Viněta 6: „Nebyl bych se narodil, kdyby moji prarodiče nezemřeli v koncentráku,“ říká Jakub nešťastně. „Moji rodiče by se pak nebyli našli a já bych se byl nenarodil. Narodil jsem se proto, že oni tak hrozně zahynuli. Co s tím můžu udělat?“

Jakub pro nás v mnohém charakterizuje druhou generaci. Vybral si pomáhající profesi jako životní poslání a díky své bystrosti a jazykovým znalostem dosahuje mimořádných úspěchů. Daří se mu obdivuhodně i vztahy rodinné. Ale sám na sobě vidí něco divného: jakoby sám sobě stále něco kazil, takové jsou to divné drobnosti. Odchází na důležitou schůzku a otálí tak dlouho, až zmešká spoj. Nalezne vzácný nerost do své milované sbírky, ale vzápětí jej záhadně ztratí... Není to nedbalost, cítí nějaký skrytý záměr: „Jako bych si to dělal naschvál.“ Říká tomu „zatloukám si hřebíky do hlavy“.

„Já si musím pořád zatloukat do hlavy nějaké hřebíky, musím se nějak trestat, abych s tím tátou taky něco nesl,“ říká. Jenže Jakubův táta už dávno nežije. Jakub sám je táta, ale své bolestné synovství není s to opustit. „Táta si nikdy nestěžoval,“ vypráví Jakub, „číslo na předloktí nosil pod rukávem a nikdy o tom nemluvil. Ale já jsem viděl, jak na to nikdy nepřestal myslet. Stačilo, aby se zadíval do dálky, dostal takový zvláštní výraz a mně bylo jasné, že zase na To myslí. Byl bych ho chtěl před Tím ochránit, ale zpětně už to nešlo. Napadlo mne, když si udělám nějakou bolest nebo nepřijemnost, že tím jakoby něco z táty sejmu, že mu pomůžu... Anebo jinak: já se mám teď moc dobře, ale rodiče tátovi byli zavražděni a on byl čtyři roky otrok a zažil mučení – jak to můžu odčinit? Jak bych mohl něco ze svého dobrého osudu převést na ně? Jak něco z jejich osudu nést s nimi? Možná když se budu nějak jakoby trestat?“

Na takováto slova členové skupiny živě reagují, Jakub mluví i za ně. Na příkladu druhého lépe rozumějí sobě samým, vlastním různým sebeničivým náhodám...

Protagonista v tu chvíli mluví i za členy skupiny, jako dítě doma, jakoby mluvil, či spíše spontánně jednal i za své sourozence. Ti se tolik netrápili, necítili potřebu utrpení prarodičů a rodičů vyrovnávat sebetrápením. Tato dobrovolná role rodinného obětního beránka je v kontextu následků šoa přerámčována jako rituální „slavnostní svíce“ (Wardi, D, 1992).

Při pobytu ve skupině se členové učí svá neurotická přání zvědomovat. Náš protagonista si je si vědom absurdity svého puzení, proto také do terapie vstoupil. Přes toto zvědomování je pro něj těžké sebetrestající chování opustit zcela...

Souvisí to s potřebou smyslu, osmyslením celého rámce. Než se smířit s nesmyslností utrpení, subjekt dá

přednost možnosti vytvořit si koncept viny a trestu jakožto smyslu. Podobně je tomu i zde: aby unesl nesmyslnost smrti svých nejbližších, prožívá protagonista vinu za svůj nerušený dobrý život. Vytvoří si dodatečné trápení jakožto

- **Rozpětí mezi kulturou a neurózou**

Téma viny a trestu je jedno ze základních lidských témat a odvíjí se od poznání vlastní smrtelnosti. Nevyhnutelnost a jistota smrti je poznání tak absurdní a strašné, že jakmile si je člověk zvědomil, touží jakožto úlevu nalézt jeho smysl – a proto si vytváří koncept viny, hříchu jako svého existenciálního zakotvení. Poznání dobrého a zlého, poznání vlastní konečnosti, pojem prvotního hříchu, vyhnání z ráje nevědomosti... to vše je součástí jediného mýtu o prvotním člověku. Přijetí viny, hříchu jakožto základního lidského údělu a smyslu, může být pro subjekt snazší než poznání konečnosti, než představa smrti bez jakéhokoli smyslu. Smrtelnost jako trest za hřích je únosnější než smrtelnost beze smyslu.

Jedná se pak o vinu mimoracionální, o vinu existenciální, která souvisí se smyslem existence. **Téma, se kterým se člověk jako jedinec vyrovnává s pomocí neurotického příznaku, může člověka jakožto druh inspirovat k symbolizaci – ke stvoření kulturního výtvaru, mýtu.** V některých zemích je sebetrýznění – spolunesení kříže a zabíjení hřebů do vlastního těla (a to doslova) vnímáno jako projev hluboce náboženský, tedy jako součást kultury. Rozpětí mezi společenskou kulturou a individuální

trest, aby mohl utrpení nést spolu s někým, aby svým sebetrápením pomohl. Touha po smyslu může být silnější než sebezáchova i než racionalita a **součástí smyslu je i vina jakožto vysvětlení, a potom i trest jakožto odčiňování.**

neurózou je lidskému druhu vlastní. Obě řešení mohou být viděna jako obrana a jakožto oddělená od racionálního poznání.

Podle našeho pojetí lze sebetrýznění chápat jakožto neurotický příznak, po jehož odléčení může subjekt smysl hledat lépe, svobodněji, účinněji. Protagonista předchozí viněty nicméně zmiňuje další okolnost, která se v anamnéze lidí z druhé generace vyskytuje docela pravidelně, je to **porucha rodinného dialogu, existence tabuizovaných témat.** Rodiče mnohdy skrývali svá vyšetovaná čísla, při dětských dotazech zaváděli řeč jinam, nemluvili o svých mrtvých příbuzných ani o židovských kořenech rodiny, potlačovali svoje pocity, neúčastnili se bytostného rozhovoru... Takto jednala – jistě též v souvislosti s politickou cenzurou a s antisemitskými procesy 50. let – velká část první generace u nás (na rozdíl od rodičů amerických, kteří, jak popisuje Helen Epsteinová, své děti řečmi o koncentracích někdy obtěžovali až příliš).

Příslušníci naší druhé generace v dětství málo zažili vyjadřování emocí a intimní dialog se svými nejbližšími, neměli tedy potom jak, od koho se to naučit. Svůj život, svoji kulturu včetně komunikace museli objevovat a vytvářet částečně nově.

- **Řeč těla jako vyjádření emocí či tělesných potřeb a symboly osobní, novotvary – sny**

Viněta 7: Ilona skupině vypráví svůj sen: „Viděla jsem malou holčičku, ještě nemluvně. Namísto v postýlce ležela na okenní římsce zvenčí, docela nahá, v zimě, jakoby vystrčená ven. Uvnitř v pokoji bylo teplo a lidi, vypadalo to ale, že ji nikdo nevidí. Bylo mezi nimi to sklo. A ona tam ležela nad tou hlubinou, neuměla mluvit...“

Sny máme ve skupině rádi, rozumíme jim jako sdělením, která nesou význam. A tak okamžitě zazní otázka „kdo je ta holčička?“ - a Ilona vypadá, jako by chtěla plakat...

Ilona je překladatelka, překládá slova a příběhy cizích lidí, vládne mnoha různými jazyky, „půjčuje lidem svoji hlavu“, jak říká. Sama pro sebe jazyk moc nepoužívá. Na skupině spíše mlčí a je-li k hovoru vyzvána, omlouvá se, že druhým zabírá čas. Pokud o sobě něco sděluje, tedy spíše krátce, věcně, bez emocí.

Vlastně si toho doma říkali docela málo. Tatínek žil za války s falešnou identitou, asi aby unikl transportu, a zvykl si o sobě nemluvit. Maminka jakožto kojeneček a batole žila v sirotčinci, kdoví jak, o čem a kdo ji učil mluvit... Ilona doma nezažila hovory o ničem osobním, o minulosti, a vlastně ani o přítomnosti. Občas se mluvilo o věcech profesních nebo občanských. Pocity se nedávaly najevo, i když Ilona si je jista, že členům rodiny na sobě vzájemně záleželo.

Později se Ilona vdala za muže, kterého si vážila pro jeho veřejné postoje. Manžel býval zaneprázdňený, žili vedle sebe, ale nikoli spolu: jakoby oddělení sklem... Děti odrůstaly, Ilona onemocněla, přežila operace... Zažívá psychoterapii. Sebe samu nejlépe sděluje pomocí snů, také začala psát povídky. Svoje pocity může vyjádřit pouze jazykem symbolů. Ale dokáže vyjádřit pocity bez zábran, když spoluprožívá za jiné, tehdy si dovolí i hněv a ukáže svůj překvapující a chytrý smysl pro humor: člen skupiny vypráví o jednání s úředníky, Ilona náhle zaimprovizuje skeč proti byrokracii, pojme ji i s hereckým projevem – a skupina se hlasitě rozesměje – překvapeně, osvobozeně...

Spoluprožívání emocí podněcuje terapeutický účinek. To, co protagonista neumí vyjádřit sám za sebe, náhle

prožije spolu s někým jiným, kdo se rozhněvá, kdo se rozpláče, jakoby za něho.

Viněta 8: Alena vypráví, jak ji někdy matka bila. Alena se narodila jako třetí, poslední dítě, říká, že ji maminka možná už ani nechtěla. Chtěla pracovat, „být užitečná, aby se to vraždění, kterému v koncentráku sama jen taktak unikla, už nikdy neopakovalo“. Není divu, že se pak maminka vracovala z práce unavená a že pak už neměla sílu a že jí někdy ujely nervy... „Mívala jsem po tom bití dlouho velké modřiny,“ říká Alena, „možná jsem mamince překážela, ale já jsem moc chtěla být hodná!“ Alena mluví monotónním hlasem a jakoby bez výrazu, zato členové skupiny zareagují daleko bouřlivěji: někteří se rozčílí, zlobí se na matku, někdo na Alenu, že za sebe nebojuje, někdo pláče. V té záplavě emocí se Alena náhle probere z apatie. Bouřlivě vzlyká, pláče, žasne – a posléze jakoby nově ožila.

Skupina členovi poskytuje to, co matka dítěti: spoluprožívání, tolik potřebné pro jedince, aby dokázal zvědomit své osudy a vyrovnávat se se svými pocity a motivacemi s pomocí slov a vědomých počinů.

Milníky na cestě skupiny jsou krize, spoluprožití, katarze, usmíření, sebezpřijetí, oživení. Spoluprožívání vnímáme jako ústřední. Co člověk způsobil (jakožto „man-made disaster“), **co je člověkem zaviněná katastrofa, na to nejlépe působí zase lidská pomoc přímo, spoluprožívání malé lidské skupiny, která je základní podobou členství.** Pro druhou generaci tato pomoc spoluprožíváním účinkuje dvojnásob, právě proto, že mnozí to rodičovské spoluprožívání zažili v dětství nedokonale, jejich rodiče si pevné soužití

s dítětem nedovolili: nikoli pro nedostatek lásky k dítěti, ale pro nedostatek lásky k sobě. Tím, koho matka bila, nebylo jen dítě, byla to i matka sama, která skrze destrukci dyády 'matka-dítě' ničila i sebe samu. Takoví rodiče si potěšení s dítětem nedovolili kvůli vlastnímu sebezpotlačení a sebesnížení, v rámci falešného self, nevědomé identifikace s agresorem.

Toto sebedestruktivní chování bývalo pak na úrovni vědomí kompenzováno nějakým obranným mechanismem, kupříkladu podporou spásitelských ideologií. Ideologie související s tímto stavem duše ostatně bývala také ideologií násilí, ideologií totalitní (u nás to byl komunismus padesátých let).

- **Zápas duše a zápas těla**

Viněta 9: Rut vypráví: v jejích sochařském ateliéru se objevil nový spolupracovník a Rut mu se samozřejmostí uvolnila své místo, svůj světlý prostor. Jenže na ni teď zbývá jen tmavý koutek. Co si to sama sobě udělala?

Členové skupiny komentují... Rut si náhle na něco vzpomene: Když jako dívka dorůstala, maminka jí věnovala nový gauč, krásný vyřezávaný. A Rut ho vyměnila s bratrem za ten jeho obyčejný. Ale proč? Rut přemýšlí... asi pro ni bylo těžké mít před bratrem nějakou výhodu. A pak si uvědomí: něco se jí opakuje celý život! Vždy dá přednost druhému, a pak musí unést nějaké následky. Musí to unést, musí být silná. Celý život vždy pečuje o druhé více než o sebe... tu se náhle zarazí: už přece zabrala skupině tolik času, říká, je třeba předat slovo zase dalším – a terapeutka soudí, že Rut právě v tuto chvíli zase zamýšlí 'dát svůj gauč někomu jinému'.

Rut přišla do skupiny vlastně nadvakrát. První docházku skončila, aby se mohla více věnovat druhým. Po pár letech se vrací: Ráda by snížila svoji tělesnou hmotnost – není moc silná? Možná nedávno tolik přibrála, když začala užívat antidepresiva? Rut totiž teď pečuje o maminku v její bezmoci, každodenně po práci za ní chodí, předčítá jí a zklidňuje ji... Musí být silná, vždycky musela. Maminčiny úzkosti vyvažovala už jako holčička, když maminka občas chtěla skončit svůj život. Rut ji tehdy nasazovala veškerou svou dětskou sílu... Rut nežije nikdy ani trochu pro sebe, konstatuje skupina, musí být strašně silná, aby všechno vydržela.

Rut dostala od osudu mnoho darů: vrozenou fyzickou krásu, vlohy umělecké a laskavý vhléd do tváře druhých. Ale nedovolí si své dary užívat, opakovaně překračuje svoje bezpečné hranice, nasazuje větší sílu, než může... Její bytost nevědomá pak volá o pomoc řečí těla a použije archaickou obranu: pro zápas o život se tvor umí udělat na pohled mocným, velikým, silným... a tehdy se tělo beze slov obaluje sebou samým jako silnou ochrannou vrstvou...

Slova nejsou to, co by Rut v dětství postrádala. Její dětství bylo prostoupeno mnoha slovy, intelektuálními rozmluvami dospělých a knihami, avšak – slova, slova, slova. Rozhovor bytostný, intimní dialog o věcech nepodstatnějších, ten chyběl: těžké bylo pro rodiče mluvit o tom nejdůležitějším, o zavraždění prarodičů za holokaustu a otázce, zda tomu snad mohli zabránit... a od těžkého mlčení o tom prvním se odvíjelo mlčení o všem dalším.

Malá Rut ztratila důvěru ve slova. To nejpodstatnější vyjadřuje neverbálně.

- **Hlad těla a hlad duše**

Často bývá symbolickým významem obdařena významná funkce orální. Potrava, jídlo, hlad nebo nasycení – to

Namísto zvukem, slovem, se vyjadřuje – prostorem. Dopřává jej štědře druhým, ten svůj prostor života. A stala se sochařkou: vydává se do prostoru vně sebe a zanechává ve hmotě působivá poselství, která jiným jazykem než jazykem prostoru vyjádřit nelze. Ve chvílích těžkých pak zápas o život do prostoru sochá vlastním tělem silné heroiny: pomine pak úzkost těla a nastane prostornost těla...

V situaci stresu lidská řeč může ztratit svoji dominantní roli a tělo mluví některým jazykem archaickým. To, že člověk jako druh pro svoji řeč používá ústrojí dechové, patří až k posledním stupínkům na cestě oddělení od ostatních živých, umění řeči není vrozené a každé dítě se řeč musí učit. Jiní žijí tvorové používají pro dorozumění jiné tělesné funkce, pohyby, vůně... Tyto rozmanité funkce těla použije pro nevědomou komunikaci někdy i člověk, tím, že je obdaří symbolickým významem.

bylo za války, v koncentracích, jedno z dominantních témat naší rodičovské generace.

Viněta 10: *Dalia vypráví své nedávné sny. Všecky byly o jídle. Měla nakrmit spoustu lidí, stále jich přibývalo. Jídla bylo napřed málo, pak zase přebytek, nezvládala to. Nikdo jí nepomohl: otec zmizel, matka se šla dát korunovat za královnu, dcera byla ještě malá. Ani žádný muž nepomohl. Oporou jedinou bylo kotě a terapeutky. Dalia prožívala bezmoc, věděla, že musí všecky nakrmit, jinak se stane něco strašného...*

Skupina se zlobí na tátu a mámu, kteří tam nejsou, když je dcera potřebuje. Dalia cítí podporu, a tu se jí vybaví vzpomínka: vidí sebe jako malou holčičku, sedí skrčená nad talířem, nad ní stojí otec a řve. Že to Dalinka musí dojíst, i kdyby jí ty brambory měly lézt ušima ven, a že se nesmí napít, aby neměla břicho plné vody... Holčička si představí, jak jí ty brambory polezou z uší jako červi, a je jí z té hrůzy na omdlení. Když má polknout, dává se. Když míjí jídelní stůl, zavírá oči. Je hubená až

podvyživená... Jistě tehdy tátovi připomínala – tak to vidí Dalia dnes – jeho rodiče, kteří zemřeli v ghettu v Lodži. Zřejmě zemřeli hladem. Třeba proto tak nutkavě krmil dceru, když už nemohl nakrmit rodiče? Pro tátu bylo jídlo téma traumatizující, pro dceru potom taky, pro každého jinak... Ale kde byla tehdy maminka?

Objeví se vzpomínka ještě jedna, starší: je spánek a je probuzení, dítě otevře oči a volá. Je přání jídla a přání dotyku. Ale nikde nic. A tu tiše přijde čtyřnohý tvor, posadí se a hledí: zlatýma očima s podlouhlými panenkami. Volání se utiší. Dětská ručička se vztáhne, dotkne. Je to živé, teplé, huňaté, vydává to hluboký klidný zvuk... není jídlo, ale je dotyk. 'Daliu vychovaly kočky,' směje se později maminka. Maminka - nekorunovaná královna rodiny...

Téma jídla je dodnes pro Daliu divné. Má strach uvařit a prostřít pro hosta. Zkouší upéct bábovku, ale prožívá při tom nevysvětlitelný strach, že tu informaci z kuchařky nedokáže proměnit v těsto – ona, která lehce zvládá všechny informační technologie. Daří se jí její prestižní práce, daří se jí pěstovat osobní eleganci a radovat se z ní, daří se jí před lidmi ukrýt setrvalou dlouholetou depresi. Večer přijde domů, odepíše dětem na maily z jejich zahraničních univerzit a nakrmí kočku. Potom jí. Sama. Moc. Ani neřekne jak moc. Ale proč to dělá?

Terapeutka se ptá, koho to Dalia v těch snech krmila, co to bylo za lidi, a Dalia říká: „No jasně jsem krmila všechny ty lidi z koncentráků, ale co s tím mám dělat?“ a je v tom hlase skoro pláč...

Terapeutka se ptá, kdo jí to krmení nařídil nebo koho tím chce usmířit – a téma se stáčí zase k tátovi. Nabízí se nápad: Použijeme metodu dvou židlí, proti Daliině židli posadíme imaginárního tátu a budeme simulovat rozhovor. Dalia si to jen představí a hned se rozjasní: dovolila by si to, co v dětství nemohla, ví, kam by tátu s tím jeho krmením poslala, ochránila by své hranice před násilím!

Terapeutka nabízí svoji představu: Úkol všechny nakrmit se nemůže zdařit, ty mrtvé nakrmit už nejde. Přitom téma jídla příliš naplňuje Daliin vnitřní prostor – její duši. Možná tam pak nezbývá dost místa pro muže, jakkoli upřímně Dalia po lásce touží?

Při jednom z klubů inscenujeme hraní rolí a Dalia si zahraje roli novou – je to ona, kdo prostře stůl a krmí – ten imaginární, kdo sedí za stolem, je její táta a daří se to krmení v míru a bez násilí...

Žijeme symbolickým životem skupiny, abychom proměnili svůj život reálný. Na příští skupinu výjezdni pak Dalia přináší překvapení: moučník, který sama podle kuchařky upekla. „Když jsem ho pekla, modlila jsem se,“ říká Dalia. Je to rekech – moučník k židovskému svátku.

Plynou týdny, měsíce. Dali se daří žít bez antidepresiv! Je to po dlouhých letech velká změna.

Jindy sdělí, že možná začne partnerský vztah. Možná se v jejím vnitřním prostoru tvoří nové místo – pro lásku?

Jídlo a láska se potkávají v žaludku nejen podle lidové představy, ale i pohledem vývojové psychologie. První objetí a první hledění z očí do očí zažívá člověk při kojení, potrava je první dar lásky. Dotyk a jídlo, potrava a láska dosud nejsou odděleny, a jakožto jediný zdroj života plní a sytí dosud jediný vnitřní prostor.

Dítě roste a postupně dokáže rozlišovat jídlo a vztah. (Neumění rozlišit, zamě-

ňování vztahu za jídlo, představuje neurotickou potíže.) Jak jedinec zraje ke zdraví a dítě k dospělosti, z původní nerozlišenosti se funkce orální odděluje k samostatnosti a samostatně pak zraje i vnitřní prostor. Anatomickou předlohou vnitřního prostoru jsou ženské vnitřní orgány a jejich sublimovaným obrazem je – duše. Vlastní potravou vnitřního prostoru – duše – pak už není jídlo, ale láska.

- **Kulturní zpracování tématu jídla jako klíč k identitě?**

S potravou se vyrovnává nejen jedinec při svém vývoji, jídlo je tématem, které zpracovávají všechny kultury, každá po

svém. Jídelní kultura může vydat překvapivé svědectví.

Věta 11: *Annou od mládí trápí silné bolesti hlavy, léčí se léta, marně. Je šťastně vdaná matka malých dětí, je krásná a může dělat, co jí těší. Tak proč má takové trápení?*

Přichází do skupiny jako nová a s chutí se včleňuje do dialogu. Ale proč mluví tak nápadně potichu? Při jejích slovech ztichnou i ostatní, těžko je slyšet... U Anny doma se šeptalo. Anna vyrůstala jen s maminkou, a ta nemluvila skoro vůbec, a když, tak šeptem. Maminka nekřičela, nehádala se, neplakala, nikdy Annu neobjala, nedala najevo cit. Nic.

Ale proč?

Anna zkoušela něco zvědět v létě od dědečka a babičky. Moc se nedozvěděla, jen to, že za války se babička s maminkou jako batoletem musela schovávat v lese. Nesmělo se tam křičet. Nesmělo se mluvit, jenom šeptem. Jak dlouho to trvalo? Anna neví... A dědeček prý nějak měnil křestní listy – ano všichni jsou pokřtěni, jsou křesťané.

Jako dospělou Annu napadlo slovo „Židé“, ale nikdo v rodině jí nic k tomu neřekl. Přichází do naší skupiny. A brzy po svém příchodu se účastní našeho obvyklého víkendového pobytu, je to na chalupě, kam jindy jezdí členové Židovské obce s rodinami. Skupina se ubytuje, nastává vaření. Členové rozdělují potraviny do dvou ledniček, domlouvají se, kterým nožem krájet máslo a kterým maso, použité nádoby rozdělují do dvou mycích dřezů – už se to vše naučili z respektu k těm, pro něž toto dělení má rituální význam... Po jídle se pak skupina sesedne v obvyklém kruhu... A tu promluví Anna: Zažila tady a teď veliký zážitek, veliké poznání! Přesně takhle divně vaří její maminka a vařila i babička! U žádné spolužačky Anna nezažila takové oddělování nádob a jídel, takový zvláštní způsob vaření...

A tak je teď Anně jasné, jak to s ní je.

Opakované víkendové pobyty jsou jednou z našich specifik a současně složkou velmi účinnou. Třídenní soužití terapeutický proces vždy znatelně posune.

Skupina je nám jedním z pomocníků života – tuto zkušenost jsme učinili

DISKUSE

Tento **text neobsahuje údaje kvantitativní**, nemáme vzorek kontrolní, nejedná se o zprávu výzkumnou. Co možno věrně sdělujeme prožívání a úryvky osudů (v rámci zachování důvěrnosti). Sdělujeme nicméně skutečnosti obecnější, počet strádajících je vyšší. O těch, kdo se vyrovnali bez potíží, obvykle nevíme, ale jejich většinový podíl bychom si přáli. Současně také zjišťujeme, že **projevy posttraumatické poruchy i projevy posttraumatického růstu se mohou projevat i v chování jednoho člověka**, například členové naší skupiny dokážou své strádání mnohdy proměňovat v pozitivní hodnotu, počínaje skupinovými prožitky porozumění a vstřícnosti. Takové žádoucí postoje pak mohou vyzařovat i do velké společnosti.

Od samého začátku skupinové terapie pro generace po holokaustu jsme se vyrovnávali s tím, že naše skupina se poněkud lišila od standardních psychotherapeutických skupin. Naši členové se vyznačovali dobrým vzděláním i pracovním postavením, ale nízkým počtem příbuzných, neúplností až neexistencí rodiny. Zřejmě proto od počátku vnímají skupinu jako náhradní rodinu, hluboce prožívali smrt naší milované členky nejstarší, v situaci okamžité nouze si poskytují vzájemně pomoc i mimo skupinová sezení, nejlépe se cítí na společném výjezdovém pobytu, někteří se do skupiny i po skončení docházky

nejen my v Rafael Institutu, ale podobně i kolegové v zahraničí, kde následky traumatu holokaustu a jeho transgeneračního přenosu bývají s úspěchem léčeny s pomocí skupinové psychotherapie (De Levita, D., 2001).

vracejí na jedno či více setkání... Zvažovali jsme a zvažujeme skupinové hranice a pravidla, diskutujeme s kolegy zahraničními. Uklidnil nás zejména dialog s Davidem de Levitou (2001), který měl mnohaletou zkušenost s moderováním podobných skupin v Německu a Holandsku. Ujistil nás, že v těchto tendencích jsou si naše skupiny podobné. **Vykazují některé rysy vzájemně podpůrné, avšak svým základním založením jsou to skupiny psychotherapeutické.**

V této souvislosti třeba zmínit i roli terapeuta: od samého začátku až doposud, i při postupné proměně členů, **je to skupina, kdo je tím hlavním inspirátorem proměny, ke skupině jako celku se vztahují přenosové vztahy členů.**

Od počátku naší práce se skupinou jsme se také setkávali s občasnými dotazy ostatních kolegů, kteří naši rodinnou anamnézu nesdíleli, na náš názor, totiž: **zda je třeba, aby terapeut sám či ve své rodině následky šoa zažil**, řečeno jinak, zda terapeut léčící trauma holokaustu musí být taky Žid. Na tuto otázku máme dvě odpovědi.

První naše odpověď zní „zajisté nikoliv, netřeba“: dobrý terapeut dokáže pomoci i v situaci, kterou sám nezažil (a takových kolegů, kteří tak činí a jichž si

vážíme, známe dost). Tento názor sdílíme ve vší upřímnosti.

Druhá odpověď je na straně klientů: opakovaně od nich slýcháme, že různé terapie pro své potíže již zažili, ale nedokázali promluvit o židovských kořenech své rodiny, o osudu rodiny za šoa, či sdělili něco z toho jen okrajově. Celoživotní tabu a strach byly příliš silné. A teprve ve skupině, kde onu zkušenost sdílejí s ostatními i s terapeutem, se dokážou osvobodit od zábran, dokážou budovat pocit svobody. Takový argument je nám srozumitelný, mnozí z nás terapeutů jsme to rodinné těžké tabu zažili stejně, to nás právě původně vedlo k založení svépomocné peer-group (ještě před skupinou klientskou). Ostatně i jindy a jinde se daří různým jiným specifickým psychoterapeutickým nebo svépomocným skupinám: manželek alkoholiků, rodičů dětí specificky nemocných... a různým dalším skupinám, jejichž členy sblíží pocit stejnosti nebo prožitků podobného osudu. Taková okolnost přispívá ke kohezi a otevřenosti mezi členy skupiny anebo, jako v našem případě, důvěru ve skupinu vůbec umožňuje.

Nicméně nabízí se ještě další námitka, kterou známe z doby předchozí, z doby totality. Za totality, v době totální cenzury, nás tajně navštěvovali stateční kolegové ze zahraničí, vozili vzácné knihy a přednášeli na neveřejných domácích seminářích. Občas vyslovili zdvořilou otázku k naší tehdejší praxi psychoanalytické a k praxi cvičné analýzy: zda totiž se analytik spolu se svým pacientem nebo s kandidátem neocitají v konfliktu zájmů, neboť spolu sdílejí tajemství přede všemi ostatními, jsou spolu spjati a znevolnění společnou ilegalitou. Kontext společenský potom vystupuje do popředí, zatímco by naopak jeho význam měl být minimální...

Nemůže tomu tak být nyní s námi a našimi klienty, **že bychom byli natolik spjati společným osudem, že by nám to mohlo bránit v nezájatosti a v terapeutické nezávislosti? Že bychom se ocitli v konfliktu zájmů, řekněme, mezi terapií a spojenectvím?**

Tato námitka je založena na předpokladu, že v zájmu úspěšné terapie má kontext ustoupit a v popředí zájmu se ocitá především vztah klient-terapeut nebo jedinec-skupina, skupina-terapeut. A ti spolu mohou být ve vztahu neutrality, neboť žádný kontext tomu nebrání. Tento předpoklad zajisté má své opodstatnění pro rozvoj přenosových vztahů, a to zejména ve skupinách tradičních, které se obvykle zabývají především terapií potíží vzniklých v mikrosocietě, v rodině.

Téma kontextu však nemožno odsunout či nezvědomovat při terapii traumat způsobených silami společenskými. Trauma způsobené silami makrosociálními, krizí velké společnosti, není-li pravdivě reflektováno, léčeno, zvládnuto v první generaci (což se v případě šoa a v podmínkách naší historie zdařit ani nemohlo), může ústit do nového nešťastného řešení v rámci velké společnosti – může vést k návratu či přenosu totalitních vzorců. To se v první generaci opravdu v některých případech přihodilo, jak jsme shledali. Mesianistické řešení bylo dobře míněným, ale nešťastným pokusem o post-traumatický růst.

V případě traumat vzniklých jako následek násilí mezi lidskými skupinami nemůže terapie celospolečenská témata pomínout, potlačit, ale vyhradí jim patřičné místo. Taková je ostatně teorie i praxe moderní skupinové analýzy: úkolem terapeuta není kontextu se vyhnout,

odsunout jej na okraj. Terapeutova možnost jediná je kontext zvědomovat tak, jak v životě skupiny vyplyne, včetně terapeutova vlastního místa v kontextu. **Jestliže terapeut a skupina jsou spojeni kontextem, je třeba toto spojení opakovaně reflektovat a vždy znovu přeložit zpět do základního vztahu terapeutického.** Tento proces třeba pečlivě zvážit, umožňovat zvědomování a vytváření postojů – a přitom se nenechat vtáhnout do role didaktické, případně do skupinové alfa-role. Terapeut se nesmí

rozplýnout ve spolenectví, ve svůdném přátelství, nesmí v kontextu setrvávat. (Terapeut se také podrobuje pravidlu abstinence, resp. potlačení svých potřeb ve prospěch sublimace.) Terapeutova role je vše zvědomovat a interpretovat, bezpečně **podržet skupinu v její hranici symbolického útvaru**, hlídat tolik svůdné přesahování a rozplývání do reality. A teprve touto rolí a jejími pevnými hranicemi se uskutečňuje terapeutův soukromý, verbálně nesdělovaný vztah blízkosti a lásky ke skupině a jejím členům.

ZÁVĚR – SHRNUŤÍ

Záměr agresora se částečně zdařil – totiž záměr ničit nejen těla, ale i duše. Prožitek koncentračních táborů, prožitek pronásledování pro tzv. rasový původ (tedy pro něco daného, bytostného) ničil to, co v jedinci buduje péče matky: sebezáchovu, existenci obranných hranic osobnosti, možnost lásky k sobě i k druhému člověku, základ důvěry v lidský rod – vše, co se vytváří skrze takzvanou připoutávací vazbu mezi matkou a dítětem (Honzák, R., 2011). Ohroženo a mnohdy zničeno bylo to, čím se člověk počíná. Trauma holokaustu jakožto výsledek skupinové nenávisti a násilí narušilo samotný pudový základ. Tam, kde by měl panovat Eros, sebedpřijetí a přijetí druhých, zvítězil Thanatos, který je ve vědomí reprezentován mj. kategorií viny a na úrovni mezilidské může vést k totalitním vzorcům chování. Na úrovni psychiky individuální působí ztrátu smyslu, naděje, řádu a lásky jakožto součást depresivní poruchy, a dále nejrůznější projevy traumatofilie, kdy jedinec je opakovaně a setrvale puzen k sebedestrukci. Ženy, jejichž narcistické sebedpřijetí (původní dar jejich matek) bylo zničeno, jejichž dominantním setrvalým prožitkem se stalo očekávání,

či dokonce přivolávání smrti, byly poškozeny ve svých biofilmních schopnostech mateřství. (Podobně i otcovská schopnost mohla být poškozena.) Sebe-mařící sklon se pak jako neverbální vtištění mohl přenést i do další generace.

Druhá generace zažila tabuizaci tématu šoa, zažila nedokonalost příběhů a slov, absenci rodinného dialogu, a s rodiči prožívala především neverbálně jejich zraněné duše i těla. Trauma, jež svými kořeny tkví ve velké společnosti a v předchozí generaci, zpracovává druhá generace především jakožto následek rodinné dynamiky. Bojuje s ním v bolestech svých smyslů, žvýká a tráví je ke škodě svých útrob, zápolí s ním svými osobními těžkými osudy. Druhou generaci provázejí potíže psychosomatické a zraněný koncept člověka, totiž pocity viny a s tím pak související deprese, ztráta smyslu, sklony sebedmařící.

Jakkoli jsou těžká narcistická zranění mnohdy reflektována na úrovni racionálního poznání, nebývá snadné je vyléčit. Poškození po sám antropologický základ, po zničení mateřského díla – je možná náprava? Věříme, že odpovědí není akademický úsudek, ale

pouze praktické úsilí jako jediný možný počín.

Poškozené mateřské dílo se může regenerovat s pomocí mateřské péče symbolické – uvnitř malé lidské skupiny, resp. speciální skupiny psycho-terapeutické. Skupina založená na stejnosti identity a podobnosti osudů skýtá pocit bezpečí. V regresi pak člen okusí spoluprožívání, zrcadlení, zvědomění, nepodmíněné přijetí – tedy to, čím matka dítěti umožňuje onu připoutávací vazbu. Tak se obnovuje důvěra jedince v sebe sama, v druhého, v lidský svět a v budoucnost. Tato proměna je cílem terapie a může se dařit. Je dílem úsilí více let a ochranlivých hranic psycho-terapeutické skupiny, která na úrovni

nevědomé matku reprezentuje. Na úrovni vědomé členové skupinu mohou prožívat jako náhradní rodinu. Proměna se odvíjí skrze zvědomování nevědomých obsahů a současné hledání smyslu. Proměna se projevuje jakožto posttraumatický růst.

Ten proces se podobá zápasu a my jej se členy skupiny spoluprožíváme. Uvědomujeme si jeho hodnotu. Vlastně přesahuje hranice psychoterapie. **Je to stále jedno a totéž úsilí, od toho pradávného plebiscitu na poušti až podnes – je to stále tentýž zápas o řád a smysl lidského života.**

BIBLIOGRAFIE:

1. Bible, Exodus 24,7, Kalich Praha 1975:152 - The Holy Bible, Exodus 24,7, London 1611: 93
2. De Levita, D. „říjen 2001, osobní sdělení – Oct. 2001, personal communication
3. Honzák, R. (2011), Holokaust – nezacelená rána, in print for Psychosom
4. Hopper, E. (2003): The Social Unconscious, Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia:131
5. Horwitz, L. (1983): Projective Identification in Dyads and Groups, Int J. Group Psychoter.33(3):259–279
6. Laplanche, J. Pontalis, J.-B. (1973): The Language of Psychoanalysis, The Hogarth Press, London:208
7. MKN 10
8. Preiss, M. (2009) Trauma a posttraumatický růst, Psychiat. pro praxi, 10(1):12–18
9. Resnik, S. (1999) Borderline Personalities in Groups, Group Analysis 32(3):331–347
10. Resnik, S. (1999) Borderline Personalities in Groups, in: Group Analysis 32(3):331–347
11. Rice & Benson (2005): Hungering for Revenge, in: Group Analysis, 38(2):224
12. Wardi, D. (1992) Memorial Candles, Children of the Holokaust, Routledge
13. Weinberg, H., Nuttman-Schwartz, O., Gilmore M. (2005) Trauma Groups: An Overview, Group Analysis, 38(2):188
14. Wilke, G. (2007) Second Generation Perpetrator Symptoms in Groups, Group Analysis, 40(4):429–447

PŘÍLOHA: ANKETA

Po třinácti letech zkušenosti se skupinovou terapií jsme se rozhodli pro netradiční zpětnou vazbu: rozeslali jsme anketu současným i minulým členům skupiny. Několik charakteristických odpovědí, zkrácených pro tento účel, nyní zmíníme:

- „Trápila mne neschopnost komunikace, ztráta sebevědomí... na skupině mi pomohl zájem ostatních, zjistila jsem, že mohu komunikovat se vzdělanými lidmi, aniž bych si o sobě myslela, že jsem pitomá, díky skupině mám ráda i rodinu svého bývalého muže, což je veliká změna.“ (absolventka, věk 55 let)
- „Nejvíce mi pomohl pocit sounáležitosti, účasti, bezpečí, zjištění, že se mohu o své starosti podělit, to jsem do té doby neuměla... terapie mi zachránila život.“ (absolventka 46 let)
- „Doma jsem nemohla vůbec mluvit o svých pocitech ani starostech. Trápila mne neschopnost spát déle než 2–3hodiny, zkoušela jsem terapii individuální, ale nebyla jsem schopna vydržet pozornost upřenou pouze na mne... Skupinu jsem vždy velmi silně prožívala. Pro mne bylo nesmírně osvobozující mluvit o svých problémech... nejvíce mi pomáhají situace, kdy méně kontroly své jednání a myšlení – tedy hry nebo rozhovory, které se mě zpočátku osobně netýkají, a teprve následně mě vtahují a jsem v nich schopna rozeznat logiku mých podvědomých duševních pochodů. Nejvíce mi pomohlo vědomí, že svým blízkým mohu i velmi energicky oponovat, aniž bych je nějak poškodila, že mám právo prosazovat svou vůli... větší důvěra i váha i úcta k vlastním názorům a činům.“ (členka 57 let)
- Nikterak nepřekvapuje, že první, co našim lidem nejvíce na skupině pomohlo, byla úleva z možnosti komunikace, znovunalezení řeči v situaci bezpečí a důvěry. Skupinovou kohezi – možnost důvěry k lidem a vzájemné spoluprožívání – vnímali jako něco neobvyklého, jako vzácnost a zdroj radosti.
- Podstatné je také to, co bylo třeba sdělovat, jaký druh obsahů:
- „Měl jsem problémy se svou židovskou identitou, strach přivést na tento svět děti. Nejvíce mi pomohlo, že na skupině jsem byl schopen vyjadřovat smysluplně své obavy, myšlenky, nápady, reakce, starosti, a že to vše bylo vesměs přijímáno jako něco vhodného, oceňovaného.“ (absolventka 58 let)
- „Důvodem vstupu do skupiny byly moje partnerské problémy, problémy s projevy antisemitismu a také potřeba trochu porozumět svému židovství... silně na mne zapůsobilo vyprávění přeživších... zážitky ve skupině jsem prožívala a dožívala často velmi silně. Nevím, co mi nejvíce pomohlo, ale fakt je, že už zdaleka tolik nebrečím.“ (absolventka, nyní 55 let)
- „Hodně důležité pro mne bylo, že skupina je židovská – podobné zázemí, vše snáze sdělitelné, podobné zážitky z rodin a pocity účastníků (i terapeutek). Nyní mám odvalu komunikovat otevřeněji v rodině i mimo ni. Svět se nezhroutí, když udělám chybu.“ (čl. 62 let)
- Schopnost přijmout svoji identitu židovskou, i schopnost přijmout sám sebe obecně, a rostoucí chuť to činit, konec pocitu společenského vyčlenění, jinakosti – tak členové naší skupiny viděli podstatu své cesty ke zdraví.
- „Nejvíce mi pomohlo zjištění, že nejsem tak 'divná' a 'jiná'.“ (abs. 53 let)

- „Nejvíce mi pomohlo zjištění, že já sám musím být spokojený, abych mohl pomáhat druhým a řešit svoje problémy. Bezprostředně po ukončení docházky se můj stav zlepšil, v současnosti jsem bez problémů.“ (abs. 51 let)
- „Nejvíce mi pomohlo ocenění od členů skupiny a od terapeutek, až díky tomu jsem si uvědomil, jak hluboce si nevěřím... před vstupem do terapie jsem měl intenzivní myšlenky na sebevraždu... na skupině mi došlo, že jsem milováníhodný.“ (abs. 34 let)
- „Některé problémy se určitě přenášejí přes generace... pocit viny, strach, pocit, že si musím všechno zasloužit, ale přitom se držet stranou a moc nevynikat... nejvíce mi pomohlo, že zdaleka nejsem sama se svými problémy a že nejsem divná jen proto, že je mám. Nejvíce mi pomohl pocit, že jsem přijatá.“ (čl. 59 let)
- Možnosti přijmout sám sebe v pravdivé podobě ale někdy brání těžké narcistické zranění, provázené falešným self, to pak vytváří potřebu jiného sebeobrazu:
- „Do vaší skupiny jsem vstoupila, abych psychoterapii podpořila a dodala k ní odvalu dalším potřebným v mém okolí. Oficiálně jsem uváděla, že chci pro sebe něco udělat...“ (abs., nyní asi 67 let)
- To, co respondenti někdy shledávají jako příčinu nepřijetí sebe samého a co samo o sobě tvoří obrovské a setrvalé téma v rámci terapie, jsou pocity viny na různém stupni zvědomění.
- „...strach a pocit viny, za kterou nemohu, a kterou, abych si ji uchoval a zdůvodnil, stále občerstvuji vytvářením drobných i chronických tísní... poznal jsem velikost rozporu mezi rozumnou analýzou a tímto nutkavým mechanismem.“ (čl. 63 let)
- „Velmi silně na mne zapůsobilo opakované sdělení terapeutky, že vina je pouze tehdy mám-li zlý úmysl a činím něco se zlým úmyslem. Nemusím si tedy vyčítat, že se něco nepovedlo, můžu si odpustit a můžu odpouštět i druhým... není to ničím vina... potom mi velmi pomohlo a zároveň mne udivilo, že pocity a zkušenosti účastníků skupiny si byly tak moc podobné, a smířilo mne to tudíž s těmi můjmi.“ (abs. 49 let)
- Potíže s pocitem viny naši skupinu od počátku charakterizují, vedle strachu a nezvyku komunikovat. Cesta ke svobodě se otevírá při dialogu v situaci koheze a přijetí, zejména v okamžiku náhlého sebepoznání, identifikace s někým druhým:
- „Bylo mi stále smutno, měla jsem noční děsy, psychosomatické potíže. Byla jsem zbytečně tvrdá sama k sobě, věnovala jsem více sil druhým, to mne oslabovalo. Uvědomila jsem si, že si nechávám vědomě ubližovat. Nejsilněji na mne zapůsobilo, když jsem slyšela, jak jedné z účastnic ubližovala matka, rozplakala jsem se poprvé ve skupině a vybavilo se mi moje dětství.“ (abs. 48 let)
- „Můj otec byl za války v ghettu už jako dítě. Mívala jsem chronické deprese. Důvodem ke vstupu do skupiny pro mne byla naděje, že budu mít možnost být mezi lidma židovského původu, a taky naděje, že se prolomí moje blokády komunikační a nebudu mít konflikty s lidma... Mně hodně pomohlo, když jsem o sobě vyprávěla. Když jsem to ze sebe dostala a brečela, najednou problém zmizel a začala jsem žít úplně vysvobozena. Zmírnil se pocit odcizení, konflikty s lidma nemám. A změnila jsem si jméno, po rozvodu jsem přijala zpět své dívčí.“ (čl. 44 let)
- Svobodný krok, krok sebepřijetí, který následuje po katarzi, pak může být docela neobvyklý.

- „Nejsilněji na mne zapůsobilo, když jsem na skupině dala velmi ostře najevo svoji nelibost s vyprávěním někoho, vlastně už nevím, o co šlo. Ale já jsem praštila sklenicí s vodou o zem, protože jsem se už nemohla ovládnout. To u mne bylo naprosto výjimečné, své emoce moc neprojevuji a tehdy jsem je neprojevovala vůbec. Ve skupině jsem se naučila své emoce až tak neskrývat, ale musím říci, že můj muž to těžce snáší... nejdůležitější pro mne bylo uvědomění, že mám právo být jaká jsem, sama za sebe, že tu nejsem jen pro ostatní, ale i pro sebe a že je to vlastně povinnost k sobě.“ (čl. 61 let)
- Když členka skupiny praští sklenicí, leckdo by třeba vzpomněl termín „agování“. My jsme naopak docela obvykle velice rádi. Ta rozbitá sklenice je pro nás nejlepší důkaz proměny, jakého je klientka v tu chvíli schopna. Jsme rádi, objevili se krok proměny spontánně. Jindy se takový krok proměny pokoušíme umožnit plánovitě, někdy i při různých technikách neverbálních, anebo při hraní rolí.
- „Silných prožitků ve skupině je spousta. Třeba na klubu, kdy Jakub mluvil s Terezou v roli její dcery: odehrálo se před námi neuvěřitelné, na spousty otázek, které těžce Terezu trápily jako pocity viny, Jakub na tyto věci odpovídal s neuvěřitelnou přesností a moudrostí, jako by byl ta dcera... Tereza dostala úlevu, nějaké vnitřní vysvobození a to viděli všichni...“ (čl. 44 let)
- Prožitek proměny nezávisle potvrzuje v anketě i protagonistka sama:
- „Nejsem jediná, kdo má problém jako dítě rodičů přeživších holokaust. Nejsilněji na mne zapůsobilo sezení v klubu, kdy jsem pochopila souvislosti mých nynějších potíží s těžkostmi při výchově... mé dcery.“ (čl. 59 let)



Do redakce přišlo 5. 2. 2011

Recenze: 7. 2. 2011

Upraveno a do tisku přijato 12. 2. 2011

Etický problém: není

TEORIE



WISCHMANN T. H.: PSYCHOGENNÍ NEPLODNOST – MÝTY A FAKTA

[Tewes H. Wischmann](#), Clinical Psychologist, Psychotherapist and Jungian Psychoanalyst ([DGAP](#), [IAAP](#)), Heidelberg, Germany.

Department of Medical Psychology, Heidelberg University Medical School, Heidelberg, Germany

Práce publikována se svolením autora a nakladatelství Springer

Prezentováno na předkongresovém kurzu „Psychologie a poradenství“, konaném Evropskou společností lidské reprodukce a embryologie (ESHRE) ve Vídni 30. června 2002. Pojem 'psychogenní neplodnost' a vliv psychologických faktorů na poruchy plodnosti všeobecně jsou v této studii kriticky hodnoceny. K tisku v psychosomem získán souhlas od autora i nakladatelství Springer díky PhDr. Haně Konečné, PhD.

Souhrn:

Cíl: Hypotéza této studie je, že úloha psychologických faktorů jako jediné příčiny neplodnosti je všeobecně přeceňována. **Metody:** Práce vychází ze studií zabývajících se vlivem psychologických faktorů na vývoj neplodnosti.

Výsledky: Výskyt psychogenní neplodnosti v rozmezí 10–15 % je nutné kriticky prodiskutovat. Hodnota přibližně 5 % je blíže realitě. Porovnávání nevysvětlené neplodnosti a psychogenní neplodnosti není oprávněné. Definice psychogenní neplodnosti je prezentována v německé příručce *Psychosomatika v reprodukční medicíně*. Spontánní těhotenství po adopci nebo rozhodnutí zůstat bezdětný jsou naprostou výjimkou. Spojování stresu a neplodnosti u lidí je stále nejasné. Pro mnoho žen neplodnost, a zejména lékařská terapie znamená značný emocionální stres. V některých případech se pak může psychosociální poradenství stát nezbytné. **Závěr:** Čistě psychologický / psychodynamický pohled na problém neplodnosti je stejně neadekvátní jako hledisko čistě somatické. Neplodnost by měla být vždy považována za psychosomatický celek.

Klíčová slova: emocionální úzkost, psychogenní neplodnost, psychosociální faktory, spontánní těhotenství; nevysvětlená neplodnost

Abstract: Purpose: The hypothesis of this review is that the role of psychological factors as the sole cause of infertility is generally overrated. Methods: A review is given of studies concerning the influence of psychological factors on the development of infertility. Results: A prevalence of psychogenic infertility of 10-15 per cent must be discussed critically. A value of approximately 5 per cent is more realistic. Equating unexplained infertility with psychogenic infertility is not justified. A definition of psychogenic infertility according to the German guidelines *Psychosomatics in reproductive medicine* is presented. Spontaneous pregnancies following adoption or the decision to remain childless are the absolute exception. The association of stress and infertility in humans is still unclear. For many women the effect of infertility and notably of medical therapy is a considerable emotional stress. This may make psychosocial counseling necessary in certain cases. Conclusions: An exclusive psychological/psychodynamical point of view on the complexity of infertility is as inadequate as a strictly somatic point of view. Infertility should always be treated as a psychosomatic entirety.

Key words: emotional distress; psychogenic infertility; psychosocial factors; spontaneous pregnancies; unexplained infertility

ÚVOD

V psychosomatické medicíně se stále vede polemika, zda psychologické faktory mohou způsobit neplodnost nebo zda pouze neplodnost vyvolá úzkost (1, 2). Zejména u párů s lékařsky nevysvětlenou (idiopatickou) neplodností se v minulosti předpokládalo, že jednotlivec nebo pár hrál psychopatologicky důležitou roli v etiologii a trvání neplodnosti (3, 4). Domněnka „psychologické blokády“ v souvislosti s neplodností je stále velmi rozšířena v tisku, a dokonce i ve speciálních příručkách o neplodnosti. Ovšem platnost mýtů a stereotypů neroste s permanentním zdůrazňováním. Cílem této studie je kritická diskuse o konceptu „psychogenní neplodnosti“ založená na

moderních diagnostických možnostech v reprodukční medicíně a na výsledcích systematického studia. Hypotézou této studie je, že role psychologických faktorů jako jediné příčiny neplodnosti je všeobecně přeceňována. Otázky, které zde vyvstávají, jsou vývoj pojetí psychogenní neplodnosti, rozlišování mezi nevysvětlenou a psychogenní neplodností a vyhodnocování systematických výzkumů na toto téma. Dále bude prezentována definice psychogenní neplodnosti a odhad jejího výskytu. Budou také hodnoceny výskyt těhotenství po adopci nebo v diagnostické fázi reprodukční medicíny a vliv úzkosti na potíže s plodností.

HISTORIE „MODELU PSYCHOGENNÍ NEPLODNOSTI“

Zpočátku se psychosomatický výzkum týkající se nedobrovolné bezdětnosti soustředil více na psychické příčiny poruch plodnosti („model psychogenní neplodnosti“, 5, 6, 7, nebo „model úplné psychogenní neplodnosti“, 8) než na její psychické následky. Na počátku 50. let se několik autorů zabývalo nevědomými konflikty jako možnými faktory ovlivňujícími těhotenství nebo jeho zabránění, zejména u žen s nevysvětlenou neplodností. Příklady jsou uvedeny v dílech autorů Deutsch (9), Benedek (10), Jacobson (11) a Langer (12), modernější díla s podobným názorem publikovali Christie (13), Allison (14) a Bydlowski (15). Závěry založené na podrobném popisu psychoanalytických sezení s ženami s nedobrovolnou bezdětností byl, že nenaplněná touha po dítěti by mohla být případem projevu nevědomých konfliktů ve spojitosti s osvojením si mateřské role: „Latentní psycholo-

gický konflikt je vždy základní motiv neplodnosti“ (16, s. 139). Je potřeba říci, že tyto studie používaly pozorování založená na individuálních případech nebo na malém počtu pacientů k tomu, aby mohla být vznesena zásadní tvrzení silně uzpůsobená psychopatologickému hledisku, které v té době převládalo (a doposud v některých případech nadále existuje, např. 17). Zejména ve spojitosti s neplodnými ženami (ale také muži, 18), byly tyto studie zpochybňovány, pokud jde o kvalitu nebo vážnost touhy po dítěti. Tento pohled je také problematický z hlediska počtů zkoumaných vzorků, jistě ho nelze ponechat v takto nerozlišené formě. Především zde je kladeno rovnítko mezi nevysvětlenou a psychogenní neplodností (tj. neplodnost způsobenou výhradně psychologickými faktory). To je však nesprávné, protože termín „nevysvětlená neplodnost“ také zahrnuje neadekvátně diagnostikované

organické poruchy (19). Ztotožňování těchto dvou diagnóz pochází z doby, kdy okolo 50 % všech případů neplodnosti popíralo diagnózu (20). Dnešní výskyt nevysvětlené neplodnosti se odhaduje v průměru na 5–15 % (27 % je maximum, 21, 22–32). Výskyt závisí na výběru a věku zkoumaných lidí a, do určité míry, na hodnocení neplodnosti (33, 34, 25, 35–38). Za druhé, v počátečních stádiích výzkumu tohoto fenoménu se studie zaměřily pouze na ženy („výzkum zaměřený na muže, výzkum zaměřený na ženy“, 39, s. 733–734), ačkoli poruchy plodnosti se objevují u obou partnerů a případy jsou více či méně rozšířeny rovnoměrně mezi muže a ženy. Touha po dítěti je obvykle ambivalentní. S pozitivními představami o těhotenství, porodu a rodičovství jde většinou ruku v ruce určitý stupeň úzkosti související se změnami, které k tomu patří, a z nichž u mnohých těžko předvídat jejich rozsah. Tato úzkost zahrnuje nejistotu týkající se rolí (v

těhotenství, při narození dítěte, rodičovství) stejně jako kvalitu vztahu páru, který je ovlivněn příchodem dítěte. Značně pochybná je samozřejmě klasifikace touhy po dítěti do dvojic kategorií „zdravá – fixovaná“, „správná – špatná“, jak je uvádí jedna „starší studie, kde „normální“ přání mít dítě bylo zjištěno pouze u 25 % neplodných párů (3).

Psychoanalytikové Apfel a Keylor ve svých textech o psychoanalýze a neplodnosti shrnují: „Témata, která se považují za kauzální, vyplývající z psychoanalytické léčby neplodných žen zahrnovala: nevědomé obavy a problémy v sexu a těhotenství, odmítnutí ženské/mateřské identifikace a reprodukčního osudu (...). Avšak je třeba podotknout, že tato témata jsou také velmi známá a prezentovaná v analýzách žen, které nemají potíž otěhotnět, ať už náhodně nebo plánovaně. Nicméně jiné ženy s velmi vážnými psychickými problémy otěhotní snadno.“ (40, s. 86).

NEVYSVĚTLENÁ NEPLODNOST – PSYCHOGENNÍ NEPLODNOST

Jak zdůraznil van Balen (8), během 80. let 20. století se výzkum vyvinutý z plného psychogenního modelu přenesl do modelu psychogenního původu nevysvětlené neplodnosti. Páry s nevysvětlenou neplodností jako podskupina neplodných párů měla zvláštní význam z psychodiagnostického hlediska. Zejména psychodynamicky odvozené koncepty týkající se poruch plodnosti byly rozvinuty s odkazem na páry z této podskupiny. Porovnání párů s nevysvětlenou neplodností a párů z jiných diagnostických skupin bylo neprůkazné. Některé studie nebyly schopné identifikovat jakékoli rozdíly mezi těmito skupinami (41–43). Další studie došly k závěru, že ženy s lékařsky nevysvětlenou neplodností byly úzkostlivější a nespokojenější

samy se sebou a se svým stylem života než ženy v ostatních skupinách, ale zároveň vykazovaly větší uspokojení v manželství a větší uspokojení v jiných oblastech života oproti kontrolním skupinám (44–46). Při porovnávání 16 organicky neplodných žen a 14 žen s nevysvětlenou neplodností jedna studie (47) zjistila nadprůměrné skóre neuroticismu ve skupině s nevysvětlenou neplodností. V jiné studii (48) bylo 39 párů s nevysvětlenou neplodností autorem posouzeno jako „úzkostlivé a depresivní osoby“ typicky projevující „symbiotický a závislý“ model vztahu. Studie s rozsáhlejším počtem příkladů (49, 30), které používají tytéž nástroje, tato zjištění nepotvrdily.

Literatura neobsahuje žádné dobře zjištěné indikace relevantních psychologických rozdílů mezi páry s nevysvětlenou neplodností a organicky neplod-

nými páry, i když studie byly prováděny systematicky a zahrnují rozsáhlejší škálu vzorků.

PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY NEPLODNOSTI Z POHLEDU SYSTEMATICKÝCH STUDIÍ

V psychosomatické medicíně došlo v posledním desetiletí k posunu směrem k medicíně založené na důkazech. Doposud jediné vyprodukované skutečně spolehlivé zjištění systematickým výzkumem o psychosociálních aspektech zahrnutých v poruchách plodnosti (komplexní průzkumy jsou 1, 50, 6, 51–53) je, že ve většině studií neplodné ženy prokazovaly nadprůměrné depresivní tendence a úzkost a také si ve větší míře stěžovaly na problémy fyzického rázu. Ale odchylky nejsou ve většině případů klinicky významné. Neexistují žádné studie o osobních vlastnostech žen a mužů před a po nástupu touhy po dítěti. V souladu s tím je nemožné říci, zda takové emocionální poruchy jsou částečně odpovědné za neplodnost, nebo zda jsou následkem neschopnosti mít dítě. Tato zjištění lze interpretovat také jako následek lékařské diagnózy nebo terapie („psychologický model následků“, 54, nebo „psychologický model konsekvencí“, 6, 7, 8), protože především depresivní tendence u žen vzrůstají s trváním terapie neplodnosti (55). Rovněž se často stává, že i přes pokračující absenci těhotenství dochází ke zlepšení mentálního zdraví těchto žen po tom, co absolvovaly konzultace s psychologem nebo psychoterapii (56, 57). Nálezy spojené s nedobrovolnou bezdětností u mužů jsou vzácné. Pokud se vyskytnou, tak pouze muži s andrologickým faktorem sebe popisují jako více úzkostlivé a nejisté v porovnání s normou (58). V závěru nelze tvrdit, že nepatrně, nebo dokonce mírně zvýšená hladina stresu jsou vážné natolik, aby

vedly k neplodnosti (8). Takové výsledky systematických studií se přiklánějí k „psychologickému modelu konsekvencí“ (např. neplodnost způsobuje psychologický distress), nepodporují ale tzv. „psychogenní model“ (např. psychická úzkost způsobuje neplodnost).

V jedné ze svých posledních prací (57) Boivinová ukazuje, že systematické hodnocení účinků intervence (se sledováním kontrolní skupiny) se odehrává pouze v 25 z 380 studií o psychologickém poradenství pro neplodnost. Většina systematicky sledovaných psychologických intervencí byly relaxační terapie, psychodynamické psychoterapie a behaviorální terapie. Boivinová došla k závěru, že pouze intervence uzpůsobené behaviorálnímu lékařskému přístupu a relaxační technice, jak se zdá, přinášejí navýšení výskytu těhotenství, příkladem je program mysli/těla popsany Domarem *a kol.* (59, 60). Avšak neexistují přesvědčivé systematické studie indikující nárůst počtu těhotenství po následných psychologických intervencích. Ačkoli psychoanalytický výzkum přinesl mnohé k pochopení neplodnosti a psychogenní model je postaven na systematických a teoretických základech, psychoanalytická léčba při neplodnosti nebyla doposud systematicky hodnocena. Tudíž „psychogenní model neplodnosti“ musí ještě dostat vědeckému potvrzení. Nezdá se ale, že je oprávněné zcela opustit psychogenní model, jak požadují Apfel a Keylor: „Je čas, aby termín 'psychogenní neplodnost' ustoupil jako simplistní a anachronický“ (40, s. 100).

POKYNY PRO PORADENSTVÍ PŘI NEPLODNOSTI A PSYCHOGENNÍ NEPLODNOSTI

Guidelines for Counselling in Infertility (61) (ESHRE – Special Interest group „Psychology and Counselling“) odkazují pouze na psychogenní neplodnost ve dvou bodech: „Konzultanti by měli zdůraznit, že nevysvětlená neplodnost není ve většině případů totožná s psychogenní neplodností“ (61, s. 25) a (pod titulkem „Sexuální problémy jako zdroj neplodnosti“: „Sexuální problémy jako primární příčina neplodnosti platí pro malé procento neplodných pacientů, a mohou se tedy jevit jako případy neplodnosti, např. málo častý pohlavní styk, vaginismus, dyspareunie, nedostatek sexuální touhy, dysfunkce erekce. Tyto sexuální problémy mohou mít organický nebo psychologický původ“ (61, s. 27). Psychogenní neplodnosti je více pozornosti věnováno v německé příručce „Psychosomatics in Reproductive Medicine“ (62). Tato publikace dokazuje, že je legitimní mluvit pouze o psychologických faktorech jako částečné příčině poruch plodnosti v případě, že:

- a) navzdory touze po dítěti a konzultacím s lékařem pár svým nevhodným chováním poškozuje plodnost (např. strava, nadváha, podváha; sport náročný na výkonnost; alkohol, kouření, užívání léků; extrémní stres, zvláště v zaměstnání),
- b) pár nemá pohlavní styk během plodných dnů nebo jeden z nich (či oba) trpí neorganickou sexuální dysfunkcí,

- c) pár vědomě souhlasí s terapií pro lékařsky indikovanou neplodnost, ale terapii nedokončí.

Zatím nemáme žádné systematické studie, které by hodnotily převahu psychogenní neplodnosti v souladu s touto definicí. 5 až 10 %, jak je často uvedeno v literatuře, není buď dokázáno (63), nebo je založeno na *jednom* osobním rozhovoru (64, 65, 47, 66). Několik systematických studií a klinických pozorování však předkládá názor, že jde pravděpodobně o pětiprocentní výskyt (67–69).

Z rozhovorů a sezení v psychologických poradnách je dobře známo, že u velkého počtu neplodných párů (více než 60 %) je v průběhu lékařské léčby ovlivněna sexualita, speciálně když byl pohlavní styk načasován kvůli procesu IVF (70, 71–75). Platnost výsledků týkajících se sexuálního uspokojení a frekvence pohlavních styků je jasně omezována reakcí respondentů, kteří odpovídají v souladu se sociálně přijatelnými normami – nejen ve výzkumech s neplodnými páry. Z tohoto důvodu není přesně známo, kolik neplodných párů *nemá* pohlavní styk během plodných dnů. V jedné studii (76) systematické záznamy do kalendáře ukázaly, že tomu tak bylo u 18 párů z 37 sledovaných.

POČETÍ V NÁVAZNOSTI NA ADOPCI

Ačkoli je ve vědecké komunitě většinou univerzálně přijímáno, že stupeň početí se nezvýší po adopci dítěte, tento mýtus 'početí v návaznosti na adopci' je podle všeho stále nekonečným a široce rozšířeným příběhem v tisku, příručkách o neplodnosti a mezi značným počtem gynekologů. Při setkání v poradnách člověk často slyší o spontánním těhotenství po tom, co se pár rozloučil s myšlenkou mít biologického potomka a buď adoptoval dítě, nebo se stali pěstouny. K tomuto populárnímu mýtu systematické studie ovšem nepředkládají žádné propojení mezi adopcí a těhotenstvím (42 a 77 pro rekapitulaci viz 63). Ti, kteří se zabývali velkým množstvím případů, ukazují, že počet těhotenství mezi adoptivními rodiči není určitě vyšší než u ostatních párů, které prošly terapií neplodnosti. V práci Arronet *a kol.* (78) výskyt těhotenství byl 20 % ze 133 párů, které adoptovaly dítě, zatímco 400 párů v kontrolní skupině, které neadoptovaly dítě, otěhotnělo 66 % párů. Z 204 párů v naší studii se 32 vzdalo touhy mít dítě (79). Mezi těmito

32 páry pouze jedna žena s jednoletou historií sekundární neplodnosti opět spontánně otěhotněla po tom, co přijala dítě do pěstounské péče. Spontánní těhotenství po adopci se řídí podobnými pravidly jako spontánní dočasné vymizení projevů nemoci, jako je rakovina: Mnoho lidí doufá, ale pravděpodobnost je velmi malá. Tato pravděpodobnost je očividně nižší než pravděpodobnost otěhotnět po léčbě s reprodukčním lékařstvím (80). V psychodynamických termínech tvrzení „Jestliže chci dítě, musím přestat chtít dítě“ může být viděno jako – paradoxně – pokus dosáhnout pozitivní vliv na nakonec nekontrolovatelnou situaci poruchy neplodnosti, vědomě se zdržet jakékoli pokusu danou situací řídit. Jakmile začnou radit lidé z okolí (řekněme příbuzní), je to důkaz o bezmoci při jednání s párem, který je nedobrovolně bezdětný. Také to ale může značit alarm pociťovaný těmito osobami v touze po dítěti a přítomný tlak, kterým daný pár působí na sebe.

POČETÍ V DIAGNOSTICKÉ FÁZI REPRODUKČNÍ MEDICÍNY

Až jedna třetina všech těhotenství v tomto kontextu se objevuje nezávisle na skutečné léčbě reprodukční medicínou, tj. během diagnostické fáze nebo během doby očekávání (21, 81–83, 27, 84–86). Jedno z možných vysvětlení je, že některé páry podstupující takovou léčbu jsou schopné přenést odpovědnost za vyplnění své touhy po dítěti na lékaře v instituci, kam chodí na konzultace. To může představovat redukci tlaku a distresu na pár a následně zlepšit naději na těhotenství alternacemi v neuroendokrinních vlastnostech neplodného páru (viz následující

kapitolu). Pro mnoho dalších párů definitivní diagnóza (např. neplodnost muže) může zvýšit subjektivní distress (87). Nelze říci, že dojde k větší tělesné i duševní pohodě díky redukcí stresu po tom, co se pár svěřil do kompetentní péče. Výskyt těhotenství během diagnostické fáze nebo během doby očekávání lze také připsat faktoru 'času', např. šance na úspěch roste v průběhu času („terapie čekáním“, 36), protože 15–60 % žen neléčených s nevysvětlenou neplodností porodilo do jednoho roku (88).

Od počátku 80. let 20. století vyšlo velké množství studií, které pojednávají o vztahu mezi stresem a neplodností, většina z nich vyšetřovala páry, které prodělaly oplodnění ve zkumavce. Vliv psychického distressu na neplodnost je stále kontroverzní téma (6, 51). To je nesporně případ, že pro mnoho pacientů – především žen – léčba reprodukční medicínou představuje hlavní emocionální vypětí (7) a také zasahuje jejich kapacitu pro naplnění sexuálního života (89). 15 až 20 % všech párů prožilo tak stresující zkušenost s reprodukční medicínou, že vyžadují psychologické poradenství (61). Emoční vzestupy a pády prožité během takové léčby („emoční horská dráha“, 90) se stávají zřetelné v prvních letech neúspěšné terapie (55). Pro páry, jejichž zdroje pro zvládnání situace jsou neadekvátní nebo vyčerpány, konzultanti musejí vynaložit úsilí a kontaktovat takové pacienty individuálně a prodiskutovat možné výhody využití poradenství nebo účast v podpůrných skupinách. Psychosociální poradenství by mělo být nabídnuto ve všech stadiích léčení neplodnosti, a nejen tehdy, když léčba selže (91). Instrukce pro psychosociální poradenství jsou k dispozici v „Guidelines for Counselling in Infertility“ (61), dle Burnse a Covingtona (92) a dle Straube (93).

Existují silné dohady o účincích neuroendokrinních (např. prostřednictvím prolaktinu a kortisolu) nebo imunologických mechanismů (např. cervikální protilátky proti spermiím). Avšak existují polemiky o aplikaci animálních modelů (94, 95) na vliv mentálního distressu i na plodnost (96, 97). Dva příklady „cyklického modelu“ (8) a vliv emočních stavů na menstruační a reprodukční funkce zahrnují falešné těhotenství (98) a stresem

přivolenou amenoreu (99). Výsledky retrospektivních studií zabývajících se účinkem stresu na neplodnost nemusí být správné, protože hodnocení retrospektivního a prospektivního stresu se liší (100) a ženy, které dosud neotěhotněly, mohou přisuzovat svou neplodnost stresovému faktoru jako pokusu dosáhnout 'interpretačního rámce' (101). Současné systematické prospektivní studie (nebo viz Klonoff-Cohen, 102) ukazují vztahy mezi stresem a stupněm plodnosti obecně, ale tento vztah se zdá být komplexní, ne lineární (103). V těchto studiích byl stres obvykle definován jako zvýšené skóre na dotaznících měřících úzkost, depresi nebo manželskou nespokojenost. Některé studie také měly podobu experimentu. Demyttenaire a jeho spolupracovníci dokázali, že ženy s vysokou hladinou anticipačních stavů úzkosti a vysokou hladinou kortisolu během folikulární fáze stimulovaných cyklů, měly nižší výskyt otěhotnění (104). Rovněž ukázali, že s vysokou depresí, špatnou adaptací (coping) a vyhýbavým chováním šance otěhotnět klesá. Merari a kolegové zjistili zřejmě negativní vztahy mezi prolaktinem a kortisolem a stavem úzkosti a depresí pro pozorované ženy, které otěhotněly, ale nikoli u těch, které neotěhotněly (105). Lindheim *a kol.* (66) zjistili zvýšenou hladinu kortisolu a vyšší krevní tlak v kontrolních skupinách v porovnání se ženami s IVF, zatímco Facchinetti a jeho skupina (106) zjistili zvýšenou zranitelnost vůči stresu u žen, kterým se nedařilo otěhotnět. Tyto ženy trpěly vyšším systolickým krevním tlakem a vyšší tepovou frekvencí během testu ve stresových podmínkách v porovnání s úspěšnými ženami. Neúspěšné ženy měly vysoký počet aktivovaných T-buněk v periferní krvi za stresových podmínek

(107). Pro jejich mužské partnery byl vyšší tep během testu za stresových podmínek známkou selhání léčby (108). Ovšem jiné studie ztroskotaly na odhalení jakýchkoli významnějších vzájemných vztahů (109–111) mezi stavy nálady a vylučováním hormonů souvisejících se stresem.

Zjištění ohledně vlivu *úzkosti* jsou inkonzistentní. Ve studii, jejímž autorem je Sanders and Bruce (112), například nízká hladina úzkosti byla spojována s vyšší pravděpodobností otěhotnění, ale ženy v nejvyšším kvartilu úzkosti také zažily zvýšený výskyt těhotenství. V jedné studii ženy, které rodily, ukázaly značně vyšší hladinu úzkosti v porovnání se ženami, které nerodily (113). Mnoho studií nezjistilo žádné rozdíly v intenzitě/výskytu úzkosti mezi těhotnými a netěhotnými ženami (114–118), nebo rozdíly nebyly statisticky významné (119–121, 111), popř. se objevily v různých stadiích léčby IVF (102, 122). Některé studie došly k zjištění, že vyšší stav úzkosti se projevil u netěhotných žen (123, 124, 105, 106). Výsledky týkající vlivu *deprese* na výsledek léčby IVF jsou více konzistentní. Většina studií dokázala zvýšenou depresi u žen, kterým se nepodařilo otěhotnět (125, 104, 126, 127, 122) a zvýšení deprese během trvání léčby IVF (114, 128, 121, 127). V některých studiích nebyly doloženy žádné rozdíly (105, 112, 118). Stoléru a kolegové (117) zjistili, že ženy v neúspěšné skupině více vnímaly *nespokojenost v manželství*, ale většina studií to nepotvrdila (129, 121, 118, 122). Několik studií o mužských partnerech žen, které otěhotněly, vytvořily nekonzistentní výsledky. Jedna studie dokládá větší úzkost a depresi u mužských partnerů neúspěšných žen (121), zatímco jiná studie ukázala větší depresi u mužů, jejichž ženy otěhotněly (130). Existuje mnohem více přesvědčivých důkazů

distressu navozeného poklesem spermiogramu u mužů (131, 48, 132, 133). Dvě studie zjistily značné zhoršení v kvalitě semene při porovnávání vzorků produkovaných několik měsíců před IVF se vzorky získanými v době IVF (134, 135). Další studie však ukázaly pozitivní vztahy mezi hladinou stresu a kvalitou semene (136–138).

Pokud můžeme výsledky shrnout, docházíme k závěru, že deprese velmi pravděpodobně, úzkost méně pravděpodobně a nespokojenost v manželství u neplodných žen nepravděpodobně ovlivňuje negativně výsledek léčby reprodukční medicíny. Studie o jejich mužských partnerech poskytují nejasný obrázek těchto proměnných kromě toho, že vysoká hladina stresu má negativní vztah na kvalitu spermiogramu. Mnoho studií o vlivu stresu na neplodnost má podstatné nedostatky z metodologického pohledu (kritiku viz 42, 39, 139, 140, 2, 8). Neplodní lidé byli nahlíženi jako homogenní skupina, takže vliv různých diagnóz a různých historií neplodnosti nebyl brán v úvahu. Pracovní definice stresu se různí a ne všechny práce rozlišují akutní a chronický stres a různé styly zvládání. V několika pracích množství nashromážděných proměnných bylo příliš dobrých, takže některé výsledky se mohly objevit náhodou, a proto nebylo možné je generalizovat.

Navzdory současnému psychofyzilogickému výzkumu distressu a neplodnosti stále souhlasíme s Brkovichem a Fisherem, že „čtyřicetiletý výzkum nebyl schopen stanovit, zda může být psychologický distress příčinou neplodnosti, nebo je výhradně reaktivním účinkem žití s neplodností“ (51, s. 226–227). Dokud nebudou vyřešeny metodologické problémy (nedostatek systematicky řízených výzkumů a nadmíru zdůrazňované korelační studie), nemůžeme definitivně objasnit,

jak jsou stres a reprodukční systém

propojeny.

DISKUSE

Současné vědecké znalosti (r. 2002, pozn. red.) jsou toho názoru, že páry s nenaplněnou touhou po dítěti neprojevují psychologické poruchy častěji než páry bez poruch plodnosti. To stejně platí pro páry s lékařsky nevysvětlenou neplodností, pro páry s dlouhotrvající nenaplněnou touhou po dítěti a pro děti narozené následnou terapií reprodukční medicíny a jejich rodiče (s výjimkou rodin s vyšším stupněm vícečetných porodů).

V menším počtu případů psychologické faktory jsou opravdu jedinou příčinou pro poruchy plodnosti. Tyto případy potřebují být diagnostikovány v raném stadiu, aby zainteresovaní mohli být ušetřeni časově náročné úzkosti a finančních nákladů na reprodukční léčbu. Podstatně výraznější je efekt poruch plodnosti, a obzvláště lékařské péče na psychologickou situaci nedobrovolně bezdětných párů. Distress způsobený léčbou se pak projevuje v nárůstu depresivních tendencí u mnoha zúčastněných žen. V určitých případech pak dochází k potřebě vyhledat psychosociální poradenství, které by mělo být k dispozici ve všech stádiích lékařské terapie.

V laické etiologii je vliv psychologických faktorů na poruchy plodnosti stále všeobecně nadhodnocován. Rozhodně neexistuje žádný vědecký důkaz pro „fixovanou“ touhu po dítěti, ani specifický vztahový vzorec neplodného páru odpovědného za neplodnost, ani žádný důkaz, že vzdání se touhy po dítěti pomáhá zvýšit stupeň početí.

Poslední studie o spojení mezi psychologickým stresem a fyziologickými mechanismy naznačují vzájemné vztahy mezi distressem a reprodukčními překážkami. Avšak neexistují zatím ještě žádné přesvědčivé systematické studie zahrnující dostatečný počet případů, které by dokazovaly, že distress je jedinou příčinou neplodnosti. Porovnávat nevysvětlenou neplodnost s psychogenní neplodností není jen neopodstatněné, je to dokonce kontraproduktivní, protože to může navodit pocity hanby a viny, obzvláště u neplodných žen („kladení viny na oběť“, srov. 5), a může zvýšit jejich citlivost pro nevědecké léčebné přístupy (srov. 141). Ukvapenost a globální psychologizace neplodnosti maskuje ty případy, ve kterých psychoterapie může efektivně pomoci řešit problém plodnosti. Tvrzení vyřčené Deckerem před 30 lety neztratilo nic na své platnosti: „Ve skutečnosti chybná psychologická diagnóza může zveličovat skromnou reakci frustrace do pocitu sexuálního a ženského pocitu méněcennosti, které mohou vyústit v evidentní změny v reprodukčním cyklu“ (142, s. 175). Nebo jak stojí v novější publikaci: „Opravdu, pokračující psychogenní diagnosa neplodnosti by mohla být považována za zdroj 'iatrogenního' stresu sama o sobě“ (8, s. 90). Můžeme říci, že ve většině případů psychogenní neplodnost může být spíše přičítána mytům než faktům a že potřebujeme více prospektivních a kontrolovaných studií o vlivech psychologického stresu na plodnost u žen a mužů.

Překlad pro Psychosom: Mgr. Věra Kadlecová. Publikováno díky péči PhDr.

Hany Konečné, PhD., se svolením autora
a nakladatelství Springer.

Do redakce přišlo: 24. 11. 2010

K překladu zadáno: 16. 12. 2010

Přijato 30. 12. 2010

Etické problémy: nejsou

Literatura

1. Wright J., Allard M., Lecours A., Sabourin S.: *Psychosocial distress and infertility: A review of controlled research*. *Int J Fertil* 1989; 58:731–737
2. Stanton A. L., Lobel M., Sears S., DeLuca R. S.: *Psychosocial aspects of selected issues in women's reproductive health: current status and future directions*. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70:751–770
3. Jeker L., Micioni G., Ruspa M., Zeeb M., Campana A.: *Wish for a child and infertility: Study on 116 couples. I. Interview and psychodynamic hypotheses*. *Int J Fertil* 1988; 33:411–420
4. Batstra L., van de Wiel H. B. M., Schuiling G. A.: *Opinions about 'unexplained subfertility'*. *J. Psychosom Obstet Gynaecol*. 2002; 23:21–114
5. Stanton A. L., Dunkel-Schetter C.: *Psychological adjustment to infertility: an overview of conceptual approaches*. In *Infertility Perspectives from stress and coping research*. AL Stanton, C Dunkel-Schetter (eds), New York, Plenum Press. 1991, pp. 3–16
6. Greil A. L.: *Infertility and psychological distress: a critical review of the literature*. *Soc. Sci. Med.* 1997; 45:1679–1704
7. Burns L. H., Covington S. H.: *Psychology of infertility*. In *Infertility Counseling A comprehensive handbook for clinicians*. L. H. Burns, S. H. Covington (eds), New York, Parthenon Publishing. 1999, pp. 3–25
8. van Balen F.: *The psychologization of infertility*. In *Infertility around the globe*. M. C. Inhorn, F. van Balen (eds), Berkeley, University of California press. 2002, pp. 79–98
9. Deutsch H.: *The psychology of women: A psychoanalytical interpretation*, Vol 2, *Motherhood*, New York: Grune and Stratton, 1945
10. Benedek T.: *Infertility as a psychosomatic defense*. In *8th Annual meeting of the American Society for the Study of Sterility*. 1952
11. Jacobson E.: *A case of sterility*. *Psychoanal Quart* 1946; 12:330–350
12. Langer M.: *Maternidad y sexo*, Buenos Aires: Ediciones Paidés, 1953
13. Christie G. L.: *The psychogenic factor in infertility*. *Austr NZ J Psychiatry* 1994; 28:378–90
14. Allison G. H.: *Motherhood, motherliness, and psychogenic infertility*. *Psychoanal Quart* 1997; 66:1–17
15. Bydlowski M.: *Facteurs psychologiques dans l'infertilité féminine*. *Gynecol Obstet Fertil* 2003;31:246–51
16. Bydlowski M., Dayan-Lintzer M.: *A psycho-medical approach to infertility: 'suffering from sterility'*. *J. Psychosom. Obst. Gynecol.* 1988; 9:139–151
17. Leuzinger-Bohleber M.: *The 'Medea fantasy'. An unconscious determinant of psychogenic sterility*. *Int J Psychoanal* 2001; 82:323–345
18. Rubenstein B. B.: *An emotional factor in infertility: A psychosomatic approach*. *Fertil Steril* 1951; 2:80–86
19. Crosignani P. G., Collins J., Cooke I. D., Diczfalusy E., Rubin B.: *Recommendations of the ESHRE workshop on 'Unexplained Infertility'*. *Hum Reprod* 1993;8:977–980
20. Eisner B. G.: *Some psychological differences between fertile and infertile women*. *J Clin Psychiatry* 1963; 19:391–95
21. Templeton A. A., Penney G. C.: *The incidence, characteristics, and prognosis of patients whose infertility is unexplained*. *Fertil Steril* 1982; 37:175–182
22. Pepperell R. J., McBain J. C.: *Unexplained infertility: a review*. *Brit. J. Obstet Gynaecol* 1985; 92:569–580

23. Collins J. A.: *Unexplained infertility*. In *Infertility - a comprehensive text*. MM Seibel (ed), Norwalk, Appleton and Langer. 1990, pp. 259-272
24. Thonneau P., Marchand S., Tallec A., Ferial M. L., Ducot B., Lansac J., Lopes P., Tabaste J. M., Spira A.: *Incidence and main causes of infertility in a resident population (1,850,000) of three French regions (1988-1989)*. *Hum Reprod* 1991; 6:811-16
25. Collins J. A., Crosignani P. G.: *Unexplained infertility: a review of diagnosis, prognosis, treatment efficacy and management*. *Int. J. Gynecol. Obstet* 1992; 39:267-275
26. Shushan A., Eisenberg V. A., Schenker J. G.: *Subfertility in the era of assisted reproduction: changes and consequences*. *Fertil Steril* 1995; 64:459-469
27. Sundstrom I., Ildgruben A., Hogberg U.: *Treatment-related and treatment-independent deliveries among infertile couples, a long-term follow-up*. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76:238-43
28. Keye W. R.: *Medical aspects of infertility for the counselor*. In *Infertility Counseling A comprehensive handbook for clinicians*. LH Burns, SH Covington (eds), New York London, Parthenon Publishing. 1999, pp. 27-46
29. Miller J. H., Weinberg R. K., Canino N. L., Klein N. A., Soules M. R.: *The pattern of infertility diagnoses in women of advanced reproductive age*. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 18:952-957
30. Wischmann T., Stammer H., Scherg H., Gerhard I., Verres R.: *Psychological characteristics of infertile couples: A study by the „Heidelberg Fertility Consultation Service“*. *Hum Reprod* 2001; 16:1753-1761
31. Cahill D. J., Wardle P. G.: *Management of infertility*. *BMJ* 2002; 325:28-32
32. Adamson G. D., Baker V. L.: *Subfertility: causes, treatment and outcome*. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2003; 17:169-185
33. Haxton M. J., Fleming R., Hamilton M. P., Yates R. W., Black W. P., Coutts J. R.: *'Unexplained infertility' results of secondary investigations in 95 couples*. *Br J Obstet Gynaecol* 1987; 94:539-42
34. Marrero M. A., Ory S. J.: *Unexplained infertility*. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1991; 3:211-8
35. Lobo R. A.: *Unexplained infertility*. *J. Reprod. Med.* 1993; 38:241-9
36. La Sala G. B., Cittadini E.: *Unexplained infertility*. *Acta Europ Fertil* 1994; 25:7-17
37. Randolph J. F.: *Unexplained infertility*. *Clin Obstet Gynecol* 2000; 43:897 0150901
38. Aboulghar M. A., Mansour R. T., Serour G. I., Al Inany H. G.: *Diagnosis and management of unexplained infertility: an update*. *Arch Gynecol Obstet* 2003; 267:177-188
39. Pantesco V.: *Nonorganic infertility: Some research and treatment problems*. *Psychol Rep* 1986; 58:731-737
40. Apfel R. J., Keylor R. G.: *Psychoanalysis and infertility - myths and realities*. *Int J Psychoanal* 2002; 83:85-103
41. Adler J. D., Boxley R. L.: *The psychological reactions to infertility: Sex roles and coping styles*. *Sex Roles* 1985; 12:271-279
42. Edelmann R. J., Connolly K. J.: *Psychological aspects of infertility*. *Brit J Med Psychol* 1986; 59:209-219
43. Paulson J. D., Haarmann B. S., Salerno R. L., Asmar P.: *An investigation of the relationship between emotional maladjustment and infertility*. *Fertil Steril* 1988; 49:258-262
44. O'Moore A. M., O'Moore R. R., Harrison R. F.: *Psychosomatic factors in patients with hyperprolactinemia*. *Obstet Gynecol* 1983; 55:591-608
45. Callan V. J.: *The personal and marital adjustment of mothers and of voluntarily and involuntarily childless wives*. *J. Marriage Fam* 1987; 49:847-56
46. Callan V. J., Hennessey J. F.: *The psychological adjustment of women experiencing infertility*. *Brit J Med Psychol* 1988; 61:137-140
47. Morse C., Dennerstein L.: *Infertile couples entering an in vitro fertilization programme: a preliminary survey*. *J Psychosom Obst Gyn* 1985; 4:207-219
48. Stauber M.: *Psychosomatik der sterilen Ehe*. 2. ed, Berlin: Grosse, 1988

49. Schmidt P., Wischmann T., Gerhard I.: Partnerbeziehung bei unerfülltem Kinderwunsch. *Z Med Psychol* 1994;2:64-71
50. Dunkel-Schetter C., Lobel M.: Psychological reactions to infertility. In *Infertility Perspectives from stress and coping research*. AL Stanton, C Dunkel-Schetter (eds), New York, Plenum Press. 1991, pp. 29-57
51. Brkovich A. M., Fisher W. A.: Psychological distress and infertility: forty years of research. *J Psychosom Obst Gyn* 1998;19:218-228
52. Eugster A., Vingerhoets A. J.: Psychological aspects of in vitro fertilization: a review. *Soc Sci Med* 1999;48:575-89
53. Henning K., Strauß B.: Psychological and psychosomatic aspects of involuntary childlessness: State of the research at the end of the 1990's. In *Involuntary childlessness Psychological assessment, counseling and psychotherapy*. B Strauß (ed), Seattle, Hogrefe & Huber Publishers. 2002, pp. 3-18
54. Berg B. J., Wilson J. F.: Psychiatric morbidity in the infertile population: a reconceptualisation. *Fertil Steril* 1990;53:654-661
55. Beutel M., Kupfer J., Kirchmeyer P., Kehde S., Köhn F.-M.: Treatment-related stresses and depression in couples undergoing assisted reproductive treatment by IFV. *Andrologia* 1999;31:27-35
56. Wischmann T., Verres R., Stammer H., Scherg H.: „Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde“ - Psychosomatische Beratung von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch: Teilprojekte „Fortbildung“ und „Beratung“. 2001, Schlussbericht für das Bundesministerium für Bildung und Forschung (FKZ: 01KY9606).
57. Boivin J.: A review to psychosocial interventions in infertility. *Soc Sci Med* (in press), 2003
58. Glover L., Gannon K., Sherr L., Abel P. D.: Distress in sub-fertile men: a longitudinal study. *J Reprod Infant Psychol* 1996;14:23-36
59. Domar A. D., Seibel M. M., Benson H.: The mind/body program for infertility: A new behavioral treatment approach for woman with infertility. *Fertil Steril* 1990;53:246-249
60. Domar A. D., Clapp D., Slawsby E. A., Dusek J., Kessel B., Freizinger M.: Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertil Steril* 2000;73:805-811
61. Boivin J., Kertenich H.: *Guidelines for counselling in infertility*. 2002, Oxford University Press: Oxford.
62. Strauß B., Bettge S., Bindt C., Brähler E., Felder H., Gagel D., Goldschmidt S., Henning K., Ittner E., Kertenich H., Ningel K., Stammer H., Verres R., Wischmann T., Yüksel E.: *Psychosomatik in der Reproduktionsmedizin. Leitlinien*. *Reproduktionsmedizin* 2000;16:326-331
63. Seibel M. M., Taymor M.: Emotional aspects of infertility. *Fertil Steril* 1982;37:137-145
64. Karahasanoglu A., Barglow P., Grove G.: Psychological aspects of infertility. *J Reprod Med* 1972;9:241-247
65. Mozley P. D.: Psychophysiologic infertility: an overview. *Clin Obstet Gynecol* 1976;19:407-417
66. Lindheim S. R., Legro R. S., Morris R. S., Vijod M. A., Lobo R. A., Paulson R. J., Sauer M. V.: Altered responses to stress in women undergoing in-vitro fertilization and recipients of oocyte donation. *Hum Reprod* 1995;10:320-3
67. Mai F. M.: Interesting sexual cases: psychogenic infertility. *Med Aspects Hum Sexual* 1971;5:26-32
68. Hull M. G., Glazener C. M. A., Kelly N. J., Conway D. I., Foster P. A., Hinton R. A., Coulson C., Lampert P. A., Watt E. M., Desai K. M.: Population study of causes, treatment, and outcome of infertility. *Brit Med J* 1985;291:1693-1697
69. Rantala M. L., Koskimies A. L.: Sexual behavior of infertile couples. *Int J Fertil* 1988;33:26-30
70. Freeman E. W., Boxer A. S., Rickels K., Tureck R. W., Mastroianni L.: Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilisation and embryo transfer. *Fertil Steril* 1985;43:48-53
71. Baram D., Tourtelot E., Muechler E., Huang K.-E.: Psychosocial adjustment following unsuccessful in vitro fertilisation. *J Psychosom Obst Gyn* 1988;9:181-190

72. Demyttenaere K., Nijs P., Ramon W.: Wie neurotisch sind infertile Paare? Zur Problematik von psychischen und sexuellen Störungen bei der IVF. *Sexualmedizin* 1988;11:620-624
73. Sabatelli R. M., Meth R. L., Gavazzi S. M.: Factors mediating the adjustment to involuntary childlessness. *Fam Relat* 1988;37:338-343
74. Downey J., Yingling S., McKinney M., Husami N., Jewelewics R., Maidman J.: Mood disorders, psychiatric symptoms, and distress in women presenting for infertility evaluation. *Fertil Steril* 1989;52:425-432
75. Eckert H., Sobeslavsky I., Held H.-J.: Psychische Merkmale bei Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch vor IVF. In *Psychosoziale Aspekte von Fruchtbarkeitsstörungen*. S Goldschmidt, E Brähler (eds), Bern, Huber. 1998, pp. 27-49
76. Tuschen-Caffier B., Florin I., Krause W., Pook M.: Cognitive-Behavioral Therapy for idiopathic infertile couples. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1999;68:15-21
77. Denber H. C. B.: Psychiatric aspects of infertility. *J Reprod Med* 1978;20:23-29
78. Arronet G. H., Bergquist C. A., Parekh M. V.: The influence of adoption on subsequent pregnancy in infertile marriage. *Int J Fertil* 1974;19:159-162
79. Wischmann T.: Ungewollte Kinderlosigkeit - Ein brennendes Problem: Aus psychologischer Sicht. In *Adoption Positionen, Impulse, Perspektiven*. H Paulitz (ed), München, Beck. 2000, pp. 133-143
80. Hennelly B., Harrison R. F., Kelly J., Jacob S., Barrett T.: Spontaneous conception after a successful attempt at in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection. *Fertil Steril* 2000;73:774-778
81. Nijs P., Koninckx P. R., Verstraeten D., Mullens A., Nicasy H.: Psychological factors of female infertility. *Europ J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1984;18:375-379
82. Dunphy B. C., Kay R., Robinson N., Cooke I. D.: The placebo response of subfertile couples to attending a tertiary referral centre. *Fertil Steril* 1990;54:1072-1075
83. Collins J. A., Burrows E. A., Willan A. R.: The prognosis for live birth among untreated infertile couples. *Fertil Steril* 1995;64:22-28
84. Harrison R. F.: Unexplained infertility. In *Infertility and contraception A textbook for clinical practice*. O Rodríguez-Armaz, B Hédon, and S Daya (eds), New York, Parthenon Publishing. 1998, pp. 73-77
85. Kemeter P., Fiegl J.: Adjusting to life when assisted conception fails. *Human Reprod* 1998;13:1099-1105
86. Pandian Z., Bhattacharya S., Templeton A.: Review of unexplained infertility and obstetric outcome: a 10 year review. *Hum Reprod* 2001;16:2593-2597
87. Connolly K. J., Edelmann R. J., Cooke I. D., Robson J.: The impact of infertility on psychological functioning. *J Psychosom Res* 1992;36:459-468
88. ESHRE Capri Workshop Group: Guidelines to the Prevalence, Diagnosis, Treatment and Management of Infertility. *Hum Reprod* 1996;4:1775-1807
89. Keye W. R.: Psychosexual responses to infertility. *Clin Obstet Gynecol* 1984;27:760-766
90. Menning B. E.: The emotional needs of infertile couples. *Fertil Steril* 1980;34:313-319
91. Stammer H., Wischmann T., Verres R.: Counselling and couple therapy for infertile couples. *Fam Process* 2002;41:111-122
92. Burns L. H., Covington S. H. (eds) *Infertility counseling. A comprehensive handbook for clinicians*. 1999, Parthenon Publishing: New York London
93. Strauß B. (ed) *Involuntary childlessness. Psychological assessment, counselling and psychotherapy*. 2002, Hogrefe & Huber: Seattle
94. Xiao E., Ferin M.: Stress-related disturbances of the menstrual cycle. *Ann Med* 1997;29:215-9
95. Wasser S. K.: Stress and reproductive failure: An evolutionary approach with applications to premature labor. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:272-274
96. Yamamora D., Reid R.: Psychological stress and the reproductive system. *Semin Reprod Endocrinol* 1990;8:65-73
97. Ferin M.: Stress and the Reproductive Cycle. *J Clin Endocrinol Metab* 1999;84:1768-1774

98. Cohen L.: A current perspective of pseudocyesis. *Am J Psychol* 1982;139:1140-1144
99. Sydenham A.: Amenorrhoea at Stanley Camp, Hong Kong, during interment. *Brit Med J* 1946;2:159
100. Boivin J., Takefman J. E.: Stress level across stages of in-vitro-fertilization in subsequently pregnant and nonpregnant women. *Fertil Steril* 1995;64:802-810
101. Tennen H., Affleck G., Mendola R.: Causal explanations for infertility: their relationship to control appraisals and psychological adjustment. In *Infertility Perspectives from stress and coping research*. AL Stanton, C Dunkel-Schetter (eds), New York London, Plenum press. 1991, pp. 109-131
102. Klonoff-Cohen H., Chu E., Natarajan L., Sieber W.: A prospective study of stress among women undergoing IVF or gamete intrafallopian transfer. *Fertil Steril* 2001;76:675-687
103. Morse C. A., van Hall E. V.: Psychosocial aspects of infertility: a review of current concepts. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1987;6:157-164
104. Demyttenaere K., Nijs P., Evers-Kiebooms G., Koninckx P. R.: Personality characteristics, psychoendocrinological stress and outcome of IVF depend upon the etiology of infertility. *Gynecol Endocrinol* 1994;8:233-240
105. Merari D., Feldberg D., Shitrit A., Elizur A., Modan B.: Psychosocial characteristics of woman undergoing in vitro fertilization: a study of treatment outcome. *Israel J Obstet Gynecol* 1996;7:65-72
106. Facchinetti F., Matteo M. L., Artini G. P., Volpe A., Genazzani A. R.: An increased vulnerability to stress is associated with a poor outcome of in vitro fertilization-embryo transfer treatment. *Fertil Steril* 1997;67:309-14
107. Gallinelli A., Roncaglia R., Matteo M. L., Ciaccioli I., Volpe A., Facchinetti F.: Immunological changes and stress are associated with different implantation rates in patients undergoing in vitro fertilization-embryo transfer. *Fertil Steril* 2001;76:85-91
108. Tarabusi M., Matteo M. L., Volpe A., Facchinetti F.: Stress-response in male partners of women submitted to in vitro fertilization and embryo transfer. *Psychother Psychosom* 2000;69:275-279
109. Sanders K. A., Bruce N. W.: A prospective study of psychological stress and fertility in women. *Hum Reprod* 1997;12:2324-2329
110. Milad M. P., Klock S. C., Moses S., Chatterton R.: Stress and anxiety do not result in pregnancy wastage. *Hum Reprod* 1998;13:2296-2300
111. Csemiczky G., Landgren B. M., Collins A.: The influence of stress and state anxiety on the outcome of IVF-treatment: Psychological and endocrinological assessment of Swedish women entering IVF-treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:113-118
112. Sanders K. A., Bruce N. W.: Psychosocial stress and treatment outcome following assisted reproductive technology. *Hum Reprod* 1999;14:1656-1662
113. Beerendonk C., Hendriks J., Scheepers H., Braat D. D. M., Merkus J., Oostdam B., Van Dop P.: The influence of dietary sodium restriction on anxiety levels during an in vitro fertilization procedure. *J Psychosom Obstet Gyn* 1999;20:97-103
114. Thiering P., Beaurepaire J., Jones M., Saunders D., Tennant C.: Mood state as a predictor of treatment outcome after in vitro fertilisation/embryo transfer technology. *J Psychosom Res* 1993;37:481-491
115. Vartiainen H., Saarikoski S., Halonen P., Rimon R.: Psychosocial factors, female fertility and pregnancy: a prospective study - Part I: Fertility. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1994;15:67-75
116. Visser A., Haan G., Zalmstra H., Woulters I.: Psychosocial aspects of in vitro fertilization. *J Obstet Gynecol* 1994;15:35-43
117. Stoléru S., Cornet D., Vaugois P., Fermanian J., Magnin F., Zerah S., Spira A.: The influence of psychological factors on the outcome of the fertilization step of in vitro fertilization. *J Psychosom Obstet Gyn* 1997;18:189-202
118. Brähler E., Felder H.: Auswirkungen und Belastungen durch medizinische Behandlung bei unerfülltem Kinderwunsch. Projekt: Zentrale Datenauswertung/Metaanalyse. End report for the German Ministry of Education and Science (FKZ 01KY9601/6). 2000. p. 102-199.

119. Harlow C. R., Fahy U. M., Talbot W. M., Wardle P. G., Hull M. G.: Stress and stress-related hormones during in-vitro fertilization treatment. *Hum Reprod* 1996;11:274-279
120. McMahon C. A., Ungerer J. A., Beaurepaire J., Tennant C., Saunders D.: Anxiety during pregnancy and fetal attachment after in-vitro fertilization conception. *Hum Reprod* 1997;12:176-182
121. Slade P., Emery J., Lieberman B. A.: A prospective, longitudinal study of emotions and relationships in in-vitro-fertilization treatment. *Hum Reprod* 1997;12:183-190
122. Verhaak C. M., Smeenk J. M. J., Eugster A., van Minnen A., Kremer J. A., Kraaimaat F. W.: Stress and marital satisfaction among women before and after their first cycle of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection. *Fertil Steril* 2001;76:525-531
123. Pesch U., Weyer G., Tauber H.-D.: Coping mechanism in infertile women with luteal phase insufficiency. *J Psychosom Obst Gyn* 1989;10:15-23
124. Takefman J. E., Brender W., Boivin J., Tulandi T.: Sexual and emotional adjustment of couples undergoing infertility investigation and the effectiveness of preparatory information. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1990;11:275-290
125. Strauß B., Appelt H., Bohnet H. G., Ulrich D.: Relationship between psychological characteristics and treatment outcome in female patients from an infertility clinic. *J Psychosom Obst Gynecol* 1992;13:121-133
126. Demyttenaere K., Bonte L., Gheldof M., Vervaeke M., Meulemann C., Vanderschuerem D., D'Hooghe T.: Coping style and depression level influence outcome in in vitro fertilization. *Fertil Steril* 1998;69:1026-1033
127. Domar A. D., Zuttermeister P. C., Friedman R.: The relationship between distress and conception in infertile women. *J Am Med Womens Assoc* 1999;54:196-198
128. Chiba H., Mori E., Morioka Y., Kashiwakura M., Nadaoka T., Saito H., Hiroi M.: Stress of female infertility: Relations to length of treatment. *Gynecol Obstet Invest* 1997;43:171-177
129. Schover L., Collins R. L., Richards S.: Psychological aspects of donor insemination: evaluation and follow-up of recipient couples. *Fertil Steril* 1992;57:583-590
130. Brähler E., Felder H., Hölzle C.: Auswirkungen und Belastungen durch medizinische Behandlung bei unerfülltem Kinderwunsch. 1997, Projektschlußbericht für das BMBF im Förderschwerpunkt "Fertilitätsstörungen" (FKZ 01K9311).
131. Hellhammer D. H., Hubert W., Freischem C. W., Nieschlag E.: Male infertility: relationships among gonadotropins, sex steroids, seminal parameters and personality attitudes. *Psychosom Med* 1985;47:58-66
132. Hurst K. M., Dye L., Rutherford A. J., Oodit R.: Differential coping in fertile and sub-fertile males attending an assisted conception unit: a pilot study. *J Reprod Infant Psychol* 1999;17:189-198
133. Pook M., Krause W., Röhrle B.: Coping with infertility: Distress and changes in sperm quality. *Hum Reprod* 1999;14:1487-1492
134. Harrison R. F., Callan V. J., Hennessey J. F.: Stress and semen quality in an in vitro fertilization programme. *Fertil Steril* 1987;48:633-636
135. Clarke R. N., Klock S. C., Geoghegan A., Travassos D. E.: Relationship between psychological stress and semen quality among in-vitro fertilization patients. *Hum Reprod* 1999;14:753-758
136. Poland M. L., Giblin P. T., Ager J. W., Moghissi K. S.: Effect of stress on semen quality in semen donors. *Int J Fertil* 1986;31:229-231
137. Hammond K. R., Kretzer P. A., Blackwell R. E., Steinkampf M. P.: Performance anxiety during infertility treatment: effect on semen quality. *Fertil Steril* 1990;53:337-340
138. Dhillon R., Cumming C. E., Cumming D. C.: Psychological well-being and coping patterns in infertile men. *Fertil Steril* 2000;74:702-6
139. Negro Vilar A.: Stress and other environmental factors affecting fertility in men and women: overview. *Environ Health Perspect* 1993;101 Suppl 2:59-64
140. Berg B. J.: A researcher's guide to investigating the psychological sequelae of infertility: Methodological considerations. *J Psychosom Obst Gyn* 1994;15:147-156

141. Taylor P. J., Leader A., Pattinson H. A.:
*Unexplained infertility: a reappraisal. Int J
Fertil* 1995;30: 53-56

142. Decker A.: *Psychogenic Infertility: Fact
or fiction? Med Aspects Hum Sexual* 1972;6:168-
75

Adresa pro korespondenci

Dr. Tewes H. Wischmann
Department of Medical Psychology, Heidelberg University Medical School
Bergheimer Strasse 20, D-69115 Heidelberg, Germany
Telephone: +49-6221-568137
Telefax: +49-6221-565303
Email: tewes.wischmann@med.uni-heidelberg.de



FILOSOFIE



PONĚŠICKÝ J.: VZTAH TĚLA A DUŠE (NEJEN) V PSYCHOSOMATICE

Proč kritizujeme Descarta za „neřešitelnou karteziánskou podvojnost těla a duše“ (Růžička, 2010), když se jedná skutečně o dvě odlišné úrovně lidského žití? Úrovňové uspořádání funkce člověka je zřejmé jak z fylogenetického vývoje, tak i z uspořádání našeho mozku. Do jaké míry je psychika samostatný či emergentní jev spjatý s fungováním mozku, je těžko rozhodnout. C. G. Jung píše:

„Což ještě nikomu nesvitlo, že řekne-li se psyché, je tím symbolicky naznačeno to nejhustší temno, jaké si lze představit?“

Z jiného zorného úhlu píše francouzská filosofka a psychoanalytička J. Kristeva:

„Dnes nemá člověk ani potřebný čas, ani potřebný prostor pro to, aby si vytvořil vlastní duši.“ „Zbývá jen fixace na tělo či obrat k zevnějšku s cílem dosažení co nejlepšího souladu se světem konzumu, zábavy a médií“ – doplňuje Till Bastian ve své nové knize „Die Seele als System“, 2010.

US filosof Mc Dowel rozlišuje Space of nature a Space of reasons, jenž je však spojen tím, že je všechno naše poznání poznamenáno naší subjektivitou. Přesto lze mezi hmotným a duševním světem provést následné rozlišení:

Na tělesné úrovni platí denotativní teorie s matematicko-logickým algoritmem, jež jednoznačně vyjadřují vztah mezi realitou a její symbolickou reprezentací, tj. modelem v naší mysli, a jsou nezávislé na subjektu.

K plnému porozumění člověka, jenž je charakterizován autopoézou a svobodnou volbou, patří i pochopení a smysl, čemuž odpovídají konotativní teorie. Zde se hodí k poznání vnitřního světa a chování druhého příběhy, obrazy, přirovnání a metafory, tak je třeba chápat i psychoanalytické teorie a interpretace.

Denotativní a konotativní teorie tudíž souvisí s dialektikou determinovanosti a svobody, přírodních a duchovních věd, kauzálního a hermeneutického výkladu, s mozkem a duševním životem, který je do značné míry obestřen tajemstvím.

Zdá se, že se u člověka jedná (v psychosomatickém, či lépe řečeno somatopsychickém slova smyslu) jak o nomologickou, tak i o autopoetickou realitu (jevy), platí v něm obecné i jedinečné, každý z nás je poznatelný i nepoznatelný.

Fakt, že člověk funguje celostně, somatopsychicky i psychosomaticky, Descartes určitě věděl, vždyť jde o denní zkušenost, jakékoli rozhodnutí i následující činnost je psychickým i tělesným aktem, člověk je intencionální bytost. Stejně tak i vnímání se děje skrze naše smysly, tudíž tělesně, takto jsme nastavení na podněty z okolí, jež vnímáme celým naším tělem, „bez těla

není svět, ten se nám tělem otvírá“ říká Merleau-Ponty.

V čem je tudíž problém? Proč ony vášnivé diskuse o dualismu duše a těla? Z čeho pramení odpor lékařů i pacientů vůči psychosomatickému nazírání na nemoc?

Problém je v tom, že onen bezesporu celostní tělesně-psychický modus prožívání i jednání je narušen „díky“ naší svobodě, schopnosti psychiku – její kognitivní i emocionální stránku – modulovat až zcela vytěsnit z vědomí, takže vnímá a reaguje pouze naše tělo, navíc bez naší vůle, ba dokonce i proti ní. Tělo nás prozrazuje, mluví a komunikuje, vyjadřuje tajná přání – samozřejmě jen náznakově, zlomkovitě, neboť se v něm zračí i protichůdné tendence, úzkosti apod. Najednou nemáme vše pod svou kontrolou, jsme vystaveni vlastním nevědomým impulzům napospas – to je další rána našemu narcismu, jenž byl již tolikrát otřesen: země není středem vesmíru, člověk není božský tvor, spíše má mnoho společného se svými zvířecími předky, a nyní zjišťujeme, že není ani pánem ve vlastním domě. Tomu se brání jak univerzity – v Česku na rozdíl od mnoha jiných zemí neexistuje nikde katedra psychosomatiky a psychoterapie – tak i filosofická, zvl. fenomenologická obec, jež se pyšní tím, že odkryje fenomenologickou redukcí „radikální epoché“ pravou skutečnost, pravdu a smysl. Úloha nevědomých procesů, přes neuropsychologické důkazy, nepřesvědčí.

Predisponujícím faktorem a zároveň i výkladem vzniku psychosomatických poruch je jednak fixace, tj. **zádrhel ve vývoji** psychických funkcí z původního preverbálního tělesnění, jednak **vyhýbání se** konfrontaci s nepříjemnými afektivními reakcemi či

komplexními zážitky a vzpomínkami, jež jsou „raději“ vyjadřovány tělesně.

Nyní podrobněji: Jedna skupina teorií se opírá o vývojovou psychologii – jde spíše o aristotelský výklad „odzdola nahoru“, od hmoty k duši.

Týká se to např. pojetí tělesných prekurzorů, tj. předchůdců psychických jáských funkcí, které se nejdříve manifestují na fyziologické, resp. preverbální úrovni fungování dítěte. Např. tak rozdílní autoři jako psychoanalytička Melanie Klein a zakladatel gestaltterapie Fritz Perls považují kousání potravy za základ budoucí agresivity, schopnosti si brát a přivlastňovat to, co člověk potřebuje a chce. V životní situaci frustrace se může objevit místo zlosti bruxismus – noční skřípění zubů. Jiný příklad: kůže zprostředkovává kontakt s okolím – je na rozhraní vnitřku a vnějšku – a tak se s ní spojí zkušenosti vřelého, traumatického či chladného kontaktu. V optimálním případě se tyto zážitky zvědomí, resp. oduševní, a postupně nahradí cíleným chováním, vědomými způsoby setkávání, které přesto zůstávají ve spojení s původními zážitky tělesného kontaktu. V patologickém případě, např. při příliš těsném kontaktu, může docházet jen k tělesným reakcím, např. k ekzému.

Tomu se značně podobá představa, která však více zdůrazňuje neverbální – tudíž též tělesnou – interakci, interakční formy jednání. Ty se stávají postupně vědomé jednak tím, že se osvědčují v praxi (Piaget), jednak tím, že jsou okolím (rodiči) pojmenovány. To však může být nedostatečné, chybné či jednostranné, ovlivněné subjektivitou rodičů (např. tabuizací), což vede k tomu, že některé interakční formy nejsou symbolizovány, tj. i převedeny do

vědomé formy, a zůstávají fixovány na úrovni tělesného reagování (symptomů).

V obou případech se tudíž jedná o vývojovou poruchu, pozastavení souběžného, ale i progresivního vývoje od tělesnosti k psychičnu.

V určitých případech je přiměřenější představa vzniku psychosomatických příznaků spíše „shora dolů“ ve dvou variantách:

U tzv. somatizace afektů jde o vyhýbání se jim, tím silnější je však jejich tělesné vyjádření, hovoříme o somatických ekvivalentech afektů, např. úzkosti ve formě bušení srdce a tlaku v této lokalitě spolu s pocením v situaci možného selhání.

U tzv. konverze jde o komplexnější proces vytěsnění tabuizovaných představ do nevědomí, resp. na jeviště těla, které symbolicky vyjadřuje to, o co se jedná, jen samotnému pacientovi to zůstává skryto (primární zisk z nemoci).

V obou těchto případech jde o regresivní obranu proti konfrontaci se zátěžovou situací a s ní spojenými zážitky; jde vlastně o zneužívání těla k něčemu, co by měl člověk sám vyjádřit, čemu by se měl postavit.

Neuropsychologové dokazují moderními zobrazovacími technikami, že již naše představy aktivují vjemový aparát a že na ně reagujeme, jako by šlo o materiální skutečnost. Naproti tomu zůstává tajemstvím svobodná vůle, to, jak vzniká spontánní rozhodnutí, záměrný impuls k nějaké představě.

A další otázka: Je člověk vržený do světa obdařen naprostou libovůlí, či v něm, popř. mimo něj existuje nějaký obecný řád, ať je to řád bytí (Exupéry), či řád lásky (Scheler)? Existuje v tomto smyslu

psychologie osobnosti s obecnými psychickými zákonitostmi?

C. G. Jung k tomu poznamenává:

Psychično má svou vlastní strukturu a formu, je fenoménem samo o sobě, duše je řadou obrazů...

Duše a tělo je jeden a tentýž život; hmota a psyché jsou aspekty jedné a téže věci. Duch je jeden aspekt, příroda je aspekt druhý.

Smyslnost a duch, jedno odvozuje svůj život od druhého. Jedno reguluje druhé, jde o regulativní funkci protikladů.

Ale i: Konflikt mezi fyzickým a duchovním aspektem dokazuje, že psychično je konec konců cosi nepochopitelného.

Zde se vnučuje i otázka, do jaké míry musí filosofové a psychoterapeuti integrovat a respektovat nové poznatky výzkumu funkce mozku.

Ještě méně uchopitelné se mi jeví čím dál tím více v psychoterapii zdůrazňovaná intersubjektivita, totiž to, co vzniká mezi lidmi, dle D. Sterna jde v psychoterapii o vytváření a regulaci pole vzájemného ovlivňování, o spolubytí skrze momenty setkání. Jedná se o popis či abstrakci vyvozenou ze vzájemné interakce (oboustranná zkušenost), či o danost, fenomén sám o sobě spíše v platonském pojetí?

Jak uchopit nebo definovat ono předivo či fluidum, jež existuje mezi mnou a tebou? Mají se tím zabývat jenom básníci a spisovatelé, či přece jen i filosofové a psychologové? Vždyť lidem, a ještě více našim pacientům, jde převážně o intersubjektivitu, např. o to, jak si zjednat respekt, jak udržovat přátelský a partnerský vztah a lásku, jak vytvářet tvůrčí atmosféru mezi lidmi a vyvarovat se nudy a lhostejnosti.

Jistě, mohli bychom naopak zvolat: Zachraňme fenomény, nehledejme pod nimi či za nimi něco jiného, buď jedinou naší snahou je očistit odkrýváním nánosů jejich nejrůznějších, často módních, významovostí! Tyto intersubjektivní fenomény nelze redukovat na popis vzájemného chování a z něj odvozenou pojmovou abstrakci!

Přes zmíněné námitky fenomenologů se pokusím k této problematice přiblížit, a to zprvu z vývojově-psychologického, a posléze z psychoterapeutického hlediska.

Moderní psychoanalytická Theory of mind, resp. teorie mentalismu, byla nedávno podepřena novými neuropsychologickými výzkumy. Takzvané zrcadlové neurony v našem mozku automaticky napodobují pozorované chování druhých. To znamená, že v mozku probíhá podobný děj jako u vztahové osoby, jde o jakousi vnitřní neuronální kopii, o vnitřní simulaci viděného jednání včetně s ním spojených emocí a motivací. To vede k intuitivnímu porozumění a empatii. Tyto neurony jsou nejaktivnější u novorozence, soutěží spolu o přístup k podnětům, jsou uloženy v blízkosti řečového, tj. komunikačního centra; i to by mohlo být biologickým důkazem toho, že je kontakt a vzájemné reagování na sebe tou nejzákladnější životní potřebou, jakož i charakteristikou člověka. Novorozenec přichází na svět vybaven selektivní pozorností pro vnímání mentálně důležitých podnětů, jako je například výraz obličeje matky, jemuž je schopen rozumět a na nějž adaptivně reaguje. Tato primární intersubjektivita je podkladem pro vznik následné vazebnosti, spolulidskosti a bazální protokonverzace (Bateson 1979, s. 65). Samozřejmě se aktivují i v matčině mozku neuronální sítě reagující a odpovídající na intence dítěte. Přitom bylo experimentálně zjištěno, že

stačí vidět jen začátek pohybu, gesta či mimiky, aby uvnitř vztahové osoby proběhla představa tohoto chování až do konce, což ona osoba automaticky psychomotoricky, tj. neverbálně, vnímá. Tak vzniká pocit důvěrnosti a vzájemnosti, s možností předvídání a orientace, a z toho pramenící bazální spolehlivost, jistota a bezpečí v mezilidském vztahu. Rodíme se do **interakčního přediva**, ze kterého se teprve postupně konstituuje naše individualita, sebevědomí a svobodná vůle coby druhý základní lidský atribut.

Na základě této **sociální imitace** a vrozené empatie se člověk automaticky přizpůsobuje a se stejnou samozřejmostí očekává, že se okolí přizpůsobí jemu, s čímž opět souvisí přirozená lidská potřeba po sebevyjádření a sebepůsobnosti. A tak lze dojít k závěru, že vytváření vlastní osobnosti je možno chápat jako zvnitřňování interakcí, a že tudíž i **vlastní sebepojetí, sebereprezentance, je výrazem intersubjektivit**. (Z anamnéz našich pacientů vyplývá vždy znovu: Jak jednaly vztahové osoby se mnou, mám tendenci zacházet se sebou samým i s ostatními. To lze transponovat i do psychoterapie.) Pakliže jsou intersubjektivita, empatie a rezonance základními kameny psychického vývoje, v případě zhroucení této synchronizace mezi kojencem a matkou chybí zdravý vývojový základ pro vytvoření koherentního „já“.

Dle Alfreda Lorenzera jde tvorba vlastní subjektivit z neverbálních interakčních forem jejich symbolizací ruku v ruce s produkcí nevědomí, tj. toho, na co se na základě rodiných a společenských poměrů nereaguje, co zůstane „ležet ladem“. Tím je i naše **nevědomí výsledkem intersubjektivit**, a i ono se neustále mění v závislosti na způsobu vzájemných interakcí. V psychoterapii se

to projevuje automatickým vyjednáváním toho, o čem a jakým způsobem se bude či nebude hovořit. Za intersubjektivitu zde lze pokládat vniklé, nevědomě vyjednané a dohodnuté **normy vzájemné interakce**, jež mají více méně obranný, restriktivní či podporující, prospektivní charakter. Terapeut by se měl otevřít pro obé, jak pro starou, tak pro novou interakční scénu. Musí se stále ptát sám sebe, o čem se hovoří a o čem nikoli, jakým interakcím se obě strany vyhýbají. Tak lze definovat odpor, jenž se spojuje s protiodporem u terapeuta. Je na něm, aby se otevřel pro tu druhou, stinnou stránku tak, aby se do tohoto nového **intersubjektivního prostoru** mohl vztáhnout a otevřít jeho pacient, a tak získal nové vztahové zkušenosti. Znalce Heideggerovy fenomenologie zde upozorňuji na jeho doporučované vjemové nastavení kontemplace (besinnliches Denken), jež nazývá metaforicky světlinou, tj. prostorem, kde se teprve může něco jevit.

Zároveň by měl vycházet z toho, že i pacient vnímá intuitivně jeho úmysly a postoje. Ten rozpozná tudíž i rozpor mezi jeho terapeutickým postupem a jeho životním stylem, mezi jeho intervencemi a skutečným postojem k němu. Musí tedy počítat s tím, že na sebe oba neustále i neverbálně reagují, že jsou oba sobě transparentní. Intersubjektivitu, na rozdíl od spíše stabilního pojetí vztahu, lze chápat jako všechno to, **co se odehrává mezi pacientem a terapeutem, jako formy vzájemné komunikace a ovlivňování**. To by nemělo unikat terapeutově pozornosti. Jde o vzájemné projekce a introjekce, externalizace a delegace, o snahu po porozumění i po sebezprosažení, o dialog a vyjednávání ohledně spolupráce kontra rivalit, o to, kdo má více moci, kdo rozhoduje o tom,

co je důležité, kam až jít ohledně autenticity, blízkosti, otevřenosti, ale i kritiky a agrese, jde o testování důvěryhodnosti a zájmu o sebe, o vytyčení vlastních rolí, o odpovědnost za výsledek terapie, její ukončení atd.

Pacient reprezentuje tyto situace a zkušenosti v první řadě smyslově, zvl. ve formě emočně-vizuálních scén. Z tohoto zorného úhlu bychom mohli definovat intersubjektivitu jako **společný interaktivní výtvar na tělesné, emoční, imaginativní i řečově-kognitivní úrovni**. Jde o proces vzájemného vnímání na všech těchto úrovních a reagování na sebe. Samozřejmě je nejrozšířenějším komunikačním **médiem řeč, jejíž struktura zrcadlí intersubjektivitu** toho kterého lidského společenství. Může mít jednou spíše funkci sociální soudržnosti, jindy být hlavně výzvou k jednání, sloužit ke spolupráci apod. Intersubjektivitu zde lze chápat jako **společnou reprezentaci světa**, v důsledku vpuštění druhého do svého světa a vice versa. Řeč, narace, kultura, konsenzuální realita, to vše je výsledek lidské intersubjektivit.

Přesto mi stále uniká jakýsi látkový substrát toho, co se děje a vytváří mezi lidmi, což by bylo možno snad lépe vyjádřit jako proudění energií, jako parapsychologickou komunikaci či transpersonální jev. Jako se dítě rodí do vztahu, tak se člověk rodí do celkovosti

kosmu, do souvztažnosti se světem i s lidmi, ze které se teprve vyděluje. A poté stále po tomto ztraceném ráji touží. Avšak ten už ztratil, a snad i zapomněl to vědění o něm. Západní člověk v něj nevěří a východním adeptům trvá léta tvrdé práce, nežli dosáhnou stavu opětného spojení s všehomírem. Člověk vržený do světa, bez instinktivního spolehlivého sepejetí se svým okolím, hledá dle Ericha Fromma opětné ukotvení skrze vytváření vztahů, v kterých však stále něco chybí, což se projevuje jako věčná nenaplněná touha (Lacan), či jako difference (Derrida) k tomu původně možnému. Avšak to je i něco podstatně důležitého, hybná síla lidského snažení, a snad i života vůbec. Právě toto napětí mezi explorací, autonomií a svobodou na jedné straně, a přáním po komunikaci, jistotě a vzájemnosti na straně druhé je typicky **lidským intersubjektivním médiem**, antropologickou charakteristikou umožňující a podněcující vývoj.

MUDr. PhDr. Jan Poněšický, PhD.

Text byl přednesen na konferenci Medicína jako mathésis singularis, nebo universalis? v r. 2010

Do redakce přišlo: 12. 12. 2010

Recenzní řízení: 27. 12. 2010

K tisku zařazeno: 31. 12. 2010

Etický problém: není

GLOSÝ



HONZÁK R.: NEBRZDĚTE MOZEK ODPOČINKEM

Mozek odpočinek nevyžaduje, je to jen naše pohodlnost. To alespoň říkají výsledky nedávné studie ze Stanfordovy univerzity.

Všichni známe „potřebu odpočinku“ při usilovné, ale i při méně usilovné psychické práci. Studium na zkoušky se vyznačuje enormní spotřebou nejněžších laskomin, vysokou frekvencí krátkých, jakož delších „šlofiků“ a relaxačních útěků k televizi. Vzpomínám, že před zkouškou z patologické anatomie jsem si osmkrát denně čistil chrup. Všechny tyto ušlechtilé aktivity

jsou ale prý jen splněním přání líného těla, loudavé mysli a nedostatečné vůle.

Problém je možné – cum grano salis – přirovnat k tělesné únavě. Náš svalový systém má určitou kapacitu, a když ji vyčerpáme, je zapotřebí odpočinek. Každý má svůj strop jinde, někdo ujde čtyřicet kilometrů, jiný jen deset a má dost. Obdobná představa je rozšířena také o kapacitě psychické (mentální), při jejímž využívání se však uplatňuje i systém vůle. Plnění náročného úkolu vede po jisté době k pocitu únavy a selským rozumem zdůvodněné potřeby odpočinku.

Ale zatímco ve svalech se nahromadila kyselina mléčná a je třeba ji odstranit, v mozku o žádném takovém produktu nevíme. A tak si v popsané situaci můžeme představit dva jedince: jednoho s běžnou volní výbavou a druhého s pověstnou buldočí vůlí hrdiny mého mládí, Emila Zátopka. Ve standardní situaci si ten první půjde odpočinout, ale ten druhý pojede dál. Donutíme-li oba splnit nějaký úkol, ten první v něm nadělá plno chyb, ten druhý skončí vítězně. Proč? Vždyť oba mají mozek „stejně unavený“.

Ten první věří, že je na konci sil, a nevědomky nahodí odpočinkový režim, zatímco ten druhý o žádném vyčerpání neuvažuje a předložený úkol vnímá jako výzvu, která ho nabíjí k lepšímu výkonu. Stanfordský pokus tuto hypotézu prokázal hned dvěma cestami. V první fázi byli dobrovolníci rozděleni do dvou skupin podle své víry v „unavitelnost“ a naopak „sílu vůle“. Po náročném úkolu byli postaveni před další, ve kterém unavitelní významně častěji selhávali. Ve 20. 10. 2010

druhé fázi byly tyto charakteristiky pokusným osobám vnuceny jako skutečnost a výsledek byl stejný.

V běžném životě byla hypotéza ověřována u studentů ve zkušebním období. Unavitelní spořádali o 24 % více nejružnějších pamlsků (junk food) a proflákali (vznešený výraz pro tuto „činnost“ je prokrastinace) o 35 % více času. Praktická využitelnost poznatků je nesmírná: od dodržování nepříjemného léčebného režimu, přes úspěšné opuštění některých nežádoucích návyků, až po lepší zvládnání životních strastí. Tam, kde nám síly selhávají, je třeba zapomenout na odpočinek a místo toho si uvědomit, že setrvání u dané aktivity nás nabíjí a energizuje.

Zdroj: Job V., Dweck C. S., Walton G. M.: Ego depletion – Is it all in your head? Implicit theories about willpower affect self-regulation. *Psychol Sci*, 2010; DOI: 10.1177/09567610384745

Radkin Honzák

HONZÁK R.: HOLOKAUST – NEZACELENÁ RÁNA

Dne 27. ledna 1945, nebo také 12. Ševatu roku 5705 podle hebrejského kalendáře, osvobodila Rudá armáda koncentrační tábor Auschwitz (polsky Oświęcim, česky Osvětim). Přežilo asi 7500 lidí, zatímco více než 1 100 000 v něm zahynulo, z toho téměř milion Židů. Pro Evropu tak oficiálně končil holokaust, během něhož bylo vyvražďeno přes šest milionů Židů. Pro mnoho lidí však nekončí a pro některé je současností dodnes, přestože se narodili dávno po válce...

Koncentrák představoval do té doby nepředstavitelnou hrůzu, především permanentní přítomností smrti vyvolávající jak děs, tak současně emoční otupění, ale též nezodpověditelné otázky po smyslu, nadhраниční stres tělesný i psychický a destrukci všech dosavadních hodnot.

Další milá překvapení čekala na mnoho z těch mála navrátilců doma. Odborný výraz pro ně je „sekvenční trauma“. Tento pojem poprvé použil holandský autor Hans Keilson, který zjistil, že to, co

se přihodilo židovským dětem po válce, mělo větší vliv na jejich dlouhodobý vývoj než to, co zažily během přímé perzekuce za války.

Češi ukázali židovským spoluobčanům svou líbeznou tvář již v období druhé republiky. A nutno říci, že si ji ponechali dost dlouho. Česká lékařská komora – nástupnická organizace té předválečné – se omluvila za své chování a perzekuci židovských lékařů po 72 letech již v minulém roce (ano, L. P. 2010, ale Milan Knížák je proti, ačkoli s medicínou má společné jen své choroby), rok po stavovské organizaci advokátů, která to stihla po 71 letech. Jak ušlechtilé...

Co se vlastně tenkrát dělo? Židé začali být omezováni ve výkonu povolání a byli propouštěni ze státní správy. Lékařské, advokátní a další profesní organizace usilovaly o vyloučení Židů a odstranění nepřijemné konkurence. Stejně jako tomu bylo v Německu, i české průmyslové kruhy spatřovaly v židovském majetku bohatou kořist.

Protektorát Čechy a Morava je pak samostatnou hanebnou kapitolou.

„Němci nám zakázali se vrátit domů. Mně bylo jedenáct let. Nic jsme si nesměli s sebou vzít. Byli jsme jen v kalhotách a košili, někdo v kabátě, přitom každý z Lanzerů měl v Michálkovicích nějakou výnosnou živnost – obchod, řeznictví či povoznictví. Pak jsme se dozvěděli, že ještě tu noc sousedé tento majetek téměř zcela vyrabovali...“ (Blog B. Olšera)

Po válce se vrátila „teta“ Irma s vytetovaným číslem, na němž nás, děti, fascinovalo to, že se na rozdíl od našich, pořízených „věcnou tužkou“, nedalo umýt. Jednou jsem ji slyšel stěžovat si, že v krámě někdo veřejně prohlašoval, že ti slušní Židé zůstali v koncentráku a ti

hajzlové se vrátili. Nebyla sama, komu to bylo dopřáno slýchat.

Zalistujmež ve Škvoreckého Sedmírámenném svícnu: *„Připadala jsem si jako vetřelec. Že se na mne všichni dívali jako na obtížného židovského spratka, kterej si dovolil se vrátit, když všichni slušní židi šli spořádaně do plynu.“*

A netýkalo se to jen vězňů, ale i těch, kteří nasazovali své životy při osvobození vlasti: *„Ke konci války se jeho oddíl spojil se Svobodovou armádou a s ní se dostal až domů. Po osvobození začal chodit v Ostravě do školy, aby dohnal ztracené učivo. Stále častěji se však ozývaly nepřátelské útoky jeho českých spoluobčanů: Židé, táhněte do Palestiny! Tak se tam s kamarádem Honzou Rosenbaumem vypravil.“ (Blog B. Olšera)*

Po krátké a účinné československé pomoci poskytnuté Izraeli v jeho začátcích se po Vítězném únoru nový stát dostal na seznam našich úhlavních nepřátel. Český antisemitismus vybuchl v celé své kráse v procesu se spikleneckým centrem Rudolfa Slánského; na jeho „tučný židovský zátylek“ si už pamatuji z reportáží.

Nikdo ze soudných lidí se nemůže divit těm, kteří odešli, a stejně nemůže zpochybňovat utrpení přeživších. Z psychiatrického hlediska se u nich nacházejí (často pospolu) dvě klinické jednotky: depresivní porucha a posttraumatická stresová porucha (PTSD – Post Traumatic Stress Disorder). Obě těžké, chronické, často doživotní. Recentní práce mapující populaci židovských imigrantů v ordinacích praktických lékařů v New Yorku uvádí, že z 27 vyšetřených osob jich dvacet vykazovalo klinické příznaky PTSD.

Ještě zákeřnější je transgenerační přenos, především PTSD, na děti

přeživších a jejich děti, které mají už jen zprostředkovanou zkušenost s utrpením předchozích generací. Vědecká medicína pro to má vysvětlení počínaje narušením takzvané připoutávací vazby, která je základem pocitů bezpečí a jistoty ve světě, až po naučené a předávané („nakažlivé“) behaviorální strategie účelné pro přežití za krajně nepříznivých podmínek, které se však pro běžný život jeví jako maladaptivní.

Ale pozor, tato neinfekční nákaza je závažným rizikem i pro dospělé, osobnostně zralé a trénované profesionální pracovníky, kteří se věnují obětem PTSD po celém světě, ať už jde o veterány, oběti tsunami, nebo genocidních válek. Zde je odkaz na seriózní materiál:

<http://www.psychiatrictimes.com/ptsd/content/article/10168/1727522>.

Jizvy holokaustu nejsou jen záležitostí postižených jedinců, jsou nezhojenými jizvami celé naší společnosti, protože jsou křikem jejího umlčovaného svědomí. Ano, žádný z nás nikoho do plynu neposílal, ale raději než poznání celé pravdy zametáme toto bolestné téma pod koberec, stejně jako mnoho jiných, která ukazují na temné stránky minulosti, již naše společenství prožilo a patrně chce opakovat.

Organizace nazvaná Office for Psychosocial Issues se sídlem v Berlíně, věnující se komplexně otázkám traumatizace, zaujímá toto stanovisko:

Je zásadně nutné vyhnout se přístupům, které redukují trauma jen na mentální či somatickou patologii, tedy na „nemoc“. Trauma není obyčejná nemoc, ale zahrnuje kromě osobního utrpení také sociální a politický proces. Je proto v zájmu všech vypracovat definici, která postihne specifitu celého kontextu a bude také základem pro léčení traumatu.

Traumatická zkušenost nikdy z mysli nevymizí, a cílem proto nemůže být léčení v běžném slova smyslu. Nicméně osoby postižené traumatem by se měly naučit integrovat zraňující zkušenost do svého života, a především najít cestu ven z role oběti. Zatím sice mohou vést navenek normální život. Ale jejich utrpení, které se váže ke všem sociálním aktivitám – jak co do vzniku, tak co do jejich současného bytí – se tím nijak nezmenšuje.

Podpora se tedy nemůže omezit jen na pomoc při procházení traumatem a jeho integrováním. Stejně významné, ne-li významnější je to, aby společnost přiznala a přijala skutečnosti, které se staly, tak, že konečně pochopí extrémní utrpení jednotlivců, o něž se s nimi rozdělí a kolektivně je přijme.

To jsme dlužni nejen obětem holokaustu, ale v zájmu uzdravení naší společnosti také sobě.

RECENZE



CHVÁLA V.: RECENZE NA KNIHU JANA HNÍZDILA: MÝM MARODŮM

Už delší dobu se chystám napsat recenzi na knížku Jana Hnízdila *Mým marodům* (Nakladatelství Lidových novin, s. r. o., 2010, 230 stran). Zatímco zpočátku jsem byl trochu zklamán, že jde vlastně o svého druhu „sebrané spisy“, soubor již dříve vydaných novinových článků a úvah, ke konci jsem zjistil, že si čtení šetřím, abych si ho „užil“, tak jak to děláme s dobrými knihami. Lidové noviny již delší dobu nečtu, a tak mi unikla série kritických úvah o medicíně, o nemoci a zdraví z pera velkého propagátora komplexní medicíny Jana Hnízdila. Sám sebe hned v úvodu vidí kriticky, když se ohlíží zpět za svým

vlastním dosavadním životem. „Mým krédem přitom vždycky bylo pranýřovat nešvary, hájit pravdu a hledat nová řešení. Vždycky jsem to myslel upřímně. Vždycky to špatně dopadlo. Články v této knize to potvrzují.“ Nemyslím, že by to tentokrát špatně dopadlo, rozhodně ne jako literatura. Jde o vytříbenou formu fejetonů a klidně bych kolegu nazval Havlíčkem české psychosomatiky. Nic si nezadá s Havlíčkovým ostrovtipem. Už ten název jako reminiscence na staré mocnářství upomíná spíše na našeho Havlíčka či Haška než na Arta Buchwalda, amerického sloupkaře, ke kterému se Hnízdil hlásí. Pokud něco

dopadá špatně, pak je to nikoli s Hnízdilem, ale s tématem psychosomatické medicíny samotné tady u nás v Čechách. Změnit to však není v silách ani Hnízdila, ani nikoho jiného.

Zpočátku se autor pouští do pacientů: ukazuje jim, že si za své chronické a podivné potíže vlastně můžou sami. Na několika typických kazuistikách ilustruje, jak by bylo snadné změnit svůj život, vyřešit své problémy a uzdravit se i bez pomoci celého velkého aparátu biomedicíny. Varuje, nejezte všechny ty preparáty, které se do vás snaží medicínsko-průmyslový komplex nacpat masivní reklamou. Uškodí vám. Marně. Pacienti nedají ani na rady lékaře psychosomatika, ani na zdravý rozum. Inu, komu není rady, tomu není pomoci. Faktem je, že psychoterapie, kam by případně získané pacienty autor knihy poslal, není ani zdaleka souborem rad a informací. Je to proces, který lze obtížně popsat. Nelze předem odhadnout, kam se vlastně jeho cestou vydáme. O tom ale recenzovaná kniha není. To je škoda, protože pak zůstává míček na hřišti zoufalých pacientů, kteří se nechtějí, nebo nemohou vymanit z vysokého tempa a nároků současného života v postmoderní společnosti, a vypadá to, že snad ani nechtějí.

A tak se autor obrací k životnímu stylu svých pacientů, a vlastně nás všech. Vedeme příliš hektický život, nechceme se vyrovnat s přibývajícími léty, neodpočíváme, ničíme se. A pak se divíme, že tělo vypovídá službu, brání nám v dalším zneužívání sebe samých, chce, abychom vysadili. Jsme unavení a s údivem tomu dáme název únavový syndrom a medicína má najít vhodný prášek. Medicína pomáhá svědomí občanů aspoň tím, že všechny jejich nešvary a zlozvyky, pokud to jen jde, medikalizuje. Na všechno je diagnóza. A

nejlépe když to všechno je dědičné, a tedy za to nemůžeme.

Autor popisuje řadu nešvarů současné naší medicíny, včetně problému velkých nemocnic s jejich anonymitou a odlidštěností. Ani zde se nedopouští prostého nadávání na poměry, ale opírá svou kritiku o solidní výzkumné práce. I tak je to však jen voláním na poušti, bez odezvy. Udivený čtenář se dozví, kolik úsilí věnoval autor spolu s jedním z nestorů české psychosomatiky Jiřím Šavlíkem úsilí, aby získali souhlas ministerských úředníků se zřízením psychosomatického pracoviště, které by lege artis nabízelo tápajícím pacientům pomocnou ruku. Samotnému mi tato četba ulevila, když už nějakou dobu podléhám výčtkám svědomí, že pro institucionalizaci psychosomatické medicíny u nás po vzoru německé medicíny nedělám dost. Že nechodím od jedněch dveří ke druhým a netlačím víc na naše autority, aby tuto samozřejmou věc pomohly vyřešit. Ono to prostě nejde, obrana lidí vůči psychosomatické a psychoterapeutické medicíně je v tomto státě příliš velká. Čím to asi je?

A tak se ptá i autor. V poslední části knihy hledá zdroj tohoto odporu a nalézá ho v samotných politicích, ve zločinném spolčení farmaceutických firem a medicínsko-průmyslového komplexu proti občanovi. Brzy se pouští rovnou do osoby prezidenta, kterého popisuje v diagnostických kategoriích psychopatologie. Snadný cíl, nemožná satisfakce. Psychosomatika se tak dostává do role kritika společnosti. Kritika nepříjemného a obtížného, který navíc nemá (u nás) pevnou pozici, platformu, ze které by mohl být respektován. Fakt je, že lidé potřebují spíše chválit. Kritiky už slyšeli dost, ale co mají dělat, aby se vymanili ze špatných návyků, z pohodlí, které jim současná společnost (alespoň zatím)

poskytuje? Hnízdil nabízí nepohodlnou cestu sebekázně, zdravého životního stylu, opatrnost při volbách svých zástupců do zastupitelských sborů, abychom nebyli oběťmi v rukou psychopatů, a hlavně přijetí odpovědnosti za svůj vlastní život. Toho je až dost na jednoho nebohého čtenáře. A tak je dobře, že fejetony jsou vtipné, mohou čtenáře nejen umořit ale také pobavit a poučit. A to snad byl jejich hlavní cíl. Medicínu a naši společnost totiž nejspíš nezmění. Ale kdo ví, co bude tou poslední kapkou, která povede ke změně, na jejímž konci společnost i naše medicína ozdraví. A s tím i naši pacienti.

Nevýhodou předkládaných převážně novinových textů Jana Hnízdila je

vytváření iluze, že komplexní nebo psychosomatická medicína je snadná varianta léčby jak pro pacienty, tak pro lékaře. Toho se ostatně autor dopouští často i ve svých četných mediálních vystoupeních. Ale ono tomu tak není. Opravdu nestačí pacientovi jen „vysvětlit“, jak by měl změnit svůj životní styl, aby se uzdravil. Jde o nesnadný vnitřní proces změny, na kterou se nelze předem připravit. Pacient jde do něčeho, co nemá jasný konec, jen naději na úzdravu. A také pro lékaře a psychoterapeuta je těžké najít v sobě dostatek jistoty v nejistém a nepřehledném jedinečném životě pacienta.

Vladislav Chvála
V Liberci 15. 1. 2011

DISKUSE



Jiřina Prekopová při všech pokusech o vyfotografování během symposia rodinné terapie v Sudicích 2010 vypadala jako duch. (foto Andrea Sajenková)

PEVNÉ OBJETÍ V OBKLÍČENÍ?

Těsně před uzávěrkou tohoto čísla se rozhořela na internetu a v mailech docela divoká diskuse o metodě pevného objetí Jiřiny Prekopové. Rozruch vyvolal filmový dokument, který nedávno vysílala veřejnoprávní televize. Ne že by se to tak moc týkalo přímo psychosomatické medicíny, diskuse o tom, zda jde o vědecky prokázanou metodu, nebo zda se má vykázat mezi léčitelské techniky, míří spíše do řad Česko-moravské psychologické společnosti, v jejímž čele stojí Jaroslav Šturma. A ten metodu zastává. Kolega Zbyněk Vybíral, dobrý pedagog a vlivný propagátor psychoterapie u nás,

zakladatel a dlouholetý šéfredaktor časopisu Konfrontace (dnes Psychoterapie) se přidal k hlasům veřejnosti, patrně hlavně rodičů, ale i k právníkům a psychologům, kterým se tato metoda nelíbí, a ujímá se podání kauzy ombudsmanovi, kterého vyzývá, aby případ prozkoumal. Osobně se domnívám, že diskuse na takové téma patří na odbornou půdu, nikoli do běžných médií. A protože toto je odborné médium, kde výměnu zkušeností a diskusi na odborná témata vítáme, uveďme některé hlasy, které v diskusi zaznívají.

V. Chvála, leden 2011

ZBYNĚK VYBÍRAL ZAŽEHL DISKUSI:

Po odvysílání filmu o Jiřině Prekop Českou televizí dne 23. 12. 2010 ("Mámo, táto, obejmi mě"), jak jste možná zaregistrovali, vzedmula se vlna odporu proti metodě, jež se v ČR nazývá „terapie pevným objetím podle Jiřiny Prekop“ a kterou dlouhá léta propagovalo (či dosud propaguje?) vedení Českomoravské psychologické společnosti.

Tato vlna odporu vzešla nyní od některých psychologů či psycholožek, právníků či právníček, rodičů, představitelů APLA (Asociace pomáhající lidem s autismem) a souběžně zřejmě z dalších míst. Lidé začali diskutovat o TPO na svých blozích či na facebooku, v e-mailech i osobně. Po zhlédnutí filmu se nikomu z pobouřených nedivím; pokud jste film neviděli, podívejte se na ukázky z TPO, které jsou v něm obsaženy, viz:

<http://www.ceskatelevize.cz/ivysilani/410235100021005-mamo-tato-obejmi-me/>

Rozhodl jsem se dnes připojit k výzvě, kterou zformulovala skupina „Říkáme

NE metodám pevného objetí“, jež byla založena na facebooku. Svůj dopis ombudsmanovi jsem dnes vyvěsil na své webové stránky:

<http://psych.fss.muni.cz/vybiral> (rubrika „Místo blogu“). Připojuji ho i k tomuto e-mailu v příloze a považuji za svou kolegiální povinnost upozornit na tento svůj krok vedení ČMPS.

Osobně i jakožto psycholog bych byl rád, kdyby se rada ČMPS zabývala podporou, kterou vedení ČMPS věnovalo a věnuje této sporné a potenciálně nebezpečné metodě v naší zemi, a kdyby z této podpory vyvodila důsledky.

Jsem např. toho názoru, že je neudržitelné, aby v čele Českomoravské psychologické společnosti stál psycholog, který této metodě „dává zelenou“ a vehementně a veřejně ji podporuje, a školí v ní další a další učedníky.

S pozdravem všem

Zbyněk Vybíral

JIŘINA PREKOPOVÁ A JAROSLAV ŠTURMA NA TO REAGUJÍ:

PEVNÉ OBJETÍ

(K prohlášení APLA)

KOŘENY A VZNIK TERAPIE PEVNÝM OBJETÍM PODLE PREKOPOVÉ

Prvé terapeutické pokusy užívající držení dítěte jsou zaznamenány v 80. letech minulého století v USA. V té době došlo i k některým zřejmým chybám. Praxe se brzy diferencovala do více podob,

přičemž mezi jednotlivými směry přes vnější podobnost či terminologickou příbuznost jsou zásadní rozdíly. Právě z obavy, aby pevné objetí nebylo užito nenáležitě, či dokonce zneužito (jak se to

mohlo dít v návaznosti na Zaslawa či Welchovou nebo některé čisté behaviorální terapeuty), „založila jsem (píše Jiřina Prekopová) vlastní školu ‚podle Prekopové‘ a zajistila jsem jí ochrannou známku (2002)“. Rozdíl mezi terapií pevným objetím podle Prekopové

a jinými (možná vnějškově podobnými) směry spočívá v etických principech, jež jsou vytyčeny např. v knize J. Prekopové: *Terapie pevným objetím – cesta k vnitřní svobodě* (Portál, Praha, 2010).

ROZDÍLY MEZI TERAPIÍ PEVNÝM OBJETÍM PODLE PREKOPOVÉ A TERAPIEMI TYPU HOLDING ČI ATTACHMENT THERAPY

Hlavní rozdíl a specifikum terapie pevným objetím spočívá v cíli terapie a v osobách, které v rámci terapie vstupují spolu do fyzického kontaktu/objetí. Při terapii pevným objetím podle Prekopové nedrží dítě (ani jiného člověka, který terapii podstupuje) terapeut. Pevné objetí se uplatní u dvou osob, jejichž vzájemný konflikt se nedá plně vyjádřit a zpracovat slovy, které však k sobě podle přirozeného řádu patří a jsou anebo měly by být spolu spjaty.

Dítě smí být drženo pouze rodičem (není-li tento rodič pro terapii pevným objetím kontraindikován). Pevné objetí dítěte nesmí být nikdy prováděno bez souhlasu obou rodičů. Asi od čtvrtého roku věku dítěte je třeba i jeho pochopení a souhlasu. Pevné objetí se tedy může uskutečnit jen mezi osobami, které se pro to samy rozhodnou (anebo, nejsou-li odpovědného rozhodnutí schopny, není-li jejich vůle pro takové rozhodnutí dostatečně svobodná, jako tomu je např. u malých dětí či u dětí se závažným postižením, rozhodnou v souladu se zájmem dítěte jeho rodiče).

Terapie pevným objetím podle Prekopové zahrnuje komplexní systém péče o rodinu a její jednotlivé členy. Žádají-li rodiče pevné objetí pro své dítě, pracuje se nejprve s nimi. Na základě znalosti rodinné anamnézy i osobní anamnézy dítěte, na podkladě pozorování interakce mezi členy rodiny i

s přihlédnutím k výsledkům případných vyšetření se volí jednotlivé terapeutické procesy i jejich sled vhodné pro danou rodinu, což často vyžaduje více setkání. Pevné objetí s dítětem se obvykle uskuteční podle terapeutického plánu až na závěr.

Pevné objetí zahrnuje mnohem širší spektrum témat a problémů, než je autismus. Týká se potenciálně např. nejruznějších nevyřešených konfliktů mezi rodičem a dítětem, negativně ovlivňujících jejich sepětí a problémů v průběhu vývoje jedince a jeho vztahů (vyrovnávání s pocity vzdoru, smutku a strachu v různých obdobích života). Pevné objetí pomáhá při usmíření mezi manželi či partnery a také v usmíření mezi dospělými dětmi a rodiči (v případech zemřelých či vzdálených rodičů pod vizualizací) anebo při truchlení a smutku nad ztrátou blízké osoby a také v oblasti náhradní rodinné péče.

Výcvik v terapii pevným objetím obnáší nejméně 500 hodin, spočívajících v poznání témat s problematikou úzce souvisících (mj. z vývojové psychologie a psychopatologie, z psychologie rodiny a rodinných vztahů, teorie pevného objetí a z etických principů aplikace). K formaci patří sebezkušenost, hospitace při práci s jedinci i rodinami, později práce pod vedením, a nakonec vypracování závěrečné práce založené na nejméně dvou kazuistikách, na jejichž

řešení se kandidát aktivně podílel. Každý absolvent vykonávající terapeutickou práci je povinen se podrobovat supervizi, kde supervizorem může zčásti být i kolega z jiné terapeutické školy. Výcvik v terapii pevným objetím není dosud v České republice akreditován, nikoli

však proto, že by případná žádost o akreditaci byla zamítnuta, nýbrž proto, že terapie se dosud vyvíjí a považujeme za důležité tento vývoj sledovat a hodnotit, abychom podklady pro případnou akreditaci mohli odpovědně připravit.

TERAPIE PEVNÝM OBJETÍM PODLE PREKOPOVÉ A AUTISMUS

Autismus představuje jednu z poruch, které zasahují samu podstatu lidství, protože člověka handicapuje v jeho schopnosti vytvářet vztahy, žít v lásce, komunikovat, dorozumívat se s druhými řečí a spolupracovat s nimi. V průběhu desítek roků práce s jedinci trpícími autismem a s jejich rodinami jsme se do hloubky přesvědčili, že autismus je porucha velmi komplexní, zahrnující množství aspektů, možných příčin a souvislostí, stejně jako faktorů, které organismus chrání nebo zesilují jeho vulnerabilitu (zranitelnost) danou primární dispozicí. Komplikována je navíc i častými dalšími postiženími CNS, jako jsou dyspraxie a dysfázie. Mj. oceňujeme přínos a nezastupitelnost přístupů založených na strukturovaném učení a vycházejících z principů psychologie učení a modifikace chování (sami jsme v této oblasti publikovali). Terapie pevným objetím, samozřejmě s plným a vědomým souhlasem a spoluprací rodičů a – pokud to věk a zdravotní stav dítěte dovolí – i s jeho souhlasem a porozuměním, může být

jednou z metod volby, která v rámci komplexní, dlouhodobé a systematické péče může přispět ke zmírnění obtíží (v interakci s mírou primárního postižení CNS a vývojového opoždění, ke kterému již došlo).

Terapie autismu je, jak všichni víme, procesem z nejtěžších. Autista se dá těžko srovnávat s jinými klienty. Zabývá se často především neživými předměty a autostimulací. Opakovanou stereotypní stimulací jsou vysoce aktivovány jeho endogenní morfiny, jež ho zklidňují až do stavu závislosti. Je-li mu v tom bráněno, trpí vlastně abstinencií příznaky (jako při detoxu). Brání se proti novým nabídkám, a tak si sám ztěžuje možnost učení a komunikace s lidmi, kteří jsou nositeli rozmanitosti života. Proto u nich bývá pevné objetí, zvláště to první, někdy tak dramatické. Jde tu o to, aby autistické dítě začalo hledat jistotu a zklidnění ne ve stereotypní stimulaci, nýbrž v kontaktu a vztahu s matkou (anebo jinou primární vztahovou osobou) a skrze ni později i ve vztazích s dalšími lidmi.

TERAPIE PEVNÝM OBJETÍM V DOKUMENTU „MÁMO, TÁTO, OBEJMI MĚ“

Rozumíme znepokojení (či dokonce šoku), které v některých lidech mohlo vyvolat zhlédnutí ukázek pevného objetí s autistickým dítětem v dokumentu „Mámo, táto, obejmí mě“. Na rozdíl od

nezasvěceného diváka tohoto dokumentu jsme měli možnost sledovat terapeutický proces v jeho celistvosti a znali jsme kontext chování všech zúčastněných, smysl a cíl terapeutické

intervence. Po letech zkušeností z práce s autistickými dětmi jsme nebyli překvapeni bouřlivou reakcí dítěte. Věděli jsme, že tak jako již mnohokrát předtím v průběhu jiných procesů pevného objetí, bude po katarzi následovat zklidnění afektu a námaha a utrpení dítěte i matky budou vykoupeny ztišením a důvěrným a láskyplným objetím, jak se i stalo. Pohled běžného diváka se tu ovšem může od našeho vnímání značně lišit. Divákův pohled je více zaměřený na detail, my více vnímáme celek. Není pak divu, že některé diváky mohl vyděsit pohled na matku ležící na svém křičícím a vzpouzejícím se dítěti a že se snad některým mohla i vynořit představa rodiče týrajícího své dítě. My jsme však viděli matku, která bojuje nikoli proti svému dítěti, ale s ním a za ně, aby je vysvobodila z patického strachu z kontaktů a vztahů a uchránila útěku k stereotypním sebestimulacím. Pro klid případných obav diváka dodáváme, že matka v průběhu terapeutického procesu neležela na dítěti plnou vahou, ale vždy jen tak, aby zabránila jeho útěku. V žádném případě však nedopustila jeho bolest či zranění. S rodinou jsme dodnes v kontaktu, i po čtyřech letech od terapie potvrzuje zřetelné zmírnění obtíží dítěte a v souvislosti s tím i zlepšení kvality života celé rodiny.

V dokumentu je zachycen i moment, kdy poté, co chlapec matku kousne, mu matka důrazně říká, že ji kousat nesmí, a trochu zatřese jeho hlavou. Lze namítnout, že v tuto chvíli mělo od

terapeuta zaznít usměrnění, že je třeba postupovat jemněji. K takové korekci sice nedošlo, matka však své chování vůči chlapci sama rychle korigovala a jeho hlavu si láskyplně přivinula k sobě. Chlapec ji pak nejen již nekousl, nýbrž sám se k ní tulil a nosem a tvářemi se přímo dychtivě dotýkal jejích tváří, což je pro nás jednoznačným dokladem toho, že i přes možné nedokonalosti či snad i chyby v detailech byl celý proces účinný a jako celek proběhl správně. O tom nás koneckonců přesvědčuje i pohled na rodinu se čtyřletým odstupem.

Pevné objetí vychází z hlubších a obecnějších principů mezilidských vztahů (zmiňme respekt k přirozené jednotě mezi dítětem a rodiči, či empatickou komunikaci). Jako životní styl přesahuje rámec autismu, jenž je – v tomto horizontu – kamínkem v mozaice života. Důležitou součástí našeho snažení je výchova k pozitivnímu rodičovství, obnova či škola lásky v rodině. Je to rozsáhlá oblast prevence a psychologie zdraví.

Jsme si vědomi toho, že užitím doteku, fyzického kontaktu, a tím spíše objetí v psychoterapii vstupujeme do oblasti nesmírně křehké a některými psychoterapeutickými směry zapovězené. Každodenní práci je tu třeba hodnotit nejen s ohledem na konečný výsledek terapie, nýbrž i s citlivým zřetelem k jednotlivým detailům. Diskusi o těchto otázkách na odborném fóru vítáme a jsme jim otevřeni.

Jiřina Prekopová – Jaroslav Šturma

JAK TO VIDÍ JIŘÍ ŠIMEK

Motto:

„Když se doktorky Jiřiny Prekopové lidé ptají, proč se z její ordinace dětské psychologičky ozývá pláč a křik, odpovídá, že naproti je zubař – od něj se ozývá pláč daleko častěji.“

<http://www.ceskatelevize.cz/porady/10267432237-mamo-tato-obejmi-me/410235100021005/>

Erik Erikson uvažoval ve své poslední knize (Životní cyklus rozšířený a dokončený. Nakl. Lidové noviny, Praha 1999), že jedním z úkolů psychoanalýzy by mělo být odhalování nevědomých problémů (konfliktů) nejen v jedinci, ale i ve společnosti. Jinými slovy řečeno, psychoterapie by se měla zabývat i tím, co soudobá společnost nevidí a popírá. Ve Freudově době byla tabuizována a popírána sexualita. Freud jako jeden z prvních odhaloval její velikou sílu a důležitou roli jak při budování mezilidských vztahů, tak i při hledání duševní rovnováhy jedinců. Během dvacátého století proběhla sexuální revoluce a po dřívější tabuizaci sexuality již není ani stopy. Nabízí se otázka, co popírá či tabuizuje současný člověk. Tabuizuje vůbec něco ve své současné bezbřehé otevřenosti?

Moje psychoterapeutická zkušenost znova a znova naráží na fenomény, které na cosi neviděného odkazují. Společnost se rozpadla na jedince, kvalita života jedince se stala až modlou současné medicíny a psychoterapie. Proč v situaci dosud nebyvalé svobody jedince se tolik lidí svazuje se zvířaty? Čtyřnozí miláčci se obvykle těší takové pozornosti jako nikdo z lidí. Proč lidé, ochotni pro třicet korun stát frontu v nemocniční lékárně, vydají za léčení nemocného psa nebo kočky bez rozpaků tisíce korun? Přitom částka na léčbu přestárlého zvířete často několikanásobně převyšuje částku potřebnou k zakoupení stejného zvířete, mladého a při plné síle. Nejspíš dávají zvířata současnému člověku něco, co mu

lidé neposkytují. Dosti častým problémem mých pacientů je nedostatek vřelosti v jejich vztazích. Životní partner, partnerka jsou často věrní, spolehliví, ale nepohladí, neobejmou, neřeknou laskavé slovo. A když pacient či pacientka o něco takového požádá, ten druhý vůbec nerozumí, o co je žádán. Slovo láska má v češtině odvozeninu – laskavost. Zabývá se někdo v současném světě hlouběji otázkou, co je to vřelost či laskavost ve vztazích, jak se projevuje a kde se bere? Nejdeme někde úvahy o tom, že s laskavostí je to podobné jako se sexualitou? Že u někoho je ta potřeba silnější, u někoho slabší, jsou lidé, kteří ji téměř postrádají. A stejně jako v případě sexu v devatenáctém století, nikdo dnes nedostatek vřelosti za problém nepovažuje. Není to ta neviděná, popíraná až tabuizovaná síla, která stojí za epidemií depresí, mentální anorexie a jiných neurotických poruch?

V době Freudově byla vysoce ceněna racionalita, když chtěl Sigmund Freud něco sdělit světu, napsal vědecké dílo nebo přednesl přednášku. Dnešní člověk chce všechno vidět, zažít. Traktáty dnes nefungují, nikdo je nečte, obávám se, že ani odborníci. Možná proto paní doktorka Jiřina Prekopová ani tak nepíše vědecká díla, ale názorně předvádí, co to s člověkem udělá, když ho někdo pořádně sevře do náručí. A zdá se, že to dělá divy. Kdoví, kolik skutečné vřelosti zažily od své matky děti, které při jejím objetí křičí zlostí a strachem. (Pokud jde o autistické děti, byl možná problém na jejich straně, ne u matky, ale

kdo ví, proč je autismus stále větším problémem?) Když Freudova pacientka zjistila, že potřebuje a chce sexuální uspokojení, jistě narazila na spoustu překážek a nejdne se pak z toho udělalo dost zle. Když dnešní člověk zjistí, že potřebuje vřelost, laskavost či objetí, také mu to může zkomplikovat život. Vždyť i ti pacienti, kteří na to sami přišli, s tím mají neřešitelné problémy.

O metodě pevného objetí doktorky Jiřiny Prekopové nevím o mnoho víc, než je v dokumentu české televize, který najdeme na internetu (viz motto). Jako psychoanalyticky vzdělaný psychoterapeut neumím kontaktní metody obdivovat. Mne učili, že na pacienta se nesahá, rozhodně se nebere do náruče. Ale z výše zmíněných důvodů ji neumím ani odsoudit. Co když nás paní doktorka a její metoda zlobí právě tím, že názorně odhaluje silnou potřebu,

kterou máme skrytou v nevědomí, obestavenou systémy popření a reaktivních výtvorů? A tak si myslím, že bychom místo rychlého odsouzení měli věnovat pozornost konkrétním kazuistikám a nezaujatě se ptát, jak se pacientům po terapii daří a z čeho je jim eventuálně špatně, a pak teprve dělali nějaké závěry.

Z etického hlediska bych žádal jedině: Každý pacient vstupující do léčby by se měl dovědět, že jde o experimentální léčbu, která by mohla mít nepříjemné vedlejší účinky.

(Nežádám mnoho, já to tak říkám všem pacientům, kterým jakoukoliv psychoterapii doporučuji. I mou psychoanalytickou.)

29. 1. 2011

Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.

A NAKONEC BOHUMILA BAŠTECKÁ

Ahoj, Zbyňku, ahoj všem,

Z mého pohledu jde o metarovinu - o to, JAK se vede řeč v situaci, kdy by se odborná společnost (v dialogu s odbornou a jinou veřejností) měla dohodnout například o doporučených postupech pro všechny "na terapeutický trh" (protože co to je jiného) vstupující terapie.

Protože jinak - jak možná víte - psychoterapie za vědu obecně příliš nepovažuju a vždy si připomenu bolestný výkřik Standy Kratochvíla: "Tys mi dala chiropraxi hned za hypnózu!" (= pořadí v seznamu alternativ bylo abecední, takže to odpovídá, ale Standovi šlo o pořadí hodnotové). K zaujímavým tónům:

Je evidentní, že lidé, kteří se ozývají, jsou teď citliví spíše na tóny, které kdo volí, než na obsah.

Jak víš, Zbyňku, ani Tvůj tón v těchto situacích úplně nemiluju, takže se pak někdy nedivím reakcím na něj (reakcím na sebe se také někdy nedivím).

Honů na čarodějnice se nechci účastnit; vychovávala mě v tomto směru nějaká punkáčská píseň, z níž si pamatuju jen refrén: Tak se uč - učí se říct - já jsem se splet!

No, ale to bych asi vklouzla do onoho zvoleného "diskursu" či tónu, kdybych začala soudit a vychovávat. Ptám se: každá krize přináší zajímavé inspirace a nápady. Co je teď třeba udělat, aby z věci

vzniklo něco užitečného? A co byste považovali za užitečné?

Ptám se tak proto, že v našem oboru (ted' myslím psychosociální krizovou

spolupráci) jsem si po letech vzteklosti uvědomila, že jde jen o prostý fakt, že polovina lidí zastává jedno hodnotové stanovisko a druhá polovina jiné hodnotové stanovisko. Podle toho jim vycházejí výzkumy atp. Takže jsme si zvykli uvádět všechny naše příspěvky slovy: "zastáváme tyto a tyto hodnoty a domněnku odolnosti; výhodou našeho přístupu je, rizikem našeho přístupu je".

Jen se ptám, jestli by náhodou nešlo schizma apriorně přijmout, vyjádřit hodnoty obou stran, a dál spět ke společnému stanovisku, postupu atd.

V něčem z toho bych určitě mohla přispět.

Tak nějak nám všem jde o světový mír.

(Každopádně - bez zlehčování - děkuju, že se angažujete.)

Bohumila

12. 2. 2011

DISKUSE K ČLÁNKU Z PSYCHOSOMU 4/2010

V Psychosomu číslo 4 z roku 2010 byl publikován hezký přehledový článek autorek Stackeové a Boehmové o psychologických aspektech přítomnosti otců u porodu. Mj. je v něm uvedeno, že v ČR došlo k první účasti nastávajícího otce u porodu dne 29. 3. 1984 ve znojenské nemocnici. Dovoluji si zde uvést, že já sám jsem byl přítomen u porodu svého syna už dříve, a to 17. 7.

1983 v pražské krčské porodnici. Má přítomnost ovšem ještě nebyla oficiální, porod byl veden kolegyní Olgou Havránkovou, která propagovala Leboyerovu alternativu. Ve chvíli, kdy – už po porodu – byla má přítomnost odhalena tehdejší žurnální službou, musel jsem porodní sál okamžitě opustit.

Petr Weiss

POLITIKA, KONCEPCE



ZÁPIS ZE ČLENSKÉ SCHŮZE SPPS O.S. DNE 21.LEDNA 2011

Místo konání: nemocniční kaple Kliniky dětí a dorostu Fakultní nemocnice Královské Vinohrady.

Přítomno: 10 účastníků (z toho 9 členů sdružení)

Program:

1/ MUDr. Ondřej Masner, PhDr. Pavel Roubal: „Výuka psychosomatiky na 2. lékařské fakultě UK Praha“ - kolegové informovali o svých zkušenostech s výukou psychosomatiky na LF. Studenti 1. ročníku LF mají nemalý zájem o psychosomatiku.

2/ MUDr. Ondřej Masner: „Krátká informace o možnosti stážovat na německé psychosomatické klinice“. MUDr. Masner informoval o své stáži na německé psychosomatické klinice. Kolega Masner nabízí členům a příznivcům SPPS, kteří mají zájem o stáž na PS pracovišti v Německu, zprostředkování kontaktu s německou stranou. Podmínkou je znalost německého jazyka.

3/ Organizační část:

A/ Výroční zpráva SPPS za rok 2010 byla schválena 9 hlasy (9 z 9, viz příloha).

B/ Sezení s programem v roce 2011:

21.1.2011 - členská schůze, **24. 2. 2011** – setkání SPPS, **březen 2011** – setkání s p. K.Vepřkem, **duben 2011** - intervizní či supervizní setkání, **11.5.2011** – setkání SPPS, **7.6. 2011** – setkání SPPS, **30.9. - 2.10.** - víkendové setkání v Kobylí, **listopad 2011** - intervizní či supervizní setkání, **v průběhu roku 2011** – návštěva kulturní akce.

Na březnové setkání (s p. K.Vepřkem), na dubnové a listopadové intervizní či supervizní setkání a na víkendové setkání v Kobylí (30.9. - 2.10.) vytvoří výbor v dostatečném předstihu pozvánky. Účastníci setkání si budou muset místo rezervovat (z důvodu omezené kapacity). Na setkání v Kobylí PhDr. Roubal navrhuje odborné téma „Zbavte mě symptomu“.

C/ Představení loga a razítka SPPS

D/ Účetní uzávěrka za rok 2010 schválena jednomyslně (9/9).

E/ Z SPPS vyloučení, vystoupili:

Kolegyně Chmelová vyloučena (9/9) za neplacení členských příspěvků a nevyplnění evidenčního formuláře.

Kolegyně PhDr. Lucie Pelková vyloučena (7 pro, 2 proti/9) za nezaplacení členských příspěvků.

MUDr. Romana Jechová byla navržena na vyloučení pro nezaplacení členských příspěvků (pro 4, proti 4, 1 se zdržel/z 9). Jednomyslně schváleno (9/9) podmíněčné vyloučení k datu 28. 2. 2011. Pokud k tomuto datu kolegyně poplatky nedoplatí, bude vyloučena. Na starost má MUDr. N. Hanousková.

Doc. MUDr. Beran, MUDr. Brožková a MUDr.Irmiš byli hlasováním (9/9)

podmínečně vyloučení z SPPS k datu 31. 3. 2011 za nevyplnění evidenčního formuláře. Výbor sdružení zašle těmto členům evidenční formulář poštou, v případě, že ho do 31. 3. nezašlou na požadovanou adresu, budou vyloučení.

PhDr. Jaroslava Slánská vystoupila na vlastní žádost ze Sdružení pro psychosomatiku ke dni 31. 10. 2010.

F/ Schválena výše členských příspěvků na rok 2011 ve výši 200 Kč (9/9).

G/ Schválen rozpočet na rok 2011 (9/9, viz příloha).

H/ Volba výboru sdružení a revizora SPPS:

Výbor SPPS je 7 členný, do volby o členství ve výboru se přihlásilo 6 kandidátů - MUDr. Zina Hánová, Mgr. Danuše Jandourková, Mgr. Eva Kravarová, MUDr. Ondřej Masner, PhDr. Pavel Roubal a PhDr. Zuzana Vondřichová, Ph.D. Na funkci revizora není žádný kandidát.

Schválen způsob volby – přímý, jednokolový (9/9).

6 kandidátů jednomyslně schváleno (9/9).

Mgr. Ing. S. Kačenová namítá, že výbor musí mít pouze lichý počet a navrhuje změnu stanov sdružení ve čl.7/4 – Orgány sdružení: „Výbor sdružení řídí činnost sdružení mezi jednáními členské schůze. **Tvoří ho nejméně 3 a nejvíce 7 členů volených členskou schůzí. Počet členů výboru musí být lichý.** K přijetí rozhodnutí výboru...“

MUDr. E. Rys navrhuje zrušení předchozí volby členů výboru (přijato 9/9) a přijetí návrhu Mgr. Ing. Kačenové (schváleno 9/9).

Nová volba revizora a 5 členného výboru SPPS:

PhDr. Pavel Roubal kandiduje na revizora sdružení (přijato 9/9).

MUDr. Zina Hánová, Mgr. Danuše Jandourková, Mgr. Eva Kravarová, MUDr. Ondřej Masner a PhDr. Zuzana Vondřichová, Ph.D. jednohlasně přijati za členy výboru (9/9).

Nový výbor zajistí informování o změně stanov na Ministerstvu vnitra ČR.

Poděkování předchozímu výboru SPPS.

MUDr. Masnerovi byly předány dokumenty SPPS z doby 9/10 – 1/11.

4/ MUDr. Galina Krejčová, MUDr. Michaela Petišková:
„Kazuistiky s otevřeným koncem“.
Kolegyně přednesly kasuistiku dítěte s bolestmi břicha léčeného homeopatiky a psychoterapií.

Zapsal MUDr. Eduard Rys

23. 1. 2011

AKCE, AKTUALITY

PRVNÍ ČESKÁ KONFERENCE PESSO BOYDEN PSYCHOMOTORICKÉ PSYCHOTERAPIE

Bilance prvního desetiletí PBSP v České republice

Pořádá občanské sdružení PBSP CZ

Konference se koná v pátek 4. 3. 2011 od 9.00 do 18.30, v hotelu Olšanka, Táboritská 1000/23, Praha 3

Milí přátelé a kolegové,

dovolujeme si vás pozvat k účasti na první konferenci věnované Pessu-Boyden psychomotorické psychoterapii konané v České republice. Domníváme se, že po více než deseti letech, kdy se PBSP v ČR šíří, nastal čas k ohlédnutí. Zastavit se, zrekapitulovat zkušenosti, které každý z nás při této práci načerpal. Společně si více ozřejmit, jak si po prvních letech metoda na české psychotherapeutické scéně stojí, co do českého prostředí za uplynulé období přinesla.

Konference bude zahrnovat: přednášky, workshopy, kazuistiky, práci v malých skupinách, diskuse.

Myslíme rovněž na neformální setkávání, bilancování i poděkování těm, kteří se výrazně zasloužili. Naším cílem je vytvořit široké fórum, z něhož bychom všichni odcházeli obohaceni a inspirováni.

Program (bude průběžně aktualizován na www.pbsp.cz):

PBSP - průběžné vynořování její podoby v práci Alberta Pessa (přednáška) Mgr. Jan Šiřínek, Praha

Shape - Countershape and Holes in Roles (Tvar - protitvar a mezery v rolích) přednáška Barbara Fischer-Bartelmann, předsedkyně německo-švýcarské asociace PBSP, Heidelberg (vystoupí jako host)

Psychospirituální krize, holotropní dýchání a PBSP přednáška, souvislosti mezi koncepty a přístupy, kazuistické příklady, Mgr. Michael Vančura, Praha

Pojetí těla v PBSP přednáška, MUDr. Jan Lorenc, Praha

PBSP a Gestalt terapie přednáška, rozdíly a podobnosti škol, možnosti a omezení společného využití, MUDr. Jan Roubal, Havlíčkův Brod

Vnější pohled analytika na PBSP po 220 strukturách aneb Kdyby zde byl svědek, viděl by... přednáška Mgr. Petr Moos, Liberec

Pojetí traumatu v PBSP a v biosyntéze workshop PhDr. Yvonna Lucká, PhDr., Barbora Janečková Ph.D, Praha

Bylo zažádáno o zařazení konference do kreditního systému celoživotního vzdělávání klinických psychologů.

Konferenční poplatek 1500,- Kč pošlete laskavě na tento účet:

234 239 268 / 0300 (ČSOB, a.s.)

kontakt: PBSP CZ <info@pbsp.cz> tel: 607904791, ing. Alena Šiková

MARTIN SKÁLA - SYMBOLICKÝ ŽIVOT

Víkendový seminář od 15.4. od 18.00 do 17.4. do 12.00

Cena semináře: do 1.3. 2000 Kč, od 1.3. 2500 Kč

Přihlášení včetně zaplacení semináře nejpozději do 15.3. 2011

Přihlášky zasílejte, prosím, elektronicky na adresu skalamart@gmail.com

Seminář bude probíhat při minimálním počtu 8 účastníků.

Cílem semináře je přiblížit jeho účastníkům symbolické vnímání, oslovit schopnost orientovat se např. ve snech a dalších symbolických zážitcích a seznámit je s některými systémy, které byly na základě porozumění symbolické roviny života vytvořeny. Běžně žijeme ve světě, který je pro nás poměrně jasný a srozumitelný. Při bližším zkoumání a při některých mimořádných stavech vědomí však zjišťujeme, že mnoho nebo dokonce všechny životní události jsou přímo těhotné mnoha významy. To proto, že je v takových chvílích vnímáme symbolicky. Analytická psychologie vychází z významu slova symbol, pocházejícího z řečtiny, který znamenal dvě poloviny dříve rozděleného předmětu, např. mince, jež se znovu spojily např. pro to, aby v sobě jejich nositelé poznali přítele. Tak symbol spojuje různé významy, obsahy vědomí i nevědomí, pocity s myšlenkami, vjemy s intuicí...

Mgr. Martin Skála Benediktinské opatství Panny Marie

www.psychopompos.cz a sv. Jeronýma v Emauzích

Telefon: +420 604 94 97 96 Vyšehradská 49/320, 128 00

e-mail: skalamart@gmail.com Praha 2 - Nové Město

ZÁKLADNÍ INFORMACE O KONFERENCI AKUPUNKTURISTŮ V ČESKÉM RÁJI 15.-17. DUBNA

SEDMIHORKY

15.–17. dubna 2011

Konference v Českém ráji se uskuteční již tradičně v atraktivní lokalitě přímo v srdci Českého ráje, v Lázních Sedmihorky – asi 5 km od Turnova po silnici R 35 směrem na Jičín, odbočka Sedmihorky.

Konference (letos již její **5. ročník**) tak navazuje na úspěšné akce v minulých letech, ale i na tradici odborných seminářů pořádaných ve Velkých Losínách a v Jeseníku ve snaze rozšířit tak celostní pohled na diagnostiku a terapii. I v letošním roce je snaha zařazovat méně přednášek a dávat tak přednášejícím větší časový prostor včetně diskuse. Tato letošní odborná akce poprvé nebude pořádána s podporou České lékařské akupunkturistické společnosti, a není tudíž oceněna kredity. Tento rok se podařilo díky příslibu sponzorů ještě zachovat původní ceny za registraci i za raut bez navýšení.

Ubytování je zajištěno v lázeňském komplexu – v hotelu Lázně Sedmihorky v pokojích STANDARD s TV, vlastním sociálním zařízením a telefonem. K dispozici jsou dvou-, tří- a čtyřlůžkové pokoje (pro 101 osob). Cena za ubytování je včetně snídaně 630,- Kč/osobu/noc při obsazeném dvoulůžkovém pokoji. Pokoje TOUR jsou v ceně 160,- Kč/osobu/noc, ale bez snídaně, kterou je však možno dokoupit. V případě většího počtu zájemců je další možnost ubytování v hotelu Zámek Hrubá Skála (pro 89 osob), které je podstatně atraktivnější lokalitou s výhledem na hrad Trosky a Český ráj. K dispozici jsou dvou-, tří- a čtyřlůžkové pokoje v kategorii LUX nebo TOUR. Ceny odpovídají i vysokému standardu za ubytování. Můžete zvolit k ubytování i tuto variantu.

Stravování: v pátek 15. 4. po příjezdu možnost oběda v Podzámecké krčmě dle vlastního výběru. Večeře od 20.00 hodin formou společného slavnostního rautu (normal i pro vegetariány) za cenu 600,- Kč. Oběd v sobotu 16. 4. bude z výběru dvou až tří jídel. Večeře v sobotu bude zajištěna v restauraci Na bowlingu (asi 800 m vzdálené), kde bude také možnost sportovního využití bowlingové dráhy. V průběhu konference bude v přestávkách k dispozici občerstvení včetně kávy, čaje a vody. Po celou dobu konference je v areálu otevřena Podzámecká krčma.

Společenský večer s rautem proběhne v pátek 15. 4. od 20.00 hodin. Během večera hraje jazzová hudba k poslechu i tanci – Swing Combo Turnov.

Sobotní bowling se uskuteční od 19.00 hodin – informace u prezence a na webových stránkách.

Parkování v areálu za 80,- Kč/den. Možnost přítomnosti psa za 100,- Kč/den.

Lázeňské procedury budou v případě zájmu k dispozici po celou dobu konference.

Platby: za ubytování, stravování a parkovné bude vystaven daňový doklad přímo v hotelu Lázně Sedmihorky při platbě v hotovosti. Platební karty nejsou akceptovány! Bowling – úhrada na místě při prezenci.

Platba za raut ve výši **600,- Kč** bude hrazena bezhotovostně spolu s registračním poplatkem.

Registrační poplatek bude bezhotovostně uhrazen předem ve výši **800,- Kč** za osobu.

Společnou platbu za registraci a raut proveďte na účet KB Semily **19-1264600207/0100** nejpozději **do 13. 3. 2011** – VS – prvních šest číslic rodného čísla účastníka, uvedených na přihlášce.

Doprovodný program: možnost turistiky nebo procházek v Českém ráji.

Veškeré přihlášky k účasti (registrace), ale i ubytování a stravování pošlete mailem **nejpozději do 13. března 2011** na adresu: mirhol@netair.cz nebo mirhol@iol.cz.

Možno využít i poštu: MUDr. Miroslav Holub, Rehabilitační centrum, U potoka 76, 513 01 – SEMILY.

Informujte prosím případné další zájemce o tuto odbornou akci a předejte jim informace. Pokud chcete na tyto akce posílat pozvánky, ale v letošním roce se nemůžete zúčastnit, oznamte mi prosím tuto skutečnost. Děkuji.

Bližší informace o ubytování, stravování, možnostech lázeňských procedur a o navštívené lokalitě na www.sedmihorky.cz. Pro zájemce o ubytování v hotelu Zámek Hrubá Skála na www.hrubaskala.cz. Pro zájemce o sobotní bowling je k dispozici adresa www.bowlingsedmihorky.cz, včetně jídelního lístku. Informace o vlastní konferenci, programu a aktuálních změnách hledejte na www.mirhol.cz. Na této adrese je možné stáhnout přihlášky, informace i aktualizovaný program konference.

Těšíme se na setkání s vámi v Českém ráji!

14. MEZINÁRODNÍ SEMINÁŘ PRO KATATYMNĚ IMAGINATIVNÍ PSYCHOTERAPII

Vážení kolegové a přátelé,

Je mi milou povinností pozvat vás **ve dnech 28. 4. – 1. 5. 2011** na již 14. mezinárodní seminář pro katatymně imaginativní psychoterapii, na společné tradiční setkání s léčivou silou imaginací!

Místo: Žďár nad Sázavou.

K naší radosti opět přijali pozvání zahraniční kolegové, seznámí nás např. s použitím KIP v terapii traumatu, v párové terapii, v krizové intervenci, v terapii dětí, jejichž vývoj je poznamenán rozvodem. Dále je možné poznávat vztah KIP a umění prostřednictvím vlastního tvoření sochy z měkkého kamene. Doporučujeme i teoretické přednášky, mj. o neurofyziologických příčinách fungování KIP. Pro ty, kteří se chtějí s metodou seznámit cestou vlastního prožitku, nabízíme úvodní A – kurz s možností návazného soustavného výcviku v případě zájmu.

Těšíme se na všechny účastníky z České republiky, Slovenska i odjinud.

Za organizátory a ČSKIP

Lucie Pelková

Seminář spolupřepřádá Psychiatrické odd. Ústřední vojenské nemocnice Praha.

Více na www.cskip.cz

INFORMACE O KONGRESU JABLKO

SIGMUNDA FREUDA

Česká lékařská společnost J. E. Purkyně
Česká sekce Mezinárodní federace frankofonní psychiatrie
Psychiatrické léčebny v Praze-Bohnicích a v Opavě
Akademie literatury české
Nadace Franze Kafky
Společnost Sigmunda Freuda v Příboru
Starosta města Příbor
Nemocniční centrum v Montfavet
Francouzsko – maďarská Asociace Piotr Tchadaev
Laboratoř klinické a transkulturní psychopatologie v Toulouse II

Pořádají mezinárodní kongres:

**JABLKO SIGMUNDA FREUDA v Příboru ve dnech 27. a 28.
května 2011**

za předsednictví Jean Mac Adam Freud

ZÁVAZNÁ PŘIHLÁŠKA NA KONFERENCI

Jméno / název organizace (IČO, DIČ)

.....

Adresa

Telefon / mail

Přihláška k **aktivní účasti** na konferenci

-přímo na adresu Psy Cause

-nebo mail na Dr. J. P. Bossuat: **jpbossuat@numericable.fr**

Kongresový poplatek činí 990,- Kč (obsahuje 2 × pracovní oběd + 3 × konf. občerstvení).

Po obdržení závazné přihlášky vám zašleme fakturu na úhradu kongresového poplatku.

Přihlášky zašlete do 15. března 2011

Ubytování si zajišťují účastníci **sami**, případné nabídky viz dále

Další informace: Tamara Pachtová – t.pachtova@pragoscan.cz;

tel: +420 222 322 288

fax: +420 222 328 540

DLOUHODOBÝ VÝCVIK V PSYCHOTERAPII ZAMĚŘENÉ NA TĚLO

který začíná **3. – 6. 6. 2011**

a bude vycházet především z biodynamické psychoterapie,
podrobně na <http://www.vyckivy.cz/bodyterapie/psychoterapeuticky-vyckiv>.

Výcviku předcházejí úvodní seznamovací víkendy, na kterých je možné poznat jednotlivé lektory a seznámit se s tímto směrem psychoterapie:

ÚVODNÍ VÍKEND S EBBOU BOYESEN

dcerou zakladatelky směru a současnou přední
představitelkou biodynamické psychoterapie, **4. – 6. 2. 2011** v Praze,
podrobně na <http://www.vyckivy.cz/bodyterapie/uvodni-vikend> ,

ÚVODNÍ VÍKEND S ELI WEIDENFELDEM

senior trenérem Evropské školy biodynamické psychoterapie,
29. 4. – 1. 5. 2011 v Praze.

S pozdravem

MUDr. Tomáš Morcinek

Výckivy.cz – psychoterapeutické výckivy, kurzy a semináře

www.vyckivy.cz

CERTIFIKOVANÝ VÝCVIK V METODĚ EMDR

Vážené kolegyně a kolegové,

dovoluji si touto formou upozornit na chystaný **Certifikovaný výcvik v metodě EMDR (desenzibilizace a přepracování pomocí očních pohybů)** který proběhne ve dvou víkendech **18. – 20. 3. a 16. – 18. 9. 2011** v Praze plus povinná jednodenní supervize 11. nebo 12. 6. 2011.

Lektorkou bude rakouská psycholožka **Mgr. Romana Tripolt**, výcviková trenérka EMDR Europe.

Metoda EMDR je zaměřena na zpracování nevyřešených traumat a může být používána samostatně nebo jako vhodný doplněk jiných psychoterapeutických přístupů.

Výcvik je určen psychologům a lékařům, kteří již mají základní terapeutické dovednosti, podrobnosti na webu.

Podrobné informace naleznete na www.vycviky.cz/emdr/emdr-psychoterapeuticky-vyvcvik.

Pokud byste o výcviku uvažoval/a, prosím o reakci **co nejdříve**.

S pozdravem

MUDr. Tomáš Morcinek

Vyvciky.cz – psychoterapeutické výcviky, kurzy a semináře

OBSAH ROČNÍKU 2010

Autor	název	Složka	strana	číslo
Bauer J., Kächele H.:	Obor „Psychosomatická medicína“: jeho vztah k neurobiologii a k psychiatrii	Diskuse	212-222	III/2010
Čepický Pavel	Ad Šimek J.: Byla to autonomie ženy v porodnictví, která nás dovedla tam, kde jsme?	Diskuse	120-122	II/2010
Elsner H., Kölle H. et al.	Použitie systemických konštelácií na psychosomatickej klinike	Praxe	282-292	IV/2010
Hánová Zina	Několik poznámek k výuce medicíny	Úvahy, Názory	126-128	II/2010
Hánová Zina	Hledám slova	Diskuse	302-304	IV/2010
Hašto Jozef	Darwinov kód (a samovražední atentátníci). Evolúcia vysvetľuje náš život. (recenze knihy Junker T., Paul S.)	Recenze	137-144	II/2010
Honzák Radkin	Smí humor do medicíny?	Editorial	40823	I/2010
Honzák Radkin	Deprese po infarktu zvyšuje dlouhodobou mortalitu	Glosa	13	I/2010
Honzák Radkin	K čemu jsou i rozumné doporučené postupy?	Glosa	14	I/2010
Honzák Radkin	Jsou ocvočkovaní jedinci také cvoci?	Glosa	79-81	II/2010
Honzák Radkin	Léčení deprese matky má smysl nejen po porodu.	Glosa	81-82	II/2010
Honzák Radkin	Touha po extázi	Recenze	133-137	II/2010
Honzák Radkin	Konec dalšího mýtu farmaceutických firem	Glosa	210	III/2010
Honzák Radkin	Erlend Loe: Fakta o Finsku	Recenze	228	III/2010
Honzák Radkin	Nigel C. Benson & Piero: PSYCHIATRIE	Recenze	229	III/2010
Honzák Radkin	Důvěřivost je známkou vysoké sociální inteligence	Glosa	293-295	IV/2010
Honzák Radkin	Jak léčit diktátora?	Etika	296-299	IV/2010
Honzák Radkin	Těsnopis emocí	Recenze	49-51	I/2010
Chvála V., Trapková L.	Po čem žízní diabetici?	Kazuistiky	83-97	II/2010
Chvála Vladislav	Vědci změnili pohlaví myši vypnutím jediného genu	Glosa	11	I/2010
Chvála Vladislav	Komunikovat znamená zneklidňovat	Editorial	75-78	II/2010
Chvála Vladislav	Je medicína schopná bránit se blamáži?	Editorial	162-164	III/2010
Chvála Vladislav	Co pořad máte s tou duší?!	Editorial	246-247	IV/2010
Kodyšová E., Morovetz M.:	Psychologie porodu – chiméra, nebo realita?	Úvahy, Názory	37-44	I/2010
Konečná Hana	Zpráva z psychosomatického kongresu ISPOG	Zprávy	299-301	IV/2010
Křížová Eva	Recenze publikace s příliš skromným názvem a úzkou vazbou na psychosomatiku	Recenze	51-54	I/2010
Křížová Eva:	Porodní drama z pohledu zdravotnického systému a nad rámec psychosomatiky	Diskuse	122-125	II/2010
Kubánek Jan	Léčba bolestí u psychiatrických pacientů v Priessnitzových léčebných lázních a. s. Jeseník	Výzkum	27-36	I/2010

Lundell Dwight C.	Cholesterolová lež Psychosomatická klinika v Görlitz	Etika	206-210	III/2010
Masner Onřej	– křehký svět mezi interní medicínou a psychiatrií	Praxe	278-281	IV/2010
Poněšický Jan	Empatie, intersubjektivita a ovlivňování v psychoterapii	Teorie	98-104	II/2010
Rak T., Chvála V.	Porodní drama očima rodičů	Kazuistiky	16-26	I/2010
Rusinová Kateřina	Svědectví o doprovázení rodiny umírajícího pacienta v resuscitační péči	Kazuistiky	165-175	III/2010
Růžička Jiří	Šamanství, léčitelství, moderní medicína a psychoterapie.	Teorie	176-198	III/2010
Schüffel W., kol.	Psychosomatické hledisko Radovat se z dalšího vzdělávání: Základní psychosomatická péče	Etika	116-119	II/2010
Stackeová D., Böhmová M.	Psychologické aspekty přítomnosti otců u porodu	Teorie	252-277	IV/2010
Stackeová D., Eide P.	Využití fyzioterapie v terapii úzkostných poruch	Praxe	199-205	III/2010
Šimek Jiří	Timeo Danaos et dona ferentes	Glosa	12	I/2010
Šimek Jiří	Byla to autonomie ženy v porodnictví, která nás dovedla tam, kde jsme?	Diskuse	45-47	I/2010
Šťastná Barbora	Rodinná anamnéza bezvýznamná?	Úvahy, Názory	128-132	II/2010
Tondlová Henrieta	Riziko rozhodnutí učiněného v šoku	Etika	113-115	II/2010
Vápeníková K., Štěpánová T., Poušek L.	Management stresu u příslušníků vězeňské služby	Výzkum	105-112	II/2010
Vondřich Ivan	Potlačení ekzému kortikoidní terapií - kasuistika z pohledu lékaře	Kazuistiky	248-252	IV/2010



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 nedodržení 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 rozlišujte 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.

