

# PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

## Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: [chvala@sktlib.cz](mailto:chvala@sktlib.cz)

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

MUDr. David Skorunka, PhD.

PhDr. Ludmila Trapková

Mgr. Pavla Loucká

Paní Radka Menclová

## Adresa:

[www.psychosom.cz](http://www.psychosom.cz)

SKT Liberec

Jáchymovská 385

460 10 Liberec 10

Tel.: +420 485 151 398

Cena jednoho čísla 125 Kč, roční předplatné 500 Kč, objednávky na adrese redakce. Plné texty, archiv na

[www.psychosom.cz](http://www.psychosom.cz)

Uzávěrka čísla 3/2017 dne 31. 8. 2017, recenzní řízení bylo uzavřeno 15. 8. 2017  
Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih a diskusních příspěvků. Foto, grafická úprava V. Chvála. The articles are peer-reviewed. Pro redakční zpracování používáme Word, zpracování fotografií v Zoner Photo Studio. Internetová verze na otevřené platformě [Joomla](http://Joomla). Zdarma dostupná na adrese [www.psychosom.cz](http://www.psychosom.cz). Autor stránek Design Point, s.r.o. [www.dpoint.cz](http://www.dpoint.cz)

ISSN 2336-7741 (Print)

ISSN 1214-6102 (Online)

MK ČR E 187 84, indexován v [ERIH Plus](http://ERIH Plus)

© [LIRTAPS](http://LIRTAPS), o. p. s.

PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:

<http://kramerius.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00013903>

Rada pro výzkum, vývoj a inovace na svém 299. zasedání dne 28. 11. 2014 zařadila Psychosom do [Seznamu recenzovaných neimpaktovaných periodik vydávaných v ČR](#)

Vychází 4× ročně



Časopis byl založen začátkem roku 2003 jako bulletin ve spolupráci s psychosomatickou sekci Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Od té doby vycházel zprvu 4× a v dalších letech 6× ročně, tedy do konce roku 2008 celkem 34 čísel. Od r. 2014 vychází v úzké spolupráci se Společností psychosomatické medicíny ČLS JEP. Všechna čísla od začátku roku 2004 jsou uveřejněna na internetu a dostupná na adrese [www.psychosom.cz](http://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 má možnost se podílet řada vysokoškolských pracovišť prostřednictvím svých zástupců v poradním sboru. Je to médium určené 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 i kliniků a studentů těchto 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, subkatedra psychosomatiky 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 sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví LF UP Olomouc  
 Prof. RNDr. Stanislav Komárek, PhD., katedra filosofie a dějin přírodních věd PŘF UK  
 PhDr. Eva Křížová, PhD., Univerzita Karlova v Praze, 2. LF a ETF  
 PhDr. Jiří Libra, Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze  
 Prof. PhDr. Michal Miovský, PhD., Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze  
 MUDr. Jiří Podlipný, Psychiatrická klinika LF UK, Plzeň  
 PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Ph.D., Th.D., FPH a Ped. TU Liberec  
 MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland  
 MUDr. Alena Procházková-Večeřová, psychiatrická ambulance Gyncare, Praha  
 PhDr. Daniela Stackeová, PhD., VŠTVS Palestra Praha  
 PhDr. Ingrid Strobachová, Ústav lék. etiky a humanitních zákl. medicíny 2. LF UK Praha  
 Mgr. Marek Vácha, PhD., Ústav etiky 3. LF UK Praha-Vinohrady  
 MUDr. Ivan Verný, Fachartz für Psychotherapie und Psychiatrie, Curych, Švýcarsko  
 Prof. PhDr. Zbyněk Vybíral, Ph.D., Katedra psychologie FSS MU, Brno  
 Prof. PhDr. Petr Weiss, Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze

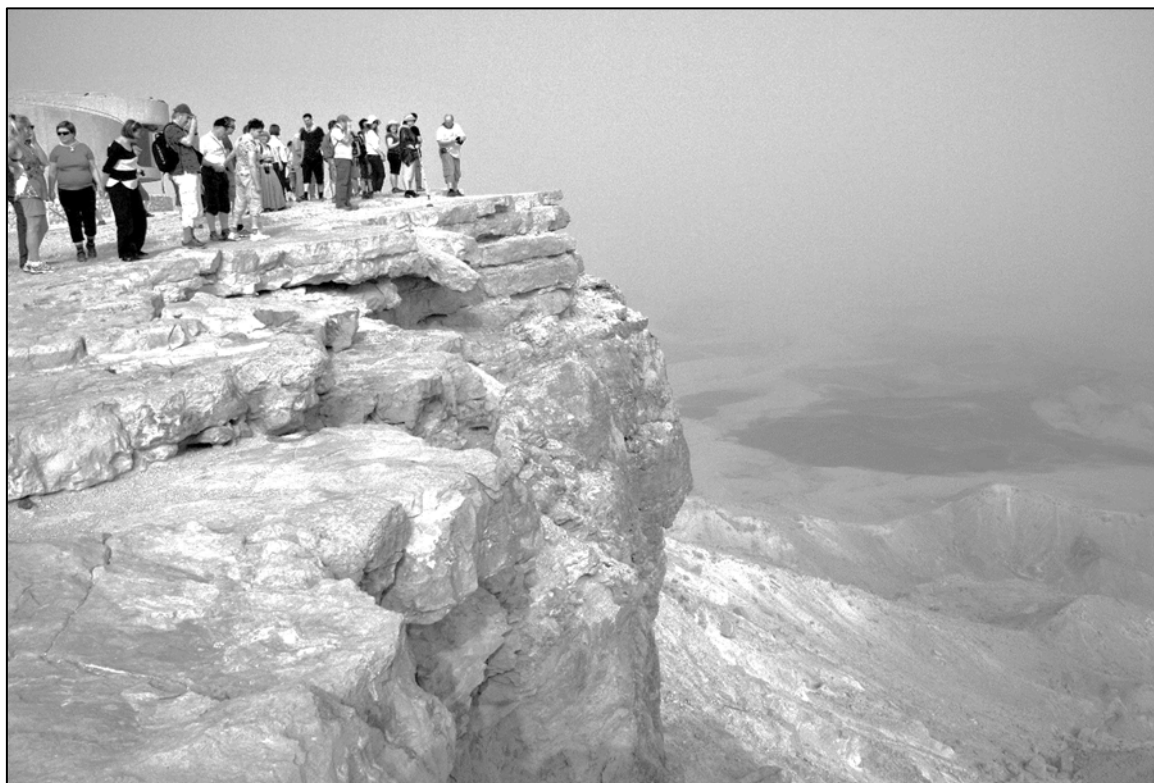


## Obsah

<b>Editorial</b> .....	<b>194</b>
<i>Chvála V.: Nadějně vyhlídky</i> .....	194
<b>Pro praxi</b> .....	<b>196</b>
<i>Verný I.: Symptómy ako proces</i> .....	196
<b>Teorie</b> .....	<b>203</b>
<i>Šubrtová A.: Bájevná lhavost a Münchhausenův syndrom</i> .....	203
<b>Výzkum</b> .....	<b>215</b>
<i>Mazúchová L., Kelčíková S., Dubovická Z.*: Tehotenstvo a duševné zdravie žien</i> .....	215
<b>Diskuse, Reflexe</b> .....	<b>224</b>
<i>Telec I.: Kritický pohled na nález Ústavního soudu: uznání kalifornského rodičovského statusu stejnopohlavního manžela</i> .....	224
<b>Krátce</b> .....	<b>232</b>
<i>Honzák R.: Chytřejší mobil po ruce = hloupější mozek v hlavě</i> .....	232
<b>Recenze</b> .....	<b>234</b>
<i>Honzák R.: Knihy, které mohu doporučit</i> .....	234
<i>Honzák R.: Kniha Daniela J. Siegela Mind</i> .....	241
<b>Akce</b> .....	<b>243</b>
<i>17.konference psychosomatické medicíny v Liberci</i> .....	243
<i>Další akce garantované Společností psychosomatické medicíny ČLS</i> .....	244
<b>Otevírají se nová pracoviště:</b> .....	<b>244</b>
<i>Psychosomatické centrum Praha</i> .....	244
<b>Nabídky</b> .....	<b>247</b>
<i>Psychiatrická léčebna Šternberk hledá</i> .....	247
<b>Literární koutek</b> .....	<b>248</b>
<i>Komplexní péče o pacienta dle BN</i> .....	248



# EDITORIAL



## CHVÁLA V.: NADĚJNÉ VYHLÍDKY

Jak se tak na sebe lepí zlomky událostí, rozhovorů, zpráv, myšlenek, úryvky rozhovorů, náhodná setkání a sny bez ladu a skladu v jedné hlavě, název dnešnímu editoriale dal Charles Dickens, u jehož filmové adaptace románu *Nadějné vyhlídky* (režie M. Newell) jsem včera usnul. Shodou okolností se aktuálně hodí i pro psychosomatiku, která díky připravované novele vyhlášky o nastavbových oborech má znovu u nás dobré vyhlídky. Snad si nepovede tak lehkovážně jako Pip ze slavného románu. Ten, podle všeho, svou šanci propásl.

Víkend jsme měli pracovní. Seminář o časové ose, který v téměř nezměněné podobě nabízíme zdravotníkům a některým dalším pomáhajícím profesím už více než 20 let, mě znovu přesvědčil, že zápas za prosazení psychosomatické

medicíny má stále smysl. Původně jsme chtěli jen „kazit medicínu“ bio-psycho-sociálním přístupem k anamnéze pacienta. Dilema, zda účastníkům ukazovat práci přímo s pacienty, jsme už dávno vyřešili tím, že práci s časovou osou ukazujeme přímo na účastnících, a ti pak snímají anamnézu navzájem. Nestane se, že by nám chyběly psychosomatické symptomy významně navázané na prožívání osobních vztahů během života. Takto nalezený materiál je autentický, pro účastníky, lékaře, psychology, speciální pedagogy, fyzioterapeuty nebo adiktology velmi přesvědčivý. Nejde už jen o informace, ale o zkušenost, kterou si odnesou. Jak jinak přesvědčit lékaře, že psychosomatická problematika je běžná, samozřejmá, každodenní zkušenost každého z nás? V tomto čísle může čtenář podobnou zkušenost udělat při čtení



textu Ivana Verného o procesově orientovaném přístupu k terapii, pokud si vyzkouší některá malá cvičení.

Zvláštní osud měl text paní archivářky Šubrtové „Bájná lhavost a Münchhausenův syndrom“. Do redakce přišel už před dvěma lety. Prošel standardním recenzním řízením a s četnými poznámkami byl autorce vrácen. Naštěstí to nevzdala a přehledovou studii na toto téma přepracovala. Jenže zařazení studie do tisku vázlo, a definitivně vychází až dnes. Možná je to tím, že téma důvěry je v psychosomatické a v psychoterapii zásadní. Podstatný je svět pacienta, jeho verze, i kdyby byla sebepodivnější. Jen pomalu můžeme proměňovat dominantní příběh ve prospěch alternativních verzí. Jenže co když se setkáme s někým, kdo odpovídá popisu bájivého lháře, nebo může být dokonce označen nálepkou Münchhausenova syndromu? Nepochybně tento fenomén existuje a takové pacienty lze potkat. Při práci s dětmi jsme několikrát měli podezření na Münchhausenův syndrom by proxy (v zastoupení), což je skutečně dramatická a tragická situace ve vztahu matky a dítěte. Naštěstí jsme to potkali jen vzácně. Nedůvěra vztah ničí. Bylo by opravdu nešťastné, kdybychom spojovali psychosomatické pacienty s nemocnými, kteří žijí ve vylhaném světě a své symptomy jen předstírají. Věřme jim.

Potíže máme, a nezastíráme to, s výzkumnými pracemi. Stále není dost pracovišť, kde by se věnovali solidnímu výzkumu, i když právě bio-psycho-sociální model představuje bohaté

výzkumné pole. Tolik témat, která leží ladem! Proč stonají děti v určitém věku víc než v jiném? Jak jinak stonají děti žijící jen s jedním rodičem? Objevují se závažné nemoci dětí, včetně diabetu, zrovna v době, kdy se rodiče rozvádějí? Jakým mechanismem toho organismus dosahuje? Jaké jsou aktuální hormonální hladiny účastníků rodinného konfliktu? Jaká je aktivita imunokompetentních buněk u dětí depresivních matek? Atd atd. Lze se jen těšit, že až toto pole objeví akademická obec, práce na tato témata se jen pohrnou. Příliš jednostranné zaměření výzkumného aparátu přináší sice nepochybné výsledky, ale má také svůj stín. Některé zmatky, které možnosti nových lékařských technologií přinášejí v sociální a psychické oblasti, nelze ani medicínskými prostředky řešit. Mimořádný příklad, kdy jasno do těchto zmatků vnáší až právník, přinášíme k diskusi v textu prof. Ivo Telce „Kritický pohled na nález ústavního soudu“. Je to text právnícký a někteří kolegové ze sboru recenzentů se obávají, že příliš vybočuje z témat psychosomatiky. Pokud příliš biologizující medicína neumí přinést argumenty ve prospěch dětí, měli bychom dát prostor každému rozumnému argumentu, třebaš odjinud. Tak jasná stanoviska k prosazovanému náhradnímu rodičovství stejnopohlavních párů dnes nepřináší ani lékaři, umožňující díky fertilizaci in vitro bizarní kombinace náhradních rodin, ani psychologové, ani sociologové. Jen právník si zachoval chladnou hlavu a zdravý rozum.

V Liberci dne 1.9.2017





# PRO PRAXI



## VERNÝ I.: SYMPTÓMY AKO PROCES.

SOUHRN: VERNÝ I. SYPTÓMY AKO PROCES. PSYCHOSOM 2017; 15(3), S.196-202

*Procesovo orientovaná psychológia alebo **POP** ponúka podporu sebaspoznávania na ceste k Neznámu. POP sa riadi predpokladom, že kľúč k riešeniam je obsiahnutý v samotných problémoch či narušeniach. POP je fenomenologicky založená metóda, ktorá vychádza z presvedčenia, že každý človek a každý ľudský systém sa nachádza v prirodzenom prúde vývoja, ktorý sám v sebe dáva zmysel. Našou úlohou ako terapeutických pomocníkov je tento proces stopovať, podporiť a vyvinúť. POP ponúka modely, metódy a nástroje na sprevádzanie zmien.*

**KLÍČOVÁ SLOVA:** Proces orientovaná psychologie, fenomenologická metoda, psychoterapie, symptomy, modely, metody, nástroje psychoterapie, změna



VERNÝ I.: SYMPTOMS AS A PROCESS. PSYCHOSOM 2017; 15(3) PP. 196-202

*Process-oriented psychology or POP offers support for self-knowledge on the way to the Unknown. POP is regulated by the assumption that the key to solutions is contained in the problems or faults themselves. POP is a phenomenologically based method founded on the belief that every human being and every human system is in the natural flow of development that makes sense in itself. Our task as therapeutic assistants is to follow, accompany and further develop this process. POP offers models, methods and tools to accompany change.*

KEY WORDS: Process-oriented psychology, phenomenologically based method, psychotherapy, symptoms, models, methods and tools of psychodtherapy, change

VERNÝ IVAN: SYMPTOME ALS PROZESS. PSYCHOSOM 2017; 15(3) S.196-202

*Prozessorientierte Psychologie oder POP bietet Unterstützung zur Selbsterkenntnis auf dem Weg zum Unbekannten. POP wird durch die Annahme geregelt, dass der Schlüssel zu Lösungen in den Problemen oder Störungen selbst enthalten ist. POP ist eine phänomenologisch basierte Methode, die auf dem Glauben beruht, dass jeder Mensch und jedes menschliche System im natürlichen Fluss der Entwicklung ist, die in sich selbst Sinn hat. Unsere Aufgabe als therapeutische Assistenten ist es, diesen Prozess zu verfolgen, zu begleiten und weiterzuentwickeln. POP liefert Modelle, Methoden und Werkzeuge zur Begleitung von Veränderungen.*

## ÚVOD DO PROCESOVO ORIENTO VANÉHO PRÍSTUPU K (TELESNÝM) SYMPTÓMOM

Telesné symptómy sú ohrozujúce, silne obsadzujú našu individuálnu pozornosť a vzťahy. Konvenčná medicína môže často trpiacim pomôcť. A často nie. A zároveň sú symptómy magické, snom podobné zážitky, ktoré nesú význam pre nás ako indivíduá alebo komunity. Sú alebo by mohli byť návodom k seba-liečeniu a blahobytu.

POP pomáha vyvinúť dôveru k vlastným schopnostiam zaobchádzať s výzvami

života. Učíme sa spájať náš vnútorný život s vonkajšími okolnosťami, čerpať zo svojho kreatívneho potenciálu a viesť spokojnejší a naplnenejší život.

Nedávno povedala nová uchádzačka o POP výcvik, že sa jej príbuzní pýtajú, načo sa chce hrabať v sebe a v rodine. Dobrá otázka. Prečo sa zaoberať symptómami? Prečo sa vôbec zaujímať o Nezámo v sebe?



---

*Krátka meditácia: Vnímaj svoje telo. Aj tie časti, ktoré nebolia, nesvrbia, len sú v pohode.*

---

Kde sa cítiš v tomto momente najviac pri sebe? V sebe doma? Venuj sa tomu miestu, ak sa dá, polož tam ruku, dýchaj tam. Ako sa pri tom mení tvoja nálada?

Symptómy nás nútia k zmenám. A to je väčšine z nás nepríjemné, nepohodlné, lebo chceme zachovávať status quo. Prečo vlastne?

### 1. cvičenie: Symptóm a zmena

- Spomeň si na malý, nie príliš vzdialený symptómik (nádcha = rýma).
- K čomu ťa (pri)nútil? (Např. zmeniť dýchanie – čo sa tým mení?)
- Ako by sa zmenil tvoj život, keby si sa tej zmene (aspoň dočasne) prispôbil/a?

Krátka kazuistika: *Študentka sociálnych vied s veľmi plným sociálnym a pracovným životom sa sťažuje na zapchaté ucho – ruší a dezorientuje ju to. Pozvem ju na malý experiment, zapchať si obe uši. Keď to skúsi a ja jej niečo hovorím, blažene sa na mňa usmieva. Potom mi vysvetlí, že konečne má ticho a klud a nemusí sa o nikoho a o nič starať. To vo svojom angažmán ani netušila.*

### 2. cvičenie: Zmena kôli symptómu

- Vnímaj svoje telo.
- Spomeň si na symptómik (zapchatý nos, bolesť niekde a pod.).
- Zmeň postoj tela, alebo prilož ruku, aby si symp. lepšie cítil/a, aby sa tvoje vnímanie zosilnilo – a vnímaj zmeny → ako teraz stojíš, sedíš?
- Ak sa do toho pocitu naozaj ponoríš – ako teraz vypadáš? V čo / koho sa meníš? Aká (snová) postava sa z toho

postoja vynára? Dovol si byť zvedavý/-á a dovol svojej fantázii spoznávať vzorce zmeny.

- Aké kvality má táto postava?
- Kde použiješ tie kvality vo svojom každodennom živote? Ako by mohli ovplyvniť Tvoje (profesné a private) vzťahy?

Krátka kazuistika: *Psychoterapeut, ktorý trávi veľa času u počítača, sa sťažuje, že ho bolia plecia. Pri 2. cvičení sa zdvihnú jeho paže a on sa vníma ako ukrižovaný. V tom momente si intenzívne uvedomí, koľko pracuje a ako málo sa stará o svoje potreby – ako např. relaxácia. Obáva sa, že ak by to pripustil, vedeli by druhí, že má hranice zaťaženia, a mohli by ho začať šanovať. To nechce, lebo nechce vypadáť slabý.*

Snové postavy sú časti osobnosti – to je dobrý a jednoduchý model pre prácu s disharmóniami v živote.

Symptómy reagujú na niečo. Nemyslím teraz na mikroby, stravu, alergény, ale skôr na zaťaženie, systém, kultúru, okolnosti, životnú fázu, väčšie zmeny / „life events“ (Holmes & Rahe stress-scale 1967

([https://www.mindtools.com/pages/article/newTCS\\_82.htm](https://www.mindtools.com/pages/article/newTCS_82.htm))

### 3. krátke cvičenie: Reakcia na svoju kultúru

- Znovu si spomeň na predošlý symptómik a kvality jeho snovej postavy.
- Voči čomu reaguje táto postava?
- Ako na to zvyčajne reaguješ?
- Aké nové alternatívy ponúka táto snová postava?





*Kazuistika: Predošlý klient reaguje na pohoniča / otca, ktorý hovorí „Keď si usilovný, budú si ťa vážiť, budú ťa potrebovať – keď si slabý, rýchlo ťa zabudnú.“*

Symptómy sú niečim vyvolané – čo nám chcú povedať?

Tu sa samozrejme skeptici pýtajú, prečo by nám symptómy chceli niečo hovoriť?

To je možný postoj. My POPáci si myslíme, že symptómy sú ztelesnené sny. Mindell pozoroval u svojich pacientov, že ich telesné symptómy majú podobné vzorce ako ich nočné sny a formuloval pojem **Dreambody** = snové telo, ktoré organizuje naše sny a iné zážitky.

C. G. Jung prehlásil: „Čo sa deje, má význam, aj keď nám ešte nie je jasné v akom kontexte.“ A tak sa zaoberáme významom symptómu, lebo sa nám pokúša niečo zuvedomiť – a ak si to neuvedomíme, vytvorí kreatívny duch nášho snového tela niečo intenzívnejšie, tak dlho a vytrvalo, kým sa tým budeme musieť zaoberať. Ak nechceme zostať identifikovaní ako obeť svojho symptómu.

Na tomto mieste by som mal osloviť hranicu voči vnímaniu resp. pochopeniu symptómu.

**Hranica** je set presvedčení, obáv a kultúrneho vplyvu a bráni nám zaoberať sa, resp. stotožniť sa s tým, čo ohrozuje našu každodennú identitu.

### **Krátka kontemplácia k hranici**

- Zamysli sa: čo chceš teraz vo svojom živote zachovať (napr. svoje terajšie zamestnanie).
- Čo / aké hodnoty by mohli byť ohrozené, ak by sa niečo zmenilo (v zmysle symptómu)?

Ak ti ťažko padne zodpovedať tieto otázky – skús použiť najčastejšiu p. o. (procesovo orientovanú) intervenciu: amplifikáciu, čiže zosilnenie, zintenzívnenie toho, čo sa deje.

*Kazuistika: Nedávno sa mi stalo, že pán manžel 2x neprišiel na párovú terapiu. Pri objasňovaní, kde sa stalo nedorozumenie, som sa ho spýtal, či má naozaj záujem o sprevádzaný rozhovor, a on sa ma spýtal, čo tým myslím. Tak som mu vysvetlil, že v POP-teorii si myslíme, že „niekto“ (v ňom) neprichádza na párovku a určite má pre to dobré dôvody – aké by mohli byť jeho? Ešte stále nerozumel = hranica.*

*Keď som mu vysvetlil teóriu častí osobnosti, tak povedal, že sa obáva výčítiek svojej ženy, ktorá ani neváhala mu vyčítať, že nemá pre ňu rešpekt a čas. Keď som sa zaujímal ďalej, prišli sme na usilovného pracovníka, ktorého prioritami nie sú vzťahy, ale účinnosť.*

### **Amplifikácia:**

Najjednoduchšiou amplifikáciou je priviesť pozornosť k symptómu, teda k časti tela, kde sa prejavuje, a viesť tam dych (to zn. predstaviť si, že tam dych prúdi). Ak to nefunguje: polož tam vlastnú ruku, a ak to je na menej dostupnom mieste, položí tam ruku terapeut/ka alebo niekto, kto je k dispozícii. A potom tam vnímaj dych.

Čo sa dá všetko vnímať? Kvality symptómu. Na to sa oplatí poznať reč tela: aké kvality vnímania tela sa dajú popísať (mäkké, tvrdé, napnuté, uvoľnené, plné, prázdne, vláčne...)

Keď sa amplifikuje nejaký telesný signál a nevie sa, ako ďalej, tu pomáha ďalšia jednoduchá intervencia: **zmena modality vnímania**: čiže z propriocepce napr. do vizuálnej modality (týmto



modalitám hovoríme komunikačné kanály – v ktorých „tečú“ informácie). Čiže ďalšia otázka bude: ako vypadá to, čo cítiš? A v popísanom obraze by mala byť kvalita symptómu podobná, ako bola vnímaná proprioceptívne: ak to bola tupá bolesť hlavy, tak vnútorný obraz nemôže byť ostrý klinec, ale napr. okrúhly kameň tlačiaci na hlavu. Niekedy ľudia začnú popisovať svoje telesné vnímanie a používajú pri tom gestá – to zn. že sa propriocepčia prejavuje v pohybovom kanáli a tam potom ďalej, vyvíjame informáciu / signál, kým sa klientovi prejaví význam, alebo bude treba znovu zmeniť kanál. To by mohlo znamenať, že terapeut/ka predvedie ten pohyb, klient/ka sa naň pozrie (vizuálny kanál) a terapeut/ka sa spýta: „Pripomína vám to niečo? Kam patrí táto informácia? Ako by sa dala táto energia, sila tejto snovej postavy použiť v každodennom živote, či v nejakom vzťahu?“

Kto vyvoláva ten symptóm? Kto tlačí na hlavu? Keď som spadol zo stoličky, kto ma „zhodil“? Odkiaľ prišiel impulz? Predstavme si, že naše symptómy sú vytvárané kreatívnym duchom, ktorý sa nám snaží niečo povedať. Čo asi chce dať najavo tomuto „pacientovi“ presne týmto symptómom, v presne tomto momente?

Tento tvorivý duch nazývame „tvoriteľ/ka symptómov“ (symptom maker).

Keď sa nám podarí vypracovať tvoritela/ku symptómov, máme šancu dostať sa k jeho úmyslu = možnému zmyslu symptómu.

### **Cvičenie: Tvoriteľ/ka symptómu**

- Ako vieš, že máš symptóm?
- Akú kvalitu to má? Čo ti to pripomína?
- Terapeut/ka si to nechá ukázať na sebe (na svojej paži, alebo na vankúši, alebo na novinách, na lopte a pod.) –

> tým spôsobom sa stane z „obete symptómu“ činiteľ/ka, tvoriteľ/ka symptómu, a čím viac sa podarí klienta / klientku do toho stavu pozvať, vlákať, v tom podporiť, o to viac sa klient/ka dostane k „úmyslu tvoriaceho ducha“, ktorého sa dá spýtať: „Čo chceš týmto (špecifickým) spôsobom (sebavnímaním) dosiahnuť u dotyčného / pacienta? Načo spôsobuješ tento symptóm?“

- Otázka pacientovi: Ako použiješ toto uvedomenie?

Toto sa pýtame **kôli teleologii** (čo je jednak „filosofické zkoumání účelnosti či zaměřenosti k nějakému cíli“ a jednak názor, že „účelnost je řídicím principem přírody i lidského jednání, což zároveň předpokládá cíl a určenost tímto cílem“. Aristoteles povedal: „Příroda přizpůsobuje orgán funkci, a nikoli funkci orgánu“ (Aristotelés, De partibus animalium IV. 12., 694b). Pro křesťanský aristotelismus a scholastickou tradici, reprezentovanou Tomášem Akvinským, je i účelnost přírody jakousi stopou („pátou cestou“), která může dovést k poznání Boha (Tomáš Akvinský, Summa theologica I., q. 2, art. 3).wikipedia:

<https://cs.wikipedia.org/wiki/Teleologie>

### **Hranica k sebaznaniu**

Predtým som oslovil hranicu voči vnímaniu. Hranica je súbor presvedčení, ktorý ochraňuje našu každodennú identitu a prejavuje sa ako hmla, únava, nezáujem, sarkazmus voči niečomu novému, čo by mohlo ohroziť doterajšiu identitu.

POP sa zaoberá rušivými skúsenosťami, lebo nás nútia reflektovať, či chceme udržiavať svoju identitu, alebo ju zmeniť. Keďže často nechceme byť rušení, marginalizujeme / potláčame iritujúce skúsenosti. Mnohokrát sa meníme, vyvíjame len vtedy keď musíme.



### Cvičenie k hranici:

- Spomeň si na symptóm, ktorý ti bol niečim trapný.
- V čom je tá trapnosť? Venuj jej chvíľku svoju pozornosť.
- Čo by sa mohlo stať, keby si sa symptómu venoval, alebo ho dokonca zverejnil?
- Vcíť sa do odporu, trapnosti, studu: čo cítiš, myslíš, čoho sa obávaš? Aké hodnoty chrániš?
- Čo by táto (hraničná) postava potrebovala, aby jej hodnoty boli uznávané a chránené a napriek tomu by bolo možné sa tomu symptómu venovať?

Keď je hranica trochu spracovaná, oveľa ľahšie sa dá symptóm skúmať. Práca so symptómom nám pomôže sa hlbšie spojiť sami so sebou a porozumieť, kam ideme.

### Cvičenie: Skúmanie symptómu pre lajikov:

- Terapeut/ka sa pýta klienta: „Povedz mi o svojej iritujúcej telesnej skúsenosti (symp.).“ Pritom pozoruje všetky pohyby, mimiku a zvuky klienta.
- Ako vieš, že to máš? Ako sa to prejavuje? Čo ti to pripomína?
- Terapeut/ka napodobní gestá, reč a mimiku a je otvorený/á aj pre vnemy a fantázie zo svojho vnútra. Tie môže sdielať s pacientom a pritom sledovať spätnú väzbu.
- Ďalšie otázky pacientovi/klientovi: Aké kvality sa tu prejavujú? Čo/aký duch by to mohol byť? Aké sú jeho kvality? Kedy bude spokojný? Ako by si ho mohla / mohol pozvať do svojho všednodenného života a využiť jeho kvality? Zaujíma ťa obohatenie novými kvalitami?

POP používa model vnímania, kde sa v konsenzuálnej realite, na ktorej sa dokážeme zhodnúť, prejavujú merateľné

zmeny (klinické prejavy), v snovej realite vnútorné vnímanie toho, čo sa ev. vonku nedá vnímať, polarizácie a konflikty (napr. pocit vs. rúco), eskalácie vo vzťahoch a pod. a esenčná kvalita.

Esencia je, kde končí dualita, alebo žiadna dualita neexistuje: Boh, Brahman, Tao, unus mundus. Je to pôvod našich snov a vôbec všetkého, čo sa nám v noci alebo cez den sníva a čo sa s nami deje nezávisle od našich úmyslov.

[https://en.wikipedia.org/wiki/Unus\\_mundus](https://en.wikipedia.org/wiki/Unus_mundus);

<https://cs.wikipedia.org/wiki/Brahman>;

<https://en.wikipedia.org/wiki/Tao>

### Cvičenie k esencii symptómu

- Zvol si symptóm, ponor sa do neho a vnímaj, čo vnímaš.
- Privri oči a pozerať sa do neurčita, venuj sa vnímaniu symptómu a čakaj, čo sa vynorí.
- Možno vnímaš tendenciu k pohybu, urob ten pohyb pomaly, meditatívne a ešte ho spomal, až kým sa skoro nehýbeš. Akú kvalitu vnímaš v tom skoro nevnímateľnom pohybe?
- Možno vnímaš vnútorný obraz. Pozri sa naň defokusovane, bez zamerania na niektorú jeho časť. Ktorá farba priťahuje tvoju pozornosť? Pozri sa cez filter takej farby na svet - akú kvalitu vnímaš teraz?
- Popíš alebo namaluj tú kvalitu, urob o nej metafóru alebo napíš o nej basničku.
- Ako obohatí táto esenčná kvalita tvoj život?

Symptóm môže byť nepriateľom alebo spojencom, ale na to sa treba s ním zoznámiť. Možno s ním aj zápasiť, zápasiť ako Jakub s anjelom, kým ho anjel nepožehnal.



A možno sa z neho stane učiteľ, sprievodca do novej identity, na novej ceste životom.

Zürich, Apríl 2017 / Curych, duben 2017

Do redakce přišlo 12. 4. 2017

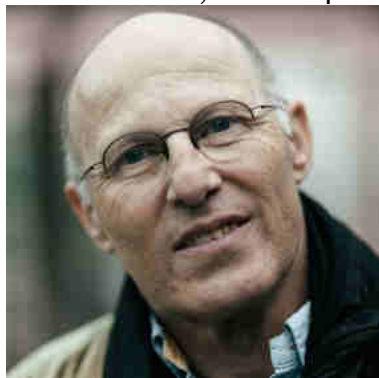
Po úpravách přijato k tisku 31. 8. 2018

Konflikt zájmů: není

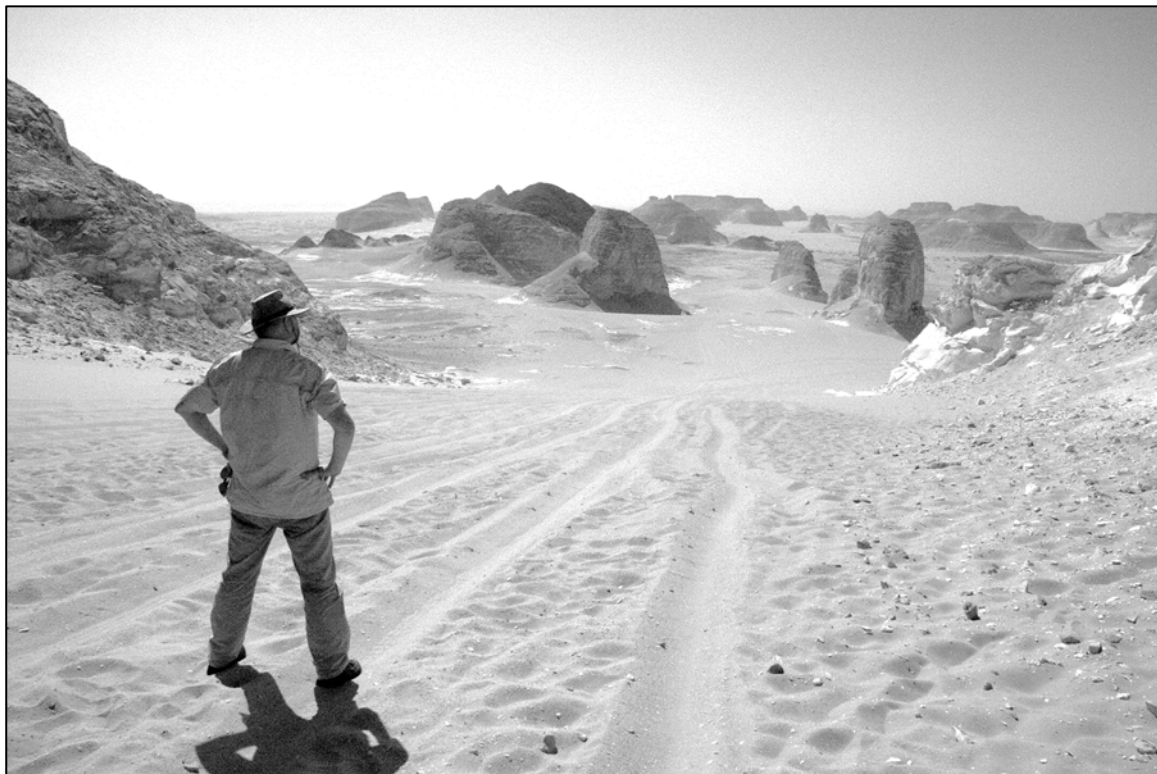
**Autor:**

Ivan Verný – psychiater, dipl. procesovo orientovaný psychoterapeut, supervizor EGIS/BSO.

Schöntalstr. 21, CH 8004 Zürich; tel.: +41 44 252 5356, [info@ivanverny.ch](mailto:info@ivanverny.ch)



# TEORIE



## ŠUBRTOVÁ A.<sup>1</sup>: BÁJIVÁ LHAVOST A MÜNCHHAUSENŮV SYNDROM

**SOUHRN: ŠUBTOVÁ A: BÁJOVÁ LHAVOST A MÜNCHAUSENŮV SYNDROM. PSYCHOSOM 2017; 15(3), s. 203- 214**

*Báživá lhavost (pseudologie, mýtománie) je trvalá a obtížně léčitelná duševní porucha. Ač byla popsána již v roce 1891, představuje dodnes stálou výzvu pro klinické lékaře, psychiatry a psychology na celém světě. V tomto příspěvku je vybráno několik prací, jejichž cílem je usnadnit její diagnostiku, zvláště pak diagnostiku její nejzávažnější součásti – Münchhausenova syndromu a Münchhausenova by proxy syndromu.*

**KLÍČOVÁ SLOVA:** báživá lhavost – Münchhausenův syndrom, Münchhausen v zastoupení.

<sup>1</sup> Autor: PhDr. Alena Šubrtová, CSc. (1935), historička, archivářka, demografka, koresp. adresa: Praha 1, Bílkova 6, 110 00, tel. 222 311 563





**SUMMARY: ŠUBRTOVÁ A.: PSEUDOLOGIA FANTASTICA AND MÜNCHHAUSEN SYNDROME. PSYCHOSOM 2017 (15) (3); PP. 203-214**

*Pathological lying (pseudologia fantastica, mythomania) is a permanent and for medical treatment a difficult psychiatric disorder. Although it has been recognized in 1891, will always be a challenging diagnosis for clinicians, psychiatrists and psychologists all over the world nowadays. This article selected a few attempts the aim of which was to facilitate diagnosis especially of the most important part – Münchhausen syndrome and Münchhausen by proxy syndrome.*

**KEY WORDS:** pseudologia fantastica – Münchhausen syndrome – Münchhausen by proxy syndrome.

## ÚVOD

Bájná (lépe česky řečeno **báživá**) lhavost, pseudologia phantastica, pseudologie, mýtomanie, krankhaftes, zwanghaftes Lügen, constitution mythomanique, pathological lying, fabulous lying, factitious disorder, Münchhausenův syndrom, syndrom barona Prášila, to vše jsou různá pojmenování pro duševní poruchu osobnosti, jejíž podstatou je chorobná touha po smyšlenkách a lžích, někdy i fantastických, prezentovaných jako fakta. Ovlivňuje plně osobnost mýtomana, stejně jako droga je schopná ovládnout svého nositele do té míry, že se pro něj stane každodenní nezbytnou a trvalou potřebou.

Mýtomani jsou v podstatě nešťastní, nemocní lidé; jen nepatrná část z nich je ale ochotná a schopná si svou odchylku připustit, natož vyhledat terapeuta, který by jim mohl pomoci zmírnit její dosah. Mnoho patrně záleží na tom, na jakém genetickém a charakterovém základu se porucha rozvinula: existují bájiví lháři, kteří si svoji „podivnost“ uvědomí, dokážou se trápit i výčitkami svědomí a rádi by se jí zbavili. Jsou to ovšem vzácné, ojedinělé výjimky.

Je to porucha jen na první pohled směšná a neškodná; ve svých důsledcích může

být katastrofální jak pro toho, kdo jí trpí, tak pro jeho okolí. Je to dáno už tím, jak široké pole působnosti má v celé sociální sféře – rodina, škola, zaměstnání, úřady, soudy a jiné státní instituce, zdravotnictví. Přes značné množství dosavadní literatury, publikované k tématu, je zřejmé, že pro laickou veřejnost je tato chorobná závislost na lži bohužel dodnes něčím nepochopitelným a neznámým, byť se s mýtomanem a s následky jeho chování a skutků pravděpodobně setkal aspoň jednou v životě už ne jeden z nás.

Účelem příspěvku je kromě stručné historie diagnózy a charakteristiky pojmu přinést výběr z novější literatury, která by mohla přispět k diagnostice, zmínit se o příčinách a symptomech mýtomanie a pokusit se o výčet typických znaků. Tato část je založena na téměř dvanáctiletém bezprostředním, téměř každodenním kontaktu s člověkem postiženým touto poruchou a na porovnání zjištěných zkušeností s údaji odborné literatury.

Protože jen nepatrná část bájivých lhářů se dostane do rukou psychologa či psychiatra, odpovídá tomu rozsah zjištění o možnostech léčení.



## HISTORIE POJMU A LITERATURA K TÉMATU

Syndrom nutkavé potřeby neustále si vymýšlet různé události s cílem stát se středem zájmu svého okolí, předstírat znalosti, které jedinec nemá, a činnosti, které nikdy nevykonával, eventuálně kontakty s vlivnými osobnostmi, popsal prvně již v roce 1891 psychiatr Anton Delbrück (1862–1944) v doktorské práci *Die pathologische Lüge und die psychisch abnormen Schwindler. Eine Untersuchung über den allmählichen Übergang eines normalen psychologischen Vorgangs in ein pathologisches Symptom*. Dějiny shrnul Haustgen, T., Bourgeois, M. L. v *Annales Medico-psychologiques* v roce 2007 a zmiňují je aspoň stručně všichni, kteří se tématu věnovali.

Český termín **báživá lhavost** použil pro poruchu psychiatr Karel Kuffner (1858–1940), po něm Vladimír Vondráček (1972), který ji také odlišil od konfabulace jako podstatně jiný fenomén (s. 181: „Při konfabulaci je subjekt málo aktivní, reaguje konfabulováním jen na otázku, při pseudologii je značně aktivní“.)

Přesné údaje o tom, kolik lidí je pseudologií postiženo, neexistují, protože v mezinárodní klasifikaci nemocí není báživá lhavost vedena odděleně jako samostatná nosologická jednotka. O tomto zařazení se dodnes diskutuje, hledají se příbuznosti či odchylky od jiných psychických poruch, ale k přesnému vymezení, co všechno je nutné rozumět pod pojmem báživá lhavost, ještě nedošlo. Obávám se, že přes množství publikovaných prací i diskusí na mezinárodních psychiatrických kongresech k tomu zatím ani dojít nemůže: složitost tematiky je značná, báživá lhavost je přítomna i u jiných, byť lépe definovaných poruch, vyvíjí se co do intenzity projevů po celý život mýtomana a trvá až do pozdního senia, kdy, snad,

nutkání ke lhaní zvolna vyhasíná úměrně slábnoucí motivací. Psychiatr zkoumá status praesens, podaří-li se výjimečně pseudologa takovému vyšetření podrobit. Závěry většiny studií vycházejí z konkrétních kazuistik jednotlivců. Je třeba počítat i s tím, že poruchou trpící jedinec kromě značného napětí dává po celou dobu vyšetření i přes jednoznačně zjištěnou přebujelou fantazii velký pozor na to, aby diagnostikování své poruchy zabránil.

V literatuře se setkáme i se souhrny toho, jak se vypořádali jednotliví autoři s charakteristikou poruchy, které z jejich projevů akcentují, v čem je možné odlišit patologickou lež od „normální“. Věnují se motivům, které k patologickým lžím vedou, shrnují epidemiologii, etiologii, zastoupení podle pohlaví, hrubé odhady procentního výskytu v populaci. Snad nejpodrobněji u Birch, Ch. D. et al 2006. Článek kanadských autorů přinesl nejen dost podrobný přehled literatury, ale pokusil se ohraničit, čím se patologické lhaní zásadně různí od dosud popsanych „druhů“ lží. Především tím, že je to projev duševní poruchy chronické, permanentní. To přetrvalo od dob W. Healyho a M. T. Healyho, kteří ji v roce 1915 charakterizovali, a bude asi platit dále, bez ohledu na to, kam bude porucha definitivně zařazena.

Z poměrně nedávných výsledků práce je to studie P. Garlipp, která hodnotí různé aspekty této diagnózy a klinické relevance. Proti obvyklému konstatování, že bájiví lháři na rozdíl od „obyčejných, zjištěných“ nejednají ve vlastním zájmu, tvrdí opak: vždy přece potřebují získání pozornosti a prospěchu pro sebe sama, při čemž využívají své schopnosti manipulace. (Garlipp, P. 2011). Takřka k dokonalosti přivedenou schopnost manipulace s lidmi zdůraznil již před léty



Hans Kohut. (Kohut, H. 1971). Podle Petry Garlipp je pseudologia fantastica často symptomem narcistické nebo histrionské poruchy osobnosti.

Janssens, S., Morrens, M., Sabbe, B. G. v holandském Tijdschrift voor Psychiatrie 2008 kladou otázku, zda by se pseudologia fantastica neměla pokládat za zvláštní entitu (Janssens, S. et al. 2008).

Potřebu širšího pohledu na problematiku zvýraznil editor sborníku příspěvků, který vyšel v Basileji v roce 2011 pod názvem Tarnen, Täuschen, Lügen, profesor Günther Klosinski (Klosinski, G. 2011) Kniha je určena nejen psychologům, psychiatrům, psychoterapeutům a pedagogům, ale všem, kteří chtějí lépe porozumět tomu, jak lze člověka manipulovat ať už vědomým či nevědomým klamáním a lží.

Z našich autorů připomínají K. Dušek a A. Večeřová-Procházková, autoři knihy o diagnostice a terapii duševních poruch, u bájivé lhavosti zejména „maximálně vystupňovanou fantazii“ a charakterizují ji jako „poruchu, která vyplývá z poruchy osobnosti“. Zaznamenali u ní dvě fáze: v první jedinec rozlišuje mezi skutečným a vysněným, v další fázi se do svých vybájených produkcí vžívá natolik, že nerozlišuje mezi fantazií a skutečností a ani to nepovažuje za potřebné (Dušek-Procházková 2011, s. 43 a 65).

Všeobecně se ale autoři statí o bájivé lhavosti shodují v tom, že jde o závažný, společensky nebezpečný, celosvětový fenomén, kterým nejsou postiženi jen muži a ženy, žijící v hospodářsky a kulturně vyspělých zemích. Další studium pokládají za nezbytné, abychom lépe porozuměli jeho projevům a následkům pro společnost, nejen pro lékařskou a soudní praxi (Mesquita, J. et al. 2011, Birch, Ch. D. et al. 2006,

Benezech, M. 2007, Jonas, C., 2007, Korenis, P., Gonzales, L. et al. 2015).

Podrobněji, než bájivá lhavost bývá definován **Münchhausenův syndrom** (ICD 10: F 68.1), který je specifickým projevem mýtománie, jedním z jejích charakteristických znaků. Dost autorů jej považuje za sekundární projev, „subtypus“ mýtománie jako primárního syndromu (Birch. Ch. et al. 2006, s. 307, Reich, E. et al, 2013, s. 485 a d.).

Je to záměrné předstírání nebo vyrábění symptomů či neschopností somatických (eventuálně psychických). Subjekt opakovaně předstírá symptomy bez zjevného důvodu, a to tak přesvědčivě, že vedou k mnohočetným vyšetřením, k hospitalizacím, a dokonce i k opakovaným lékařským zákrokům. Souvislost s Hieronymem Karlem Friedrichem von Münchhausen (1720–1797) má jen ve svém pojmenování, dost nešťastně zvoleném, protože fantastické historiky nejsou rozhodně tím, co jej charakterizuje na prvním místě. Münchhausen, rakouský jízdní důstojník, proslulý vypravěčským talentem a smyšlenými příběhy, se stal předlohou pro hlavního hrdinu knihy Dobrodružství barona Prášila (odtud také označení „syndrom barona Prášila“ pro mýtománii). U nás je známý i pod názvem „syndrom špitální vší“ nebo „bloudící pacient“.

V celkovém objemu publikovaných prací se na Münchhausenův syndrom právem soustředila největší pozornost všech, kteří o bájivé lhavosti kdy psali. Frekvence výskytu není zanedbatelná, „odhalitelnost“ patologického lháře v nemocnici je pravděpodobnější než u případů, skrytých v ostatní populaci. Zkušený lékař, i když s obtížemi a po delší době, nakonec odliší pacienta, který jen agravuje, hypochondra, hysterika a simulanta od zřejmého mýtomana, schopného ublížit i sám sobě, aby dosáhl



toho, co nutně potřebuje ke své existenci: **maximální pozornost a zájem, soucit, vědomí výjimečnosti svého údajného onemocnění, eventuálně své blízké smrti, a to u širšího okolí.**

Z nejvýraznějších znaků bájevé lhavosti a vnitřní motivace k ní (potřeba zájmu, pozornosti, respektu a obdivu, ocenění, soucitu) tu pro bájevého lháře scházejí dva: obdivu a ocenění se těžko může dočkat někdo, kdo zneužívá lékařskou péči předstíráním obtíží bez pozitivních nálezů, připravuje ošetřujícího lékaře i personál o drahocenný čas a o nervy, zdravotní pojišťovnu o peníze a škodí těm, kteří pomoc skutečně potřebují. Přesto počet těchto „bloudících pacientů“ neklesá ani u nás, ani v zahraničí.

Münchhausenův syndrom není motivován zevními okolnostmi („rentová“ motivace, jaká se vyskytuje u simulace, tu schází); zato je pro něj typické cestování – peregrinace; vyskytují se častá předčasná ukončení léčby a její pokračování v jiných zařízeních, střídání lékařů, nespokojenost s poskytovanou péčí a „urputnost“ v líčení obtíží. (Dušek – Večeřová 2011, s. 210).

Pseudologia fantastica pronikla v této podobě téměř do všech oblastí lékařské praxe, a proto máme poznatky nejen z těch, kde bychom to očekávali. Patologičtí lháři předstírají obtíže např. na kardiologii, kde se v literatuře můžeme setkat dokonce s názvem „kardiopathia fantastica“ (Park, T. A. et al, 2004). Kazuistika popisuje pacienty připravené absolvovat nejen neustálá další vyšetření, ale i riskovat komplikace při požadovaných invazivních operacích (Mehta, N. J. et al., 2002).

Příklady předstírání dýchacích a plicních potíží přinášejí Klasse, F. A., Schober, P., Schwarte, L. A. et al. 2000. Nevyhnula se

jim dokonce ani plastická chirurgie a chirurgie ruky. Na rostoucí frekvenci případů v oboru gynekologie a porodnictví upozornili Rabinerson, D., Kaplan, B. et al. 2002.

Pracný a pro diagnostiku užitečný kolektivní výzkum Münchhausenova syndromu podniklo v roce 2010 sedm autorů z Nového Zélandu. Byl publikován o rok později (Kenedi, C. A. et al. 2011). Vyhledali z databáze Medline (PubMed) celkem 3104 článků týkajících se zvoleného tématu, z nichž po pečlivém vyřídění zbylo 1088, které jim mohly poskytnout informace o typu předstíraných obtíží. 190 z nich obsahovalo podle názoru autorů jedinečné a použitelné informace o způsobu, jakým dospěli lékaři při využití laboratorních a technických prostředků ke stanovení nesporné diagnózy. Jistého nedostatku jsou si vědomi: evropskou databázi EMBASE nevytěžili systematicky. Pokud nebyly stati publikovány v angličtině, články s anglickými abstrakty byly zaznamenány a přeloženy jen tehdy, když titul svědčil o tom, že by mohly být relevantní. Výsledky svého souhrnu konzultovali v Academic Medical Centre se specialisty z referenčních laboratoří, s lékařskými a s chirurgickými specialisty a s klinickými patology.

Roztřídili je do 14 oddílů podle jednotlivých oborů klinické medicíny: předstírané obtíže kardiovaskulární, dermatologické, endokrinologické, gastroenterologické, infekční onemocnění, neurologické obtíže, nefrologicko-urologické, oftalmologické, onkologické, otorinolaryngologické, plicní, reumatologické, hematologické, gynekologické.

V rámci těchto oddílů pak podle nemocí, resp. konkrétních předstíraných obtíží. Postupy, použité při diagnostikování pacienta jsou popsány u každého z oddílů, diskuse obsahuje stručný výčet





konkrétních případů s odkazem na literaturu. Zajímali se i o incidenci – z příjmů za 8 let v jiných, než psychiatrických léčebnách byla údajně celá 3 % pacientů s neznámým organickým podkladem pro jejich obtíže, zvláště nápadný byl výskyt horečky neznámého původu, konstatovaný u 3,5 – 9,3 % z nich. Autoři soudí, že údaje představují i tak jen zlomek aktuálních případů, protože nezahrnují ty, na které nikdy nepadlo podezření, tudíž nebyli odhaleni.

Dospěli také ke zjištění, že jedinci, u nichž byl bezpečně diagnostikován Münchhausenův syndrom, měli minimálně středoškolské, někdy i vyšší vzdělání a jejich „zbrojní arzenál“ se v současné době neobyčejně rozrostl (nejen o informace jak a čím vyvolat příznaky svých potíží, ale i o falza lékařských zpráv a doporučení). V čase běžné dostupnosti internetu se i oni vystavují nebezpečí, že by detailním popisem tohoto „armamentaria“ mohli poskytnout návod „jak na to“. Za důležitější pokládají informovanost lékařů o tom, co všechno mohou očekávat od pacientů tohoto druhu a jak účinněji, a hlavně rychleji nebezpečí eliminovat.

**Münchhausen v zastoupení (by proxy)** neboli MSBP je nejzávažnější forma patologického lhaní, protože se netýká jen psychopata samotného. Je to předstírání a umělé vyvolávání příznaků nemoci u člověka plně závislého na osobě patologického lháře – nejčastější obětí bývá vlastní dítě nebo starý bezmocný člověk. Dítěti škodí nejčastěji (podle údajů studií) jeho vlastní matka, trpící bájevitou lhavostí, oběťmi jsou děti (hlavně děvčátka) předškolního věku, výjimečně i starší. Matka střídá různá zdravotnická zařízení, nutí lékaře i k invazivním zákrokům a sama způsobuje dítěti vážné zdravotní problémy. Případy, zpočátku obtížně rozpoznatelné, mohou končit

i letálně, pokud není matka od dítěte včas separována. Ze 451 případů, podchyčených z lékařských a psychosociálních statí v r. 2003, 6 % dětí zemřelo, přes 7 % zbývajících mělo dlouhotrvající nebo chronické zdravotní obtíže (Sheridan, M. 2003, Bass. Ch. 2011 a d.). Od doby, kdy britský pediatr a nefrolog Roy Meadow v roce 1977 (před ním ještě R. Asher v r. 1951) uvedl do odborného tisku tento termín a označil MSBP za formu zneužívání dítěte, uplynulo dost času, ale jev sám zdaleka nevyrazil. Mnoho případů patrně uniká pozornosti, protože nikoho nenapadne, že by matka dítěte mohla být bájevitá lhářka (Berent, D. et al. 2010). Tyto matky, a v tom se shodují všechny jejich psychologické portréty, vystupují i v nemocnici velmi důvěryhodně a sympaticky, navazují okamžitě kontakty s lékaři a s ošetřujícím personálem, nebudí žádné pochybnosti o tom, že o dítě vzorně pečují. Nápadné může být snad jen to, že svou péči všemožně zdůrazňují, lékařům „radí“, u všech vyšetření asistují a je obtížné je od dítěte oddělit. Nejspolehlivější ochranou dítěte bude patrně to, co doporučují brazilští lékaři Gattaz a další: Psychiatrické vyšetření matky při jakémkoliv podezření na Münchhausenův syndrom – jde-li o dětského pacienta, vždy a bezpodmínečně vyšetřit matku před každým požadovaným invazivním zákrokem (Gattaz W. F. et al., 2003).

V české literatuře je syndrom dostatečně popsán v pracích psychiatrů, dětských lékařů i pedopsychiatrů. Dobrá kritéria pro MS podali již v r. 2003 autoři M. Nesrstová a K. Vondrák, tématu se věnovali Večeřová-Procházková, A., Honzák, R., Chromý, K. (2005) Koutek, J. Kocourková, J. a mnoho dalších. V rámci projektu „Psychosociální aspekty kvality lidského života“ publikovali výsledky své práce posledně zmínění autoři Koutek, J., Kocourková, J. v roce 2014. Oba





upozornili na závažnost MSBP, kde měly jednotlivé případy i trestně právní dohru, pokud bylo porušeno matčíným jedná-

ním zdraví dítěte, či dokonce zaviněna jeho smrt.

### *VZNIK ONEMOCNĚNÍ – ETIOPATOGENEZE MÝTOMÁNIE*

Někteří psychiatři kladou počátky vzniku poruchy až do raného dětství, zejména když dítě trpělo nedostatkem pozornosti, bylo odsunuto na vedlejší kolej, bylo objektem ústrků a posměšků nebo utrpělo nějaké trauma, jehož tíži překrylo konstruováním náhradního, vysněného světa (Kohaupt, U. 2015). Druhým časovým mezníkem možného rozvoje syndromu je puberta. Dítě se vymezuje proti autoritám, snaží se zlepšit svůj sociální status, posílit sebevědomí. Irene Habich, která se opírá o zjištění profesora Haralda J. Freybergera (1995), soudí, že na počátku stojí pocit „nedocenění“ vlastní osobnosti a nízké sebevědomí, které vede lháře k tomu, aby vylepšoval vlastní obraz včetně obrazu své minulosti stále rafinovanějšími smyšlenkami (Habich, I. 2014). Obvykle patologický lhář nezačne „bájit“ naráz až v dospělosti, předchází tomu potíže, které měla rodina s touto jeho odchylkou mnohem dříve. Někdy v takové míře, že se bezradní rodiče sami odhodlají vyhledat pomoc. Ojedinelý příklad toho, kdy si rodina sama vyžádala léčení syna, je popsán v kazuistice ve stati E. Anglady (Anglada 2014). Přechod od „normálního“ k patologickému lhaní je podle H. Freybergera plynulý a také motivace u obojího může být stejná: dosažení nějakého prospěchu a uspo-

kojení pro vlastní osobu, získání jisté výhody tím, že se stane zajímavějším, přitažlivějším, více a lépe hodnoceným ve svém okolí. Zvláště tehdy, když se v dospívání octne ve společnosti takových lidí, kteří, aspoň podle jeho mínění, stojí společensky výše, a jsou tudíž oceňováni lépe.

Další životní etapa – zařazení do světa práce, je významnou fází, kdy nutně dochází k porovnávání a poměřování. Lhát celoživotně o svých kariérních úspěších a titulech nepředstavuje pro mýtomana žádný problém. Pacientka V. Ch. ze stati S. Hřebíčka a K. Tabarky se vydávala za kapitánku ČSA, za inženýrku, za doktorku přírodních věd, kandidátku docentury a autorku skript, ve skutečnosti se převážně živila podvody a krádežemi ve vlacích i jinde a žádné vyšší vzdělání neměla (Hřebíček, S., Tabarka, K. 1959). V pořadí znaků, typických pro mýtománii, podle zjištění psychiatrické kliniky v Kolíně nad Rýnem se rovněž vyskytuje bájení o doktorských titulech, ale i to, že mýtomani většinou udávají smyšlené prostředí, z něhož vyšli (buď se vydávají za sirotky, nebo za adoptované děti, eventuálně za nemanželské děti šlechtického předka). (Krankhaftes Lügen, 2015).

### *SYMPTOMY PSEUDOLOGIE, TYPY MÝTOMANŮ*

Společnost mýtomanů je velmi pestrá a sahá od lidí nevalné inteligence, ve svých lžích a podvodech neobratných, až po jedince vysoce inteligentní, které je po dlouhou dobu velmi nesnadné odhalit. Ti

spřádají své báje s takovou obratností a hereckým talentem, že jim okolí snadno a na dlouhý čas uvěří. V jejich fabulacích je vždy obsaženo zrnko reálného jádra, smíšené s výmysly tak mistrně, že jim nic



netušící člověk snadno podlehne. Výklad bývá sugestivní a přesvědčivý, dokážou i dávkovat mimiku, tón hlasu či gesta tak, aby působila co nejefektivněji. Přičteme-li k tomu příjemný zjev, suverénní vystupování, osobní kouzlo a šarm, není divu, že jim málokdo odolá. Většinou si sami nacházejí ochotné posluchače, předem otypují, jestli je to člověk dostatečně důvěřivý, dobrosrdečný a „tvárný“, tudíž „použitelný“. Jakmile narazí na někoho, koho lze jen těžko omráčit výmyslem, mění strategii a taktiku a rychle se stahují.

Výjimečný obdiv a respekt a výjimečný soucit jsou dvě věci, o něž bájevitý lhář stále usiluje. Strádá-li nedostatkem obdivu a respektu k vlastní osobě, potřebuje alespoň soucit (buď prchá před někým, před kým potřebuje ochránit, nebo trpí nějakou těžkou nemocí). Přítomnost Münchhausenova syndromu je u patologických lhářů zcela obvyklá, přesto nelze oba pojmy ztotožňovat. Umírání na těžké nemoci (zejména na rakovinu) klade psychiatrická klinika v Kolíně nad Rýnem ve výčtu nejtypičtějších znaků bájevitě lhavosti v pořadí četnosti dokonce na první místo mezi smyšlenými životními příběhy patologických lhářů. Mohou to být i živelné katastrofy, které měli přežít, útěk před pronásledováním, v poslední době i teroristické útoky či jiné události katastrofického rázu (Krankhaftes Lügen, 2015).

I když autoři některých studií konstatují, že současná psychopatologie posuzuje syndrom bájevitě lhavosti „nekonzistentně“, znaky typické pro rozpoznání, že jde o patologického lháře, přece jen existují.

1. Bájevitě lhaní je koncentrováno vždy na osobu lháře, na jeho dramatický osud, na jeho neobyčejný život. Hrdinou příběhů je výlučně on. Pocit vlastní důležitosti, grandiozity a jedinečnosti je tedy přítomen stejně jako

u osob narcistních. Každý člověk trpící narcismem nemusí být ale nutně mýtomanem se všemi dalšími znaky, typickými pro jedince s touto odchylkou (Münchhausenův syndrom).

2. Stejně jako lidé postižení narcismem postrádají patologičtí lháři empatii, schopnost vcítit se do pocitů a potřeb druhých. I pro ně je výstižná definice, kterou přinesla česká učebnice psychiatrie z roku 2002. Jsou to lidé, „vyžadující neustálý obdiv, zmítání chronickou intenzivní závistí. Mají zvýšené nároky na ostatní a cítí se oprávněni ke všemu. Špatně snášejí kritiku. Věří, že jsou výjimeční zrovna tak jako jejich problémy, kterým mohou rozumět jen oni a jiní výjimeční lidé. Opájají se fantaziemi o vlastní slávě a úspěších. Jejich vztahy s ostatními jsou křehké, dokáží rozčítit okolí tím, že se odmítají podrobit pravidlům, o nichž se domnívají, že pro ně neplatí.“ (Höschl, C. aj. 2002, s. 541).
3. Protože se patologický lhář nedokáže vžít do pocitů druhého člověka, je mu naprosto lhostejné, jestli svým jednáním a chováním někoho uráží nebo mu ubližuje. Vždy jsou to ti ostatní, kteří ubližují jemu, chtějí mu uškodit a zavinili jeho situaci. Potřeba vnějšího nepřítele je u něho silná.
4. Minulost a příbuzenské vztahy bývají v jeho podání vždycky nejasné. Rodiče jsou většinou již mrtví, vyrůstali jako sirotci nebo adoptované děti. Když přijde řeč na detaily, vyhýbají se odpovědi slovy: „Bylo to příliš zlé, nechci o tom mluvit“.
5. Nemají žádné dlouhodobější přátele, zato spoustu známostí, často vlivných nebo předstíraně vlivných. Jakmile totiž někdo pozná, že bude lépe lháři se vyhnout, hledají si novou oběť. Aby vyhovovala jejich očekávání přednostního zacházení, musí to být lidé



- důvěřiví, bezelstní, případně sami postižení nějakým životním nezdarem či nemocí. Přátele i známé dovedou využít k vlastnímu prospěchu. Jakmile přestanou sloužit svému účelu (obdiv a respekt neposkytují v dostatečné míře, ochota k různým službám, eventuálně k půjčkám slábne), jsou „odloženi“ jako nepotřební. Právě tak zacházejí se svými partnery v manželství i mimo ně. Obvykle nežijí (a těžko mohou žít) v trvalejších, dlouhodobých svazcích.
6. Jsou obratnými manipulátory s lidmi a jsou na tuto manipulační schopnost hrdí.
  7. Natolik se vžívají do svých výmyslů a lží, že je prožívají znovu jako skutečnost, v ten okamžik jim sami věří, a o to přesvědčivěji působí na posluchače. Mívají výrazný herecký talent. Snad proto se dodnes najdou práce, řadící báživou lhavost k poruchám histrionským.
  8. Obvykle báživý lhář předstírá vyšší sociální status, než odpovídá realitě. Neváhá požívat titulů, které mu nenáleží. Okamžitě ale přeruší hovor i další kontakt s každým, kdo se projeví jako skutečný odborník v daném oboru.
  9. Ve většině případů má báživý lhář příjemný zevnějšek, dbá o svůj vzhled, působí sympaticky. Tvrdě a autoritativně si dovolí zapůsobit jen tam, kde nenarazí hned od počátku na zjevnou nedůvěru a odpor.
  10. Konfrontaci s realitou nesnáší. Útěk nebo okamžité popření všeho, co řekl, jsou nejobvyklejší reakce, jsou-li důkazy o jeho lžích příliš pádné. Nemá-li před důkazy kam prchnout, na chvíli vypadne z role a může zareagovat zuřivě až agresivně.
  11. Často je to člověk s bohatou, až přebujelou fantazií, velmi kreativní.
  12. V osobním životě patologičtí lháři emoce zahrají, ale neprožívají. Bývají to lidé, kteří systémem sofistických lží dokážou žít ve dvojím i trojím vztahu současně. Mají raději věci než lidi, ti jsou „použití“ jen po dobu, kdy jim poskytují obdiv, respekt nebo soucit, pak jsou opuštěni bez sebemenší citové stopy.
  13. Ve věcech financí je patologický lhář většinou naprosto nezodpovědný. Rád předstírá velké bohatství a kontakty, při své imitační schopnosti budí dojem člověka z vysoké společenské vrstvy (high level, VIP osobnost). Porucha bývá tudíž nákladná záležitost a vyžaduje velký finanční zdroj. Pokud má odkud brát, hraje si na velmi majetnou osobu. Jakmile je separován od zdroje, okamžitě a bez rozmyslu se zadluží, eventuálně se utíká ke krádežím. Mezi báživými lháři se vyskytují četní „majitelé zahraničních kont“, „vlastníci nemovitostí“, „ředitelé finančních ústavů“ atp.
  14. Se lhaním nemůže mýtoman přestat, není schopen ani ochoten připustit, že by o nějakou abnormalitu šlo, natož aby vyhledal pomoc. Báživé lhavost je trvalá, obtížně léčitelná porucha.

Báživá lhavost nabývá na intenzitě s vývojem jedince a s jeho přibývajícím zkušenostmi. Z podstaty poruchy plyne, že nutkání ke lži je setrvalé; z reakce okolí jsou, jak se zdá, schopni se poučit, čemu se při bájení vyhnout, aby nebyli tak snadno odhaleni. Stejně jako všichni recidivisté přičítají vinu za své „selhání“ jen tomu, že předešle lhali málo věrohodně, příště si dají větší pozor. Ti nejzkušenější z nich jsou patologičtí lháři, soustředění jen na vlastní grandiozitu a nedotknutelnost, nezpochybnitelnost jejich tvrzení. Snaží se „prosadit svou“ za každou cenu,



jakýmikoliv prostředky. Jsou si jisti sami sebou, tím, že nikdo proti jejich vůli a přání nic nezmuže. Žádná dohoda s nimi není možná, pokud sami nemohou nadiktovat své vlastní podmínky. Mohou se uchýlovat i k výhrůžkám, k vydírání za pomoci smyšlených obvinění, podávat stížnosti a trestní oznámení. Jsou-li

důkazy příliš „přitlačeni ke zdi“, volí i drsnější formy odplaty. Integritu své osobnosti chrání tím, že vše, co způsobí, si ostatní „zaslouží“ a oni sami jednájí správně. Realitu okamžitě přebudují tak, aby ostatní byli viníky a oni jejich obětí. Žijí ve svém virtuálním světě bez jakýchkoli výčitek svědomí.

### MOŽNOSTI TERAPIE U BÁJIVÉ LŽI

Bez výjimky všichni, kteří o této poruše psali, se shodují v tom, že tyto možnosti jsou velmi omezené a výsledek léčení nejistý. Základním předpokladem terapie je uznání, uvědomění si pacienta, že něčím takovým trpí. Další nezbytnou podmínkou je jeho vůle k léčbě, stejně jako je tomu u všech forem závislosti. Jedinou substitucí drogy lhavosti by snad mohla být možnost, že se podaří obrátit kreativitu a fantazii mýtomanu jiným než dosavadním směrem.

Má-li výrazný herecký talent, nesporné výtvarné, pěvecké či literární nadání, mohl by jej uspokojit činnost v těchto oborech. Úkolem terapeuta by pak bylo přesvědčit jej o tom, že i jinými prostředky než lží a podvody lze posílit jeho sebevědomí, vyniknout v tom, pro co má reálné předpoklady. Zbavit ho tíživé tenze a prožívání neštěstí – patologický lhář přes svou, navenek projevovanou suverenitu mívá k pocitům štěstí většinou daleko – touží neustále po větším uspokojení.

Příkladem může být Karel May, zmiňovaný jako klasický mýtoman v mnoha státech: vystřídal celkem osm povolání (mj. předstíral, že je oční lékař, nakonec se v roli falešného policisty dopustil krádeže a odpykal si trest ve vězení, přesto dokázal napsat 70 úspěšných románů). V dějinách literatury bychom našli i další doklady

(Heinrich Heine, u nás s největší pravděpodobností Karel Sabina).

Psychoterapie a jiné metody léčení duševních poruch dlouho selhávaly, protože svému terapeutovi, pokud je svolný ho vyhledat, pacient lže stejně jako všem ostatním. Současní psychoterapeuti znají naštěstí metody a přístupy, umožňující nakonec „usvědčit“ ze lži i patologického lháře a dobrat se pravdy (metoda zpětné terapie, použití videozáznamu). Naši odborníci soudí, že pokud jde o Münchhausenův syndrom, „porucha má tendenci chronifikovat“. Přístupy psychoterapeutické a psychofarmakologické jsou podle nich ale důležité a léčbu by měl vést zkušený psychiatr. Při podezření na MSBP „je nutné zabránit poškozování dítěte postiženým vychovatelem, často jsou nutná i úřední opatření ve smyslu odebrání dítěte z výchovy“ (Koutek-Kocourková 2014).

Protože působnost bájivých lhářů se zdaleka neomezuje jen na oblast zdravotnictví, vítané a potřebné budou jistě studie zabývající se tím, jak se projevuje porucha v profesním životě, v oblasti soudnictví, partnerských vztahů, a zejména při výchově dítěte. Informovanost pokládám za první předpoklad k rozpoznání nebezpečí a k možnosti omezení jeho dosahu.



## LITERATURA

1. Anglada E., Goffinet S., Ghysse B. (2014): Mythomanie et therapie familiale. Etude de cas d'un adolescent mythomane. *Neuropsychiatrie de l' enfance et de l' Adolescence* 62(6):367-372
2. Bass Ch., Jones, D., (2011): Psychopatology of perpetrators of fabricated or induced illness in children: case series. *Journal of Psychiatry*, 199: 113-118
3. Berent D, Florkowski A., Galecki P. (2010): Przeniesiony zespol Munchhausens. *Psychiatria Polska*, 44 (2):245-254, Mar.-Apr.
4. Birch Ch. D., Kelln B. R. C., Aquino E. P. B. (2006): A review and case report of pseudologia fantastica. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 17(2): 299-320, June.
5. Buchanec J., Ondrejka I., Chromá O. aj. (2003): Münchhausenův syndrom. *Pediatric pro praxi* 6: 319-321.
6. Dušek K., Večeřová – Procházková A. (2011): Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha Grada Publishing s.r.o., 632 s.
7. Feldman M. D., Brown R. M. (2002): Munchhausen by proxy and in international context. *Child abuse and neglect* 26(5): 509-524, May.
8. Freyberger H. J. et al. (2011): Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin. Bern, Huber, ISBN 978-3-45684-977-5.
9. Garlipp P. (2011): Pseudologia fantastica – Lying as a symptom. *Nervenheilkunde* 30(10): 823-827.
10. Gattaz W. F., Dressing H., Hewer W., Nunes P. (2003): Munchhausen syndrome diagnosis and management. *Revista Da Associacio Medica Brasileira* 49(2):220-224, Apr.-June.
11. Habich I. (2014): Wenn Lüge zum Zwang wird. *Spiegel*, 20.3.
12. Haustgen T., Bourgeois M. L. (2007): L' évolution du concept de mythomanie dans l' histoire de la psychiatrie. *Annales Medico Psychologiques* 165(5): 334-344.
13. Healy W., Healy M. T. (1915): Pathological lying, accusation and swindling. A study in forensic psychology. *Criminal Science Monograph*. No 1, Oxford, UK: Little Brown.
14. Höschl C., Libiger J., Švestka J. (2002): *Psychiatrie*. Praha: Tigris
15. Hřebíček S., Tabarka K. (1959): Hromadné nemocniční podvody hysterické psychopatky s pseudologicko-fantastickými rysy. *Praktický lékař* 39(7):319-323.
16. Janssens S., Morens M., Saabe B. G. (2008): Munchhausen syndrome. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 50(10): 365-368.
17. Kenedi C. A., Shirey K. G., Hoffa M., Zanga J., Lee J. C., Harrison J. D., Preudhomme X. A. (2011): Laboratory diagnosis of factitious disorder: a systematic review of tools useful in the diagnosis of Munchausen's syndrome. *New Zeelander Medical Journal* 124(1342): 66-81, Sep.
18. Klosinski G. (ed.) (2010): Tarnen, Täuschen, Lügen. Zwischen Lust und Last. Tübingen, Attempto, 230 s.
19. Kohaupt U. (2013): Zwanghaftes Lügen ist kein Kavaliersdelikt, sondern eine Krankheit. Ursachen, symptomen und Heilungsschancen. *Pseudologie-Wikipedia* [http: //seite101.de/article/pseudologie](http://seite101.de/article/pseudologie), 25. 5. 2015
20. Kohut H. (1971): *The Analysis of the Self. A systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. New York: Intern. Univ. Press.
21. Korenis P., Gonzales L., Kadriu B., Tvagi A., Udolisa A. (2015): Pseudologia fantastica: Forensic and clinical treatment implications. *Comprehensive Psychiatry* 56:17-20, Date of Publ. 1. Jan.
22. Koutek J., Kocourková J. (2014): Pedopsychické poruchy se somatickými příznaky. 11. 6. 2014
23. Koutek J. (2012): Duševní poruchy s převahou somatických příznaků. *Česká a slovenská pediatrie* 67(2): 112-115.





24. Krankhaftes Lügen. (2015): <http://www.psychomeda.de/lexikon/krankhaftes-luegen.html>, 25. 05. 2015
25. Mehta N. J., Khan IA. (2002): Cardiac Munchhausen syndrome. *Chest*, Nov.: 1649-1653.
26. Mesquita J., Quieros O., Silva L. (2011): What about pseudologia fantastica. European Psychiatry Conference. 19 th European Congress of Psychiatry, EPA, March.
27. Park T. A. (2004): Cardiopathia fantastica-the variant of Munchhausen syndrome. *Southern medical Journal* 97(1): 48-52.
28. Rabinerson D. D., Kaplan B., Orvieto R., Dekel A. (2002): Munchhausen syndrome in obstetrics and Gynecology. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 23(4):215-218.
29. Reich E., Kaiosh H., Verbanck P., Kornreich C. (2013): Le syndrome de Munchhausen un trouble factice? Presentation d'un cas clinique. *Revue Medicale de Bruxelles* 34(6): 485-490, Nov.-Dec.
30. Sekot M. (2013): Medicínsky nevysvětlitelné symptomy-diagnostika a léčba. *Interní medicína pro praxi* 15(3-4):121-124.
31. Sheridan M. (2003): The deceit continues: an updated literature review of Munchhausen syndrom by proxy. *Child abuse Negl.* 27: 431-451.
32. Večeřová-Procházková A. (2005): Somatizující pacient – stálý problém klinické praxe. *Praktický lékař* 85(10): 585-589.
33. Vondráček V., Holub F. (1972): Fantastické a magické z hlediska psychiatrie. Praha, Avicenum 472 s.

Text přišel do redakce: 13. 11. 2015

Po recenzích a úpravě znovu 22. 3. 2016

Do tisku zařazen 10. 8. 2017

Konflikt zájmů není znám

AUTORKA:

**PhDr Alena Šubrtová, CSc.**, historička, archivářka, demografka. Vystudovala historii a archivnictví na Filosofické fakultě UK, v r. 1959 nastoupila do Národního muzea v Praze, kde pracovala až do odchodu do důchodu, od r. 1967 v Archivu NM. Tam pořádala písemné pozůstalosti významných osobností politického, kulturního a vědeckého života. Věnovala se historické demografii a dějinám lékařství (externí aspiranturu v Ústavu pro dějiny lékařství absolvovala práci o kojenecké úmrtnosti v Praze v 18. a 19. století).

Kromě odborných historických časopisů publikovala v *Demografii*, je autorkou monografií o Antonínu Boháčovi (1977), Františku Fajfroví (1993), spoluautorkou vysokoškolské učebnice *Základy demografie* (Pavlík, Rychtaříková, Šubrtová, 1986). Vydala dějiny populačního myšlení a populačních teorií (1989) a dějiny populačního myšlení v českých zemích (2006). Osudům lékaře Jeana de Carra je věnována knížka *Poslední noc* (1987).



# VÝZKUM



## MAZÚCHOVÁ L., KELČÍKOVÁ S., DUBOVICKÁ Z.\*: TEHOTENSTVO A DUŠEVNÉ ZDRAVIE ŽIEN

\*Ústav pôrodnej asistencie, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave, Slovenská republika

**ABSTRAKT: MAZÚCHOVÁ L., KELČÍKOVÁ S., DUBOVICKÁ Z.: TEHOTENSTVO A DUŠEVNÉ ZDRAVIE ŽIEN. PSYCHOSOM 2017; 15(3), s. 215- 223**

*Tehotenstvo je aj za fyziologických okolností záťažovým obdobím pre organizmus ženy, ktorý prechádza telesnými a duševnými zmenami, ktoré môžu prispieť k zhoršeniu duševného zdravia. Cieľom štúdie bolo zistiť vplyv tehotenstva na duševné zdravie žien a zistiť prítomnosť úzkosti u tehotných žien.*

*Bola použitá exploratívna metóda dotazníka. Prvá časť dotazníka bola zameraná na hodnotenie duševného zdravia. Druhú časť tvoril štandardizovaný dotazník Beckova stupnica úzkosti (BAI), zameraný na posúdenie stupňov závažnosti úzkosti a prejavov úzkosti. Cronbach a BAI bola 0,68. Výskumný súbor tvorilo 304 tehotných žien s fyziologickým tehotenstvom, s vekovým priemerom 27 ± 4,95 rokov. Údaje boli analyzované pomocou deskriptívnej štatistiky. Väčšina žien zhodnotila*



svoje duševné zdravie počas tehotenstva pozitívne a tiež väčšina nesúhlasila s negatívnym vplyvom tehotenstva na duševné zdravie. Na základe vyhodnotenia BAI sme zistili, že najviac respondentiek (50,66 %) malo mierne prejavy úzkosti, 26,97 % stredne závažné prejavy úzkosti a 10,53 % závažné prejavy úzkosti. Zdravotnícky pracovníci by sa pri poskytovaní starostlivosti o tehotné ženy mali starať ako o telesné, tak aj o duševné zdravie žien v zmysle preventívnej starostlivosti a poradenstva v oblasti podpory zdravia.

**KEŤOVÉ SLOVÁ:** tehotenstvo, duševné zdravie žien, zmeny v tehotenstve, úzkosť

**ABSTRACT: MAZÚCHOVÁ L., KELČIKOVÁ S., DUBOVICKÁ Z.: PREGNANCY AND MENTAL HEALTH OF WOMEN. PSYCHOSOM 2017; 15(3), PP. 215- 223**

*Pregnancy is also a physiological condition of a stressful period for a woman's body that undergoes physical and mental changes that can contribute to a worsening of mental health. The aim of the study was to investigate the effects of pregnancy on the mental health, and anxiety in pregnant women.*

*Exploratory method was used questionnaire. The first part of the questionnaire of its own design intended to assess mental health. The second part consists of a standardized questionnaire, the Beck Anxiety Scale (BAI), which measured symptoms of anxiety in pregnant women. Cronbach a BAI was 0.68. Participants were 304 pregnant women with normal pregnancy, with the average age  $27 \pm 4.95$  years. For the evaluation we used descriptive statistics.*

*The most women evaluated their mental health during pregnancy positively and most disagreed with the negative impact of pregnancy on mental health too.*

*Evaluation of the BAI showed that most of the respondents (50.66%) had just mild symptoms of anxiety, 26.97% displayed moderate symptoms of anxiety, 10.53% presented severe symptoms of anxiety and 11.84% had no anxiety at all.*

*Healthcare workers should care for the care of pregnant women as both physical and mental health of women in the meaning of preventive care and counseling in the field of health support.*

**KEY WORDS:** pregnancy, mental health of women, changes in pregnancy, anxiety

## ÚVOD

Tehotenstvo sa označuje aj ako stav „zmeneného zdravia“. Gravidita a príchod dieťaťa sú u väčšiny žien považované za radostné a významné medzníky, avšak tehotenstvo nemusí byť vždy vnímané ako radostná udalosť v živote ženy a aj chcené tehotenstvo môže znamenať pre ženu veľkú a náročnú zmenu v doterajšom živote. Tehotenstvo je aj za fyziologických okolností záťažovým obdobím pre organizmus

ženy, ktorý prechádza biologickými, ale aj psychosociálnymi zmenami (Salim et al., 2010; Izáková, 2013). Niektoré zmeny sú popisované ako malé ťažkosti alebo nepríjemnosti. Únava, znížená koncentrácia, náladovosť, emočná rozladenosť patria medzi charakteristické zmeny psychického charakteru počas tehotenstva. Aj fyziologické zmeny, ku ktorým v priebehu tehotenstva dochádza, si vyžadujú určitú adaptáciu zo strany



matky a môžu prispieť k zhoršeniu duševného zdravia (Čekal, Šulc, 2010). Tehotná žena sa zaoberá psychologickými problémami ako sú: prijatie tehotnosti – rieši ambivalenciu k tehotnosti, vytvára puto prepojenia; prijatie ukončenia tehotnosti – pripravuje sa na fyzické oddelenie od plodu; prijatie roly matky – sebakoncepcia ako matky; vyriešenie obáv z pôrodu; spájanie – pripútanie k dieťaťu a záväzok starať sa o dieťa. Postoj ženy k tehotenstvu je ovplyvnený štruktúrou osobnosti, predchádzajúcim emočným prežívaním, aktuálnymi a predchádzajúcimi konfliktmi, ambivalenciou, frustráciou, postojmi k materstvu, fyzickou a psychickou zrelosťou, sociálno-ekonomickou situáciou (Fedor – Freybergh, 2013). Tošner (2014) uvádza, že zmeny v tehotenstve vedú k zvýšenej nervozite, podráždenosti a neprimeraným reakciám na stresové

situácie. Takéto správanie žien počas tehotenstva je úplne prirodzené. Všetky zmeny a ich prežívanie ovplyvňujú nielen ženu, ale aj jej dieťa. Ešte náročnejšia situácia môže nastať v prípade, ak otehotnie žena, pre ktorú tehotenstvo predstavuje problém či už sociálny, ekonomický, psychologický alebo zdravotný. Takáto ženy potrebujú podporu, a to aj zo strany zdravotníckych pracovníkov, ktorí sprevádzajú tehotné ženy v primárnej ošetrovateľskej starostlivosti. Fáza nevyrovnanosti so zmenami počas tehotenstva môže viesť k pocitom **úzkosti** (Slezáková et al., 2011). Izáková (2013) uvádza, že tehotenstvo predstavuje v živote ženy rizikové obdobie aj z hľadiska manifestácie duševných porúch.

Cieľom štúdie bolo zistiť vplyv tehotenstva na duševné zdravie žien a zistiť prítomnosť úzkosti u tehotných.

## METODIKA

Pre výskum bol zvolený dizajn prieskumovej kvantitatívnej štúdie vykonanej na základe dotazníka. Na začiatku dotazníka boli identifikačné položky potrebné k charakteristike výskumného súboru. Prvá časť dotazníka, ktorá pozostávala z otázok vlastnej konštrukcie, bola zameraná na zistenia, ako tehotné ženy hodnotia svoje duševné zdravie a či tehotenstvo má naň negatívny vplyv. Respondentky svoje odpovede hodnotili na päťbodovej Likertovej škále. Druhú časť tvoril štandardizovaný dotazník Beck Anxiety Inventory (**BAI**) **Beckova stupnica úzkosti** (Beck, 1988), ktorý bol zameraný na posúdenie stupňov závažnosti úzkosti a prejavov úzkosti u tehotných. BAI obsahoval 21 položiek, ktoré sa vzťahovali na prežívanie intenzity vegetatívnej symptomatológie, kognitívnych a emocionálnych prejavov.

Respondentky mali na štvorbodovej Likertovej škále určiť, ako často v priebehu minulého týždňa zaznamenali prítomnosť príslušných ťažkostí. Hodnotilo sa celkové skóre, ktoré sa pohybovalo v rozmedzí 0 – 63. Cronbach  $\alpha$  BAI použitého v našej štúdií bola 0,68. Údaje boli analyzované pomocou deskriptívnej štatistiky.

Výskumný súbor tvorilo 304 respondentiek s vekovým priemerom 27 rokov (SD  $\pm 4,95$ ). Výber respondentiek bol zámerný. Pre súbor boli vopred určené zaraďovacie (*inkluzívne*) kritéria: aktuálna a fyziologická tehotnosť a informovaný súhlas respondentky so zaraďením do štúdie. Medzi **vyrad'ovacie** (*exkluzívne*) **kritériá** patrili problémy počas tehotenstva, ktoré predurčujú patologické tehotenstvo (preeklampsia,





gestačný diabetes mellitus...). Z výskumnej vzorky bolo 63,16 % prvorodičiek, 22,37 % druhorodičiek a 14,47 % viac rodičiek. Z hľadiska trimestrov bolo 14,14 % v 1. trimestri, 37,17 % v 2. trimestri a 49,34 % v 3. trimestri tehotenstva. Tehotenstvo bez problémov prebiehalo u 62,50 % respondentiek a u 37,50 % s menšími problémami (časté močenie, bolesti hlavy, bolesti krížov, ranná nevoľnosť, kŕče v dolných končatinách a iné).

Zrozumiteľnosť dotazníka bola overená pilotnou štúdiou s 5 tehotnými ženami, ktoré boli oslovené na základe osobných kontaktov. Na základe pilotáže sa modifikovali problematické formulácie niektorých položiek. Bol získaný súhlas Etickej komisie Žilinského samosprávneho kraja s realizáciou výskumu. Zvolil sa kombinovaný spôsob administrácie dotazníkov (osobne, elektro-

nicky) v troch gynekologických ambulanciách. Tehotné ženy dotazník vyplnili buď písomne, alebo elektronicky (prostredníctvom „linkového“ odkazu) na základe ich informovaného súhlasu a dobrovoľným poskytnutím emailových adries. Responzibilita osobne distribuovaných dotazníkov bola 87,50 % (n=70) a elektornicky získaných dotazníkov bola 95,38 % (n=248). Celkovo z 318 dotazníkov boli 2 vyradené z dôvodu nesprávneho, alebo neúplného vyplnenia a 12 bolo vyradených z dôvodu vyradovacích kritérií, na základe otázky, v ktorej sme sa pýtali na závažnejšie problémy žien počas tehotenstva, ktoré predurčovali patologické tehotenstvo, keďže dotazník bol určený pre ženy s fyziologickým tehotenstvom. Pre účely štúdie bolo súhrnne použitých 304 dotazníkov. Zber výskumných dát bol realizovaný v období november 2015 – január 2017.

## VÝSLEDKY

**Tab. 1** Zhodnotenie duševného zdravia počas tehotenstva

duševné zdravie počas tehotenstva	N	%
veľmi dobré	112	36,84
dobré	135	44,40
ani zlé ani dobré	44	14,48
zlé	11	3,62
veľmi zlé	2	0,66
spolu	304	100

Väčšina žien pozitívne zhodnotila svoje duševné zdravie počas tehotenstva (44,40 % dobré, 36,84 % veľmi dobré)

iba 3,62 % ho zhodnotilo ako zlé a 0,66 % ako veľmi zlé. Niektoré ženy (14,48 %) nevedeli svoje telesné zdravie zhodnotiť.





**Tab. 2 Negatívny vplyv tehotenstva na duševné zdravie**

negatívny vplyv na duševné zdravie	N	%
úplne nesúhlasím	116	38,16
skôr nesúhlasím	109	35,86
neviem	49	16,11
skôr súhlasím	20	6,58
úplne súhlasím	10	3,29
spolu	304	100

S negatívnym vplyvom tehotenstva na duševné zdravie nesúhlasilo väčšina žien (38,16 % úplne nesúhlasilo, 35,86 % skôr

nesúhlasilo), skôr súhlasilo 6,58 % a úplne súhlasilo 3,29 % žien. K otázke sa nevedelo vyjadriť 16,11 % žien.

**Tab. 3 Beckova škála úzkosti**

BAI	N	%
bez známok úzkosti	36	11,84
mierny prejav úzkosti	154	50,66
stredne závažný prejav úzkosti	82	26,97
závažný prejav úzkosti	32	10,53
spolu	304	100

**Legenda:** Prežívania úzkosti sa hodnotilo na Beckovej škále nasledovne: 0 – 5 bodov – bez známok úzkosti, 6 – 15 bodov mierne prejavy úzkosti, 16 – 25 bodov stredne závažné prejavy úzkosti, viac ako 26 bodov závažné prejavy úzkosti.

Na základe vyhodnotenia Beckovej škály úzkosti sme zistili, že najviac respondentiek (50,66 %) malo mierny prejav úzkosti, 26,97 % stredne závažný

prejav úzkosti, 10,53 % závažný prejav úzkosti a 11,84 % respondentiek bolo bez známok úzkosti.



Tab. 4 Opisné charakteristiky jednotlivých položiek BAI

Výskumná vzorka (n=304, 100%)							
Prejavy úzkosti	0	1	2	3	X	SD	Med
tŕpnutie, alebo mravčenie	47,70%	39,14%	8,89%	4,28%	0,69	0,81	1
pocit tepla	36,51%	41,12%	16,45%	5,92%	0,91	0,87	1
neistota v nohách	56,90%	33,89%	5,92%	3,29%	0,54	0,74	0
neschopnosť uvoľniť sa	44,73%	36,84%	14,47%	3,94%	0,76	0,84	1
strach, že sa stane to najhoršie	44,41%	36,84%	11,84%	6,91%	0,79	0,90	1
závraty, alebo točenie hlavy	42,43%	37,17%	13,16%	7,23%	0,88	1,04	1
zrýchlený tlkot srdca	40,46%	38,16%	15,80%	5,60%	0,86	0,88	1
chvenie	61,51%	28,61%	6,58%	3,29%	0,51	0,75	0
strach	31,25%	46,05%	15,79%	6,91%	0,98	0,87	1
nervozita	37,17%	38,16%	17,10%	7,57%	0,94	0,92	1
pocit dusenia	82,57%	14,47%	2,30%	0,66%	0,21	0,50	0
chvenie rúk	72,03%	21,38%	4,60%	1,97%	0,35	0,66	0
slabosť	35,52%	45,06%	12,82%	6,58%	0,89	0,85	1
strach, že sa prestanem ovládať	68,75%	20,72%	5,92%	4,60%	0,46	0,80	0
ťažkosti s dýchaním	61,18%	27,30%	8,88%	2,63%	0,52	0,77	0
strach, že umriem	78,94%	13,81%	3,95%	3,29%	0,31	0,70	0
bojazlivosť	54,28%	33,55%	8,88%	3,29%	0,60	0,79	0
zlé trávenie, bolesti v bruchu	28,94%	42,10%	23,69%	5,26%	1,04	0,86	1
nevoľnosť	39,47%	34,54%	18,75%	7,24%	0,96	0,95	1
návaly tepla do tváre	61,51%	30,92%	5,60%	1,98%	0,49	0,69	0
potenie (nespôsobené teplom)	38,16%	33,22%	14,80%	13,82%	1,04	1,04	1

**Legenda:** n - počet respondentov; d - priemerná škálová hodnota odpovedí; 0 - vôbec; 1 - mierne; 2 - stredne silne; 3 - veľmi silne; x - priemerná škálová hodnota odpovedí, SD - štandardná odchýlka, Med - medián



Na základe percentuálneho hodnotenia môžeme vidieť, že vo všetkých položkách väčšina respondentiek označovala škálové možnosti 0 (vôbec) a 1 (mierne). Priemerná škálová hodnota odpovedí

bola najvyššia v položkách: zlé trávenie, bolesti v bruchu ( $1,04 \pm 0,86$ ), potenie ( $1,04 \pm 1,04$ ), strach ( $0,98 \pm 0,87$ ), nevoľnosť, ( $0,96 \pm 0,95$ ), nervozita ( $0,94 \pm 0,92$ ).

## DISKUSIA

Duševné zdravie je významné v tehotenstve ako pre ženu, tak aj pre plod a závisí od množstva faktorov. Sledovanie týchto faktorov je dôležité k posúdeniu miery rizika pre zhoršenie duševného zdravia v priebehu tehotenstva (Guszkowska et al., 2014). Ibanez et al. (2015) uvádzajú, že sebahodnotenie duševného zdravia je užitočným ukazovateľom skúmania psychickej pohody a je dôležité ho hodnotiť počas tehotenstva, aby ženám mohla byť ponúknutá potrebná podpora a pomoc. Väčšina žien nášho súboru pozitívne zhodnotila svoje duševné zdravie počas tehotenstva (tab. 1). S negatívnym vplyvom tehotenstva na duševné zdravie nesúhlasilo väčšina žien, avšak v súbore sa vyskytli tehotné ženy, ktoré vyjadrili aj negatívny vplyv tehotenstva na duševné zdravie (tab. 2). Podľa štúdie Vachková, Mareš (2012) tretina žien psychické zmeny počas tehotenstva úplne poprela a tretina žien zakryla svoje mierne negatívne pocity pozitívnym ladením a pocitmi šťastia. Všetky tehotné ženy si boli vedomé zmien v psychike a dokázali tieto zmeny reflektovať. V štúdií Garipey et al. (2017) bolo zistené, že tehotenstvo nejako výrazne neovplyvnilo psychické ani fyzické zdravie a kvalitu života tehotných žien.

Je nesporné, že tehotenstvo z dôvodu neznámych pocitov neistoty môže byť sprevádzané úzkosťou. Dôkazy potvrdzujú, že **úzkosť** v tehotenstve ovplyvňuje nielen zdravie tehotných žien, ale môže byť rizikom predčasného pôrodu, predĺženia pôrodu, cisárskeho rezu, níz-

kej pôrodnej hmotnosti dieťaťa (Catov et al., 2010, Hernandez-Martinez et al., 2011). Úzkosť a vplyv jej príznakov môže byť rizikom pre tehotnú matku a má tiež negatívny vplyv na vývoj dieťaťa (Fishell, 2010; Tálová et al., 2016). V štúdií pomocou škály BAI, ktorá sa používa v klinickom výskume v rámci starostlivosti o duševné zdravie, sme sa zamerali na posúdenie stupňov závažnosti úzkosti a posúdenie symptómov úzkosti. Zistili sme, že najviac respondentiek (50,66 %) malo mierny prejav úzkosti, 26,97 % stredne závažný prejav úzkosti, 10,53 % závažný prejav úzkosti a 11,84 % respondentiek bolo bez známok úzkosti (tab. 3). Madhavanprabhakaran et al. (2015) uvádzajú, že štúdie o úzkosti v tehotenstve z rôznych častí sveta ukázali vysokú a rôznorodú prevalenciu 14 – 54 %. Podľa štúdie Claesson et al. (2010) prevalencia symptómov úzkosti počas tehotenstva sa pohybovala medzi 22 % a 23 %. Podľa štúdie u nigerských žien pomer úzkostných porúch u tehotných žien bola 39,0 % v porovnaní s 16,3 % u netehotnej populácie ( $p < 0,001$ ) (Adewuya et al., 2006). Henderson, Maggie (2013) uvádzajú 14 % prevalenciu prenatálnej úzkosti ( $n=5332$ ). Na základe priemernej škálovej hodnoty odpovedí sme zistili, že medzi najzávažnejšie úzkostne príznaky patrili zlé trávenie, bolesti v bruchu, potenie, strach, nevoľnosť, nervozita. Ide o somatické ako aj psychické prejavy úzkosti. Rubertsson et al. (2014) uvádzajú, že na začiatku tehotenstva sa ženy musia adaptovať na tehotenstvo, zabezpečiť prijatie dieťaťa, vyrovnáť sa



s fyzickými príznakmi, na ktoré sa môžu postupne adaptovať. Podľa štúdie (Aksoy et al., 2015) nauzea, zvracanie, nevoľnosť v tehotenstve sa preukázali významné vo vzťahu k úzkosti.

Je dôležitá osveta žien, aby mali dostatok informácií o zmenách sprevádzajúcich tehotenstvo ešte pred otehotnením, aby boli pripravené a mohli sa adaptovať na tieto zmeny. Lekári, pôrodné asistentky, sestry ktorá sprevádzajú ženy počas tehotenstva, by mali sa zaujímať o ich zvládanie, identifikovať riziká spojené s duševnými či telesnými zmenami, a to prostredníctvom skriningových nástro-

jov ako napr. BAI a ich používanie v rámci prenatálnych poradní na monitorovanie rizikových tehotných žien. Výskyt prejavov úzkosti si vyžaduje ich včasné rozpoznanie a psychologické intervencie zo strany zdravotníckych pracovníkov v primárnej zdravotnej starostlivosti ako aj včasné opatrenia zamerané na prevenciu úzkosti v tehotenstve. Eliminovanie úzkosti môžu zdravotníci docieľiť správnou informovanosťou, záujmom o tehotnú ženu, budovaním vzťahu dôvery, otvorenou komunikáciou, akceptáciou tehotnej ženy, empatiou, podporou, úctou a rešpektom, profesionálnym prístupom.

## ZÁVER

Zistili sme, že duševné zdravie počas tehotenstva hodnotili tehotné ženy väčšinou pozitívne a taktiež väčšina neuvádzala negatívny vplyv tehotenstva na duševné zdravie. V štúdií sa preukázal výskyt prejavov úzkosti u tehotných žien. Využitie škály BAI môže byť prínosom pri identifikovaní úzkosti a vhodným ukazovateľom závažnosti úzkosti u tehotných

žien. Včasná detekcia, prevencia problémov týkajúcich sa duševného zdravia tehotných žien a psychologické intervencie zo strany zdravotníckych pracovníkov sú významné pri poskytovaní starostlivosti o tehotné ženy v rámci primárnej starostlivosti a pri dosiahnutí čo najlepšej úrovne duševného zdravia v priebehu tehotenstva.

## LITERATÚRA

1. Adewuya, A. O. et al. Anxiety disorders among Nigerian women in late pregnancy: a controlled study. In *Arch Womens Ment Health*. 2006, vol. 9, no. 6, p. 325-8.
2. Aksoy, H. et al. Hyperemesis and Threatened Abortion in Early Pregnancy: Relationship with Anxiety and Depression and Review of the Literature. In *Acibadem Üniversitesini Sađlk Bilimleri Dergisi*. 2015, vol. 6, no. 4, p. 203-209.
3. Catov, J. M. et al. Anxiety and optimism associated with gestational age at birth and fetal growth. In *Maternal and Child Health Journal* [online]. 2010, vol. 14, no. 5, p. 758-764.
4. Claesson, I. M. et al. Prevalence of anxiety and depressive symptoms among obese pregnant and postpartum women: an intervention study. In *BMC Public Health*. 2010, vol. 16, no. 10, p. 766
5. Čekal, M., Šulc, J. *Průvodce ženy jiným stavem*. Praha: Československý spisovatel, s.r.o., 2010. 169 s. ISBN 978-80-87391-39-6.
6. Fedor- Freybergh, P. G. *Prenatálne dieťa. Psychosomatické charakteristiky prenatálneho a perinatálneho obdobia ako prostredia dieťaťa*. Vydavateľstvo F, Pro mente sana s.r.o. Trenčín, 2013. 65 s. ISBN 978-80-88952-74-9.



7. Fishell, A. Depression and anxiety in pregnancy. In *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 2010; vol. 17, no 3, p. 363-369.
8. Garipey, A. et al. 2017. Pregnancy context and women's health-related quality of life. In *Contraception*. 2017, vol. 95, no. 5, p. 491-499.
9. Guskowska, M. et al. 2014. The correlates of mental health of well-educated Polish women in the first pregnancy. In *Journal of Mental Health*. 2014, vol 24, no. 6, p. 328-332.
10. Henderson, J., Maggie, R. Anxiety in the perinatal Perio: Antenatal and postnatal influences and women's experience of care. In *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2013, vol. 31, no. 5, p. 465-478.
11. Hernandez-Martinez, C. et al. Relation between positive and negative maternal emotional states and obstetrical outcomes. In *Women and Health*. 2011, vol. 51, no. 2, p. 124-135.
12. Ibanez G. et al. Prevalence and characteristics of women reporting poor mental health during pregnancy: Findings from the 2010 French National Perinatal Survey. In *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2015, vol. 63, no. 2, p. 85-95.
13. Izáková, L. 2013. Duševné zdravie počas tehotenstva a po pôrode. In *Psychiatr. Praxi*. 2013, roč. 14, č. 4, s. 161-163.
14. Madhavanprabhakaran, G. K. et al. Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors. In *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2015, vol.3, p. 1-7.
15. Rubertsson, C. et al. 2014. Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. In *Arch Womens Ment Health*. 2014, vol. 17, no. 3, p. 221-8.
16. Salim, N. et al. Everyday behavioral and physical changes in women during the postpartum period: a qualitative approach. In *Online Bras J Nurs*. 2010, vol. 9, no. 1.
17. Slezáková, L. et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. 269 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
18. Talová et al. Úzkost a úzkostné poruchy v průběhu těhotenství a po porodu. In *Čes a slov Psychiatr*. 2014, vol. 110, no. 1, p. 29-37.
19. Tošner, J. *Celková životospráva a pracovní zařazení. Psychologie těhotenství*. In ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., a kol. 2014. *Porodnictví 3*. vyd. Vydavatelství Praha: Grada Publishing, 2014. 3.vyd. 576 s. ISBN 978-80-4529-9.
20. Vachková, E., Mareš, J. Kvalita života žen v období těhotenství: studie pomoci ohniskových skupin. In *Kontakt*. 2012, roč. 14. č. 3, s. 286-297.

**Autorka:** Mgr. Lucia Mazúchová, PhD., odborná asistentka, Ústav Pôrodnej asistencie, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Univerzita Komenského v Bratislave, SR

**Korešpodenčná adresa:**

Mgr. Lucia Mazúchová, PhD.  
 Malá Hora 5,  
 036 52 Martin  
 SLOVENSKO  
 mazuchova@jfmed.uniba.sk

Do redakce přišlo 7. 7. 2017  
 Po recenzi přijato k publikaci s spoznámkami 31.8. 2017  
 Konflikt zájmů není znám.





# DISKUSE, REFLEXE



*Text, který dáváme dnes k diskusi, je překvapivě z pera právníka. Psychosomatika se chce podílet na mezioborové diskusi. Prostor, ve kterém naši pacienti žijí, je utvářen nejen tradicí a kulturními vzorci, ale také politickými tlaky. Na některých z nich se podílí i rozhodnutí nás zdravotníků. Jaké důsledky má ztráta soudnosti ve věci biologického základu rodičovství, kam až vede nejistota lékařské vědy v tom, jak je utvářeno rodičovství, co jsou vlastní a co nevlastní vztahy v rodině, svědčí tento právní rozbor mimořádné situace. Ta nastala, když se dva muži rozhodli koupit si dítě, a za velkého úsilí si to na společnosti vydupali za jásotu médií a aktivistů „utiskované“ menšiny. Protože žena jako matka je přece zbytečná. V zájmu zdraví dětí, je třeba svědčit, že ani z hlediska zdravého vývoje dítěte není taková svéhlavost dobrá. Lze se obávat, že medicína, pokud se soustředí jen na biologickou stránku nemoci bez ohledu na psychickou a sociální vrstvu lidské existence, nemá k takovým excesům co říci. Když našel vadu na takovém řešení právník, najdemeho i my lékaři?*

## TELEC I.: KRITICKÝ POHLED NA NÁLEZ ÚSTAVNÍHO SOUDU: UZNÁNÍ KALIFORNSKÉHO RODIČOVSKÉHO STATUSU STEJNOPOHLAVNÍHO MANŽELA

### 1. ÚVODEM

Ústavní soud vynesl senátní nález ze dne 29. června 2017, sp. zn. I. ÚS 3226/16, ve věci **nejlepšího zájmu dítěte a práva**

**na rodinný život.** Zrušil tím rozsudek Nejvyššího soudu. Šlo o řízení o ústavních stížnostech na zásah Nejvyššího



soudu, k němuž mělo dojít tím, že Nejvyšší soud zamítl návrh na uznání kalifornského rozhodnutí o rodičovství jednoho ze stejnopohlavních mužských manželů (neznámo, zda biologického otce), tvořících stejnopohlavní pár. Nejvyšší soud tak učinil z důvodu **zřejmého**, na první pohled patrného **rozporu** takového zahraničního rozhodnutí o osobním stavu s **veřejným pořádkem** podle

---

*Ústavní soud věc posoudil jinak nežli Nejvyšší soud.*

---

**Na rozdíl** od českého práva kalifornské právo dovoluje, aby **rodiči v právním smyslu byli dva muži-manželé**, rozuměno stejnopohlavně orientovaní lidé (homosexuálové). Celosvětově převažující úpravy civilního statusu nic takového neumožňují. Dovoleno to není ani českým právem. Srov. k tomu techniku obstarávání dětí stejnopohlavně orientovanými páry prostřednictvím náhradního mateřství za lékařsky asistované reprodukce. Nezletilé dítě tak sice má **dva mužské rodiče** v kalifornském právním

českého mezinárodního práva soukromého. Český právní řád, který patří mezi obsahové prvky veřejného pořádku, nic takového **nedovoluje**. Nejde přitom o žádnou „nechtěnou mezeru“ v českém právu, nýbrž o **zákonodárně-politický záměr**, který lze vyvodit z českého zákonodárného kontextu úpravy civilního stavu lidí a jeho zákonodárného vývoje.

smyslu („muže/rodiče A“ a „muže/rodiče B“), avšak jeho biologický otec zůstává **utajený**. Svůj původ tedy dítě najisto nezná. A to ani co se týče anonymní dárkyně ženského vajíčka. Známa je pouze „žena nosnice“, která smluvně poskytla službu náhradního mateřství a která dítě po asistované reprodukci donosila a porodila. Podle českého práva by ovšem byla matkou (§ 775 o. z.). Podle kalifornského nikoli. Ani tato záležitost nemusí být úplně od věci.

---

*Přehled věci podávám zjednodušeně.*

---

Celý případ by pro někoho mohl znít jako horor, který by televize směla vysílat až po 22. hodině. Pro někoho jiného, a zdá se, že i pro Ústavní soud, by zase šlo o legitimní vzorec chování.

Senát Ústavního soudu si nicméně musel být vědom, že do budoucna otevírá

pověstnou *Pandořinu skříňku*. Džina z láhve ale již před pár lety vypustil Parlament, když na vládní návrh uznal **náhradní mateřství** v občanském zákoníku, které bývá někdy bráno jako **jev proti lidským právům**.<sup>1</sup>

## 2. KRITIKA PRÁVNÍ ARGUMENTACE ÚSTAVNÍHO SOUDU

Členové prvního senátu Ústavní soudu asi uvažovali tak, že když už jednou existuje kalifornský rodičovský status,

bylo by **proti nejlepšímu zájmu dítěte**, aby při jeho pobytu na českém území takovýto rodičovský status neměl

---

<sup>1</sup> Viz *European Centre for Law and Justice: Surrogate Motherhood: A Violation of Human Rights*. Report Presented at the

Council of Europe, Strasbourg, on 26 April, 2012.



mít žádné právní účinky. Dítě by tím zřejmě bylo u nás dotčeno na své právní identitě. Především, že právní argument zájmu na **ochraně právní identity dítěte** vyjádřené tím, kdo je jeho rodičem v právním smyslu, považují za **velmi silný**, resp. potenciálně **přeshraniční**. Stěžovatelé ale podle nálezu Ústavního soudu hodljají do Česka cestovat „čas od času“ (bod 39.); což nelze pominout z hlediska dotčení českého veřejného zájmu. Podle Ústavního soudu „Podcenit nelze ani zájem dítěte na materiálním zabezpečení a absenci jeho práva v České republice na výživné či dědictví vůči druhému stěžovateli, pokud by v budoucnu nastala situace, kdy to bude relevantní“, bod 39. Celkově Ústavní soud zohlednil „nebezpečí mnoha nepříjemností a těžkostí“, pokud by se dítě po Česku, resp. přes hranice pohybovalo jen v doprovodu u nás právně neuznaného rodiče (muže-manžela); viz tamtéž.

Závažný by se mohl zdát právní názor Ústavního soudu, podle kterého: „Přestože u stěžovatelů rodinný život existuje, tak v momentě, kdy při návštěvě České republiky vystoupí na Letišti Václava Havla z letadla, přestává v důsledku napadeného rozsudku existovat jakýkoliv právní vztah mezi druhým a třetím stěžovatelem. A to výlučně v důsledku skutečnosti, že první a druhý stěžovatel jsou homosexuální pár, tedy na základě jejich sexuální orientace. I napadený rozsudek tedy z prvního a druhého stěžovatele činí v Česku osoby druhého řádu na základě jejich sexuální orientace, byť, jak již Ústavní soud vyslovil, sexuální orientace není volba, ale osobnostní charakteristika, kterou nelze změnit...“; bod 46. Takovýto právní názor je ale **právně vadný**. Po vystoupení z letadla na Letišti Václava Havla, ba i na Letišti Brno, cestou z USA přes Londýn, sice již

nepůsobí kalifornské statusověprávní účinky, avšak **není pravdou**, že mezi dotčenými lidmi by nebyl žádný právní poměr.

Půjde o **právní poměr**, když by **nikoli rodinný**, tak **podobný poměru rodinnému**, a to tzv. **jiných osob blízkých** podle § 22 odst. 1 o. z. V tomto právním smyslu pak vyjde **nastejno**, zda by šlo o poměr „rodinný“, anebo „obdobný poměru rodinnému“. **Právo na rodinný život** v ústavněprávním významu by také **působilo beztak**. A to vše z důvodu **výhrady českého veřejného pořádku**. Vskutku by to při občasných cestách doznávalo až ústavního rozměru dotčení právní identity dítěte? Fakticky by si takových právních nuancí dítě, a to i velké, možná ani nevšimlo. Na **faktickém soužití by se totiž nic nezměnilo**. A i kdyby, dítě by poznalo **existenci kulturní rozmanitosti**, což by také nemuselo být k zahazení (poněkud odlehčeně řečeno).

Ústavní soud tak **upřednostnil** „nejlepší zájem dítěte“ na **zachování kalifornského statusu** jeho rodiče, resp. dvou stejnopohlavně orientovaných mužů jako rodičů v právním smyslu, **před veřejným pořádkem** panujícím v České republice, který nic takového nedovoluje. Paradoxní může být, že český veřejný pořádek to nedovoluje rovněž tak z důvodu „nejlepšího zájmu dítěte“. V podstatě jde o **střet dvou odlišných ideových pojetí** toho, co je v „nejlepším zájmu dítěte“; tj. pojetí kalifornského (a světově menšinového), nebo českého (a světově většinového). Faktem ale je, že Ústavní soud neřešil tuto právně srovnávací otázku v obecné rovině, nýbrž **účelově** vzhledem k **pobytům dítěte** na českém území.

Na okraj podotýkáme, že USA, oproti Česku, **nepřistoupily** k celosvětové *Úmluvě o právech dítěte* z roku 1989,



z níž vyplývá nejlepší zájem dítěte a právo dítěte znát své rodiče a právo na jejich péči, pokud to je objektivně možné, (čl. 7 odst. 1). Nepochybně bývá objektivně možné znát své rodiče. Pokud by rodiče své rodičovství před dítětem tajili, jednali by proti jeho právu. (Problém asistované reprodukce s použitím vajíček nebo semen anonymních dárců ponecháváme stranou. Stranou také necháváme údajnou československou výhradu proti čl. 7 odst. 1 cit. úmluvy, která však nebyla zveřejněna ve Sbírce zákonů, a tudíž nejde o vnitrostátně závaznou právní normu.)

Může být, že **jedna kolidující hodnota** (nejlepší zájem dítěte) bude podle okolností případu právně argumentačně upřednostněna **před jinou kolidující hodnotou** (blahem veřejného pořádku ve věcech osobních stavů lidí). Abychom se vyvarovali **nebezpečí subjektivismu**, používáme k tomu v právu obecně uznávané **metodické poměrování** kolidujících hodnot (práv, statků, zájmů). Výhoda metodického postupu podle „právní vědy založené na důkazech“ spočívá v možnosti **právně racionálního přezkoumání** celého postupu i dosaženého právního závěru.

Zjednodušeně řečeno, podstata právního poměrování spočívá v tom, zda by v konkrétní věci bylo možno dosáhnout stejného nebo srovnatelného **legitimního cíle** (zde ochrany nejlepšího zájmu dítěte) **šetrněji** v poměru k **dotčené jiné hodnotě** (zde veřejnému pořádku). Pokud ano, měl by být použit **šetrnější** způsob jednání, aby bylo po právu.

Čili lze na českém území dosáhnout **alespoň srovnatelné** ochrany nejlepšího zájmu dítěte i **jinak** nežli uznáním zahraničního rodičovského statusu, který je ve zřejmém rozporu s českým veřejným pořádkem?

Odpověď zní, že ano. Nikoli však pomocí uznání zahraničního osobního stavu, což již na první pohled vylučuje výhrada českého veřejného pořádku, nýbrž **obligačně; tedy závazkově právně**.

Položme si proto následující právní otázku.

Pokud by oba muži ve stejnopohlavním páru nebyli na českém území statusově bráni jako rodiče dítěte, **nenesli** by vůči němu **rodičovskou odpovědnost**, resp. by **nebyli povinni rodičovskou péčí o dítě** (péčí řádného rodiče) podle českého občanského zákoníku (nebyli by ani pěstouny); srov. § 865 a násl. o. z. Z ustanovení § 4 odst. 1 o. z. bychom sice dovedli právní povinnost „jen“ běžné péče a opatrnosti obou mužů v poměru k dítěti, a to v **poměru podobném rodinnému** (§ 22 odst. 1 o. z.). Nic ale nebrání tomu, aby oba muži o své vůli **převzali vyšší standard péče o dítě** na našem území v poměru podobném poměru rodinnému, který by nesl **podobné** prvky jako by tomu bylo u rodičovské odpovědnosti. Nikomu nelze bránit, aby řádně pečoval o dítě tak, „jako by byl rodičem“, kdyby jím u nás právně byl, a to v **poměru podobném rodinnému**, pakliže by to nebylo proti zájmu dítěte. I v takovém „nestatusovém“ případě by šlo o výkon **práva na rodinný život**. Srov. též poměr druha a družky a právo na jejich rodinný život v podobě nesezdaného soužití.

Navíc tu jde o tzv. **jiné osoby blízké** podle § 22 odst. 1 o. z. Srov. podobně otčíma nebo macechu a jejich obvyklou péčí o dítě druhého manžela z jeho jiného manželství; tj. péčí o cizí dítě v rodině, jehož nejsou rodiči. V našem případě sice nejde o otčímy (nebo macechy), nicméně situace by byla na našem území podobná. Kromě toho lze předpokládat, že oba muži by do jejich **odpovědnosti podobné rodičovské** nikdo u nás





nemusel právně nutit, ba právě naopak. **Argument podobnosti** patří do teorie právní argumentace, přičemž sledovaný **účel péče podobné péči rodičovské** by byl také **podobný**, resp. srovnatelný.

Přineslo by závazkově právní jednání dotčených lidí s účinky na českém území takové **následky** (dobro), které by byly **srovnatelné** s nejlepším zájmem dítěte jako v případě, kdyby došlo k soudnímu uznání zahraničního rodičovského stavu, přičemž by ale **nebyl nedotčen** (byl by šetřen) český **veřejný pořádek** ve věcech statusových?

Odpověď zní, že **zásadní měrou**, jež by byla pro daný případ veskrze **postačující**, by tomu tak bylo. Srov. široký **civilní status osob blízkých a závazkové** možnosti podle občanského zákoníku. Viz např. neformální **příkaznictví** mezi tzv. jinými osobami blízkými v poměru obdobném poměru rodinnému, jehož obsahem by byla příkazníková právní povinnost péče o dítě na českém území při občasných návštěvách, event. I jeho (právně ovšem nadbytečnou) písemnou formu, včetně možné veřejné listiny; kupř. pro účely důkazní jistoty navenek.

Co by se dítěti **právně** stalo, jestliže by vysedlo z letadla v Praze, na *Letišti Václava Havla*, bez českého uznání kalifornského právního stavu jeho obou rodičů, dvou stejnopohlavně orientovaných mužů? Co by se mu stalo tak právně vydatně, že by kvůli tomu musel jít zcela stranou český veřejný pořádek?

Fakticky by se dítěti nestalo nic závažného, jak si dále řekneme; též viz výše péči o dítě (odpovědnost). **Formálně** by ale jeho právní identita **narušena** byla. Ovšem jen formálně.

Dítě by i nadále fakticky zůstávalo v péči obou „mužů-manželů-rodičů“ v kalifornském právním smyslu. Důvod pro jejich

svěření českým soudem do náhradní rodinné péče by sám o sobě, bez dalšího, nenastal. Srov. legální předpoklady české sociálně-právní ochrany dětí a soudní ochrany práv dětí. I vše ostatní by bylo zásadně řešitelné; viz např. postavení tzv. jiných osob blízkých v poměru podobném poměru rodinnému, včetně jejich faktického soužití, zaopatřovací závazky, včetně důchodu dítěti i s možným zajištěním, jestliže plnění vyživovacího závazku vůči dětem beztak v praxi mívá podobu i pravidelných peněžních dávek, tj. důchodu. Dále viz např. příkaz, správu cizího majetku, pořízení pro případ smrti, smluvní zastoupení, zastoupení členem domácnosti, opatrovnictví, ale i spoluvlastnictví atd.

Všechna právní jednání by mohla mít i formu **veřejné listiny**; resp. by šlo přímo o rozhodnutí soudu. Právní jednání by mohla být zásadně pojata i na **téže listině** v právním smyslu, což by mohlo být vhodné pro praktické potřeby. Nejde ale o právní povinnost použití téže listiny. Prakticky vhodný by mohl být listinný důkaz o souhlasném prohlášení stavu tzv. jiných osob blízkých v poměru podobném poměru rodinnému. I zde by bylo možno, nikoli nutno, využít právní formy veřejné listiny. Podobně srov. důkaz o členech domácnosti.

Zastavme se u „těžkosti v oblasti zdravotní péče o dítě“; bod 39. cit. nál.

Neexistuje **právní překážka**, která by bránila založení nebo plnění závazku péče o zdraví dítěte v takovém případě. Nepřítomnost jednoho muže při právních jednáních je běžně řešitelná **zástupčím oprávněním** druhého muže jako jeho zmocněnce na základě **smluvního zastoupení** (§ 441 a násl. o. z.). Využít k tomu lze i formu veřejné listiny, pokud by to bylo vhodné. Není to ale právně nutné. **Rozsah** zástupčího oprávnění se může týkat i uplatnění **práva na**





**informace o zdravotním stavu dítěte**, které je obsahem závazku péče o zdraví.

Veřejnoprávní otázkou účasti dotčeného dítěte na českém zdravotním pojištění, popř. účasti na soukromém zdravotním pojištění, se Ústavní soud nezabýval.

Zastavme se u (Ústavním soudem zmiňované) „absence práva na dědictví“ vzhledem k u nás neuznanému rodiči; bod 39.

Podle všeho by **jediným** soukromoprávním problémem eventuálního neuznání cizího civilního statusu byla **potenciální nemožnost budoucího** postavení dítěte jako **nepominutelného dědice** podle českého práva po neuznaném rodiči s právem na povinný díl z jeho **budoucí** pozůstalosti. Dítě by totiž nebylo potomkem „rodiče B“ v českém právním smyslu (a s nejistotou v biologickém smyslu). Nedostatek prvotřídní zákonné dědické posloupnosti potomka je přitom nahraditelný, ostatně legálně upřednostněným, pořízením pro případ smrti. Uvedená situace by ale přicházela v úvahu **jen** tehdy, pokud by bylo dědictví v budoucnu projednáváno podle českého práva, nikoli kalifornského.

**Právní otázkou** proto zůstává, zda by zrovna tento **důvod**, který ani **nemusí** v **budoucnu** nastat, měl být **natolik** určující pro **současný** „nejlepší“ zájem dítěte, že **by měl být právně upřednostněn před použitím výhrady veřejného pořádku** podle českého mezinárodního práva soukromého. V úvahu nutno vzít konkrétní okolnosti případu, tzn. i odhad dožití zůstavitele („rodiče B“) podle průměrného mužského věku v určité populaci, jakož i to, že po něm v **budoucnu** vůbec **nemusí zůstat žádná pozůstalost**; tudíž by v **budoucnu** nevzniklo ani žádné subjektivní dědické právo dotčeného

dítěte k pozůstalosti, pakliže by v den úmrtí zůstavitele žádná nebyla. Vyloučit by nebylo možno ani **budoucí** majetek nepatrné hodnoty, tzn. majetek vydávaný podle českého práva jakémukoli vypraviteli pohřbu **mimo** subjektivní dědické právo dotčeného dítěte.

V běžném životě samozřejmě nelze vyloučit eventuální **právní spor** například mezi „rodičem B“ a některým podnikatelem ve zdravotních službách či s nějakou školskou právnickou osobou apod., pakliže by tyto osoby jednaly v **konkrétním** případě **protiprávně**. Pro takové případy české právo zná **dostatek prostředků ochrany dotčeného práva**, které svědčí **komukoli** bez ohledu na jeho pohlavní orientaci nebo kalifornský civilní status. Kvůli hypotetickým (ani v minulosti snad nastalým) případům konkrétních právních sporů ještě **není nutno** potlačit český veřejný pořádek. Takové případy samy o sobě **nemají žádný ústavní rozměr**. S možným nevraživým chováním některé zdravotní sestry v ambulanci nebo školníka ve škole se můžeme v životě občas setkávat všichni. Někdy také může jít o naše spoluzavinění či se sami můžeme dopustit neslušnosti.

Ještě jednu právně argumentační úroveň můžeme uvést.

Již prvotní **použití kalifornského předpisu**, přes formální zdání právnosti, v tomto konkrétním případě představuje **vyvolání zla v právním smyslu**. Dospělí lidé totiž jednali již na první pohled **bezohledně** vůči právu a zájmu dítěte, včetně již počatého dítěte, anebo dokonce ve **zlém úmyslu**. Z tohoto důvodu byli ve stavu **zlé víry**. Věděli anebo měli (byli právně povinni) vědět a objektivně mohli vědět, že svým právním jednáním se od počátku **dotknou práva dítěte znát své rodiče** nebo jeho **právního zájmu**



(nejlepšího zájmu dítěte); tzn. zájmu na plném a harmonickém osobnostním rozvoji dítěte, pokud jde o vyrůstání v rodinném prostředí, v atmosféře štěstí, lásky a porozumění; viz preambuli *Úmluvy o právech dítěte*, (sděl. č. 104/1991 Sb.). – Ovšem bez účasti USA na této úmluvě. Lidská práva v důsledku své **univerzální přirozené povahy** ale neznají státní hranice ani politická odmítání některými státy.

I kdybychom snad **přirozené právo znát své rodiče** brali za „slabé“, nelze nijak vyrušit **atmosféru dětského štěstí**, kterou si **nelze plně představit bez štěstí mateřské lásky a štěstí lásky otcovské**, ideálně i lásky žijících prarodičů. **Nedostatek mateřské lásky a otcovské lásky**, každé trochu **jiné**, a proto přirozeně **dvojit**, těžko plnohodnotně nahradí láska stejnopohlavního páru, protože vždy bude fakticky **chybět mateřství nebo otcovství**.

I kdybychom snad jakkoli právně smyšleně, sociálně inženýrsky, biomedicínsky, ideologicky a politicky byli ochotni konstruovat formálně právní, nikoli přirozené, „rodičovství muže a muže“ (nebo ženy a ženy), nikdy tím **nevymažeme ze světa přirozenost mateřství a otcovství**. Právní řád jako společenský projev převažujícího politického dorozumění může v podstatě cokoli. Může třeba přikázat, že každá druhá sobota v měsíci se musí považovat za úterý. Zůstává jen otázkou, nakolik by to

### 3. ZÁVĚR

Výše jsme podali některé právně argumentační námítky vůči citovanému

bylo rozumné, a zejména, zvláště v našem případě, **objektivně spravedlivé** s ohledem na malé děti (slabší stranu). **Děti si nelze kupovat v nákupním košíku jako hračky**. I kdyby to bylo biomedicínsky a inženýrsky jakkoli možné a snad i cenově dostupné na trhu. Je-li něco potenciálně technicky nebo vědecky možné, neříká to ještě nic o tom, je-li to **objektivně spravedlivé**, v našem případě zejména **ohleduplné v poměru ke slabšímu**, který je ještě duševně a tělesně nezralý, resp. teprve počatý.

Jestliže **kalifornský** právní stav představuje **vyvolání zla v právním smyslu** (dotčení práva a právního zájmu dítěte), **nelze** účinky právního zla **územně rozšiřovat** na české (ani jiné) státní území; tzn. **nelze uznat** kalifornské rozhodnutí o osobním stavu a nutno **trvat na výhradě veřejného pořádku** podle českého mezinárodního práva soukromého. Dotčení této výhrady by bylo podstatné právě proto, že by se odvíjelo od zahraničního právního zla, které není ani ve světě obecně uznáváno jako dobro.

Nezapomínejme ani na to, že prvotní kalifornský stav **nepředstavoval** žádnou volbu mezi „stejnopohlavním právním rodičovstvím“, anebo sežráním dětí vlky v hlubokém lese. Ani omylem nešlo o krajní nouzi apod., nýbrž o záměr.

Pro dokreslení případu odkazujeme na rozhovor s jedním z mužů-manželů a rodičů podle kalifornského práva.<sup>1</sup>

nálezu Ústavního soudu. Každý rozumný člověk si musí být vědom, že jde o jeden

<sup>1</sup> „Dětem je jedno, jestli mají matku, říká gay. Jeho partnerovi přiznal soud rodičovská práva.“ [Rozhovor.] Aktuálně.cz, 25. 7. 2017.



z případů, kdy by „každé rozhodnutí“ našlo svou právní argumentaci.

Za podstatné však považujeme **nedostatečně provedené právní poměření kolidujících hodnot** ze strany Ústavního soudu. Chybí jakýkoli metodický postup, který nelze mechanicky nahrazovat odkazy na evropská či jiná rozhodnutí. Mohlo by to zavánět argumentačně nepřipustným důkazem autoritou. Zejména s ohledem na to, že Ústavní soud vůbec argumentačně nehledal cestu, která by byla šetrná k českému veřejnému pořádku, jenž patří mezi **obecně sdílená dobra**. Srov. též **kulturní rozmanitost**. Některé argumenty Ústavního soudu o „těžkos-tech“ v dané věci jsou právně mylné.

Za největší právní problém ale považujeme **přenos kalifornského práv-**

**ního zla** do českého prostředí. **Bezohlednost** (hrubou nedbalost), či dokonce **zlý úmysl** na úkor práva nebo právního zájmu dítěte **nelze rozšiřovat** do světa. Navíc když kalifornských statusových následků by bylo možno u nás zásadně srovnatelně dosáhnout závazkově. Na cesty do Česka „čas od času“ by to snad stačilo.

Na celém případě je nejhorší to, že od samého kalifornského počátku je **dítě obětí** přinejmenším hrubé nedbalosti jeho práva a právního zájmu. Hledejme pak, jak z toho u nás právně ven... Falešné by ale bylo dělat z pachatelů „mučedníky“.

Lze si představit, že jiný senát Ústavního soudu by rozhodl úplně jinak.

(Původně vyšlo dne 28. července 2017 na odborném blogu *Zdravotnické právo a bioetika*, provozovaném *Ústavem státu a práva, v. v. i.*)

Na vyžádání redakce byl text zaslán 1. 8. 2017 se svolením k publikaci.

K tisku zařazen 31. 8. 2017.

Autor:

*Prof. JUDr. Ivo Telec, CSc., vedoucí katedry soukromého práva a civilního procesu Právnické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci, advokát v Brně.*



# KRÁTCE



## HONZÁK R.: CHYTŘEJŠÍ MOBIL PO RUCE = HLOUPĚJŠÍ MOZEK V HLAVĚ

Rozprášení chytrých telefonů nás uvedlo do éry neuvěřitelných kontaktů. Jejich majitelé mohou být kdykoliv spojeni s kýmkoliv, psát si s přáteli, z postele zjišťovat kvalitu počasí nejen doma, ale třeba v Grónsku, sledovat on-line povstání v Tramtárii, hrát na burze, fandit svému mužstvu, nakupovat, nebo lovit partnerky a partnery všech ekonomických a morálních kategorií.

Průměrný majitel takového přístroje na něj klepne nejméně pětaosmdesátkrát za den, včetně toho, že je to jeho první aktivita po probuzení a poslední před usnutím. Devadesát procent vlastníků bez svého telefonu nevyjde z domu, viz konečně nový výklad symbolu K+M+B jako připomínky staříkům, aby měli klíče, mobil a brejle.

Chytré telefony nabízejí rozšíření běžných možností, zvýšení produktivity,

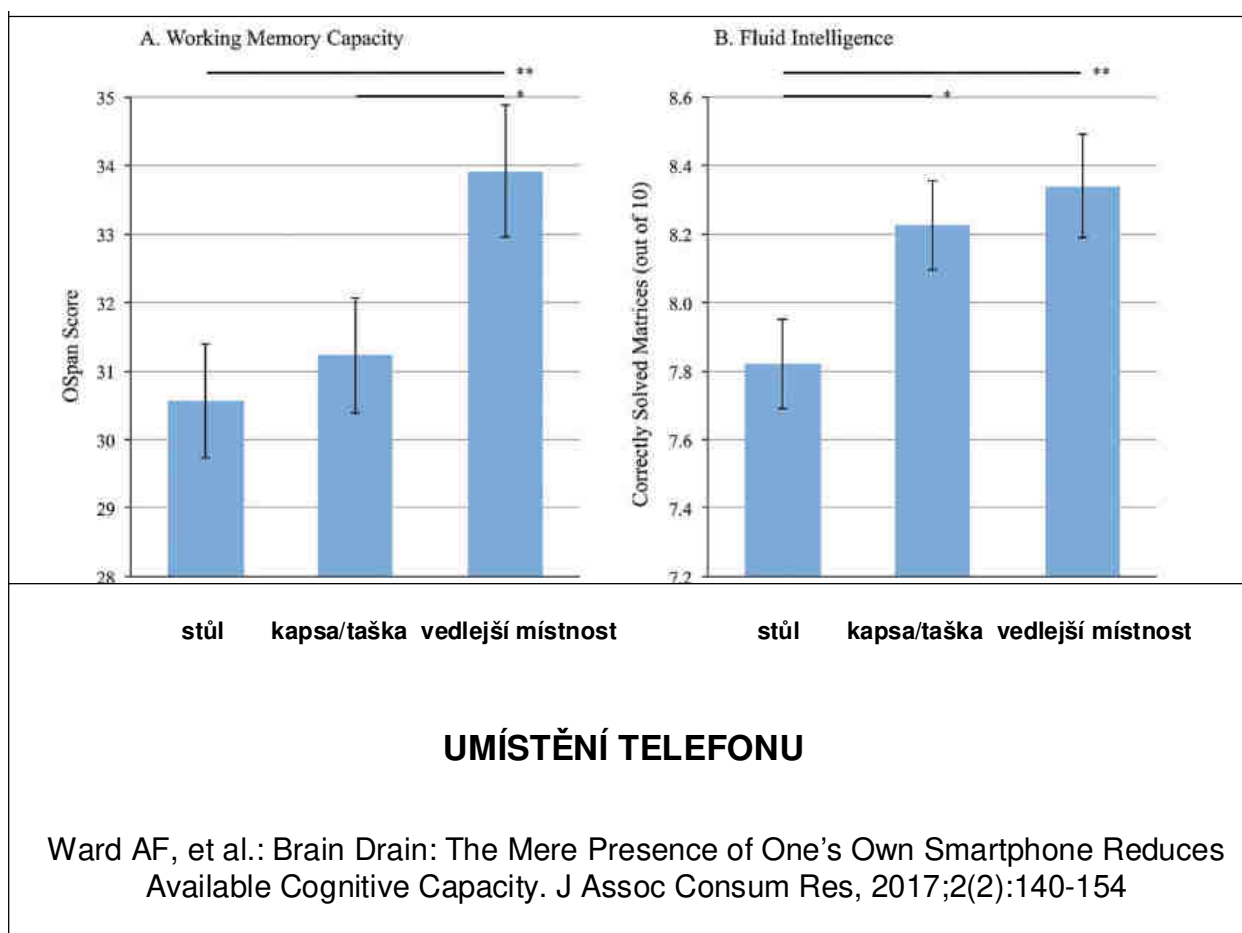
úsporu času, nechlubí se ale tím, co svým majitelům berou. Například schopnost rychlého rozhodování v běžných situacích a obchodníci jsou málo až vůbec nadšeni tím, že zákazníci lomcující telefony daleko méně věnují pozornost pestrosti vystaveného zboží.

Autoři excerpované studie se zaměřili nikoliv na funkční telefony, ale na to, co „dokážou“ i tehdy, jsou-li vypnuté. Vycházejí totiž z přesvědčení, že i vypnutý telefon představuje „brain-drain“ ve smyslu obsazení části mozkové kapacity, zhoršení pozornosti a v důsledku toho snížení kvality dalších kognitivních funkcí. Autoři rozlišují mezi zaměřením pozornosti a jejím cílovým nasazením (orientation vs. allocation) a v několika experimentálních situacích ukazují, že navzdory vědomé kontrole pozornosti je alterací její nevědomé složky konečný výkon snížen.



V experimentu byly použity dvě validizované metody: Ospan task, zjišťující rozsah operativní výkonnosti, a RSPM test (Ravenovy matice), měřící takzvanou fluidní inteligenci. Testy probíhaly v trojí možné úpravě: v prvním případě vypnutý mobil ležel na stole před jeho majitelem, ve druhém případě ho měl majitel v tašce nebo v kapse a ve třetím byl uložen ve vedlejší místnosti.

Výsledky jsou naprosto přesvědčivé a rozdíl mezi výkonem v první variantě a ve třetí je v obou použitých metodách vysoce významný. Na první části grafu jsou zachyceny výkony zachycené metodou Ospan ve stanoveném čase a na druhé počet zvládnutých Ravenových matic také ve stanoveném čase.



„Pozorovali jsme lineární trend, který potvrzoval, že čím blíž u sebe měl účastník svůj mobilní telefon, tím horší byl jeho výkon,“ řekl první autor studie Adrian Ward na tiskové konferenci. „Vědomě sice svému telefonu nevěnujete

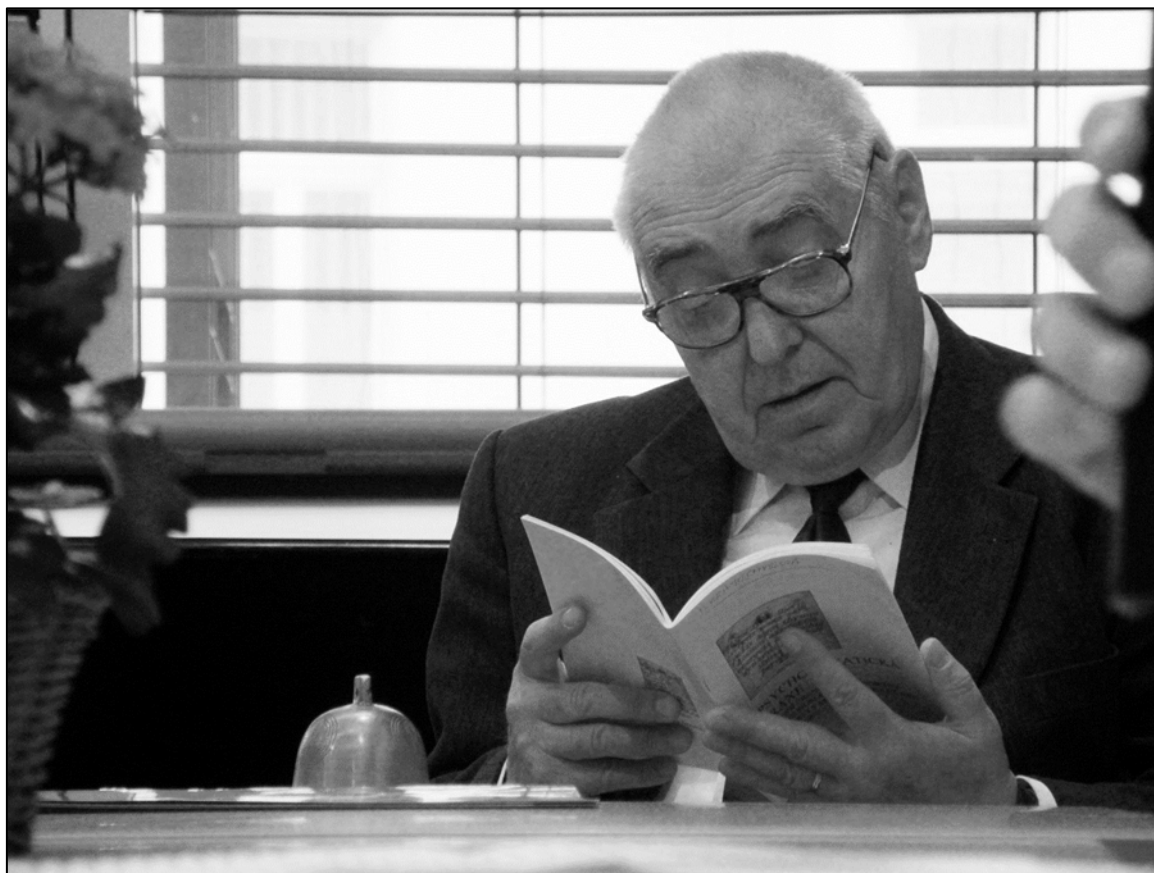
pozornost, ale část vaší nevědomé pozornosti je na něj upnuta, a tím je omezena její kapacita a snížen výkon. Je to doslova odliv mozkové kapacity – brain-drain“

Zdroj: Ward AF, et al.: Brain Drain: The Mere Presence of One's Own Smartphone Reduces Available Cognitive Capacity. J Assoc Consum Res, 2017;2(2):140-154





# RECENZE



## HONZÁK R.: KNIHY, KTERÉ MOHU DOPORUČIT

Alexandr Peškov, mladší generaci již neznámý, v encyklopediích však dosud dohledatelný jako Maxim Gorkij, pravil, že za všechno, co je v něm dobré, vděčí knize. A to netušil, jak dobrá kniha, kterou jsem napsal, se chystá. Bude se jme-

novat *Psychosomatická prvouka*, a když to všechno dobře vyjde, vyjde ještě letos. Do té doby je možné podívat se do knih, z nichž jsem ještě stačil něco opsat, nebo už nestačil, ale kdybych to byl stihl, byl bych z nich také opisoval.

*ABRAHAM H. MASLOW: NÁBOŽENSTVÍ, HODNOTY A VRCHOLNÉ ZÁŽITKY. HOLAR, BRNO, 2017*

Originál tohoto (dobře přeloženého) textu vyšel v roce 1964, zčásti jako reakce na beznaděj a vnitřní pustotu, kterou nabízel tehdy vrcholící existencialismus, kdy „i většina učenců a umělců se aktivně podílela na úpadku humanistických

hodnot“, zčásti jako syntéza poznatků o duchovních potřebách člověka a výsledek setkání s transpersonální psychologií a logoterapií. Maslow sám byl přesvědčený ateista a dalo mu určitou námahu vtěsnat nadpřirozené zážitky do



pozitivistického psychologického rámce, označuje je však za něco nezbytného, co všem současným formám „neteismu“ chybí.

Pro něj to jsou „vrcholné zážitky“, prožitky celku, lásky, ale také sebe-naplnění a odevzdání se, hold pravdě, spravedlnosti a dalším pozitivním hodnotám. Považuje je za fyziologické naplňování duchovních potřeb, jež v sobě skrývají jak přesah běžné existence, tak pocit jednoty s vyššími systémy, s vesmírem, zážitky, které byly v minulosti charakterizována jako vrcholné náboženské, extatické aj.

Jednou ze stěžejních kapitol je ta, která analyzuje hlavní důvody nepochopení celé problematiky spirituálního rozměru: chybí slovník. Pro celou spirituální oblast se nám nabízí pouze terminologie různých náboženství, a to většinu lidí odrazuje, protože prakticky s jakýmkoliv náboženstvím chápaným ve smyslu středověkého universalismu s následnou akcentací buď mysticismu, nebo ortodoxního legalismu, se neztotožňují a společný jazyk s obecnými potřebami zde neslouží, ale překáží a odrazuje. „Já sám jsem poněkud nesvůj a mohu říci nervózní ze sémantického zmatku,“ popisuje autor tuto skutečnost. (Na okraj této nejistoty bych rád upozornil, že Jiřina Šiklová ve svých živých vystoupeních a v knihách pojednávajících o konci života mluví o duchovních potřebách hezkým, zcela přirozeným jazykem). Jestliže zklamalo (už dříve) náboženství, zklamala na konci 20. století i věda. „Ortodoxní vědec 19. století (a takových je stále většina,

dodávám já) připadá sofistikovaným lidem jako žvatlající dítě jednoduše proto, že je tak domýšlivý, že si neuvědomuje, jak málo toho ví a jak omezené je vědecké poznání v porovnání s nesmírným neznámem.“ O potřebě hodnot ve vzdělávání je samostatná kapitola upozorňující na to, že teprve dodání hodnot ke znalostem a technologiím umožňuje cestu k plnému lidství.

Prožívání mimořádných zážitků vidí Maslow jako průvodní jevy tvůrčího procesu sebeaktualizace, který je protisměrný procesu regrese, naplněnému strachem a stagnací. Existují také „nevrcholové lidé“, jejichž zážitky nedosahují extrémní intenzity, přesto duchovní potřeby mají a naplňují je méně viditelným způsobem, ale i takoví, kteří je křečovitě popírají. Několik dodatků k hlavnímu textu pomáhá zmapovat přehledným způsobem celou tuto oblast.

Humanistické poselství a jádro textu vidím v této části autorovy předmluvy k vydání z roku 1970: „Ano, člověk je v jistém smyslu svým vlastním projektem a utváří sám sebe. Avšak současně existují limity, jak sám sebe utvářet. Projekt je všem lidem technologicky předurčen – totiž stát se člověkem. Muž si nemůže vzít za svůj projekt stát se šimpanzem. Nebo dokonce ženou. Nebo dítětem.“

Přidáme-li k tomuto odkazu ještě slavnou větu o kladivu z dalšího Maslowova díla, Psychologie vědy, která zní: ***Kdo má v ruce kladivo, má tendenci ve všem okolo sebe vidět hřebík***, máme teoretický návod, jak jít kupředu a nebýt jednostranní.



*JIRÍ JILÍK: ŽÍTKOVSKÉ ČAROVÁNÍ. PRAVDIVÝ PŘÍBĚH ŽÍTKOVSKÝCH BOHYNÍ. CPRESS, BRNO, 2013*

Zatímco pojem „doktor“ je odvozen z latinského doctus, tedy učený a učící, vychází prý pojem „lékař“ z keltského liah, což bylo označení pro šamana. Také prý řecký „iatros“ odtud vzal název. Medicína je stále čímsi mezi vědou a uměním, jak nás poučují práce věnované placebo efektu a její důležitá magická složka biomedicíně zcela uniká.

Měl jsem nedávno to štěstí, že jsem vyslechl vyprávění pamětníka, jednoho z bývalých sportovců a pacientů paní Mojžíšové, o rozkvětu její práce. Slavná Ludmila Mojžíšová, kterou vědecká medicína vzala na vědomí až v roce 1990, začínala jako fyzioterapeutka vrcholových sportovců a neplodné ženy se za ní tajně plížily do podkroví Tyršova domu mezi všechny poraněné a natažené atlety, od nichž odděleny jen závěsem z prostěradla vyslechly velmi nahlas – ona prý ani jinak nemluvila – pronášenou radu se závěrem: „To všecko tam utlačovalo vejcovody. Už je to uvolněný. A takovejch sraček do tebe nacpali... Ták, teď už jdi, cestou kup sedmičku vína a doma na to skočte a za šest neděl mi přijď říct, že jsi těhotná.“

Copak by asi provozovatelé IVF řekli, kdyby slyšeli návod žítkovské bohyně? *Kupce si máslo, lahněte si dolu bruhem a něch vás muž celú namascí. Potom si lehněte na chrbet a nech vás zas celú namascí. Potom veznice pagáček, večer si ho upečce z kúska režnej muky a ráno teho pagáčka si zeberce a dajce si ho do suchého hrnka. Do pagáčka potom*

*napichujce v hromadze dzevjac sirek a hlavičky mosja byc navrch. Keď vas budze muž mascic, ruky mosice mať za hlavú zaklíněné, rovno ležac natáhlá a hladná. Muž musí být šikovný, lebo musí sirky v hrnku zapálic a hrnek hnědz priklopic na brucho, aby hlavičky něhorely, ale hnědz sa zadusily. Hrnek mosice mac dve hodziny na bruchu a dve hodiny něsmjece rečnovat ani sa obráćic, něsmjece ani na ten bok ani na druhý ani na nikerý. Za ty dve hodziny hrnek nadzvihnúc, pod ten hrnek dat prst a vám to pomalúčky odpadně. Keby sce to chtěli odtrhnúc, aj dva dni by tam sedzel na bruchu. To ho ale parů mosice nadzvihnúc. Mosice si kúpíc muškátovú gulku, postrúhac ju, popražic na másle, do toho poháteček rumu a povaric. Toto vylijac do hrnečka s vodů a cukrom, a to zas povaric a potom ochladzice a vypijece po tých dvoch hodzinách. A mosice celý dzen ležac. 4trnáct dní něsmějece jesc od mjaso ani od múky, mosice to vydržac. Sviňské mjaso něsmiece jest rok a husje, kačacje, morčeje něsmiece jest nikdy a budzece zdravá. Poznal jsem nemálo žen, hledajících pomoc při neplodnosti a nakolik znám Jungovy myšlenky, věřím, že tohle může být účinný prostředek. Že byl, vyprávějí i příběhy v zajímavé, objektivní, nepřehánějící, nekritizující, kronikářsky pečlivě zaznamenávající publikaci mapující jeden z ostrůvků lidového léčitelství. Včetně odporu „tmářské“ církve i „osvícené“ vědy.*

*ERIC BERNE: SEX V LIDSKÉM MILOVÁNÍ. PORTÁL, PRAHA, 2017*

Téměř půlstoletí stará publikace vydaná v jiné době, v úplně jiných podmínkách, v éře vyhlášené posvátnosti manželství

a odsuzované nemravnosti mimomanželských vztahů v roce 1970 navíc v puritánské Americe, působí dnes u nás, kdy



v sexuální výchově dvanáctiletých najdeme pro zpestření i četné vulgarismy, poněkud anachronicky. Jako kdybych poučoval šestnáctiletého jinocha, jak to dělají motýli, nebo kdyby moje žena poučovala vnučky, že „ženy mají zástěru, aby zastíraly, co se odehrálo doma“.

Stává se tak průvodcem pro lidi, kteří se drží hodnot poloviny minulého století, kdy manželský slib sice mohl mít jepičí životnost, leč to bylo něco nepatřičného a nesprávného, tudíž vesměs tajeného. Pro dnešní dobu postfaktickou, kdy konzum, hédonismus a lež se stávají rozumem epochy, se tyto návody podobají mapě středních Čech z dob, kdy Klub českých turistů dosáhl první stovky svých členů. Protože jak dnes zní podmínka „non-deviantního“ styku: nepoužít pro vyvrcholení umělou pomůcku, například vibrátor?

Berne sám píše: „Otázka, kterou jsem měl v hlavě, zněla: Je možné udělat pět přednášek o sexu, aniž bych přitom opakoval všechny ty triviální, zbytečně seriózní a akrobatické fráze, případně statistiky, které omílá každý druhý? Doufám, že se mi to alespoň částečně povedlo.“ Moje poznámka k tomu zní: povedlo. Než se to dostalo k nám, doba poskočila. Otázkou zůstává, zda dopředu? Zda není na čase začít volat: Gimi det old time religion?

Hezký a užitečný je postřeh využívající majuskulí ke znázornění vzniku a vývoje manželství: AHIOSXYV.

**A** – manželství začalo kvůli nečekanému těhotenství nebo dohodě rodičů, brzy se

ale objevuje společné pouto a partneři spějí k jednotě.

**H** – manželství začíná stejně, chybí ale sblížení a jediné pouto, které je drží pohromadě, je dítě nebo peníze, nebo jiný zájem.

**I** – manželé jsou od počátku do konce „jedno tělo a jedna duše“.

**O** – v manželství se nic neděje, točí se stále v kruhu, dokud neskončí rozvodem nebo smrtí.

**S** – společná cesta manželů se klikatí a končí jinde, než chtěli. Protože se nechtějí rozejít, jsou vhodnými kandidáty psychoterapie.

**X** – začíná jako A, dostává se do okamžiků štěstí, v tom však nevydrží a cesty se rozcházejí.

**V** – nejprve jedna tělo a jedna duše, a pak nic.

**Y** – nějakou dobu společné zájmy, a pak se jeden nebo oba vydávají vlastní cestou.

Co se týká mezilidských vztahů (k nimž sex přichází jako jedna z rekvizit, sice nejpodstatnější, ale nakonec „jen“ rekvizita do některé z partnerských her), je zde přehledně podána teorie i praktické postupy transakční analýzy v ryzí podobě, bez všech přívlastků a doplňků (např. chybí ještě i Kahlerův dramatický trojúhelník) pokračovatelů a rozšiřovatelů původních axiomů.

Shrnutí: co se týká vztahů stále vynikající, co se týká sexu přece jen trochu anachronická příručka.





*PATRICIE S. CHURCHLANDOVÁ: MOZEK A VĚDOMÍ ANEB ROLE MOZKU PŘI UTVÁŘENÍ LIDSKÉ IDENTITY. DYBBUK, PRAHA, 2016*

Na rozdíl od většiny současných neurovědci i filosofů je autorka toho názoru, že vědomí je to, co vzniká výhradně v našem mozku a dostává se tak na redukcionistickou biologickou pozici při výkladu toho, jak spolu mozek a vědomí souvisí. Sama píše (s. 190): „Tento přístup se zaměřuje pouze na základní motivace a dispozice, které umožňují společenské chování, nikoliv na specifickou povahu norem přijatých nějakou skupinou“.

Mysl, jak se dnes říká duši, je podle autorky odvozena z elektrické a elektrochemické aktivity mozku, člověk je tak zkoumán a vědecky vysvětlován jako solitér. „Geny najednou dokázaly postavit mozek, který cítil bolest, když mláďata pískala strachy nebo vypadla z hnízda. A mláďata samozřejmě cítila bolest, když byla hladová, osamocená nebo podchlazená a vydávala úzkostlivé zvuky.“ Mně to nápadně připomíná Descartesův rozumný stroj. Nicméně nechme tu myšlenku dojít až k odpovědi na otázky, které z ní vyplývají: „Tento savčí mozek cítil potěšení, když byl spolu se svými dětmi, a děti naopak cítily radost, když se tulily k matce. Být spolu se jim líbilo, být jeden bez druhého v nich naopak vyvolávalo strast.“

Dobrá, ale proč se právě u savců vyvinula tato forma reprodukce? Co bylo tak výhodné na způsobu, jak žili první

savcům podobní plazi třídy Sauropsida? Proč to vedlo k této úplně nové strategii reprodukce? Odpověď má pravděpodobně souvislost se zdroji energie a s potravou. První sauropsidé, kteří byli dílem náhody teplokrevní, získali obrovskou výhodu: mohli lovit v noci, kdy se jejich studenokrevní konkurenti nedokázali dost rychle pohybovat.“ A tak se autorka doprovázená šťastnými náhodami dobírá až k nedefinovaným, a tak zcela nejasným evolučním tlakům, které vedou k tomu, zda se jedinec stará jen o sebe, nebo také o své příbuzné. K rozumnému stroji se občas přátelsky přiblíží deus ex machina a je vystaráno. Otázku, proč studenokrevní kamarádi stále přežívají, když je to evolučně tak nevýhodné, si neklade.

A tak se v závěru kapitoly o mozku morálky dozvíme, že „společenský život může být velmi sofistikovaný a často vyžaduje víc moudrý úsudek než slepé následování pravidel, jak si uvědomoval již Aristoteles a čínský filosof Mencius.“ Tedy nic nového (jen kanárek uhořel, jak říká stará lordská anekdota).

Shrnutí: dobrá učebnice v oblasti neurověd, filosoficky (přestože autorka je také filosofka) vypořádáno neověřitelnými hypotézami typu šťastných náhod, evolučních tlaků a vývojových mechanismů, ale svižně napsané a rozhodně přínosné. Jen drobet redukuje.

*MUDR. TOMÁŠ LEBENHART: BEZ PLÁŠTĚ. GRAFIA, PLZEŇ, 2013*

Autor, který se nechá vypsát z ČLK a současně si ostentativně na obálku své knihy uvede lékařský titul, je mi – nevím proč – nějak podezřelý. Nepochybně dělá s přesvědčením svou práci jako poradce

ve věcech zdraví, to se ale pohybuje na alternativních polích, kde se nevyznám, a nebudu tedy druhou část jeho knihy komentovat.





Zato ta první je skvělou ukázkou a popisem maléru zvaného závislost na zolpidemu, tedy na látce, o níž se předpokládá, že tolik závislostí, jako jiné molekuly působící na GABA receptor, nevyvolává. Těch šestatřicet stránek bych nechal vyvěsit do každé čekárny, aby lidé, kteří lomcují lékaři všech specializací s požadavkem na předpis „něčeho na spaní“, při čemž mají na mysli to jediné,

co je na trhu, věděli, do jakého chomoutu strkají hlavu.

K současným barnumským kouskům zaměřeným na spánek a na kšeft, to hlavně, odkazují na tento svůj text z doby zcela nedávné:

<http://blog.aktualne.cz/blogy/radkin-honzak.php?itemid=29092>

*SOCIÁLNÍ NEVĚDOMÍ U OSOB, SKUPIN A SPOLEČNOSTÍ. EDS: E. HOPPER A H. WEINBERG, IRENE PRESS, PRAHA, 2015 (1. A 2. DÍL)*

Sborník prací autorů z celého světa (včetně Jižní Ameriky) především analyticky zaměřených, snažících se postihnout skrytou problematiku malých i velkých sociálních skupin. Čtení to není lehké a jednoduché, zejména ve filosofických příspěvcích, kde se autoři odkazují na klasiky, na něž běžný český terapeut většinou nedosáhl.

Kdo z nás má nastudovaného – věčně zmiňovaného – Sigmunda Henriho Foulkese, jehož skupinová dynamika nás ve výcviku štvála jak máloco jiného? Dodnes na to pamatuju! A pranic mi to neulehčila skutečnost, že Foulkes upustil od pojmu „sociální mysl“ a nahradil ji pojmem „matrix“.

Jak píše Helena Klímová – hybatelka českého vydání – v úvodu: „Pátrání po nevědomých silách a motivacích jedince i společenství bývá výsledným krokem při hledání pravdy; touha po pravdivém slově a životě v pravdě motivuje jedince i společenská hnutí – je to hluboká touha povahy spirituální. Současně se poznání a vyslovení pravdy může jevit jako ohrožující a zápas mezi oběma motivacemi naplňuje a utváří životní běhy jedinců i generací.“

Od úvodních příspěvků se dostáváme k pojmu MYSL ve zcela jiném, mnohem

širším významu, než jak ji viděla shora citovaná Churchlandová, dokonce v širším pojetí, než jak se můžeme dočíst u neurovědčů typu Dana Siegela nebo Andy Clarka. Líbí se mi celkem srozumitelné zjednodušující vysvětlení, že lidé a společnost jsou jen dvěma stranami jedné mince. Lidé společenství vytvářejí a zároveň je reprezentují.

Pro mne jako pro čtenáře a zvědavého člověka bylo celkem nezajímavé omlouvání Foulkese, že nezradil psychoanalýzu, když považoval sociální pud za základní, protože tím nesnižoval význam ani sexuálního pudu, ani agrese. Podstatné se mi jevilo, že sociální nevědomí pro něj bylo cosi jako „intuice“. Zajímavější pro mě byla kapitola o spolunevědomí v Morenově psychodramatu, protože jeho prvky stále používám a kouzelné aha-momenty při vyluštění inscenací klasických pohádek nám všem dává nahlédnout pod automatismy některých našich činů. Kapitola o latinskoamerické tradici pro mě byla spíš kulturní informací o jedné kapitole tamní historie a historie tanga.

Naplnlo jsem se začal chytat až u neurobiologicky orientovaných textů, v nichž „nos“ = my je podloženo existencí zrcadlových buněk zajišťujících empatii. Kontrast, k již zmíněné Churchlandové,



představuje tahle Pinesova věta (s. 84): „Existuje názor, že žít ve velké skupině vyžaduje velký mozek a vyvinutí velkého mozku pochází z členství ve velké skupině; vědomí je ve skutečnosti výsledkem „nos“, které společně vytváříme i rozvíjíme... anglické slovo *consciousness* (vědomí) pochází z latinského „con-scio“, společně vědět.“

Další myšlenka, nalezená v kapitole o skupinové myslí a psychoterapii navíc nasvícené poznatky neurověd, nás posunuje o krok dál: „Mysl, definovaná jako s tělem spjatý vztahový proces, který reguluje tok energie a informací (Siegel), je charakteristikou každého živého lidského systému. Tento proces, vycházející z izomorfie, bude fungovat ve všech systémových rovinách v hierarchii. Skupinovou mysl tedy chápeme jako vzájemně závislé procesy uvnitř osoby, člena, podskupiny a slupiny jako celku a mezi nimi, které regulují energie a informace v systému psychoterapeutické skupiny.“

Vztahové a interpersonální hledisko do toho zanáší další proměnné, a to pohled na jedince jako na „osobu ve vztahu“. Tato skutečnost je dokládána a reprezentována slavným výrokiem „Kojenec neexistuje!“, týkajícím se faktu, že bez matky je neschopný života. Jedinec tak vystupuje ve dvojí roli: jednak je závislý na společnosti, jednak má moc nad druhými.

Další kapitola je sice ryze psychoanalytického zaměření, nabídnuté metafory

Do redakce přišlo 26. 6. 2017  
K tisku zařazeno 31. 8. 2017

však může použít kdokoliv: freudovské nevědomí bydlí v pomyslném domě hluboko ve sklepech, aktuální vědomí v pokojích a k nim aktuální nevědomí v suterénu a předreflexivní nevědomí v plánu budovy a z něj vyplývajících „cihel a dříví, které zůstalo ležet stranou nepoužité“. To je docela slušný nepořádek.

Kapitola Heleny Klímové, která navazuje, nese název Falešné my – falešné kolektivní self a anamnézu dvou totalitních systémů, které poznamenaly tuto společnost. A s ní riziko přenosu traumat a chybných schémat do dalších generací a jejich opakování. K tomu Mark Twain kdysi poznamenal, že historie se neopakuje, ale dějiny se mohou rýmovat. Klinická zkušenost s transgenerační traumatizací dává těmto neveselým úvahám punc pravděpodobnosti, a je tedy na místě otázka, co s tím.

A tak jsem si pro povzbuzení z historie zopakoval Vahalovu knihu **I nám vládli nemocní**, Lesného **Zprávy o nemocech mocných** a stati Miloše Vojtěchovského o našich prezidentech. Poučné čtení završené **Hovory k sobě**, v nichž Marcus Aurelius vzkazuje: Nikdo nežije jiný život než ten, který právě ztrácí, a nikdo neztrácí jiný život než ten, který právě žije. Minulost ani přítomnost nám nenáleží. Protože neuměl anglicky, neříkal tomu „mindfulness“. Kdyby uměl, kdo ví...



## HONZÁK R.: KNIHA DANIELA J. SIEGELA MIND

Poslání celé publikace je asi v této autorově větě: *The mind is a verb we all share, not a noun that we only individually own.*

Od nepaměti diskutovaný problém vztahu těla a psychiky, citovaný v literatuře jako „body-mind“, se do češtiny většinou překládá jako „tělesné bytí a vědomí“, což není překlad nejšťastnější, protože pojem vědomí (consciousness) má pak úplně jiný a velmi specifický význam v klinice i výzkumu. Bude asi vhodné více ukotvit v povědomí doslovný překlad „mind“ ve smyslu MYSLI. Jedním z předních badatelů v této oblasti je americký psychiatr Siegel, jehož nová kniha MIND je předmětem recenze.

Daniel J. Siegel je původně dětský, dorostový psychiatr stejně jako psychiatr pro dospělé, působí v UCLA v Centru pro kulturu, mozek a vývoj a současně je zakladatelem a vedoucím Výzkumného centra pro vyspělé vědomí. Centrem jeho zájmu je koncept „mindfulness“, který významově odpovídá plnému uvědomění komplexního prožitku bytí teď a tady.

V psychiatrii a psychosomatice je zajímavou osobností, hájící podle svého přesvědčení monistický (tedy nikoliv dualistický ve smyslu tělo a duše) přístup vycházející z teorie systémů. Jako klinický pracovník se věnuje především otázkám výchovy dítěte a jedna z jeho stěžejních publikací (napsaná se spoluautorkou Payne-ovou) byla do češtiny přeložena jako **Klidná výchova k disciplíně**.

Text knihy MIND je zajímavou koláží teoretických úvah a živých příkladů na téma lidské mysli, která není pouze produktem jedincova mozku nebo těla, ale také výsledkem sociálních energií,

přičemž každá její kvalita, jak vnější, tak vztahová, má subjektivní charakter. Přesto tohle subjektivní vědomí dokáže působit objektivně jako energie/síla, vyvolávající tělesné účinky. To vše je dokládáno vědeckými poznatky z oblasti biologie, fyziologie, psychologie i psychiatrie (včetně například zcela čerstvých prací týkajících se vlivu stresu na střevní mikrobiom z roku 2016) a kombinuje se s řadou autobiografických příběhů, které dodávají některým akademickým pravdám osobní autenticitu a věrohodnost.

Podle autorova názoru je mysl zásadním způsobem odvislá od energetického a informačního toku, rozšiřuje se však i přes hranice našeho těla do procesu, který nějak souvisí s mezilidskými vztahy. Mysl je tak jednak tělesně, jednak vztahově zakotvený děj. Není to tak, že by naše mysl byla v kontaktu s jinými, ale že stejně jako se vynořuje z energetických toků mezi neurony, vynořuje se z podobně energetických a informačních toků mezi lidmi. Jako vyšší kvalita se vyznačuje schopností sebeorganizace. V kritických situacích hrozí chaos nebo rigidita a cestou z tohoto rizika je integrace, na niž je uveden i konkrétní návod.

Navzdory neortodoxnímu členění a místy až surrealistické mixtuře velmi intimních subjektivních prožitků, vědeckých poznatků, teoretických úvah a filosofických spekulací (což bylo důvodem nakladatelských odmítání některých předchozích autorových publikací) se text čte velmi dobře. Potíže nedělá ani určitá dobře plánovaná „pedagogická důslednost“,



s níž autor opakuje téměř doslova některé krátké pasáže, které tak mají šanci se do mysli čtenáře lépe vtisknout a připravit ji pro přijetí dalších faktů či hypotéz. Hezká jsou i trefná přirovnání (například: integrace se podobá spíše salátu, než slitině apod.).

To je podle mého soudu velice užitečné, protože navzdory skutečnosti, že od moderních objevů fyziky uplynulo už více než sto let, žijeme stále všichni v newtonském světě a pravdy ze světa kvantové fyziky se nám jeví jako šokující

až fantasmagorické. A tak zatímco **tělo** můžeme newtonskými prostředky a pozitivistickými metodami myšlenkově zvládnout, **mysl** se takto vybavenému poznání vzpírá. Dávkování těchto pravd po malých lžičkách je tedy nezbytné.

Nepochybují o tom, že kniha zde najde dostatek čtenářů, protože nepochybně stojí za čtení.

V Praze 12. 6. 2016

*- These subjective sensations are real, even if they can't be detected by someone outside ourselves.*

*- Self-organization, integration, and subjectivity are fundamental to mind.*

Kniha vyjde v nakladatelství Vyšehrad  
Do redakce přišlo na vyžádání 7. 7. 2017  
K tisku zařazeno 31. 8. 2017



# AKCE

## 17. KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V LIBERCI



### DOSPĚLÝ A DĚTSKÝ PACIENT V PSYCHOSOMATICE

1.- 3. února 2018 | Technická univerzita v Liberci

Hlavní důraz příspěvků bude soustředěn na **bio-psycho-sociálních aspekty** v různých klinických oborech a na spolupráci medicínských a humanitních oborů při péči o psychosomatické pacienty.



Psychosomatická medicína v ordinaci všeobecného praktického lékaře a pediatra.



Psychosomatika v rukou fyzioterapeuta.



Psychosomatika v psychoterapii.



Psychosomatický přístup v sociálních oblastech.

#### Registrační poplatky (RP):

	do 30.10.2017	od 31.10.2017
RP celá akce	1 600 Kč	2 000 Kč
RP 1 den	600 Kč	700 Kč
Student*** (mimo TUL)	800 Kč	1 200 Kč
Vyzvání přednášející*, členové org. výboru, výbor SPM, studenti TUL**	0 Kč	0 Kč

\* platí pro prvního přednášejícího

\*\* po předložení indexu, s výjimkou večerního rautu

\*\*\* do 26 let, při prezenzi předložit potvrzení o studiu, průkaz studenta nebo ISIC kartu

Registrační poplatek zahrnuje:

- vstup na odborný program
- občerstvení v době kávových přestávek
- vstup na raut s koncertem
- konferenční materiály
- potvrzení o účasti

Konference je pořádána bez účasti farmaceutických firem!

REGISTRACE ONLINE: <https://www.psychosomatika-cls.cz> | sekce **KONFERENCE**





## DALŠÍ AKCE GARANTOVANÉ SPOLEČNOSTÍ PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY ČLS

(více na [www.psychosomatika-cls.cz](http://www.psychosomatika-cls.cz)):

- [Komplexní přístup ve fyzioterapii a rehabilitaci mimořádně!](#) - 03/10/2017 - 05/10/2017 - Celý den
- [Psychosomatika v Pediatrii](#) - 12/10/2017 - 16:00 - 18:00
- [Kurz OPD II](#) - 13/10/2017 - 14/10/2017 - Celý den
- [Nástroje v psychosomatice \(lékaře, psychologa, fyzioterapeuta\)](#) - 13/10/2017 - 14:00 - 17:00
- [Jak zacházet s psychosomatickým pacientem v ordinaci somatického lékaře](#) - 02/11/2017 - 16:00 - 18:00
- [Léčba psychosomatického pacienta – možnosti a limity](#) - 30/11/2017 - 16:00 - 18:00
- [Kurz OPD II](#) - 08/12/2017 - 09/12/2017 - Celý den
- [Kurz OPD II](#) - 15/12/2017 - 16/12/2017 - Celý den

## OTEVÍRAJÍ SE NOVÁ PRACOVIŠTĚ:

### PSYCHOSOMATICKÉ CENTRUM PRAHA

Na Hutmance 441/16

Praha 5

[www.pscpraha.cz](http://www.pscpraha.cz)

#### TÝM



MUDr. Daniela ŠROUBKOVÁ

PSYCHIATRIE, PSYCHOTERAPIE  
SROUBKOVA@PSCPRAHA.CZ



MUDr. Michaela ROČŇOVÁ

PRAKTICKÝ LÉKAŘ,  
PSYCHOSOMATIKA  
ROCNOVA@PSCPRAHA.CZ

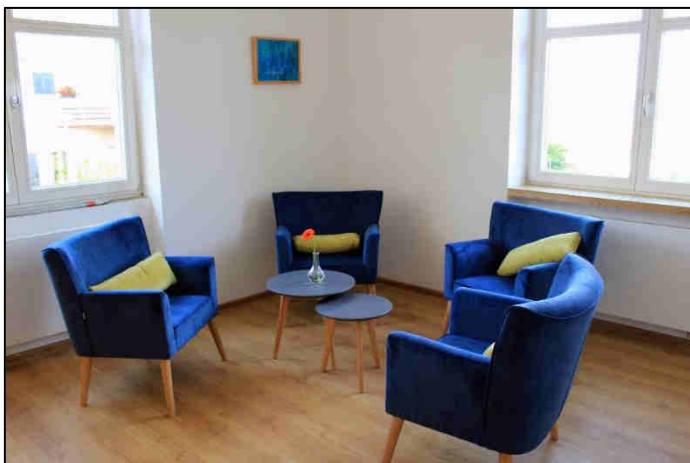


PhDr. Andrea KALINOVÁ

KLINICKÝ PSYCHOLOG  
KALINOVA@PSCPRAHA.CZ







1 Tým Psychosomatického centra praha



## NABÍDKY

### PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA ŠTERNBERK HLEDÁ

*lékaře se specializací v oboru vnitřní lékařství, rehabilitace, neurologie – zájem o psychosomatickou integraci vítán*

#### *Nabízíme:*

1. spolupráci s psychosomatickým oddělením (jediným svého druhu v ČR)
2. profesní růst,
3. dovolená navíc,
4. příspěvek na penzijní připojištění, rekreaci a dětské pobyty, rekondiční masáže
5. příspěvek na stravování,
6. **možnost přidělení bytu a další zaměstnanecké benefity**

#### *Požadavky:*

- A. VŠ vzdělání lékařského směru,
- B. zájem o práci v oboru,
- C. zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb. v pl. zn.,
- D. uživatelská znalost práce na PC.
- E. platové podmínky v souladu s platovými předpisy pro státní příspěvkové organizace

***Termín nástupu:*** dle dohody

***Platové rozmezí:*** 27.500,- až 55.000,- Kč nástupní plat

***Místo výkonu práce:*** Psychiatrická léčebna Šternberk, Olomoucká 173, Šternberk

***Pracovní poměr:*** Hlavní pracovní poměr, doba neurčitá

#### ***Náležitosti žádosti:***

- motivační dopis
- strukturovaný životopis
- kopie dokladu o nejvyšším dosaženém vzdělání
- souhlas s nakládáním s poskytnutými osobními údaji ve smyslu zákona č.101/2000Sb., o ochraně osobních údajů

**Vaši žádost zasílejte** na adresu: Psychiatrická léčebna Šternberk, Bc. Eva Buchtová, personální oddělení, Olomoucká 1848/173, 785 01 Šternberk nebo na e-mail: [buchtova@plstbk.cz](mailto:buchtova@plstbk.cz). Bližší informace na telefonu 585 085 475.



# LITERÁRNÍ KOUTEK



## KOMPLEXNÍ PÉČE O PACIENTA DLE BN

„Studánko, studánko, dej mi krůpěj vody mému kohoutkovi; on se na kopečku dáví, zdvíná vzhůru nohy.“

Studánka odpoví: „Vody tobě nedám, až mně přineseš s lípy lísteček.“

Slepíčka lípě dí: „Lípo, lípo, dej lístek studánce, studánka dá vody mému kohoutkovi.“

Lípa slípce praví: „Nedám ti lísteček, až mi od švadleny přineseš šáteček.“

Slípka běží, švadlenu prosí: „Švadleno, švadleno, dej lípě šáteček, ona dá lísteček, studánka vodičky.“

Švadlena opět dí: „Nedám ti šáteček, až přineseš hedvábí od královny Sáby.“

Slepíčka běží k Sábě, žádá: „Králičko, Sabičko, dej mi hedvábíčko, ať je dám švadleně, švadlena šáteček, lípa lísteček, studánka vodičky.“

Králička slípce praví: „Nedám hedvábíčko, až mi dáš od ševce překrásné střevíce.“

Slípka běží k ševci, praví: „Ševče, ševče, dej této králičce překrásné střevíce; ona dá mi hedvábíčko, hedvábí – šáteček, šáteček – lísteček, lísteček studánce a studánka dá vody.“





Švec slípce odpoví: „Nedám ti střevíce, pokud nepřineseš štětiny od svině.“

Slípka běží, prosí: „Svině, svině, dej ševci štětiny, on mi dá střevíce, dám je té králičce, králička dá hedvábí, švadlena šáteček, lípa lísteček, studánka vodičky.“

Svině slípce dí: „Nedám ti štětiny, až mi dáš od mlatců vydrolené zrní.“

Slípka běží, prosí: „Mlatci, mlatci, udělte mi zrní, ať dám této svině, ona dá štětiny, švec dá střevíce, střevíce králičce, králička hedvábí, švadlena šáteček, lípa lísteček, studánka vodičky.“

Mlatci slípce praví: „My nedáme zrní, až nám od šafářky přineseš smetany.“

Slípka běží k šafářce, žádá: „Šafářko, šafářko, dej mlatcům smetany, oni dají zrní, zrní dáme svině, svině dá štětiny, štětiny střevíce, střevíce králičce, králička hedvábí. Hedvábí šáteček, šáteček lísteček, lísteček studánce a studánka dá vody – vody kohoutkovi, který zdvíhá nohy.“

Šafářka slípce praví: „Nedám ti smetany, až z pole přineseš velkou plachtu trávy.“

Než to všechno slepička sběhala a snesla a nazpět k ubohému kohoutkovi od studánky drobet vody přinesla, našla jej již mrtvého.

*Božena Němcová: Národní báchorky a pověsti, svazek druhý, Státní nakladatelství krásné literatury, hudby a umění, Praha 1956 (vydání druhé)*



*POKYNY PRO AUTORY*

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

**Délka příspěvků:**

Pro rubriky Praxe, Teorie a Výzkum přijímáme texty do maximálního rozsahu 20 normostran (tj. 26 000 znaků včetně mezer); zaslat lze samozřejmě i texty kratší.

Do max. rozsahu je zahrnut i abstrakt ve dvou jazycích a literatura.

Pro rubriky Z pošty, Politika a koncepce, Akce přijmeme rádi texty do maximálního rozsahu 10 normostran (13 000 znaků) a samozřejmě kratší.

Recenze knih budiž do rozsahu 5 normostran (7500 znaků).

**Nezbytné položky:**

Název v češtině (resp. slovenštině) a název v anglickém jazyce

Klíčová slova v češtině (3–5) a *key words* v angličtině

Abstrakt (souhrn práce v rozsahu 10–15 řádků), a to v češtině i angličtině

Literatura

Informace o autorovi v rozsahu 10 řádků

Ke jménu autora uveďte vždy pracoviště a kontakt na autora, který bude uveřejněn.

Kromě recenzí a krátkých zpráv jsou příspěvky recenzovány.

**Recenzní řízení:**

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

**Pokyny k formální stránce textů:**

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



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

### **Pokyny pro citování:**

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

### **Příklady citací v textu:**

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

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

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

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

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

