

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: chvala@sktlib.cz

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

MUDr. David Skorunka, Ph.D.

PhDr. Ludmila Trapková

Mgr. Pavla Loucká

Paní Radka Menclová

Adresa:

www.psychosom.cz

SKT Liberec

Jáchymovská 385

460 10 Liberec 10

Tel.: +420 485 151 398

Cena jednoho čísla 150 Kč, roční
předplatné 500 Kč, objednávky na adrese
redakce. Plné texty, archiv na
www.psychosom.cz

Uzávěrka čísla 1/2018 dne 28. 2. 2018, recenzní řízení bylo uzavřeno 15. 2. 2018

Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih a diskusních příspěvků. Foto, grafická úprava V. Chvála. V tomto čísle také fotografie Šimona Pikouse, a Veroniky Madler. The articles are peer-reviewed. Pro redakční zpracování používáme Word, zpracování fotografií v Zoner Photo Studio. Internetová verze na otevřené platformě Joomla. Zdarma dostupná na adrese www.psychosom.cz. Autor stránek Design Point, s.r.o. www.dpoint.cz

ISSN 2336-7741 (Print)

ISSN 1214-6102 (Online)

MK ČR E 187 84, registrace ERIH PLUS

© 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. LNK archivuje všechna čísla na adrese <http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABAO08/84989>

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:

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
Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Ph.D. 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
MUDr. Jiří Šavlík, CSc., Hnízdo zdraví, Praha
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
Prof. MUDr. Jozef Hašto, Ph.D., Psychiatrická klinika FN, Trenčín, Slovenská republika
Prof. PhDr. Anna Hogenová, Ph.D., PF UK Praha, PVŠPS Praha
Prof. RNDr. Stanislav Komárek, Ph.D., katedra filosofie a dějin přírodních věd PřF UK
PhDr. Eva Křížová, Ph.D., Univerzita Karlova v Praze, 2. LF a ETF
PhDr. Jiří Libra, Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
Prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
MUDr. Jiří Podlipný, Ph.D. Psychiatrická klinika LF UK, Plzeň
PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Ph.D., Th.D., FPH a Ped. TU Liberec
Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Ph.D., Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
MUDr. Alena Procházková-Večeřová, psychiatrická ambulance Gyncare, Praha
Doc. PhDr. Daniela Stackedová, Ph.D., VŠTVS Palestra Praha
PhDr. Ingrid Strobachová, Ph.D. Ústav lék. etiky a humanitních zákl. medicíny 2. LF UK Praha
Mgr. et Mgr. Marek Vácha, Ph.D., 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, Ph.D. Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze

OBSAH

<i>Chvála V.: V době postkonferenční.....</i>	4
Pro praxi	6
<i>Lenka Slámová: Paní Z. ovládá nepříjemný netvor – panika.....</i>	6
Teorie	22
<i>Daniela Stackeová, Michaela Böhmová: Psychologické aspekty přítomnosti otců u porodu</i>	22
Filosofie	42
<i>Michal Podzimek: Holistický přístup k pacientovi skrze theonomii</i>	42
Etika.....	54
<i>David Skorunka: O etice a jiných běsech</i>	54
Diskuse	64
<i>Olga Kunertová: Opožděný příspěvek k diskusi o psychosomatice</i>	64
<i>Ondřej Masner: Vývoj Společnosti pro psychosomatickou medicínu ČLS JEP.....</i>	66
Recenze	69
<i>Radkin Honzák: Úvaha nad knihou</i>	69
<i>Vladislav Chvála: Nad knihou Evy Křížové Zdraví kultura společnost.....</i>	73
<i>Radkin Honzák: Fenomén zvaný Hnízdil a psychosomatika</i>	76
<i>Daniela Stackeová: Jiný pohled na fenomén osobnosti v psychosomatice</i>	77
Společenská rubrika.....	79
<i>R. Honzák: Louis Pasteur (1822–1895).....</i>	79
Z konferencí.....	82
<i>Střípky ze 17.konference psychosomatické medicíny v Liberci.....</i>	82
<i>Cena Jana Poněšického</i>	83
<i>Tisková zpráva po konferenci.....</i>	84
Vychází	85
<i>Vydavatelství F nabízí:.....</i>	88
Literární koutek	93
<i>G. K. Chesterton: Omezení inteligentních myšlenek.....</i>	93



EDITORIAL



1 Š.PIKOUS: SPOLEČNÁ FOTOGRAFIE ÚČASTNÍKŮ 17.KONFERENCE V LIBERCI

CHVÁLA V.: V DOBĚ POSTKONFERENCE

Sedmnáctou konferenci psychosomatické medicíny v Liberci máme za sebou, jednáme o tom, zda ta příští bude už konferencí Evropské asociace psychosomatické medicíny (EAPM) v Praze r. 2020. Obávali jsme se, zda se podaří vytvořit dobrou atmosféru při mnohem větším počtu účastníků už teď. A podařilo se. Zda se to může podařit v angličtině a pod taktovkou profesionální firmy, je otázka. Proč nám tak záleží na atmosféře? Protože jsme přesvědčeni, že v přátelské a laskavé atmosféře se lépe snášejí rozdíly mezi účastníky. Víme, že se v takovém prostředí aktivují docela jiné okruhy v mozku než v situaci boje a ohrožení. V takovém stavu mnohem

lépe přijímáme odlišné názory. A že jich v naší psychosomatické obci je dost!

PSYCHOSOM chce být platformou pro všechny hlasy, které mají být slyšet. Nejen ty, které vyhovují metodologii EBM (profesor práva JUDr. Telec říká „EBM ideologii“), ale i všechny ostatní, které jsou pro psychosomatické pacienty užitečné a udržitelné v rukou lékaře. K tomu máme ještě dost práce před sebou. Kdyby přeci jen z té atmosféry našich konferencí něco zůstalo i v mezidobí, určitě by se nadšení účastníků časem projevilo v šíření bio-psychosociálního pojetí medicíny do jednotlivých lékařských oborů, jako se to už děje v kožním lékařství, ve všeobecném



praktickém lékařství a nyní i mezi pediatri. Na konferenci zazněly i kritické hlasy k vývoji Společnosti psychosomatické medicíny ČLS, některé z nich najdete v oddílu Diskuse v tomto prvním čísle roku 2018. Někteří kolegové se domnívají, že česká psychosomatická scéna je moc „psychologizovaná“, zkrátka že se na ní vyskytuje příliš mnoho psychoterapeutů. To nejsou jen kliničtí psychologové, ti mají své místo v medicíně, ne moc velké, ale jasně definované. Před časem se nám podařilo prosadit, aby i lékaři somatických oborů, nejen psychiatři, mohli absolvovat psychoterapeutický výcvik. Ne proto, aby se stali nutně psychoterapeuty, ale aby se skrze sebezkušenost proměnili a více porozuměli psychosociálním okolnostem stonání u svých pacientů. Dnes je z toho trochu zmatek, že někdy nemusí být jasné, co je lékařská psychosomatika a co je psychoterapie. V žádném případě to není totéž. Ale hlavní důvod, proč mezi psychosomatiky je dnes tolik psychoterapeutů, lze spatřovat v tom, že zatím nebyly přijaty kódy psychosomatické medicíny. To v zařízeních, kde lze účtovat léčbu pojišťovně, nutně favo-rizuje zdravotníky, kteří jsou psycho-terapeuty a mohou proto práci s pacientem účtovat pojišťovně jako psychoterapii. Tam, kde pacienti musí hradit léčbu sami, bude i více takových technik, které nemají s psychoterapeutickou reflexí mnoho společného. To může být také důvodem, proč o své práci podávají svědectví spíše psychoterapeuticky orientovaní lékaři než jiní kolegové, i když z hlediska prospěchu u svých psychosomatických pacientů jim nelze nic vytknout.

Nemělo by nás proto zmást, že toto číslo otvíráme prací psychologky PhDr. Lenky Slámové, studentky doktorského studia. Nejde ani o čistě psychosomatický

případ, její pacientka trpí panickými atakami. To je problém, který často spojuje odborníky různých oborů. Somatické lékaře, psychiatry, psychology, psychoterapeuty, ale i fyzioterapeuty. Podívejme se, jaké možnosti v léčbě těchto případů má klinický psycholog. I když víme, že jako lékaři takový prostor pro práci s pacientem asi mít nebudeme.

Typické pro psychosomatiku je, že se často zabývá otázkami, které si běžně lékaři ani nekladou. Například jak je to s otci u porodu. Porodníci si už dávno poradili bez nich, personál porodních sálů si pak na ně začal zvykat, a teď je možná čas se podívat, k čemu je to dobré a k čemu zlé. A protože si otázku položí spíše psychologové nebo studenti humanitních oborů, máme tady z pera doc. PhDr. Daniely Stackeové, PhD, a její studentky Michaely Böhmové přehled názorů na tuto problematiku v oddíle Teorie.

Jednou z nejzajímavějších přednášek na letošní konferenci bylo vystoupení pana PaedDr. ICLic. Michala Podzimka, Th.D., Ph.D. na téma holistického přístupu k pacientovi. Přinesl pojem *theonomie*. Určitě stojí za čtení i když je zařazen v oddíle Filosofie. Celá přednáška je, jako většina ostatních z hlavního sálu, díky panu Jiřímu Václavkovi uveřejněna na webu konference ve výborném zvukovém záznamu (www.psychosomatika-cls.cz).

Jako vždy přinášíme pár recenzí na zajímavé knihy a jsme si vědomi toho, že naše práce na tomto poli není nijak soustavná. Už by se měl najít někdo další, kdo bude psát recenze, až Radkin nebude moci.

V Liberci 22. 2. 2018



PRO PRAXI



2 V. CHVÁLA: Š. PIKOUS PŘI FOTOGRAFOVÁNÍ SKUPINY ÚČASTNÍKŮ 17. KONFERENCE

LENKA SLÁMOVÁ: PANÍ Z. OVLÁDÁ NEPŘÍJEMNÝ NETVOR – PANIKA

Účinné kognitivně behaviorální postupy při léčbě pacientky s panickou poruchou

SOUHRN: LENKA SLÁMOVÁ: PANÍ Z. OVLÁDÁ NEPŘÍJEMNÝ NETVOR – PANIKA. ÚČINNÉ KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ POSTUPY PŘI LÉČBĚ PACIENTKY S PANICKOU PORUCHOU. PSYCHOSOM 2018; 16(1) s. 6-22. Pacientka Zdenka (44 let), v anamnéze úzkostné situace v dětství, traumatizující zážitky jako smrt bývalého manžela, dceřiny opakované suicidální (sebevražedné) pokusy, následně její problematické těhotenství. V Psychiatrické nemocnici v Kroměříži byla podruhé, první vybrané oddělení bylo méně vhodné pro její obtíže. Druhý pobyt na psychoterapeutickém oddělení vnímá pozitivně. Pacientka podepsala informovaný souhlas s vytvořením kazuistiky. V rámci 6týdenního pobytu podstupovala individuální psychoterapii s aplikací účinných kognitivně behaviorálních postupů. Největší pocit kontroly získala vlivem nácviku interoceptivní expoziční léčby a relaxačními technikami.

KLÍČOVÁ SLOVA: KBT – panická porucha – expoziční léčba – relaxační psychoterapie – nácvik řešení problémů

SUMMARY: SLÁMOVÁ L.: MRS Z. IS RULED BY AN UNPLEASANT MONSTER – THE PANIC EFFECTIVE COGNITIVE-BEHAVIOURAL TECHNIQUES FOR TREATING A PATIENT WITH A PANIC DISORDER. PSYCHOSOM 2018; 16(1), pp. : 6-22



The patient Zdenka (44 years old), in anamnesis anxiety situations in her childhood, traumatizing experience such as a death of her ex-husband, repeated suicidal attempts of her daughter, subsequently her complicated pregnancy. She was in the psychiatric hospital in Kromeriz for the second time. The first chosen department was not much suitable for her difficulties. She perceives her second stay in the psychotherapist department positively. The patient signed a written consent with her case history. During the six-month stay she went through individual psychotherapy with application of effective cognitive – behavioural techniques. The biggest feeling of control she found thanks to a training of interceptive expositional treatment and relaxing techniques.

KEY WORDS: CBT – panic disorder – expositional treatment – relaxing techniques – practice of the problem solutions

ÚVOD

Paní Zdence (dále jen Zdenka) bylo 44 let, pracovala přes 20 let v domově důchodců jako zdravotní sestra, byla podruhé vdaná, z prvního manželství měla 24letou dceru. Byla podruhé hospitalizována v Psychiatrické nemocnici (dále jen PN) v Kroměříži kvůli panické poruše s vyhozením symptomů a intoleranci vůči medikacím nejspíše psychogenního původu. Panická porucha má svůj původ v dávné historii, byla zahrnována pod jiné medicínské názvy jako např. syndrom de Costa, effort syndrom nebo známější neurocirkulační astenie či také srdeční neuróza. Dnes je panická porucha řazena v MKN-10 mezi úzkostné poruchy, pokud se úzkost objevuje v atakách (Kukumberg, Ulč a kol., 2001).

Z psychiatrického hlediska byl Zdenčin stav kolísavý. Léčila se u místního psychiatra zhruba 6 let, kdy se objevily první panické záchvaty. Vždy se lekla, když se záchvaty objevily, dýchala si do dlaní, a tím je překonávala. Tehdy dostávala léky jako Seroxat, na který

reagovala velmi negativně, připadala si jako narkomanka. Sama si lék vysadila. Pak dostala Lexaurin, ten jí také nedělal dobře, měla „běhavé nohy“. Dále vyzkoušela Mirzaten, po něm chodila jako robot, jako by byla v jiném těle. Po Guajacuranu dostala velký panický záchvat. Poslední dobou, cca 4 měsíce před hospitalizací, se panické záchvaty znovu objevily, ale tentokrát, jak sama sdělila, to bylo drastičtější, vypadalo to jako velká deprese. Brnělo a páliło ji celé tělo, nemohla nic sníst a jen brečela. Cítila se zklíčená, nejraději by utekla ze svého těla pryč. S pomocí manžela vyhledala jiného psychiatra, který doporučil hospitalizaci. Z farmakoterapie u panických poruch se nejčastěji používá podávání benzodiazepinů a anti-depresiv. U déletrvajících panických poruch však užívání benzodiazepinů není vhodné, proto se užití antidepresiv jeví jako užitečnější, dobré je i tyto skupiny psychofarmak kombinovat, ale jen u těžkých forem (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

1. ŽIVOTNÍ PŘÍBĚH ZDENKY

Zdenka vyrůstala v úplné rodině se svou mladší sestrou. Matka měla psychické problémy – depresivní rozlady, dodnes užívá léky. I sestra měla „slabé nervy“.

V dětství je často hlídávala babička (matka matky), která byla velmi úzkostlivá na své zdraví, neustále se kontrolovala a šetřila, aby neone-



mocněla. Mívala také katastrofické vize, např. když rodiče odjeli nakupovat, babička vnoučata strašila, že se rodičům něco stalo, nejčastěji, že se někde vybourali. Zdenka se sestrou vyděšené čekaly schoulené u popelnic a vyhlížely projíždějící auta, zda už rodiče nejedou. Zdence se pokaždé velmi ulevilo, když rodiče viděla přijíždět. Hodně se také za celou svou rodinu modlila. Vzpomíná, že měla přísnější výchovu. Dostávala výprask zejména za špatné známky. Po základní škole musela, dle přání rodičů, nastoupit na ekonomickou školu. Se studiem neúspěšně bojovala, nezvládala to. Později rodiče pochopili, že tento obor byl pro ni opravdu příliš náročný, proto svolili, aby přestoupila na zdravotní školu. Se studiem byla spokojená, bavila ji práce s lidmi, ráda se o lidi starala, ulevilo se jí. Vystudovala obor zdravotní sestra s maturitou.

Po maturitě však hned s prvním přítelem otěhotněla a vzali se. Vdávala se v 19 letech a rozváděla se po 15 letech manželství. V manželství nebyla spokojená. Manžel byl uzavřenější typ, nespolečenský, málo s ní komunikoval. Ona byla společenská, ráda si povídala, chodila za kamarádkami. V manželství nejvíce vnímala narušený intimní vztah. Manžel nerespektoval její potřeby, sex byl, pouze když chtěl on. Zdenku to pomalu přestávalo bavit a postupem času spolu přestali spát úplně. Manžel byl stále rozmrzelejší, naštvanejší, a ještě více se uzavřel do sebe. Nakonec došlo k rozvodu. Po rozvodu, ale stále spolu žili ve společné domácnosti. Zdenka si po čase našla přítele. Byla s ním konečně šťastná. Bývalý manžel porozvodovou situaci a společné soužití nezvládl, oběsil se v kůlně. Byl to její nejhorší zážitek, musela ho z provazu odříznout. Se situací už byla téměř srovnaná, měla velkou oporu v současném partnerovi. Po dvou letech od manželovy smrti se vdala znovu.

Náhlá smrt bývalého manžela a otce jejich jediné dcery tehdy nejvíce zasáhla právě dceru, které v té době bylo 17 let. Matku i otčíma vinila za otcovu smrt. Její opakované sebevražedné pokusy měly spíše demonstrativní charakter. Trávila se medikamenty, z toho důvodu se několikrát také léčila.

Příznaky se vystupňovaly, když dcera otěhotněla. Nejprve dítě nechtěla, bouchala a píchala se různými ostrými předměty do břicha, chtěla si dítě vzít. Dcera po Zdence chtěla, ať ji dá peníze na potrat, neustále se kvůli tomu hádaly. V té době se dcera nejen hádala se Zdenkou, ale zároveň i s manželem, který měl problémy s alkoholem. Záchvaty paniky a vyčerpání se u Zdenky začaly intenzivně objevovat od dubna, až skončila v pracovní neschopnosti. Z první hospitalizace odcházela, jak říkala, napůl vyléčená, necítila se zcela dobře. Na oddělení hůře spávala, cítila se tam jako ve vězení, protože pokoje byly zamčené. Jako kdyby tam byla za trest, uvedla k tomu sklíčeně: „*Ale já jsem nikomu nic neudělala.*“ Zhruba měsíc vydržela doma a opět skončila v pracovní neschopnosti na otevřeném psychoterapeutickém oddělení.

O psychoterapii zažádala sama, sdělila důvod, že spíše než užívat hromadu léků si o svém problému potřebuje promluvit s odborníkem. Byla mi přidělena z jiného oddělení, protože dle názoru primáře oddělení byla vhodným klientem pro KBT, kterou jsem se zabývala. Nemůžeme samozřejmě zapomínat na jiné terapeutické přístupy, které efektivně aplikují své postupy u panické poruchy. Můžeme však říci, že pokrok v každé terapii není nikdy rovnoměrně rozložený. Zlepšení nepostupuje pravidelně, ze dne na den stav kolísá s cílem, že na konci terapie panika mizí. V období kolísání může pacient ztrácet naději i vůli pracovat a chce terapii vzdát.



Z toho důvodu by pacienti s panickými atakami měli terapii vnímat jako dlouhodobý proces (Baker, 2013).

Po celou dobu trvání terapie za mnou Zdenka docházela do mé pracovny, tedy mimo budovu svého oddělení. Před prvním setkáním jsem pracovnu připravila, vyvětrala, vyčesala svoji canisterapeutickou fenku, prostudovala dostupnou zdravotnickou dokumentaci a čekala na zaklepání. Když Zdenka přišla, podaly jsme si ruce (velmi lehký, opatrný stisk) a představily se. Pobídla jsem ji, aby se posadila do křesla. Ocenila jsem, že přišla, a podpořila ji v jejím odhodlání řešit své problémy. Přidala jsem několik neformálních společenských otázek, např. jaký měla dnes den a jestli mou pracovnu našla bez problémů. Snažila jsem se pečlivě vnímat její mimiku, způsob komunikace,

posturologii (držení těla) a dynamiku změn.

Zdenka působila usedlým dojmem. Byla menšího vzrůstu, přiměřené postavy, chodila shrbená. Obličej schovávala pod polodlouhými hustými a vlnitými blond vlasy. Na sezení obvykle docházela v teplákách a mikině, kolem krku nosila šátek. Obličej skrýval upracovanou tvář, byl bledý, měla kruhy pod očima. Oči vypadaly uplakané, bez energie. Úzké rty často svírala. Chůze a pohyby byly celkově pomalejší, strnulé, držení těla toporné. Stěžovala si na bolesti celého těla, zejména krční páteře. Řeč byla přiměřeného tempa, hlas tišší. Udržovala oční kontakt, často si oči otírala do kapesníku, uváděla pálení a řezání očí. Projev byl souvislý, logický, korespondoval s úrovní jejího vzdělání. V popředí převažovaly pasivní a rezignační postoje.

2. HYPOTÉZY O VZNIKU POTÍŽÍ

Existuje hypotéza, že se potíže v rámci panické poruchy rozvíjejí u disponovaných jedinců v průběhu života při traumatizujících událostech. Na zranitelnosti vedoucí k úzkosti se podílí řada faktorů.

V případě Zdenky můžeme hovořit o vrozených faktorech, dispozice reagovat na zátěž úzkostí pravděpodobně zdědila. Křehkost její osobnosti je tedy zčásti vrozená. Pro terapii je toto zjištění významné, protože nelze úplně změnit povahu osobnosti, ale můžeme účinně pracovat se stresovými faktory, naučit se předem odhadovat takové situace, na které pacientka reaguje přehnaně (Praško, Prašková, Vašková, Vyskočilová, 2006).

Velký význam však mají podmínky jejího vývoje v dětství a výchova. Jako dítě zažívala Zdenka silnou úzkost v době, kdy rodiče odcestovali a děti hlídala babička. Ta se úzkostlivě bála o své zdraví, měla strach, že onemocní nějakou strašlivou chorobou. Když se rodiče s návratem zpozдили, babička pronášela věty typu: „Určitě se někde vybourali, něco se jim stalo, doufám, že nejsou mrtví.“ Zdenka se svou sestrou s velkým strachem vyhlížely každé auto, choulily se za popelnici, a když rodiče přijeli, Zdenka si velice oddychla, hodně se i při čekání v duchu modlila. V případě rozvoje panické poruchy je významné, že si Zdenka jako dítě nedostatečně zažila ten nejdůležitější pocit, to je pocit jistoty a bezpečí.



Mezi provokující faktory vnímám v jejím případě komplikovanou porozvodovou situaci. Také po smrti prvního manžela, i když později sdělila, že se jí po jeho smrti ulevilo, trpěla nějakou dobu pocity viny. Následné opakované problémy a hádky s dcerou, které nejvíce pocítila po manželově smrti, vyhrožování sebevraždou a opakované pobyty v PN. Nejvýznamnější provokující faktor aktuálně vnímám období dceřina těhotenství, kdy se úmyslně bouchala do břicha nebo žádala Zdenku o peníze na potrat.

Nejvíce také Zdenku udržují v nepříjemných stavech její kognitivní omyly. Hodnotí situace přehnaně, mnohdy jsou

rozvinuty do velkých extrémů, do katastrofických scénářů. Dalším jejím typickým kognitivním omylem je, že si často říká: „Měla bych to udělat“ nebo „Musím to udělat“ (např. Musím dceři pomoci, sama by to nezvládla, v práci musím pracovat na 100 % apod.). Sama se z toho hroutí, je výrazně tenzní, úzkostná a vyčerpaná. Nemá dost sil pomoci sobě natož dceři. Problémy řeší neefektivně, emočně se angažuje, přestává myslet a saturovat své potřeby. Dodává si kuráž anxiolytiky, anti-depresivy, pak zjistí, že jde jen o krátkodobou úlevu a problémy se nevyřeší. Neustále vyžaduje od manžela ujišťování, že to bude dobré, dostane se z toho.

3. PRŮBĚH TERAPIE

Pobídla jsem Zdenku, aby mi povyprávěla, s čím přichází a co ji trápí, abychom potom mohly společně vytvořit terapeutický kontrakt a plán setkávání. Také jsem si potřebovala ujasnit, zda je opravdu vhodným klientem pro KBT a zda jsem schopná zvládnout nároky terapie.

Zdenčino upřímné otevření se ve mně vyvolávalo velkou potřebu pomoci jí za každou cenu. Její životní příběh byl pro

mě velmi emotivní, cítila jsem naprosté souznění a vcítění se do popisovaných problémů, až jsem začínala mít pocit, že se sama „utápím“, neorientuji v jejím prožívání a ani svým emocím jsem v tu chvíli nerozuměla, byl to zmatek. Nebyla jsem schopná pojmout to podstatné, co mi Zdenka vyprávěla. Když jsem si po chvíli pro sebe pojmenovala, co se vlastně se mnou děje (odstup od emocí, zapojení racie), podařilo se mi celý problém lépe uchopit.

Záznam z rozhovorů z úvodních sezení, kdy Zdenka začala tím, jak zajímavě vnímá svoji nemoc

Z: Víte, paní doktorko, já si tu paniku jakoby představuji, že je v kleci, tady někde sedí /ukazuje oblast žaludku/ ...viděla jste tu pohádku Princ a Večernice, jak tam ukazovali ve vězení toho Mrakomora, jak se tam svíjel v těch okovech, takhle si představuji tu svoji

paniku, svíjí se, nepříjemně hučí, vzpírá se, ale je v kleci, za mřížemi, nemůže ven.

T: To je moc pěkné přirovnání, panika v kleci, jak hučí a vzpírá se, nemůže ven. Jak se tato panika v podobě Mrakomora



dál projevuje, jak se ještě chová nebo přemýšlí nad něčím, co myslíte?

Z: No, přemýšlí nad tím, jak se dostat ven, proto někdy naroste, ale vím, že je stále v kleci.

T: Napadá mě: a je ta klec dostatečně pevná?

Z: O tom přemýšlím taky, ale zatím je.

T: Takže když to zrekapituluji, máte zavřenou paniku v kleci, která se vzpírá, někdy naroste a nejste si jistá, jestli klec vydrží, jestli je dostatečně pevná. Jak se asi mohu cítit v takové situaci?

Z: Ne moc dobře, stále cítím úzkost, strach, že klec nevydrží.

T: Cítím to podobně, nebylo by mně dobře, kdybych věděla, že klec může povolit. Ale není to jen strach, že se klec rozpadne, jiná věc by byla, kdybyste například zapomněla klec zamknout. To se stát může, máme plnou hlavu různých starostí, řešíme spoustu věcí, zapomeneme, to se stává. Jiná věc je, napadá mě, je to vězení dostatečně hlídané, mohu se s jistotou spolehnout na to, že panika neuteče? Nebylo by se čemu divit, i mediálně známý vězeň K. utekl z nejstřeženějšího vězení na Mírově. To se stává, tak to bývá, ale přece jenom se s tím asi ještě dá něco dělat.

Z: To by bylo hrozné, to se stát opravdu může.

T: Hmm, bylo by to pro vás asi nepříjemné, přece jenom, dá se s tou situací udělat ještě něco jiného? Napadá vás něco?

Z: No jediné tu paniku pravidelně nesytit.

T: Řekla jste paniku nesytit, co tím konkrétně myslíte?

Z: Nemít tak velké a zbytečné obavy o dceru, neřešit její problémy, nejančít, když se objeví nějaký tělesný příznak, že mám závažnou nemoc nebo že určitě umřu, nepodléhat nepříjemným myšlenkám, nevidět to tak černě, dívat se na ten problém s nadhledem.

T: Výborně, moc krásně jste to vysvětlila. Takže všechny věci, které jste jmenovala, udržují paniku v pohotovosti. Skvělé. A co se stane, když tím paniku nebudete sytit?

Z: Umře, vyhladovím ji, nakonec umře hladu.

T: Takže panika bude mrtvá, nebude existovat, nebude škodit. Rozumím tomu dobře?

Z: Přesně tak, už mě nebude ničit, protože nebude.

Zdenka mě po několika úvodních rozhovorech příjemně překvapila, jako bych hovořila s úplně jiným člověkem. Vyprávěla o svých problémech zcela otevřeně a upřímně, byla přemýšlivá, nápaditá, byla více uvolněná. Pravděpodobně se cítila ve vztahu bezpečně, sama sdělovala, že je ráda, že o svých problémech může se mnou hovořit, že to s ní probírám a řeším. Také říkala, že se na terapii těší, plnila svědomitě domácí úkoly. Užívala si relaxace s imaginací bezpečného místa, sluníčka. Nevěřila, že zklidňující dýchání může mít takový efekt. Dýcháním do břicha a cíleným uvolněním při výdechu se během asi dvou minut dařilo snížit napětí na 4 z 10.



4. TERAPEUTICKÝ PLÁN A STANOVENÉ CÍLE PRÁCE

Terapie byla převážně zaměřena na snížení intenzity přetrvávajícího pocitu úzkosti, která ji výrazně omezovala v plnění běžných denních úkolů, a na zvládání panických záchvatů.

Také jsem si uvědomovala, jak je pro ni důležitý kvalitní terapeutický vztah.

Zaměřila jsem se na udržování získané důvěry.

Vzhledem k tomu, že KBT je forma léčby zaměřená na přímé odstranění vyhýbavého chování a panických záchvatů i „strachu z toho, že budu mít strach“, proto jsou doporučovány tyto základní postupy.

4.1 Konkrétní terapeutický postup

- Psychoedukace - orientace v problému a edukace o panické poruše, zejména zaměření na tělesné příznaky paniky. Provedení vstupních měření pomocí základních dotazníků.
- Kognitivní restrukturalizace – identifikace a zkoumání pravdivosti automatických negativních myšlenek a jejich nahrazení alternativními.
- Návčik relaxačních a dechových technik (kontrola dechu).
- Interoceptivní expozice – vystavení se obávaným vnitřním podnětům, s cílem rozvinout tělesné příznaky panické poruchy.
- Expozice *in vivo* – vystavení se skutečným situacím (hlavně při nácvikových dovolenkách).
- Návčik řešení problémů – zaměření na vztahové problémy (vztah matka – dcera) (Praško, Možný, Šlepecký a kol., 2007).

4.1.1 Psychoedukace

Cílem psychoedukace u Zdenky bylo, aby více porozuměla svým projevům paniky a jejich souvislostem. Pacient se učí rozumět tomu, jak a z jakých důvodů příznaky vznikly, jak spolu souvisejí, jaké mají dopady (Praško, Prašková, Vašková, Vyskočilová, 2006). Proběhla tedy analýza problému, v níž byl podrobně zmapován bludný kruh – tj. myšlenky, emoční prožívání a tělesné prožitky i to, jak vše souvisí se Zdenčiny chováním.

Hlavními spouštěči Zdenčiny paniky jsou zejména nepříjemné tělesné příznaky jako pálení těla, zvláště dolních končetin, též slabá ruka. I letmá

myšlenka na to, že zemře, ji dost vykojčila. Panika se objevuje, když má jít někam, kde to nezná. Dobře jí nedělají ani hádky a napjatá atmosféra, což se nejvíce týká dcery a vnuka. S dcerou má komplikovaný vztah, hádky jsou téměř denně, někdy bývá hádkám přítomen i vnuk.

Automatické negativní myšlenky:

Už je to zase tady. Už mám zase nějaký problém. Ta dcera mě trápí. Proč mi tak ubližuje? Nikdy se z toho nedostanu. Jsem nemocná. Mám vážnou, smrtelnou nemoc. Nemůžu dýchat. Skončím na



vozíku. Bojím se umírání. Udusím se a určitě umřu. Zešílím. Zblázním se.

Pocity:

Beznaděj, úzkost, strach, vztek na sebe, panika.

Chování:

Volám záchranku. Držím se rukou na hrudi a zrychleně dýchám. Zkousím si dýchat do dlaní. Vyhýbám se místům, kde

není dostupná první pomoc. Jsem raději v blízkosti manžela. Používám řadu uklidňujících léků. Vyhledávám pomoc a hlavně ujištění, že to bude dobré.

Tělesné reakce:

Bušení srdce, zrychlené dýchání, sucho v ústech, tíha i svírání na hrudi, pálení těla, mravenčení horních končetin, rozmazané vidění, pocity depersonalizace, závratě, vratké (gumové) nohy.

4.1.2 Kognitivní restrukturalizace

U Zdenky se objevovaly automatické myšlenky až ohrožujícího charakteru. Z toho důvodu jsem „sáhla“ pro další důležitou metodu KBT (kognitivně behaviorální terapie), a to pro kognitivní restrukturalizaci. Zdenka se postupně učila přerámovávat své nekonstruktivní myšlenky, které vedly jen k nárůstu úzkosti, a vytvářela si myšlenky konstruktivní.

Záznam z dalších sezení, kterým jsme věnovali přerámování automatických negativních myšlenek

T: Zkuste mi popsat jednu konkrétní situaci, kdy se objevil panický záchvat.

Z: To bylo v dubnu 2009, vzpomínám si, došla jsem z práce a zašli jsme s manželem k mým rodičům. Najednou se mi začalo dělat zle.

T: Co mohlo spustit panický záchvat? Co tomu předcházelo?

Z: Vím, že jsem toho v práci měla moc, nestihla jsem ani oběd, moc jsem toho

přes den nevypila a dost mě naštvál jeden pacient.

T: Vyčerpání, přepracování, k tomu hladová a bez dostatečného pitného režimu, a ještě navíc konflikt s pacientem... rozumím tomu dobře, několik stresových faktorů najednou.

Z: Přesně tak, ta práce s těmi ležáky je náročná, už vím, že v tom dál pokračovat nemůžu.

T: Je to skutečně náročné a obdivuji vás, že se těmto lidem tak dlouho věnujete celých 20 let... Hmm, vraťme se však k té vaší situaci... jste s manželem u rodičů a udělalo se vám zle. Jak to dál pokračovalo?

Z: Udělalo se mi špatně... změřila jsem si pulz, byl zvýšený, ale ne nějak moc. Přesto jsem začala panikařit... manžel mi zavolal rychlou.

T: Co vás přimělo zavolat rychlou, co vás tak vylekalo?

Z: Vyděsilo mě, že se objevil nový příznak, takový divný pocit, jako že se ztrácím... to jsem při panice ještě nezažila... ještě se mi rozbušilo srdce a třásla jsem se, měla jsem zimnici.



T: Jak jste se v té situaci cítila?

Z: Mizerně.

T: Co to znamená? Kdybyste mohla vybrat, který pocit by se k té situaci hodil?

Z: Příšerný strach a takové to psychično... to nejde ani popsat, co to je.

T: Jak moc velký byl ten strach? Zkuste to tady na této stupnici někam zařadit?

Z: Určitě bych strachu dala 9.

T: Hmm... to byl opravdu velký strach.

Z: To ano, nikdo si nedokáže představit ta muka.

T: I když jste říkala, že to psychično nejde ani popsat, mohla byste mi to přeci jenom přiblížit, abych tomu pojmu lépe porozuměla?

Z: Víte... já tomu tak říkám... psychično, to se mi svírá celé tělo, hlavně na hrudi, buší mi srdce, nemůžu se nadechnout, mám obavy, bojím se a vlastně už ani nevím čeho... snad všeho... nevím.

T: To jsou pravděpodobně nejčastější příznaky úzkosti.

Z: To mi taky doktor říkal... já tomu říkám psychično.

T: Jak tedy to psychično či ta úzkost byla intenzivní? Zkuste to tady na této stupnici někam zařadit.

Z: 10... to psychično mě dohání až k zešílení.

T: To je maximum... úzkost je tak intenzivní, že se nedá ani vydržet.

Z: Přesně tak.

T: Hmm... Zdenko, a když se objevily první příznaky paniky, co vám běželo hlavou, co vás při tom napadalo?

Z: Už je to tady zase. Je mi zle, hodně zle... proč to rychle nepřejde, tak jako jindy? Pak jsem si řekla, že to nepřechází, jsem určitě nemocná, to bude něco závažného, už nemohu dýchat, a pak se objevil ten pocit, že se ztrácím... to už umírám... teď určitě umřu a bude konec. Pak jsem začala jančit, že to nechci, nechci ještě zemřít...

T: Která z těch myšlenek, které jste teď řekla, byla pro vás nejbolestnější či nejpálčivější?

Z: No všechny byly v tu chvíli nepříjemné.

T: Řeknu to jinak, která myšlenka z těch všech myšlenek vás nejvíce zasáhla jako žhavá střela a byla jste přesvědčená, že to platí, že se to stane nebo že to tak je?

Z: No... že teď určitě umřu, když jsem lapala po dechu... ano, že určitě umřu... to bylo to nejhorší.

T: Nakolik jste byla v tu chvíli přesvědčená, že se to stane? Zkuste to vyjádřit v procentech.

Z: Věřila jsem tomu tenkrát skoro na 100 procent.

T: Skoro.

Z: No tak na 90 procent.

T: Ano, můžeme říci, že jste té „žhavé“ myšlenky věřila na 90–100 procent.

T: Kdybychom teď spolu zapátraly jako detektiv Colombo a hledaly něco, co by vás podpořily v myšlence, že umřete, našly bychom nějaké důkazy?

Z: Určitě fakt, že nemohu dýchat, jako bych měla zablokované plíce.

T: Ano to je dobrý důkaz, zkuste ještě zapátrat dál.



Z: Také ten nový příznak, který se objevil, že se ztrácím, že ztrácím vědomí, odpoutávám se od reality.

T: Můžeme to nechat jako důkaz, ale jde spíše o pocit. Měl by to být důkaz, jak se říká, hmatatelný, o který se můžeme v pátrání opřít.

Z: Rozumím, hmm... já si při tom vzpomenu na otce, ten měl jednu srdeční slabost a já měla jednu tromboflebitidu po infuzní terapii a může se stát, že dojde k embolizaci do krevního řečiště, a potom do srdce, plic a mozku.

T: Ano, chápu, tyto důkazy jasně podporují vaši myšlenku, že v tu chvíli umřete.

T: Přece jenom existují i nějaké důkazy, které naopak svědčí proti této nepříjemné myšlence?

Z: Už mě několikrát vyšetřovali, natáčeli EKG, a vždy negativní. Otec měl srdeční slabost jen jednou, jeho EKG je v normě. Ze strany rodičů ani prarodičů nevím o žádné dispozici k závažné nemoci. Nikdo z rodiny nezemřel v mém věku. Také vím, že u závažných diagnóz jsou i jiné příznaky. Opět jsem si přečetla a připomněla, jak panika vypadá, a už vím, jaké má další příznaky.

T: Skvělé... a co z toho všeho, co jste mi teď sdělila, vyplývá?

Z: Nejde o závažnou chorobu, je to jen ta moje panika a na tu ještě nikdo nezemřel.

T: Souhlasím.

Z: Tím pádem se mi ani nemůže zastavit dech, i když budu mít paniku, budu stále dýchat. A je malá pravděpodobnost, že bych teď měla zemřít na nějakou závažnou chorobu, tak naráz.

Z: Mám radost, že jsem nad tím takhle mohla zapřemýšlet... teď se mi honí hlavou ta věta, že ještě nikdy nikdo na paniku nezemřel, to se hezky poslouchá.

T: Nakolik této myšlence důvěřujete, zase prosím vyjádřete v procentech.

Z: na 100 procent – a moc se mi ulevilo.

T: Kdyby vás tyto myšlenky napadaly, a zejména byste slyšela tu, že na panický záchvat ještě nikdo nezemřel, co by to udělalo s vaším strachem a úzkostí?

Z: Jak říkám, ulevilo by se mi, a když bych měla hodnotit číslem, tak se oba pocity snížily tak na 3.

Při vytváření katastrofického scénáře se měla Zdenka zamyslet nad tím, jak obtížné situace ji mohou v nejbližší budoucnosti potkat, popřípadě ve kterých obdobích může být méně odolná vůči stresu. Takovéto postupy se hodí i k vytváření krizového plánu, jak uvádějí Praško, Vyskočilová, Adamcová, Prašková (2008), jaké stresující situace může ve svém životě očekávat, připravit se na ně, sepsat postupné kroky, vyzkoušet si je „nanečisto“. Cílem je, aby si uvědomila a smířila se s tím, že neúspěchy a potíže k životu patří a je třeba s nimi počítat. Nezdár, neúspěch, zhoršení stavu neznamena žádnou katastrofu. I smrt je nedílná součást života.

Záznam přerámování katastrofických myšlenek

T: Jaké obavy se vám honí hlavou?



Z: Co když se nemoc vrátí? Nedokážu paniku zavčas zastavit? Manžel mě bude mít plné zuby. Jak to se mnou dopadne?

T: Co nejhoršího se může stát?

Z: Nejhorší by bylo, kdyby se stav nelepšil, masivní úzkost by přetrvávala. Měla bych pocit, že už to dál nejde, že mně to roztrhá nervy. Byla bych jak hromádka střepů. Došlo by k tomu, že bych zešilela. Manžel by se rozvedl, řekl by si, co s takovou ženskou! Já bych mu to přála /pláče/. Řekla bych mu, aby mě zavezl do blázince na uzavřené oddělení. Tam bych zůstala úplně sama, cítila bych prázdnotu a otupělost. Chodila bych jen tak po chodbě sem a tam. Měla bych na sobě erární župan a v ruce bych držela igelitku. Někdy bych si zalezla do kouta a tam bych poslouchala ty ostatní (zdravotní personál), jak mi říkají, že se málo snažím, musím se snažit víc, za to, jak jsem dopadla, si vlastně můžu sama. Budu opuštěná, sama, budu izolovaná. I když budu žít, budu vlastně mrtvá.

T: Jaké to může mít nejhorší důsledky?

Z: Přijdu o manžela. Zůstanu tady sama do konce života. Nikdy neuvidím dceru,

a hlavně malého /vnuka/. Už se nikdy nevrátím domů. Budu pomalu postupně „sociálně“ umírat, nikdo mně nepomůže, a pak umřu.

T: Co byste přece jenom v případě katastrofy mohla dělat?

Z: Mohla bych sice přijít o manžela, ale vím, že se nebude dlouho trápit, najde si jinou a bude s ní šťastný. No a já bych vlastně tady nemusela být do konce života. Myslím si, že bych se i viděla někde ve společenství věřících, kde bych bydlela a třeba uklízela, vařila. Domů k rodičům bych občas mohla jezdit nebo s nimi být v telefonickém kontaktu. Za dcerou bych také mohla jezdit, byla bych smutná, že bych je neviděla každý týden, ale zase bych byla šťastná, kdybych věděla, že jsou spokojení a malý /vnuk/ je zdravý. No a kdybych tady umřela, tak bude konec. Budu mrtvá, život půjde dál. Nic neucítím, nic mě nebude bolet. Stejně se v nebi všichni sejdem a zase budeme spolu. Teď si říkám, že ta smrt není tak hrozná, hrozné by bylo žít věčně.

4.1.3 Relaxace a kontrolovaný dech

Vzhledem k plánované interoceptivní expozici byl nutný dechový trénink, který odstraňuje rozbouřené příznaky. Z mé krátké zkušenosti vím, že první expozice bývaly vždy dost dramatické, proto jsem se důkladně zaměřila na to, aby nácvik zklidnění dechu Zdenka ovládala co nejlépe. Někteří pacienti tomu nepřikládají takový význam, nevěří, že jim „jen dýchání“ může pomoci.

Z relaxačních technik se mi nejvíce osvědčila Progresivní relaxace v návaznosti na imaginační techniky (bezpečné místo, slunce, louka, moře apod.). Progresivní relaxace je rychlá, zaměřená na svalové uvolňování jednotlivých svalových skupin celého těla. Oproti autogennímu tréninku se zde nepoužívají představy ani autosugestivní formule (Kratochvíl, 2002). Efekt svalového uvolnění po cvičení je okamžitý.



4.1.4 Interoceptivní expozice

V jejím případě vnímám tuto expozici jako klíčovou, kdy si vyvolávala stejné příznaky, jaké se objevily při panickém záchvatu.

Krátké záznamy z interoceptivní expozice

Dnes proběhla interoceptivní expozice s využitím manévru hyperventilace. Cca po 1–1,5 minutě se začaly objevovat tělesné příznaky jako „bzučení“ v hlavě, motání hlavy, závrať, zrychlená srdeční činnost atd., signálem zvednuté ruky se hyperventilace zastavila a přešlo se k prohloubenému zklidňujícímu dýchání do vymizení příznaků.

Dnes jsme opět zkoušeli vyvolat nepříjemné tělesné příznaky, které se objevují u panického záchvatu za pomoci hyperventilace. Zkoušeli jsme příznaky více rozvinout, cca po 2 minutách si hyperventilaci ukončila zvednutím ruky a následovalo zklidňující dýchání a pozvolna jsme přešli do relaxace s imaginací sluníčka v oblasti břicha a

navozením příjemných pocitů. Na závěr jsme upevnili nácvik progresivní relaxace.

Dnes jsme opět nechali rozvinout nepříjemné tělesné příznaky její paniky, cca po 2,5 minutách hyperventilaci ukončila zvednutím ruky. Proběhlo zklidňující dýchání a pomalu jsme přešli do relaxace s imaginací bezpečného místa. Po relaxaci sdělila, že se při hyperventilaci objevil i ten obávaný příznak, že se ztrácí, že odchází ze svého těla, měla také pocit, že ztratí vědomí, točila se jí hlava, bušilo srdce. Na oddělení provádí progresivní relaxaci.

Doma měla náběh na panický záchvat, necítila se dobře, byla za ten den unavená, objevila se slabost v rukou, začala se jí trochu motat hlava. Nechtěla příznaky rozvinout, raději si šla lehnout a prováděla zklidňující dýchání až do vymizení příznaků. Pak ještě chvíli ležela a představovala si, jak se prochází po rozkvetlé louce.

4.1.5 Expozice skutečným situacím

Zdenka byla předem poučena o křivce úzkosti, že nárůst úzkosti se v určitém bodě zastaví a začne pomalu klesat. Připravena byla i na to, že se křivka úzkosti může někdy zvýšit, ale pak poklesne na únosnou míru. K postupnému poklesu také dojde, pokud se obávaným situacím bude vystavovat pravidelně. Upozornila jsem ji, že by se měla po každé dokončené expozici odměnit.

4.1.6 Nácvik řešení problémů

Při nácvikových dovolenkách např. zkoušela zvládat být sama doma bez toho, aby seděla u mobilu a čekala, až jí manžel zavolá, že je v pořádku. Další obávanou situací byla návštěva nového nákupního centra. Jela tam sice s manželem, ale vyzkoušela si projít nákupním centrem ještě jednou, tentokrát sama, bez manžela na telefonu.



Z prezentovaných oblastí se nejprve chtěla věnovat problémům vztahovým. Chtěla by si s dcerou normálně povídat, nechtěla se s ní hádat ani kvůli malichernostem, ani kvůli minulosti.

Záznam terapie zaměřené na nácvik řešení problémů

Vztah k dceři: Zdenka je nespokojená, že nedokáže vhodně komunikovat s dcerou. Má tendenci vyčítat jí prohřešky spáchané během dospívání. Má pocit, že si dcera ani neuvědomuje, co jí prováděla.

Definice Zdenčiných problémů: Neumím si s dcerou povídat, aniž bych jí něco malého nevyčetla. Dále mám sklon k neustálému upozorňování na chyby,

kterých se dopouštěla v minulosti. Vždycky si vzpomenu, jak se ke mně chovala, a hned mám nutkání jí to sdělovat. Jsem zklamaná, chtěla bych, aby si to více uvědomila, aby přiznala, že mi ublížila. Zároveň mám vztek na sebe, proč ji musím poučovat a vytýkat každou hloupost. Mám obavu, aby náš vztah neochladl pod mými výčitkami a aby nezačala zase vyvádět, např. že by si zase chtěla sobě i dítěti. Bála bych se, že by se mnou úplně přestala komunikovat.

Stanovení Zdenčiných cílů: Na konci terapie budu při každé nácvikové dovolence schopna povídat si s dcerou, aniž bych jí něco vyčetla. Zároveň se pokusím, aby na své chyby přišla sama za použití vhodně formulovaných otázek. Budu se naopak snažit ji alespoň třikrát za něco pochválit.

Tabulka č. 1 Plán Zdenčina jednání

Plán jednání	Kdy začnu	Možné problémy	Způsoby, jak problémy překonat	Dosažený pokrok
Každou dovolenku si budu více povídat s dcerou. Budu se hlídat, abych jí něco nevyčetla. V komunikaci použiji vhodné formulace (otevřené otázky). Budu ji dostatečně chválit.	Každou nácvikovou dovolenku.	Nebudu mít náladu, přestanu se hlídat nebo mě rozčílí její argumenty.	Jen ji vyslechnu, nebudu reagovat, nebudu ji chválit.	Chvíli jsme řešili věci kolem malého /vnuka/, co by měl jíst a kdy ho dávat spát apod. Dcera začala o tom, jak je unavená, že nic nestíhá. Já jsem jen trpělivě poslouchala, měla jsem však velké nutkání jí říci, jaké jsem měla



				problémy s tím, jak ji vychovávat, ale udržela jsem se.
--	--	--	--	---

Záznamy z nácvikových dovolenek v domácím prostředí

Nácviková dovolenka dopadla dobře, několikrát ji přepadlo pálení v celém těle, náběh na záchvat – rozdýchávala se tak dlouho, až příznaky vymizely. Povzbudilo ji to. Navštívila dceru, dokázala ji vhodně podpořit – v terapii budeme i nadále pracovat na vztahu matky a dcery. Na terapii byla poučena o křivce úzkosti, nedokončeno přerámování automatické negativní myšlenky – příště. Za zvládnutí dovolenky si dnes půjde koupit přívěsek. Uvažuje o další nácvikové dovolence tento týden.

O nácvikové dovolence se necítila dobře, přepadl ji strach, že ta nemoc stále přetrvává, že už bude mít stále takové nepříjemné stavy, to nechce, zešílela by... že by to skončila. Uvádí: „Rodina ode mne očekává, že mi bude lépe, cítím z nich tu starost o mě... cítí tlak z okolí“. Cítí v sobě blok, utrpení, obavy o dceru, o její život. Když byla s dcerou a malým na procházce, normálně si povídaly, také si řeknou, jak se mají rády. **(dodatek)** I když se na minulé dovolence cítila hůře, zjistila, že to nebylo špatné celý víkend, v sobotu večer naopak dokázala příjemně relaxovat. Uvědomila si, že na tom není stále špatně, že se necítí jenom hůře a hůře. Nyní si s dcerou rozumí, dcera jí píše povzbuzující sms, chodí si k ní pro rady. Začíná si uvědomovat, že i dceři je

to líto, že se za své dřívější chování stydí. Někdy ještě pociťuje tlak v nadbřišku, pálení a neklidné nohy. Závěr terapie byl věnován upevnění nácviku zklidňujícího dýchání a pro-gresivní relaxaci. Na zítra naplánován pohovor s manželem, dovolenku dopo-ručuji.

Pacientka hodnotí dovolenku jako vydařenou, nepociťovala výrazné úzkosti, pravidelně (preventivně) prováděla zklidňující dýchání a progresivní relaxaci. Sama si v hlavě zkouší přerámovávat ANM (automatické negativní myšlenky). Chtěla by se takhle cítit stále, teď je jí dobře... Upozorněna, že může dojít k výkyvům, zvláště v zátě-žových situacích. Na víkend plánuje nácvikovou dovolenku.

Nácvikovou dovolenku zvládla, za úkol si přerámovala 3 ANM. Nejintenzivněji prožívala situaci, když se manžel neozýval ve smluvený čas, nezvedal jí telefon, začaly ji napadat myšlenky „něco se mu stalo, určitě se naboural“. Ulevilo se jí, když zavolala kamarádce, u které se měl manžel stavit, a shodou okolností tam v ten moment dorazil. Vedena k myšlenkám typu: „Zapomněl, neměl u sebe mobil, buď v klidu, zavolám později, má k tomu své důvody, proč nevolá (když dojde domů, chodí nakrmit kočky apod.), je zkušený řidič, jezdí pomalu, zbytečně se stresují. Plánuje propuštění na příští týden.

ZÁVĚR



Zdenka aktivně spolupracovala, dodržovala termíny a plnila domácí úkoly, za to byla velmi posilována a oceňována, což mělo také vliv na její sebedůvěru a sebehodnocení.

Zdenka věděla, že trpí panickou poruchou, první pocity úlevy se dostavily po opakované edukaci a společně provedené behaviorální, kognitivní a funkční analýze. Také si myslím, že jsem byla trpělivá a nechávala jsem jí dostatečný prostor k vyjádření emocí, objasňovala a hledala pro ni nejpříjemnější způsoby. Terapii jsem se snažila vést empaticky, s pochopením, posilováním důvěry a dodáváním emoční podpory.

Pomohlo, že si opakovaně a v bezpečném prostředí vyzkoušela provádění interoceptivních expozičních, tak získala zkušenost o zvládnutém i rozvinutém panickém záchvatu.

Hlavní cíl psychoterapie byl splněn. Zdenka dostala svou paniku pod kontrolu. Sama považovala terapii za dostačující a nechala se propustit. Z katamnézy po půl roce léčby (telefonický rozhovor) jsem se dozvěděla, že si zařídila částečný invalidní důchod a zůstala doma. Je spokojená, paniky zvládá. Když se jí udělá špatně, jde si lehnout a provádí zklidňující dýchání. S dcerou vychází také dobře, často hlídá malého vnuka, jak sděluje, on je její hnací motor a smysl života.

Samozřejmě jsem pro sebe měla několik otázek, např.: Měla jsem otevřít problematiku negativních jádrových přesvědčení? Odkud pramení problematický vztah s dcerou? Jaký byl skutečný Zdenčin vztah s matkou? Na druhou stranu jsem věřila, že zkušenost, kterou v psychoterapii získala, jí v budoucnu pomůže řešit případné problémy.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. Baker, R. (2013). Jak překonat panické ataky. Praha: Grada
2. Höschl, C., Libiger, J., Švestka J. Psychiatrie. Praha: Tigis
3. Kratochvíl, S. (2002). Základy psychoterapie. Praha: Portál
4. Kukumberg P., Ulč I. a kol. (2001). Panická porucha. Praha: Maxdorf
5. Praško, J., Možný, P., Šlepecký, M. (2007). Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Praha: Triton
6. Praško, J., Prašková H., Vašková K., Vyskočilová J. (2006). Panická porucha a jak ji zvládat. Praha: Galén
7. Praško, J., Vyskočilová J., Adamcová K., Prašková H. (2008). Agorafobie a panická porucha. Praha: Portál

Do redakce přišlo 21.1.2018
Zařazeno k tisku po recenzi 15.2.2018
Konflikt zájmů: není znám

O autorovi: PhDr. Lenka Slámová (1978)



Vystudovala obor Jednooborová psychologie na FF UP v Olomouci a obor Speciální pedagogika na Pedagogické fakultě MU v Brně. Pracuje jako klinický a dopravní psycholog,



psychoterapeut, jednak v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži, ale také ve svém soukromém zdravotnickém zařízení v Moravské Třebové. Dokončuje doktorský studijní program v oboru Klinická psychologie na FF UP v Olomouci. Z psychoterapeutického výcviku absolvovala pětiletý výcvik v kognitivně behaviorální terapii pod lektorským vedením Prof. MUDr. Jána Pavlova Praška, CSc. A MUDr. Petra Možného. Z dalších terapeutických přístupů, které využívá ve své praxi, je klinická hypnotherapie. Tento kurz absolvovala pod vedením prof. PhDr. Stanislava Kratochvíla, CSc. Dále využívá podpůrnou terapii za asistence psa, tzv. canisterapii, kterou dlouhodobě aplikuje na odděleních Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, aktuálně na dětském psychiatrickém oddělení. Je členkou Asociace klinických psychologů, dále České společnosti pro kognitivně behaviorální terapii, Asociace dopravních psychologů, Canisterapeutické společnosti pro Jižní Moravu a sekce hypnoterapeutů. Přednáší na konferencích, seminářích.

Kontakt na autora:

1. Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, Havlíčkova 1265, 767 40 Kroměříž, slamoval@pnkm.cz
2. Ordinance klinické psychologie a dopravně psychologické centrum, Komenského 1662/50a, 571 01 Moravská Třebová, lenka.canis@seznam.cz



TEORIE



3. Š. PIKOUS: Z WORKSHOPU NA 17.KONFERENCI

DANIELA STACKEOVÁ, MICHAELA BÖHMOVÁ: PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PŘÍTOMNOSTI OTCŮ U PORODU

ABSTRAKT: STACKEOVÁ D, BÖHMOVÁ M.: PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PŘÍTOMNOSTI OTCŮ U PORODU. PSYCHOSOM 2018; 16 (1). S.22- 41

Přestože přítomnost otců u porodu již není u nás ničím novým a neobvyklým, je toto téma stále diskutováno jak odborníky, tak laiky. Otázky frekventované v těchto diskusích jsou nejčastěji zaměřeny na přínos, či naopak negativní dopady přítomnosti otce u porodu na psychický komfort rodičky, následně pak i na průběh porodu jako takového, na vliv přítomnosti otce u porodu na vztah k dítěti a na další vývoj vztahu mezi oběma rodiči po porodu. I přes velký vliv individuálních faktorů, jako je osobnost obou rodičů, vztah mezi nimi, okolnosti průběhu porodu a další, lze konstatovat jisté obecné zákonitosti. Tato stať přináší jejich přehled i praktická doporučení směřující k minimalizaci možných rizik a posílení možných benefitů otcovy přítomnosti u porodu. Významnou roli v tomto procesu může hrát předporodní příprava, jejíž potenciál není vždy v praxi plně využit.

KLÍČOVÁ SLOVA: porod, asistence u porodu, otec u porodu



ABSTRACT: STACKEOVA D., BÖHMOVA M: PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF FATHERS' DELIVERY ATTENDANCE, PSYCHOSOM 2016; 16 (1), PP. 22-41

Although fathers' attendance to delivery is already not in our country new and unusual phenomenon, this topic is still discussed as well as by specialists as by laymen. Questions in these discussions concern in the most cases the potential benefits or on the other side possible negative effects of father's attendance on psychological comfort of woman in labour, on progress of delivery on its own, on possible influence of father's attendance on relationship to the child and follow-up development of the relationship between parents after the childbirth. Despite strong influence of individual factors as f.e. personality of the both parents, their relationship, conditions of delivery course and others is possible to state some generally valid facts. This article offers their overview as well as practical recommendations aimed to minimalization of possible risks and strengthening of possible benefits of fathers' attendance to delivery. Prenatal courses can play important role in this process and their potential is not fully utilized in practice.

KEY WORDS: childbirth, delivery assistance, father's delivery attendance

ÚVOD

Přestože přítomnost otců u porodu již není u nás ničím novým a neobvyklým, je toto téma stále diskutováno jak odborníky, tak laiky. Otázky frekvencované v těchto diskusích jsou nejčastěji zaměřeny na oblast přínosu, či naopak možných negativních dopadů otcovy přítomnosti u porodu na psychický komfort rodičky, následně pak i na průběh porodu jako takového, vliv otcovy přítomnosti u porodu na jeho vztah k dítěti a na další vývoj vztahu mezi oběma rodiči po porodu. I přes velký vliv individuálních faktorů, jako je osobnost obou rodičů, vztah mezi nimi, okolnosti průběhu porodu a další, lze podle našeho názoru konstatovat jisté obecné zákonitosti a předložit je čtenářům. Příčinou zmíněných, často velmi emotivních a zanícených diskusí může být kromě odborného obsahu

pravděpodobně také fakt, že názory na přítomnost otců u porodu jsou ovlivněny individuálními genderovými postoji a stereotypy. Diskuse o přítomnosti otců u porodu se tak mohou stát nikoliv diskusemi o tématu jako takovém, ale tématem zástupným pro daleko širší, obecně genderovou problematiku.

V rámci daného tématu považujeme pro hledání odpovědí za přínosné otázku přítomnosti otce u porodu blíže specifikovat a rozdělit na dílčí otázky: V jakých fázích porodu by měl být otec přítomen, o jaký „druh“ přítomnosti se má jednat neboli jaká má být náplň oné přítomnosti otce u porodu, zda aktivní či pasivní, a jaká by měla být ideální informovanost a příprava otce na jeho účast při porodu.

Historický vývoj

Moderní porodnictví, charakterizované lékařským způsobem vedení porodu, s sebou nepřineslo jen vítané změny, jako je snížení úmrtnosti rodiček

a novorozenech dětí, ale v některých aspektech se často promítalo záporně do psychiky rodičích žen. V důsledku toho se začal prosazovat tzv. *přirozený způsob vedení porodu*, který klade důraz na roli



psychiky rodičky za účelem snížit medikaci porodního děje. Tím začala humanizace porodnictví, jejíž součástí je i příchod nastávajících otců na porodní sály.

Přítomnost otců na porodních sálech se začala objevovat v sedmdesátých letech minulého století a stálo za ní jednak přání nastávajících rodičů, jednak tlak z řad odborníků, kteří byli nakloněni přirozenému způsobu vedení porodů. Předpokládalo se, že ve svém důsledku se účast otce u porodu kladně promítne nejen do samotného průběhu porodního děje, ale i do následného vztahu mezi otcem a dítětem. Jak se však brzy ukázalo, přítomnost otce u porodu nemusí mít ve svém důsledku vždy jen kladný vliv. Kolem protikladných výsledků výzkumů se začali formovat zastánci a odpůrci přítomnosti otce u porodu.

V přístupu k porodu sehrál významnou roli koncept *psychoprofylaxe*. Termínem psychoprofylaxe rozumíme přípravu těhotných žen k porodu, která vznikla jako metoda porodnické analgezie (původním a dlouhou dobu také jediným záměrem této metody bylo snížit porodní bolesti rodičky). Psychoprofylaxe se vyvinula z hypnosuggestivní metody, tedy ze snah o vedení porodu v hypnóze. Snížení bolesti však nebylo dosaženo v předpokládané míře a cílem přípravy těhotných žen na porod se tak méně než snaha redukovat porodní bolesti stala snaha ženu informovat o reálném průběhu porodu (Kuželová, 2003; Kopřivová, 2007).

V České republice je v současné době předporodní příprava založena na koncepci, kterou v osmdesátých letech minulého století vypracovala Psychosomatická sekce Gynekologické a porodnické společnosti. Také v této koncepci se klade hlavní důraz na snížení úzkosti

a strachu prostřednictvím nabytí reálného postoje k porodu. Žena je zde v rámci šesti lekcí po 60 minut připravována na změny, které doprovázejí těhotenství, na situace, které mohou nastat během porodu, na příchod nové role matky. Hlavními autory této „Koncepce psychologické přípravy k porodu“ jsou MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc. a PhDr. Marie Pečená (Kuželová, 2003; Kopřivová, 2007; Ratislavová, 2008). Součástí této koncepce je i možná přítomnost otce u porodu. Pokud se pár pro přítomnost otce u porodu rozhodl, absolvovali partneři kurz předporodní přípravy společně a bez něj nebyla přítomnost otce u porodu možná.

V současné době spadá předporodní příprava do kompetence porodních asistentek. Nabídka kurzů je rozmanitá a jejich organizátoři nejsou vázáni žádnými standardy určujícími náplň. Kurzy nabízejí jak porodnice, tak různá soukromá zařízení. Možnost účasti otců na těchto kurzech je poměrně běžná.

Zatímco lékařsky řízený porod se vyznačuje standardizací pracovních postupů a jejich rutinním používáním, přirozený způsob vedení porodu respektuje individuální přání rodičky. Pro ženy, jejichž těhotenství mělo fyziologický průběh, se tak porod stává možností volby, včetně možné přítomnosti blízké osoby na porodním sále – „přítomnost blízké osoby podporuje pocit bezpečí a snižuje pocit strachu z neznáma i vnímání bolesti. Umožňuje lépe překonat stres. Snižuje pravděpodobnost potřeby analgezie a operačního ukončení porodu. Působí kladně na chování rodičky i personálu“ (Gogela, Malý, 2000, str. 201).

V zahraničí přestávaly být porodní sály uzavřenými aseptickými prostory už v sedmdesátých letech minulého století,



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

Zpočátku se přítomnost otce u porodu zdála být zvláštním výstřelkem, během posledních let se stala běžnou praxí. Dalo by se dokonce hovořit o komercializaci tohoto přístupu. V posledních letech začalo v USA rodit společně asi 90 % dvojic, ve Velké Británii a u nás je to asi 70 % dvojic (Mlynářová, Tošner, 1995).

Z hlediska historie nebyla v Evropě mužská přítomnost u porodu nikdy běžnou záležitostí. Na porod se nahlíželo jako na čistě ženskou záležitost, do které muž nemá vstupovat. Trvalo dlouhou dobu, než se porodu začal účastnit alespoň muž-lékař, ten byl po dlouhá léta akceptován jako jediný muž, který se smí porodu účastnit. Pokud se porodu účastnil nastávající otec, byla to vždy výjimka. Většinou šlo o situace, kdy nebylo možné sehnat pomoc zkušených žen (Mlynářová, Tošner, 1995).

Také u přírodních národů k přímé fyzické účasti otce u porodu většinou nedochází. Žena se zde před porodem odebírá do porodních chýší, kam ji doprovázejí zkušené ženy ze společenství. Během této doby vykonává nastávající otec řadu rituálů, které nesou označení kuváda. Termín pochází z francouzského *couver*

(v angličtině se setkáváme s výrazy *couvade* nebo též *couvade syndrome*), což v překladu znamená sedět na vejcích. Jako první použil tento termín v roce 1865 britský antropolog Edward B. Tylor (Skočovský, 2004).

Hlavním smyslem rituálního zapojení nastávajícího otce do porodu bylo jednak odpomoci své ženě od porodních bolestí (Cichá, Fleišmanová, 2007), jednak potvrdit otcovskou roli ve společnosti (Trevathan, 1987). Konkrétní příklad kuvády můžeme spatřit například u šošonských mužů. Ti dodržují na znamení účasti s manželčíným a potomkovým stavem přísný půst, kdy mají dovoleno žít se pouze chlebem a vodou. K překonání manželčíných bolestí a k urychlení jejího „uzdravení“ přispívají šošonští muži zase několika-kilometrovým během. Po narození dítěte přichází rituální praktika, která muži přikazuje ponořit se do studeného potoka, čímž na sebe symbolicky přebírá roli dítěte, které je vykoupáno ve vodě teplé. Jelikož musí dítě i se svou matkou žít do doby, než u nich dojde k obnovení rovnováhy a čistoty, v porodní chýši, trvá ještě několik týdnů, než muž svého potomka skutečně spatří (Cichá, Fleišmanová, 2007). V jiných společenstvích lze nalézt praktiky, kdy má nastávající otec nejen zakázáno jíst určité pokrmy, ale zároveň musí žít odděleně od ostatních členů svého kmene. V Irsku a Skotsku zase muž pomáhal své ženě od porodních bolestí tím, že nosil kus jejího oděvu (Skočovský, 2004).

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



neprojevuje žádné známky bolesti, tváří se vesele a bezprostředně po porodu se vrací ke své původní práci. Takový průběh kúvady lze spatřit například u brazilského kmene Boróro. Jde o etnickou skupinu jihoamerických Indiánů žijících v jižní části Mato Grosso v Kolumbii a v pohraničí Brazílie a Paraguaye. Spolu s kmeny Otuké ve východní Bolívii tvoří společnou jazykovou skupinu původního obyvatelstva. Jejich počet není v současné době uváděn. Představují zbytky původních lovecko-sběračských společností Indiánů na náhorních plošinách Jižní Ameriky, kteří se vyznačovali výraznými obyčejí a zvyky. Rituály spadající pod kúvadu, kdy manžel prožívá porodní bolesti své ženy, u nich popsal český etnograf A. V. Frič (in Wolf, 1984). Rodičky z tohoto kmene ihned po porodu

přeplavou řeku a jdou do lesa sbírat jedlé kořeny. Na tváři mají přitom veselý a spokojený výraz. Jejich muži vypadají naopak velmi uboze, leží na lůžku, pláčou a nařikají. Všichni členové kmene se k muži, jehož žena právě porodila, seběhnou a snaží se ho bezúspěšně utišit. Nakonec prohlásí, že je tento muž těžce nemocen (Marek, 2002). Obdobná podoba kúvady provázela porod dítěte také na území dnešního Španělska a v některých částech Asie. Ženy zde rodily na odlehlém místě mimo domov a mnohdy se stalo, že se bezprostředně po porodu pustily opět do práce. Nastávající otec mezitím ležel v posteli a sténal bolestí. Po svém návratu domů ho žena nakrmila a zahrnula péčí (Skočovský, 2004; Doležal, 2001), (in Stackeová, Böhmová, 2010).

SOCIÁLNÍ ZMĚNY A PROMĚNA SOCIÁLNÍCH ROLÍ MEZI POHLAVÍMI

Příčinou, proč začali být k porodům bráni především partneři rodiček a nikoli ženy z jejího blízkého okolí (např. matka či sestra), byly jednak změny odehrávající se na úrovni rodiny, jednak proměny sociálních rolí muže a ženy. Soudobá rodina je nejčastěji označována termínem nukleární, ale po vzoru francouzského sociologa Émila Durkheima se můžeme setkat také s označením manželská, párová či vztahová rodina. Durkheim tušil základní charakteristiky současné rodiny již v roce 1892, kdy ve své přednášce o manželské rodině tvrdil, že rodina je stále více zaměřená na osobní vztahy než na rodinné hmotné statky. Důraz na vzájemné, zejména afektivní vztahy se začal projevovat především ve svobodné volbě partnera. Ducha rodiny tak přestávají tvořit věci, ale vztahy mezi mužem a ženou i mezi rodiči a dětmi. V souladu s durkheimovskou předsta-

vou, podle níž je moderní rodina založena na vztazích, tvrdí také americký funkcionalistický sociolog Talcott Parsons, že se dnešní rodina definuje hlavně emoční podporou, kterou svým členům zaručuje (Singly, 1999).

S rostoucím zaměřením na osobní vztahy, které zatlačilo do pozadí zřetel, jenž byl po tak dlouhou dobu historie rodiny kladen především na majetek, je spojeno zúžení rodiny na nukleární jádro. Centrální zóna současné rodiny se tak skládá z muže, ženy a jejich malých dětí. Společně se zúžením, kterým se vyznačuje současná vztahová rodina, se do popředí dostává idea větší autonomie manželského páru vůči příbuzným a předešlým generacím. Talcott Parsons hovoří dokonce o „izolaci manželské párové rodiny“ a o „absenci výraznější solidarity s rodinami předků i potomků v obou liniích“. Francouzský sociolog



François de Singly se přiklání k méně radikální durkheimovské terminologii, konkrétně k pojmům „autonomie“ a „pocity nezávislosti“ dospělých lidí, především těch, kteří žijí v manželství. Je tedy zcela zřejmé, že logika individuálního výběru, svobodné volby a nezištnosti, která oficiálně řídí afektivní vztahy mezi muži a ženami v rámci manželství, se specifickým způsobem rozšiřuje i na ostatní rodinné vztahy. Význam příbuzenstva se v současné společnosti zcela mění. Moderní rodina se vyznačuje větší nezávislostí na okruhu příbuzných (Singly, 1999).

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

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

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

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



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

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

(in Stackeová, Böhmová, 2010)

PŘÍCHOD OTCŮ NA PORODNÍ SÁLY

S přesunem porodů do porodnic začaly ženy pociťovat odosobněný styl vedení porodů a požadovaly podporu blízké osoby. Touto osobou byl pro rodičku nejčastěji její partner, nastávající otec dítěte (Odent, 2004). Vzhledem k převládající koncepci lékařsky vedeného porodu, v jejímž rámci nebyla matkám přisuzována kompetence spolurozhodovat o záležitostech porodu, musely mít však argumenty rodiček oporu také v lékařské obci, tedy „shora“ (Hašková, 2001). Té se jim dostalo v roce 1970, kdy se myšlenka „partnerství při porodu“ zrodila také na konferenci Americké společnosti ženských lékařů. Zde si získala mimořádnou pozornost přednáška profesorky Newtonové, pojednávající o humanizaci porodů. Jak tato profesorka uvedla: „Lékařské předpisy všeobecně zakazují otcům, aby přihlíželi narození vlastního dítěte a poskytli ženám psychickou podporu v pokročilém stadiu bolesti, a to navzdory skutečnosti, že porodní tým nemá čas, aby rodičku v jejích bolestech potěšil. Každý porod provází psycho-logická krize. V krizi je člověk obzvláště náchylný k silné závislosti na lidech, kteří jsou

okolo něho. Jestliže manžel zůstane vyloučen z účasti na bolestech a porodu, hledají mnohé ženy intenzivní spojení s pomocníky při porodu – místo se svými manžely“ (Mlynářová, Tošner, 1995, str. 217). V Americe se tak krátce na to rozšířil názor, že humanizaci mezilidských vztahů by opravdu mohlo pomoci společné prožívání porodu matkou i otcem dítěte. Předpokládalo se, že by tak vztah otce k dítěti i matce mohl dostat pevnější základ. Myšlenka porodu za přítomnosti otce dítěte byla brzy vyzkoušena v praxi a krátce na to se rozšířila i do Evropy, kde se její propagace ujali především francouzští porodníci.

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

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



Otec či jiná osoba doprovázející k porodu je ve většině našich porodnic v současné době vítána či akceptována. Některá zdravotnická zařízení vytvořila „*Pravidla pobytu na porodním sále*“. V některých nemocnicích musí otcové absolvovat kurz předporodní přípravy, rozdílné jsou i poplatky.

Možnost partnera účastnit se porodu je zakotvena v zákoně č. 372/2011 sb., který stanovuje, že pacient (zde rodička) má právo na přítomnost blízké osoby, a to v souladu s jinými právními předpisy a vnitřním řádem zdravotnického

zařízení, nenaruší-li přítomnost této osoby poskytnutí zdravotnických služeb.

Motivy otce k přítomnosti, či naopak nepřítomnosti u porodu jsou odrazem vztahu rodičů a jejich osobnostních vlastností včetně genderových postojů a názorů. Na rozhodování otce o přítomnosti u porodu mohou mít vliv i sociální faktory, například otec by mohl mít obavu, že pokud odmítne, bude na něj nahlíženo jako na „špatného“ partnera a otce. V rozhodování o přítomnosti otce u porodu mohou sehrát významnou roli kurzy předporodní přípravy.

PŘÍTOMNOST OTCE U PORODU

Během první doby porodní může být přítomnost otce u porodu, resp. jeho aktivní účast, velmi přínosná. Pomůže partnerce se sbalením věcí, transportem do porodnice, vyřízením formalit a následně se zvládáním bolestí provázejících první dobu porodní. V této fázi porodu by měl být empatický, snažit se vnímat potřeby partnerky, respektovat její přání. Měl by být připraven na to, že se partnerka může chovat jinak, než je zvyklý, než očekává, že jde o výjimečnou situaci a specifický prožitek ženy (Simkinová, 2000).

Přínos partnera u porodu může být v oblasti psychické (pocit bezpečí a jistoty, povzbuzování a uklidňování, reakce na aktuální přání a potřeby, pochvala), fyziologické (měření délky stahů, stimulace dýchání, opora a pomoc při pohybu a poloze těla, popř. masáž, dohlížení na pitný režim) a v oblasti sociální (přítomnost známé osoby v neznámém prostředí, komunikace se zdravotnickým personálem).

Podle chování otce u porodu můžeme rozlišit následující typy:

- Otec v šoku – otec je šokován tím, co se děje (bolesti ženy, dlouhý porod, komplikace apod.).
- Otec donucený k přítomnosti u porodu (otec, který podlehl nátlaku partnerky, popř. dalších osob, přichází k porodu nemotivován a nepřipraven).
- Otec poučený – otec, který byl aktivní již v průběhu těhotenství partnerky a přichází poučen, popř. navštěvoval i kurzy předporodní přípravy.
- Otec zvědavý – přihlíží se zájmem při všech procedurách a zásazích, zajímá se o ně.
- Otec přeinformovaný, resp. dezinformovaný – otec zahlcený množstvím většinou komerčních a neobjektivních informací o porodu a možnostech snížení porodních bolestí, bývá překvapen, že vše neprobíhá podle jeho představ.
- Otec dozorce – otec podezřívavý a nepřátelský ke zdravotnickému personálu, očekává od něj nespolehlivost a neochotu pomoci jeho partnerce.



- Otec exhibicionista – vše dokumentuje, často bez ohledu na partnerku, chce být sám středem pozornosti.

Přítomnost otce na porodním sále se může stát problematickou v okamžiku, kdy otec porod nezvládá, popř. kolabuje, více prožívá vlastní negativní emoce

PŘEDPORODNÍ PŘÍPRAVA PRO MUŽE

V rámci konceptu přirozeného způsobu vedení porodů se začalo uvažovat o tom, že psychický stav rodičky může ovlivnit průběh porodního děje (v rámci tohoto konceptu tak vzniká psychosomaticky orientované porodnictví). Porod začal být vnímán jako náročná životní situace, na kterou je potřeba se připravit (Čepický, 1992; Ratislavová, 2008).

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

V rámci předporodní přípravy si muž může osvojit tyto dovednosti:

- Vědět, co porod obnáší, jaká je jeho normální fyziologie, jaké zásahy se provádějí, kdy jsou nutné a kdy je lepší se jim, pokud možno, vyhnout.
- Znat psychologii rodící ženy, být připraven na změnu jejího normálního vědomí a nenechat se vyvést z míry neobvyklostí jejího chování při porodu.

PŘÍPRAVA NA ROLI OTCE

Vzhledem k tomu, že lidská mláďata přicházejí na svět značně nesamostatná

a partnerce tak nedovede nijak pomoci, nebo v situaci, kdy se vyskytnou náhlé porodní komplikace. Nepřípravený otec, který při porodu prožívá bezmoc a je traumatizován zážitky z porodního sálu, může v důsledku prožitého traumatu trpět problémy v sexuální oblasti.

- Ovládat praktické dovednosti pro úlevu od bolesti a vědět, jak může zcela konkrétně pomoci v různých situacích.
- Být schopen se přizpůsobit momentálním potřebám rodící ženy a přijmout, že je při porodu kvůli ní. Její přání a reakce budou určovat způsob, jakým bude pomáhat.
- Tyto dovednosti následně mohou z muže učinit dobrého partnera k porodu (Labusová a kol., 2004), jehož přítomnost bude mít kladný dopad na průběh porodního děje.
- Pokud je otec napřed dobře připraven a ví, jak porod probíhá, neměla by být jeho přítomnost komplikací pro porodní tým (Mlynářová, Tošner, 1995). Pomocí předporodní přípravy si otec může osvojit dovednosti, jejichž prostřednictvím může jeho účast u porodu přispět ke kratší době trvání porodu, menší potřebě medikace, nižšímu výskytu porodnických komplikací či lepší poporodní interakci s novorozencem.

a odkázaná na péči dospělého člověka, je péče o novorozence a rodičovské chování



bezpochyby determinováno biologicky (Čepický, 1992). Na univerzální psychobiologické predispozice rané rodičovské péče, která poskytuje dítěti podporu a usnadňuje mu učení, komunikaci a regulaci vlastního chování, poukazují poznatky manželů Papouškových (Skočovský, 2004). Ti vrozené vzorce rodičovského chování nazvali pojmem intuitivní rodičovství. Do repertoáru intuitivního rodičovství patří bohatý rejstřík prototypických vzorců chování. Četná pozorování ukázala, že rodiče zjednodušují a přehánějí mluvu a mimické chování, či mají tendenci strukturovat interakce tváří v tvář do jakýchsi dialogů. Nejcharakterističtějším chováním v rejstříku intuitivního rodičovství je typická reakce pozdravení s nepatrným záklonem hlavy, zvednutým obočím, doširoka otevřeným a očima a otevřenými ústy (Papoušek, Papoušek, 1992; Dittrichová, Papoušek, Paul a kol., 2004).

Ačkoli současné poznatky o intuitivním rodičovství ukazují, že raná rodičovská péče má v základě univerzální psychobiologické predispozice, neznamená to, že by intuitivní rodičovství bylo naprosto odolné vůči rušivým faktorům. Nežádoucí účinky na jednoho nebo oba partnery mohou mít různé biologické či sociokulturní faktory (Dittrichová, Papoušek, Paul a kol., 2004).

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

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

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

Na porod se bezprostředně váže konstituce rodičovství, která je v přírodních národech provázena rituály. Rituály, jejichž prostřednictvím si muži osvojují otcovskou roli v přírodních národech, jsou známé pod termínem kuváda syndrom. Dlouhou dobu se myslelo, že kuváda syndrom je jen jakousi exotickou záležitostí, avšak kanadská psycholožka Anne Storeyová se svými spolupracovníky zjistila, že u nastávajících otců v moderních podmínkách dochází k hormonálním změnám, které následně vedou k nejrůznějším převratům v chování. K projevům kuváda syndromu se tak pod tíhou nových důkazů přidaly kromě rituálních předpisů také fyzické a psychické změny a zvláštnosti, které se vyskytují u nemalého podílu nastávajících otců (10–30 %, ovšem údaje mohou být v závislosti na zvolených kritériích mnohem vyšší) v moderní společnosti (Skočovský, 2004).



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

Ve výzkumech byla prokázána také zvýšená hladina prolaktinu či estradiolu. Všechny tyto hormony u nastávajících otců vyvolávaly kromě změn v chování také tělesné příznaky, např. nechutenství (nebo naopak touhu po určitém druhu jídla), trávicí potíže, nevolnost a zvracení, bolesti hlavy či bolesti zubů (Skočovský, 2004). Z uvedených poznatků vyplývá, že to není jen žena, kdo se v průběhu

těhotenství připravuje díky hormonálním změnám na svou novou rodičovskou roli a může jí tak lépe přivyknout. Vedle těhotenství žen se proto začalo hovořit také o „těhotenství mužů“ (Skočovský, 2004).

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

Hlavním účelem předporodní přípravy je získání informací i praktických návyků a dovedností, které mají nastávajícím rodičům pomoci zvládnout těhotenství, porod i šestinedělí a ulehčit jim péči o novorozence.

(in Stackeová, Böhmová, 2010)

PROTIKLADNÉ POSTOJE K PŘÍTOMNOSTI OTCE U PORODU

Na téma přítomnosti otce u porodu lze v literatuře nalézt rozporné názory i výsledky výzkumů. Na základě tohoto rozporu se tak mezi odborníky i laiky mohou objevovat příznivci i odpůrci přítomnosti otce u porodu. Setkáváme se často buď s příliš pozitivními nekritickými názory, nebo naopak s názory odmítavými. O pozornosti, která je tomuto tématu věnována, svědčí i množství kvalifikačních prací na akademické půdě či článků v odborných periodikách. Příznivci přítomnosti otce u porodu vyzdvihují přínos tohoto přístupu ve dvou ohledech. Zprvce to je

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



svém postoji se mohou příznivci otcovy přítomnosti u porodu opřít o následující výzkumy.

Podle některých autorů (David, Kentenich, 1993. In: Čoupek, Šporcrová, 1999; Henneborn, Cogan 1975. In: Trevathan, 1987) přítomnost muže u porodu značně snižuje obavy matek z porodu, zmírňuje porodní bolesti, předchází porodním komplikacím a zkracuje délku porodu. Snížené vnímání porodní bolesti bylo zjištěno na základě skutečnosti, že ženy, jejichž partneři byli porodu přítomni, vyžadovaly podání medikamentózních prostředků tišení bolesti v menší míře než ženy, které u porodu oporu v podobě doprovodu svého partnera neměly. Ve světle současného konceptu přirozeného porodu, který kritizuje jednostrannou medikalizaci porodu a hovoří o nepříznivém vlivu tisících léků na celkový průběh porodu i na psychický stav rodičky a stav bdělosti novorozence, se jeví přítomnost partnera u porodu jako velmi přínosná.

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

Cronenwett a Newmark (1974) provedli studii, kdy 152 otců odpovídalo na dvacet osm otázek dotazníku sesta-veného pro účely této studie, jejímž cílem bylo hodnotit jejich pocity v průběhu porodu,

jejich vztah k matce a k dítěti. Žádné rozdíly ve vztahu k dítěti nebyly zjištěny u tří skupin otců: těch, kteří byli u porodu a absolvovali předporodní přípravu, těch, kteří ji neabsolvovali, a těch, kteří u porodu nebyli přítomni. Na otázky týkající se vztahu k ženě a prožitků spojených s porodem odpověděli muži, kteří byli u porodu přítomni, na jedenáct otázek z devatenácti signifikantně pozitivněji než ti, kteří u porodu přítomni nebyli. Výsledky této studie celkově skórovaly pro podporu přítomnosti otců u porodu a rovněž pro význam kurzů předporodní přípravy.

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

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



Swiatkowska-Freund, Kawiak a Preis (2007) provedli studii, ve které dotazníkovou metodou sledovali reakci třiceti sedmi párů po porodu a motivy otce k přítomnosti u porodu (dotazování proběhlo od jednoho měsíce do jednoho roku po porodu). Hlavním motivem sledovaných párů bylo prožít porod spolu. Patrneři s tímto rozhodnutím vyjádřili spokojenost a autoři studie rovněž ve svých závěrech konstatovali upevnění vazby mezi partnery po společně prožitém porodu.

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

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

Podobně tak Li, Lin, Chang a kol. (2009) sledovali možné prožitky bezmoci a úzkosti otců u porodu a to, jak mohou kurzy předporodní přípravy tyto emoce zmírnit. Osmdesát sedm otců, kteří se účastnili porodu v Tchaj-wanu, vyplnilo dotazník hodnotící jejich očekávání a dotazník Trait Anxiety Inventory měřící

jejich rysovou úzkost. Dvě hodiny po porodu vyplnili dotazník State Anxiety Inventory, měřící jejich stavovou úzkost. Nebyl nalezen žádný vztah mezi tím, co od porodu očekávali, a jejich rysovou úzkostí. Ukázal se signifikantní vztah mezi absolvováním kurzu předporodní přípravy a nižší hladinou úzkosti po porodu.

Draper (1997) provedl rešeršní studii 190 článků, v níž analyzuje klíčovou literaturu zabývající se účastí otců u porodu. Jeho hlavním závěrem bylo poukázat na to, že je nezbytné věnovat se také prožitkům otců při porodu, a nejen jejich praktickým činnostem při porodu a podpoře ženy.

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

Podle výzkumů, které se zaměřily na to, jaký dopad má účast muže při porodu na utváření pevné vazby mezi otcem a dítětem, jeví muži s porodní zkušeností o novorozence větší zájem, než jaký projevovali muži, kteří porod s partnerkou neprožili. Zvýšený zájem se projevoval například upřeným pozorováním novorozence, častými doteky a interakcí tváří v tvář. Otcové, kteří se účastnili porodu svého dítěte, jím byli následně



zcela zaujati (McDonald, 1978; Greenberg, Morris, 1974. In: Trevathan, 1987).

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

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

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

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



trimestru gravidity), v době porodu a v období šestinedělí. Informace od respondentů získávali dotazníkovou formou.

Autoři výzkumu si stanovili tyto hypotézy:

- Přítomnost otce u porodu bude souviset s omezením aplikace anestezie/analgezie v průběhu prvních dvou dob porodních.
- Otcové účastníci se porodu se budou více angažovat v pracích zabezpečujících chod domácnosti.
- Skupina otců, která přijala účast u porodu, se bude v podílu na péči o dítě významně lišit od skupiny otců, kteří u porodu nebyli.
- Společné prožití porodu oběma partnery bude mít pozitivní dopad na kojení.
- Podle Ivony Šporcrové a Petra Čoupeka z tohoto výzkumu vyplývá, že „účast otce při porodu se po narození dítěte pozitivně odráží v jeho pomoci v činnostech zabezpečujících chod domácnosti a v přijetí podílu péče o dítě. Svou přítomností u porodu otcové zároveň kladně podporují kojení“ (Čoupek, Šporcrová, 1999, str. 35). Nepodařilo se však prokázat souvislost mezi přítomností otce u porodu a omezením aplikace anestezie/analgezie. Pravděpodobný důvod nepotvrzení této hypotézy zřejmě spočívá v tom, že se muži účastnili ze statistického hlediska komplikovanějších porodů. Na základě svých zjištění se autorům výzkumu jeví situace, kdy má být otec přítomen u porodu, jako velmi přirozená. Mnohé páry podle nich zcela spontánně signalizují potřebu být v momentě porodu spolu. Nabídku možnosti společného prožití porodu tak vnímají velmi pozitivně

a přínosně (Čoupek, Šporcrová, 1999).

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

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



ženám nikoli muži, ale jiné ženy, které už předtím porod prožily, jen shodou okolností. Ačkoli je tak podle Odenta pro průběh porodu nejlepší, když se odehrává v naprostém soukromí a bez zásahu dalších osob, ženská pomocnice při porodu se Odentovi jeví jako lepší volba, než přítomnost nastávajícího otce.

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

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

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

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

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

Rozhodnout spor příznivců a odpůrců přítomnosti otce u porodu není možné. Ze závěrů vědeckých studií a praktických zkušeností vyplývá, že přítomnost otce u porodu může mít ve svém důsledku jak pozitivní, tak i negativní dopad. Sporné však mohou být obavy z impotence. Odpůrci přítomnosti otce u porodu často argumentují tím, že přítomnost otce u porodu má negativní dopad na sexuální oblast páru po porodu. Pro obavu z impotence však neexistují žádné objektivní důkazy. Je proto otázka, zda nejde jen o vhodnou příležitost, jak zakrýt impotenci z jiného důvodu, nebo nechuť k pohlavnímu styku s manželkou



v případě existence paralelního mileneckého vztahu (Mlynářová, Tošner, 1995).

Otázkou však zůstává, zda existuje způsob, jak vzbudit potenciál přítom-

nosti otce u porodu, to znamená, zda lze posílit pozitiva přítomnosti otce u porodu a potlačit negativa tohoto jevu.

(in Stackeová, Böhmová, 2010)

ZÁVĚR

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

Dříve si musely partnerské dvojice v systému lékařsky řízených porodů právo na účast muže na porodním sále vybojovávat, a to za pomoci odborníků, kteří byli nakloněni přirozenému řízení porodů. Z toho lze usuzovat, že účast otce u porodu byla projevem obou-stranné touhy nastávajících rodičů. V dnešní době začala přítomnost otce u porodu podléhat společenskému očekávání a pro mnohé muže se stává povinností. Předpokládá se, že muž k porodu svého dítěte půjde, přičemž tato samotná účast či neúčast slouží pak k zhodnocení, jakým je muž otcem. Muž je hodnocen jako dobrý či špatný otec pouze na základě toho, zda byl či nebyl u porodu. Dopad takové účasti není již podstatný. Dobrý otec je zkrátka ten, který u porodu byl, ačkoli jeho účast neměla žádný přínos, špatný otec je ten, který k porodu nešel, i když mohlo jít o vzájemnou domluvu obou partnerů a muž se mohl na příchod dítěte aktivně připravovat.

Příchod mužů na porodní sály představoval skutečnou humanizaci porodů. Předpokládalo se, že se přítomnost otce u porodu kladně promítne jednak do samotného průběhu porod-

ního děje, a jednak do následné péče otce o dítě. V průběhu času se však ukázalo, že přítomnost otce u porodu může mít ve svém důsledku jak pozitivní, tak i negativní dopady.

Kolem protikladných výsledků výzkumů i dlouholeté praxe se začaly formovat skupiny zastánců a odpůrců přítomnosti otce u porodu. Zastánci porodů za přítomnosti otce zdůrazňovali kladný vliv na porod a rozvoj otcovských kompetencí. Odpůrci často argumentovali komplikacemi, které muž svou přítomností na porodním sále způsobuje porodnímu personálu, možnostmi, že otec při pohledu na porodní děj omdlí, či nevhodným chováním, kterým muž do porodního děje zasahuje, a tím ho komplikuje.

Na základě dostupných výzkumů a informací se nelze přiklonit na stranu ani jedné z těchto skupin. Důležité je zjistit, zda existuje způsob, pomocí kterého je možné vzbudit potenciál přítomnosti otce u porodu, tj. jak posílit jeho pozitivní efekt a potlačit negativní dopady. Jako vhodná metoda k tomuto účelu byla shledána předporodní příprava zaměřená na partnerskou dvojici, a kromě matky také na otce. V rámci této předporodní přípravy muž jednak získá reálné představy o průběhu porodu a o možných komplikacích, které mohou nastat, a zároveň si osvojí dovednosti, pomocí kterých pak může ženě pomoci redukovat bolesti. V současné době je navíc do předporodní přípravy zahrnuta



také příprava na rodičovskou roli. Předporodní příprava a účast otce u porodu tak může v muži vzbudit jeho vrozené kompetence k otcovství.

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

větší pozornost, než se tomu v praxi často děje (dříve bylo absolvování kurzu pro přítomnost otce u porodu povinné). Možností by byla i kratší alternativa tohoto kurzu, popř. alespoň doporučení psychologické konzultace ze strany ošetřujícího lékaře. V případě, že by odborník považoval vzhledem k osobnostním dispozicím jednoho či obou z partnerů, popř. problémům v jejich vztahu účast otce u porodu za nevhodnou, mělo by být jeho doporučení respektováno. Rovněž je podle nás žádoucí osvěta v této oblasti, objektivní informovanost včetně upozornění na možná negativa a redukce jednostranného přístupu propagujícího přítomnost otců u porodu za každou cenu. Pouhá „přítomnost“ otce u porodu jako pozorovatele, popř. „dokumentátora“, může skutečně přinést více negativ než pozitiv.

PRAKTICKÁ DOPORUČENÍ

1. Přítomnost otce u porodu by vždy měla být svobodnou volbou obou rodičů. V ujasnění si toho, zda oba z rodičů tuto variantu zvolí, mohou sehrát významnou roli i kurzy předporodní přípravy. Oba rodiče by zde měli být informováni o přínosech i rizicích otcovy přítomnosti. Mohou zvážit i variantu otcovy asistence při příchodu do porodnice, jeho přítomnosti zde, ale bez přítomnosti u porodu jako takového, nebo i variantu otcovy přítomnosti pouze v první době porodní (rozhodování rodičů je snazší v případě, kdy již jeden či oba mají s porodem zkušenost).
2. Partner by měl být partnerce u porodu především psychickou oporou. Pro to je nezbytné, aby byl dostatečně informován o průběhu porodu a možnostech vlastního zapojení v průběhu jednotlivých porodních dob, k čemuž je opět doporučována společná návštěva kurzů předporodní přípravy.
3. Významnou roli hraje komunikace matky, otce a zdravotnického personálu. Ideální je, když se mohou rodiče s porodní asistentkou seznámit již před porodem, což ale bohužel není vždy možné.

SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ



1. CICHÁ, M.; FLEIŠMANOVÁ, Š. Těhotenství a porod - vybrané zvyklosti a rituály. *Florence*. 2007, roč. 3, č. 1, str. 20-22
2. CRONENWETT, LR., NEWMARK, LL. [Fathers' responses to childbirth](#). *Nursing Research*, Vol. 23(3), May, 1974. pp. 210-217
3. ČEPIČKÝ, P. *Psychologie ženy. Učební text pro střední zdravotnické školy, obor porodní asistentka*. Praha: vlastním nákladem, 1992, str. 19-35
4. ČOUPEK, P.; ŠPORCROVÁ, I. Co přináší přítomnost otce u porodu. *Praktická gynekologie*. 1999, roč. 3, č. 5, str. 31-36
5. DITTRICHOVÁ, J.; PAPOUŠEK, M.; PAUL, K. a kol. *Chování dítěte raného věku a rodičovská péče*. Praha: Grada Publishing, 2004, str. 77-100. ISBN 80-247-0399-8
6. DOLEŽAL, A. *Od babictví k porodnictví*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-246-0277-6
7. [DRAPER, J.](#) Whose welfare in the labour room? A discussion of the increasing trend of fathers' birth attendance. *Midwifery*. 1997 Sep;13(3):132-8
8. GOGELA, J.; MALÝ, Z. Porodnické alternativy. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2000, roč. 9, č. 1, str. 201-203
9. GUNGOR, I., BEJI, NK. [Effects of fathers' attendance to labor and delivery on the experience of childbirth in Turkey](#). *Western Journal of Nursing Research*, Vol 29(2), Mar, 2007. pp. 213-231
10. HAŠKOVÁ, H. *Názorové difference k současným změnám v českém porodnictví*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2001. ISBN 80-85950-97-9
11. KOPŘIVOVÁ, D. Psychoprofylaxe. *Moderní babictví* [online]. 2007, roč. 5, č. 12 [cit. 2010-05-05] Dostupné z WWW: <<http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-12/clanek.php?c=2>>
12. KOŤÁTKOVÁ, I.; MALÍK, V.; POSTUPA, R.; VLČEK, L. První zkušenosti s přítomností otce u porodu na ženském oddělení SNsP Ostrava. *Čes. Gynek.* 1992, roč. 57, č. 8, str. 437-438
13. KUŽELOVÁ, M. Historie přípravy těhotných k porodu. *Moderní babictví*. 2003, roč. 1, č. 2, str. 39-42
14. KUŽELOVÁ, M. Předporodní příprava. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2003, roč. 12, č. 2, str. 298-300
15. LABUSOVÁ, L. a kol. *Průvodce porodnicemi České republiky: ucelený přehled služeb porodnic Čech, Moravy a Slezska s hodnocením*. Praha: Argo, 2004
16. [LI, HT.](#), [LIN, KC.](#), [CHANG, SC.](#), [KAO, CH.](#), [LIU, CY.](#), [KUO, SC.](#) A birth education program for expectant fathers in Taiwan: effects on their anxiety. *Birth*. 2009 Dec;36(4):289-96
17. MAREK, V. *Nová doba porodní*. Praha: Eminent, 2002. ISBN 80-7281-090-1
18. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1993. ISBN 80-901424-7-8
19. [MOREAU, A.](#), [KOPFF-LANDAS, A.](#), [SÉJOURNÉ, N.](#), [CHABROL, H.](#) The primiparae couple's experience of childbirth: quantitative study. *Gynecol Obstet Fertil*. 2009 Mar;37(3):236-9. Epub 2009 Mar 17
20. MLYNÁŘOVÁ, A.; TOŠNER, J. Historie přítomnosti muže u porodu. *Gynekolog*. 1995, roč. 4, str. 216-218
21. MOŽNÝ, I. *Moderní rodina: Mýty a skutečnosti*. Brno: Blok, 1990. ISBN 80-7029-018-8
22. NICHOLS, MR. [Paternal perspectives of the childbirth experience](#). *Maternal-Child Nursing Journal*, Vol 21(3), Jul-Sep, 1993. pp. 99-108
23. ODENT, M. Otcové u porodu - přínos i riziko. *Aperio*. 2004, roč. 3, č. 1, str. 6-7
24. ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo, 1995. ISBN 80-85794-69-1
25. OLIN, RM., FAXELID, E. [Parents' needs to talk about their experiences of childbirth](#). *Scand J Caring Sci*. 2003 Jun;17(2):153-9
26. PALKOVITZ, R. [Fathers' motives for birth attendance](#). *Matern Child Nurs J*. 1987 Summer;16(2):123-9
27. [PALKOVITZ, R.](#) Fathers' birth attendance, early contact, and extended contact with their newborns: a critical review. *Child Dev*. 1985 Apr;56(2):392-406
28. PAPOUŠEK, H.; PAPOUŠEK, M. Beyond Emotional Bonding: The Role of Preverbal Communication in Mental Growth and Health. *Infant Mental Health Journal*. 1992, vol 13, no. 1, s. 43-53
29. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství @ porodu*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-321-4
30. [PESTVENIDZE, E.](#), [BOHRER, M.](#) Finally, daddies in the delivery room: parents' education in Georgia. *Glob Public Health*. 2007;2(2):169-83



31. PONĚŠICKÝ, J. *Fenomén ženství a mužství: psychologie ženy a muže, rozdíly a vztahy*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-374-1
32. RASTISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4
33. ROZTOČIL, A. a kol. *Intenzivní péče na porodním sále*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996, str. 8-54. ISBN 80-7013-230-2
34. Sborník přednášek konference Zdravé rodičovství na téma *Otcovství*. Brno:
35. Centrum naděje a pomoci, 2004.
36. Sborník textů z konference *Přivádíme děti na svět*. Praha : Aperio, společnost pro
37. zdravé rodičovství, 2002. ISBN 80-903087-1-6
38. SIMKIN, P. *Vše, co potřebujete vědět, abyste mohli ženě při porodu pomoci*. Praha: Argo, 2000. ISBN 80-7203-308-5
39. SINGLY DE, F. *Sociologie současné rodiny*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-249-1
40. SKOČOVSKÝ, K. O těhotenství tatínků. *Psychologie dnes*. 2004, roč. 10, č. 12, str. 22-23
41. STACHEOVÁ, D., BÖHMOVÁ, M. Psychologické aspekty přítomnosti otců u porodu. *Psychosom*, 2010, 8(4), str. 253- 278
42. Dostupné také na: http://www.psychosom.cz/?page_id=1245
43. [SWIATKOWSKA-FREUND, M.](#), [KAWIAK, D.](#), [PREIS, K.](#) Advantages of father's assistance at the delivery. *Ginekol Pol.* 2007 Jun;78(6):476-8
44. TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V.: *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-889-9
45. TREVATHAN, W. *Human Birth: an Evolutionary Perspective*. New York: Aldine de Gruyter, 1987. ISBN 0-202-02029-0
46. WILLIAMS, N. *On the day you were born: A phenomenological study of fathers' experience of being present at their children's birth*. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol 67(8-B), 2007. pp. 4742
47. WOLF, J. *Abeceda národů. Výkladový slovník kmenů, národností a národů*. Praha: Horizont, 1984

INFORMACE O AUTORKÁCH

Doc. PhDr. Daniela Stacheová, Ph.D. (*1972)

Katedra pedagogiky a psychologie, VŠTVS Palestra, s.r.o.

Absolventka oboru fyzioterapie, specializace somato-psychoterapie, na Fakultě tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy v Praze. Postgraduální studium a rigorózní řízení absolvovala tamtéž. V roce 2015 úspěšně zakončila habilitační řízení v oboru kinantropologie na FSpS MU v Brně a byl jí udělen titul docent. V současné době pracuje jako docent na VŠTVS Palestra. Odborně se věnuje především problematice fitness a psychologických aspektů fitness, psychosomatické a psychosomatickým vztahům v oblasti pohybového aparátu.



Kontakt: stacheova@volny.cz

Bc. Michaela Böhmová (*1985)

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



FILOSOFIE



4 V. CHVÁLA: ILUSTRACNÍ FOTO

MICHAL PODZIMEK: HOLISTICKÝ PŘÍSTUP K PACIENTOVÍ SKRZE THEONOMII

SOUHRN: PODZIMEK M.: HOLISTICKÝ PŘÍSTUP K PACIENTOVÍ SKRZE THEONOMII. PSYCHOSOM 2018; 16(1), s.42-53

Teorie interpretující lidskou zkušenost s životem, nemocí či přímo smrtí se proměňují. Spolu s nimi se tak proměňují i možnosti, kterými lze dávat odcházejícímu naději v jeho existenciální tísní. Tento příspěvek nahlíží a krátce analyzuje zásadní proměny paradigmatu západní společnosti, především z hlediska otázky existence či neexistence transcendentního rozměru života. Předmoderní náboženské teorie spásy i ateistický naturalismus ztrácejí v pozdní moderně svoji vypovídací hodnotu. Tezí příspěvku je, že ideový koncept tzv. theonomního způsobu myšlení může být přijatelnou existenciální platformou jak pro lékaře a zdravotnický personál, tak i pro pacienta.

KLÍČOVÁ SLOVA: lidská zkušenost; pacient; naturalismus; theonomie; transcendence.

SUMMARY: PODZIMEK M.: HOLISTIC APPROACH TO THE PATIENT THROUGH THEONOMY. PSYCHOSOM 2018;16 (1). PP. 42-53



There is profound transformation of theories interpreting human experience of life, disease or death. Thus, there is a new spectrum of possibilities to secure hope and endurance of patient in existential distress. This paper examines and briefly analyzes the fundamental paradigmatic transformations of Western society dealing with existence or non-existence of the transcendental dimension of life. The pre-modern religious theories of salvation and atheistic naturalism lose ideological and explanatory value in postmodern times. The proposed thesis defends theonomic way of thinking to be new existential platform for medical and healthcare professionals as well as for the patient.

KEY WORDS: human experience; patient; naturalism; theonomie; transcendental dimension.

PŘÁTELÉ JOBA

Pacient s vážnou, život ohrožující diagnózou, pravděpodobně v terminálním stadiu nemoci. Těžko si lze představit vážnější situaci, a přesto je to všední realita, která nakonec čeká i většinu z čtenářů tohoto textu včetně jeho autora. Analyzujme proto následující scénu: Ve dveřích pacientova pokoje se objeví dvě postavy – bílá (lékař) a černá (kněz, duchovní) jako dva archetypy přátel biblického Joba, kteří chtěli umírajícímu upřímně pomoci. Co však v této situaci mohou nabídnout, pomineme-li účastné mlčení, prozrazující často pouhou bezradnost? Varianty možné útechy těchto dvou osob, z nichž jedna je typickým představitelem předmoderního a druhá moderního myšlení, vycházejí z jejich víry. U jednoho hosta je to víra v absolutní konec, který na nemocného přijde v okamžiku smrti jeho mozku a bolesti budou definitivně „vyřešeny“. To je víra lékaře naturalisty, která se může opřít o dogma vědeckého ateismu. Kněze pak vede k lůžku umírajícího náboženské přesvědčení o posmrtnosti, k němuž

čerpá z pramene některé z dogmatických teologií. Avšak je zde problém. Obě nabízená řešení či jejich soft varianty již na postmoderního člověka, a zvláště na umírajícího, útěšně nepůsobí. Ze zkušenosti v pastorační službě autora lze říci, že milosrdný odchod bez zpochybnění, či přímo ztráty předmětu teistické či ateistické víry je doprán jen málokomu. Většina pacientů prožívá umírání jako existenciální napětí, v dlouhých časových plochách bez útechy: Jsou to doby, ve kterých často i těm nejzavilejším ateistům nezbyvá žádné pevné přesvědčení o absolutní smrti, či naopak teisté ztrácejí naději na posmrtnou spásu. Co tedy umírajícímu nabídnout jako alternativu *k jistotám* předmoderní a moderní víry?

Humanisticky citlivý člověk tuší, že zásadní termín uvedené otázky spočívá v pojmu *jistota*, evidence, zřejmost. Skutečně, okolo míry evidence se otáčí problematika vědění i věření a interpretace povahy lidské zkušenosti.

MODERNÍ NÁHRADA ZA DĚJINY SPÁSY



V důsledku velké renesance a reformace, ve kterých vidíme počátky novověku, tedy v 16., a především v 17. století, došlo k zásadnímu a k rozhodujícímu posunu evropských intelektuálních základů. Tento myšlenkový obrat zpravidla spojujeme se jmény Descartes, Hobbes, Lock, Rousseau a mnoha jejich pokračovateli. Jejich působení znamenalo zhroucení dlouho tkané středověké univerzalistické syntézy. Pečlivě sestavené sepětí symbolů (vyznání) jedné a „pravé“ křesťanské věrouky, sofistikovaně provázané s ekonomickou a politickou mocí (tzv. sepětí „oltářů a trůnů“), se po renesanci proměnilo v trosky. Aliance učitelského úřadu církve a politické nadvlády se zhroutila do chaosu náboženských válek a drasticky vykořenila člověka: Otřesená naděje, ztráta odvěkých pravd víry, chaos a ztráta jakéhokoliv pevného bodu. V tomto kontextu je třeba číst snahy všech raně novověkých filosofů, především Descarta s jeho kartezianismem, který ideově odstartoval onen nový věk. Alternativou ke ztrátě domova či matky (matky církve) vytvořil moderní racionalismus nové, svébytné (samostatné), individuální vědomí. Toto vědomí mělo svůj nový, pevný, referenční bod v sobě samém. Descartem nově definované lidské „já“, nezávislé na vůli kohokoliv, si žilo pouze svou vlastní jistotou. Sebejisté, nově uchopené „já“ pak hledalo čistý rozum, prostý vši kontingence (nahodilosti) a toužilo po čistotě poznání – čistém vědění. Vnější příroda, včetně tělesnosti, se tím ocitla nejen vně subjektu, ale bylo možné, a dokonce nutné si ji zpředmětnit a následně používat (dobývat) jako věc. Západní člověk tak vytvořil jakýsi „projekt objektivit“, za účelem podmanění si světa jasným (zřejmým) čistým rozumem. Vyjádřeno slovy profesora Charlese Taylora:

„Karteziánská volba zní: vidět racionálně. Jde přitom o sílu myšlení, tedy schopnost konstruovat řád takovým způsobem, aby s dostatečnou jistotou odpovídal požadavkům rozumu a vědění... Dochází k tomu, že i Boží existence se stává stupněm na mé cestě vědeckého poznání, které spočívá v metodě tříbení evidentních počítků. Boží existence je takto součástí mé teorie v rámci systému dokonalé vědy. Gravitační centrum se tak povážlivě vychýlilo.“ (Taylor, Sources of the Self, 143-158)

V tomto novém paradigmatu pak bylo jen otázkou času, kdy se Bůh, jakožto stupeň mého poznání, stane zbytečným, mrtvým. Moderní člověk pak hrdě prohlásil, že „pohnul podsvětím“ (Freud) a Bůh je mrtev (Hegel, Nietzsche, Sartre), respektive zabítý člověkem: „A my jsme ho zabili, vy i já“ (Nietzsche 1996, s. 121). Namísto starověkého Boha, konstruovaného na pozadí Platonovy Ideje dobra či Aristotelova Prvního hybatele, nastoupila nadvláda objektivit, garantovaná evidentním poznáním lidského rozumu a kontrolovatelná objektivními postupy na základě experimentů s vnější přírodou. V tomto projektu objektivit tak existovaly pouze dvě *jistoty* – evidence: Zprv, veškeré vědění je záležitostí racionální, logické koherence, sídlící ve zcela materiální mysli (mozku). Zadruhé, svět je imanentní (vystačí si zcela sám se sebou) a je věcí, spolehlivě popsatelnou empirickou zkušeností, jistou, faktickou. Tímto dualismem (ad absurdum dotáženou předmoderní heteronomií, o níž dále) pak žila celá moderna se svými charakteristickými fenomény: Spolehlivé je pouze to, co je dané, faktické, trvalé, bezčasé. Skutečná pravda o tomto daném musí být univerzální a obecná, platná vždy a všude. Principy vesmíru, jejichž poznání je garantované rozumem,



musí platit nutně a všeobecně. Ve světě objektivit tak nesměl zůstat žádný prostor pro nejistotu či pochybnosti. Projekt objektivit pak během dalších cca

200 let dozrál do pozitivismu a naturalismu, prostých vší duchovnosti, z vědeckých důvodů zcela ateistický.

NEUDRŽITELNOST PROJEKTU

Kritický čtenář si jistě položí otázku, kdy a jestli vůbec projekt objektivních pravd někdy fungoval v kulturní, politické a ekonomické oblasti zcela. Jistě, vzhledem k tomu, že žijeme v době soumraku moderny, mohlo by se zdát, že šlo jen o jakousi dnes již překonanou historickou epizodu. Avšak není tomu tak. Víra v objektivitu je živá stále, jak je například vidět v prostředí aplikované vědy, moderní medicíny. Vždyť přeci jde-li člověku o život (funkce těla je nebezpečně ohrožena), dědic novověké víry „utíká“ k odborníkovi: Lékař přeci studoval objektivní pravdy (!), a proto musí vědět, jak tělo zachránit. Pohlédneme-li nyní opět na naše hosty ve dveřích nemocničního pokoje, nebude těžké uhadnout, na kterou z nich, kněze či lékaře, pacient upře své prosebné oči nejdříve.

Nicméně projekt objektivních pravd je ve svých ideových principech opravdu zpochybněn, a pokud funguje, pak již jen pouhou sociální dynamikou a setrvačností. Paradoxně je to právě dítě objektivit – samotná moderní věda, která odhalila slabiny svého projektu a dochází k poznání, že nekritické naděje, které do ní novověk vkládal, není možné naplnit. Nejdříve fyzika, následně chemie, biochemie, a nakonec samotná biologie a ostatní přidružené vědy stojí před stále většími a většími soubory nových otázek, na které neexistují žádné definitivní (objektivní) odpovědi. Vztaženo na medicínskou praxi: Lékař sice stále dává prostor k naději tím, že

pacientovi ukáže, jak se při léčbě drží tradičních hypotéz, či naopak zcela nových „zaručených a jistě lepších“ postupů, nicméně úspěch nezaručuje, protože ví, že všechno může být u toho či onoho pacienta zcela jinak. Člověk je totiž ve své bio-psycho-sociálně-spirituální skutečnosti nejen mnohem „složitější“, ale jeho přirozenost není daná staticky. Člověk a potažmo celá příroda je dynamická, a proto ji nelze uchopit jakožto „věc“, natož ji objektivisticky ovládat.

Odstupme proto v analýze od medicíny a zadívejme se na krizi novověku celkově, či zhodnoťme jeho výsledky. Především se nikde neosvědčilo, že tolik slibovaný vědeckotechnický pokrok je pro člověka výhrou (spásou). Sebelepší racionální vybavenost člověka a z ní plynoucí technický rozvoj se ukázaly neschopnými zajistit trvale udržitelnou, či dokonce vzrůstající kvalitu života. V environmentálních souvislostech se tato svět zpředmětňující snaha ukázala jako nebezpečná hrozba, dokonce sebezničující. Z politického hlediska byl příběh moderny také neúspěšný: Nejen že nezajistil trvalý mír, ale opakovaně dostal svět – díky kolonialismu dokonce i celý svět – do ideologických tyraní a mnoha světových konfliktů. Proč se tak stalo? Abychom alespoň částečně odpověděli, všimneme si zde krátce čtyř vybraných současných myslitelů. Ti, podobně jako mnozí jiní, analyzují, kde byl projekt moderní objektivit ve svém teoretickém základu mylný:



Na prvním místě zde představíme fyzika, který se svým výzkumem dějin vědy i kvantové teorie dobral až k post-moderní filosofii: Thomas Kuhn ukázal, že vědecká práce nikdy nespočívá v pouhém sběru dat, které pak po zpracování vedou k objektivnímu poznání (Kuhn 1997, kap. 3). Data totiž věda sbírá a třídí pouze podle vlastní potřeby vědců, a to tak, aby vyhovovala jejich zamýšleným výsledkům. Pokud pak nějaká v nejširším smyslu slova politická síla změni směr sběru a třídění dat, dostane se věda do jiného a touto novou perspektivou ovlivněného para-digmatu. Kuhn ve své práci o zvratech vědeckých revolucí tak ukazuje, že poznání (vědeckost) je v principu politické povahy, a jako takové pak nemůže být nikdy zcela objektivní!

Další teoretickou trhlinu projektu objektivnosti artikuloval maďarsko-rakouský historik a ekonom Karl Paul Polanyi. Ukázal, že slabina mýtu o spásonosné objektivitě spočívá v tom, co jsme i my uvedli ve výše vykreslené scéně, kdy umírající pacient vzhlíží k lékaři. Moderní poznání má z principu fiduciární charakter a stojí proto na důvěře, nikoliv na holých faktech. Pokud chci totiž dělat ve vědě pokroky, musím v důvěře přijmout jako pravdivé ty poznatky, které poznali jiní přede mnou (Polanyi 1974). Musím věřit výsledkům jiných, protože je již nelze zpětně ověřit. Tady a teď je totiž díky dynamice živé hmoty vždy poněkud jiné, nežli tam a tehdy. Poznání je tak ve vlastním smyslu slova závislé na pozorujícím subjektu (a podle výše uvedeného Kuhna je navíc i sociální konstrukcí) a nemůže být v principu nikdy zcela objektivní.

Třetí trhlinka v projektu objektivnosti spočívá v tom, že je dílem poměrně malé skupiny z celku lidstva. Tomuto tématu se mimo jiné věnuje kritik analytické filosofie, profesor humanitních věd na

řadě amerických univerzit, Richard McKay Rorty. Ozřejmuje, že výsledek vědy se rovná shodě těch, kdo „jsou právě přítomni“ v pomyslné místnosti vědy. (Rorty, 2012). Ale vzhledem k tomu, že na poli vědy a techniky se až do rozpadu západního kolonialismu pohybovali pouze „bílé muži“, kteří se drželi své politické a ekonomické nadvlády, a podle toho konstruovali vědu, je těžké věřit, že byli zcela objektivní.

Čtvrtou trhlinu v moderním projektu objektivnosti artikuloval filosof Jean-Francois Lyotard, když analyzoval samotné principy současné postmoderní doby. Říká, že raná moderna žila v představě vytvoření dokonale univerzálně platného příběhu člověka na pozadí popisu objektivně dané přírody (Lyotard, 1993). Zkušenost pozdně moderního člověka však právě díky sociálním vědám ukazuje, že víra v univerzálně platný velký příběh selhává. Jinak řečeno, žádný „velký příběh“ si nemůže nárokovat všeobecný souhlas. Život society se totiž skládá pouze a jenom z partikulárních, a tedy lokálních příběhů, vždy zcela závislých na kulturním kontextu. A teprve mozaika těchto příběhů, pokud nejsou opomíjeny, dává spíše tušit nežli nějak „objektivně vědět“, jaký je „pravý“ stav aktuálního světa.

Mohli bychom se zde rozepsat o mnoha dalších myšlenkách, zpochybňujících novověký projekt objektivnosti, ale tento článek nechce být filosofickou analýzou. Proto pouze krátce shrňme dosud řečené: Objektivita a s ní související univerzální pravdivost ztratily věrohodnost. Způsob, kterým za posledních cca 300 let mužský, bělošský, euro-americký vědec vysvětloval svět a tvrdil, že toto jeho poznání je univerzální a obecné, selhal, stejně jako jeho dějinný předchůdce, středověká syntéza. A pokud byly projekty předmoderního křesťanského univerzalizmu či moderní vědecké



univerzalistické objektivitě úspěšné, pak pouze tehdy a tam, kde naplňovaly nějaký sociálně-politický nárok tehdejších vládnoucích elit. Tak to analyzoval již v polovině 19. století Karel Marx slovy Manifestu, že vládnoucími idejemi každé doby byly vždy jen ideje panující třídy

(Marx 1973, s. 39). Objektivita tedy byla dějinně obdivuhodným projektem, ale ve skutečnosti se v praxi ukázala jako jedna z dalších v řadě nebezpečných ideologií. Nebezpečná právě tím, že své zájmy předkládá vědecky, jakožto líbivá fakta.

POSTMODERNÍ SITUACE

Vraťme se opět ke knězi a lékaři, kteří stojí ve dveřích nemocničního pokoje u umírajícího. Postmoderní pacient od nich nechce slyšet „kuchařky věčnosti“, po jejichž aplikaci se útěcha již nedostaví. Stejně tak to tuší kněz i lékař. Celkově tak dochází k odhalení post-moderní situace, kterou lze charakterizovat těmito třemi, spolu souvisejícími, rysy:

- Naše vědění je nutně *kontextuální*. Dnes je ve vědě i v běžném životě člověku zřejmé, že to, co ví a vidí, nutně závisí na tom, kde právě sedí či stojí a z jakého místa se dívá, s kým se dívá a proč se dívá. Subjekt vědění, tedy každý jednotlivec, má sice podíl na tom, co se ví, ale pro jeho konkrétní poznání a pochopení světa je rozhodující jeho konkrétní situace (mladý – starý, nemocný – zdravý, chudý – bohatý atd.).
- Kontexty jsou ze své povahy *lokální*. Čím více člověk generalizuje, tím více ztrácí a přestává rozeznávat kontext. Nelze tedy formulovat všeobecně platnou pravdu (Brueggemann 2016, s. 37-40). Člověk formuluje pravdu vždy pouze a jenom vzhledem ke svému subjektu. A protože je evolučně nastaven na společenský život, pak tíhne k tomu, aby svojí interpretaci světa mohl sdílet s jinými. Nicméně, vědění je ze své povahy pouze lokální, ať ho pronášíme či vnucujeme sebehlasitěji třeba

na druhé straně zeměkoule. Tuto zkušenost udělal již předmoderní universalismus, jehož aktéři poznali, že přenesení hotového křesťanského dogmatu na jiné kultury nefunguje, a pokud kdy bylo z křesťanství něco přijato, pak to nebyl dogmatický teologický konstrukt, ale theonomie, o které bude pojednáno za chvíli.

- Kontextuální a lokální vnímání vede k poznání, že vědění je principiálně *pluralistické*. Je to jakási kakofonie nároků, z nichž každý zní pravdivě právě jen svým vlastním zástupcům. Pluralismus tak stojí jako důležitá alternativa k snahám o interpretační monopoly, jak upozorňuje postmoderní filosof David Tracy (srov. Vokoun 2008, s. 159).

Co je tedy ideou postmoderny? Je možné v pojetí kontextuality, lokality a plurality spatřovat novou cestu (metodu), nebo se jedná o onen „starobylý“, předmodernou a modernou až hystericky potíraný *relativismus*? Relativismus byl a stále je v mnohých kostelech či přednáškových síních nepochybně účinným strašákem. Avšak oproti rafinovanému klamu objektivismu ho lze považovat za mnohem menší nebezpečí, protože v praxi nefunguje. Chceme-li tedy vyjádřit nějakým přiléhavým pojmem to, co by mohlo být alternativou k rafinovanému objektivismu a primitivnímu relativismu, pak se nabízí termín *perspektiva*. V tomto smyslu slova použil



perspektivismus Fridrich Nietzsche a opět ožívá v postmoderním myšlení. Například u současného psychologa Jeroma Brunera poukazuje perspektivismus na lidskou mysl, jakožto na tvůrce významů, schopného interakce s jinými tvůrci jiných významů (Brunner, 1990). Perspektivismus lze tedy chápat jakožto *způsob pohledu*, ve kterém přijímáme to, že svět vnímáme vždy a pouze z určité perspektivy. K celkovějšímu pochopení vztahů ve světě proto potřebujeme perspektiv co nejvíce. Nikdy však svět nepochopíme celkově, protože nikdy nebudeme mít k dispozici perspektivy všechny! To je sice na jedné straně poněkud skličující zjištění, nicméně na druhé straně to ponechává prostor tajemství a pokoře před velikostí universa, do kterého se vejde tolik smyslů, kolik je v něm smysluschopných bytostí.

Tato perspektiva má tu vlastnost, že nám ze syrového materiálu života, jak ho zakoušíme, vytváří smysl, i když ho nemůžeme dokázat nebo ustavit jako absolutní (Brueggemann 2016, s. 39).

Z naší dosavadní zkušenosti ve světě víme, že jsme jako lidé (každý jednotlivý člověk) překročili jakýsi práh reflexe (Chardin, 1990). Proto nosí každý jednotlivý člověk poslání, které je důležité, neopakovatelné a zcela jedinečné. Člověk se stal touto tzv. *noogenezí* tvůrcem smyslu, což je pro něj výsada, ale i zodpovědný úkol zároveň.

PERSPEKTIVA THEONOMIE

Zůstaneme-li u našich dvou přítomných ve dveřích nemocničního pokoje, je

Psychogeneze nás dovedla až k člověku. Teď se ztrácí, vystřídána či pohlcena funkcí ještě vyšší: předně zrozením a celým vývojem ducha – noogenezí. Když se instinkt živočicha poprvé spatřil v zrcadle sebe sama, postoupil o krok celý svět (Chardin, 1990, s. 153).

Zároveň však zůstává pravdou, že žádná z těchto perspektiv každého není celková, univerzální a objektivní. A právě v subjektivitě a neopakovatelnosti perspektivy u každého člověka je jeho hodnota a jeho poslání. Je to pocta, nebo otroctví? V tom je celý problém jednání (Chardin, 1990, s. 189).

Pokud se takto podíváme na naše tři postavy – umírajícího, kněze a lékaře, shledáme, že tvoří jedinečnou a neopakovatelnou společnost vzájemně se obohacujících perspektiv, z nichž každá je nenahraditelná. Zcela jedinečně se zde setkávají perspektiva odcházení (pacient) s perspektivami doprovázejících (lékař a duchovní). Přítomnost všech těchto perspektiv pak otevírá možnost existenciálního zážitku a vytváří transcendenci. Uvědomme si, že právě proto se lidé ve všech kulturách chodili setkávat s umírajícími. A činili tak nikoliv „jen“ proto, aby se s odcházejícím před jeho smrtí usmířili, či si poplakali nad beznadějí blížícího se konce. Naopak, zážitek vzájemného prolnutí perspektiv odcházejícího s perspektivami zatím ještě na krátko zůstávajících, otevřel okno do božské dimenze světa, jinými slovy – nechal zažít *theonomii*.

možno vytušit, že úspěch či neúspěch jejich návštěvy bude záviset na míře



přijetí či odmítnutí perspektivismu. Podmínkou k přijetí tohoto perspektivismu pak je to, že musí přede dveřmi zanechat své představy o věčných univerzálních pravdách. Zanechají-li je „venku“, či vzdají-li se jich navždy, mají šanci zakusit to, co odkazuje k celkovému (holistickému) cíli života, který zde nazýváme *theonomie*. Nyní je tedy nejvyšší čas pro řádné představení a definování tohoto termínu:

Termín *theonomie* svádí k uchopení pouze v etymologickém významu slova – *theos* (Bůh), *nomos* (zákon). Takto nějak se objevuje v prostředí raně novověkých kalvínských protestantů, hledajících podstatu morálních zákonů, vycházejících přímo z Boží vůle. V tomto smyslu slova ho také vysvětlují některé filosofické slovníky (např. Blecha, 1995, s. 410). Avšak v naší práci v tomto smyslu slova používán není, naopak slovníková definice by odpovídala spíše tzv. heteronomii, o které níže.

My se zde přiznáváme k významu, ve kterém ho používá rakouský teolog, klasický filolog, kněz, jezuita Roger Lenaers SJ (*1925). Tento myslitel ho explicitně vysvětluje ve své knize *Der Traum des Königs Nebukadnezar. Das Ende einer mittelalterlichen Kirche* (Sen krále Nabúkadnesara – konec středověké církve) z roku 2005. Theonomii vidí jako způsob myšlení (perspektivu), kterým lze interpretovat svět i člověka v něm, aniž by byl v zajetí dualistických (tzv. heteronomních) představ. Již sám název knihy naznačuje, že nepojednává jen o jakémsi konci středověku, ale především o konci všech dualistických ideologií, předmoderních i moderních. Lenaers na pozadí biblického příběhu o zlaté soše ve snu babylonského krále (Daniel 2; 26-35) vysvětluje, že předmoderna i moderna stály ve svých univerzalismech na „hliněných nohách“. Jakkoliv se západní společnost ve své

předmoderní scholastické teologii i moderní osvícenské vědo-technice jevila jakožto „zlatá hlava“ pro celý svět, jejich „nohy“ (ideová východiska) byly vratké. Byly „slepené“ z ducha a hmoty, tak jako byly slepené i nohy oné biblické sochy z naprosto nesourodých materiálů – železa a hlíny.

Kniha Lenaerse pojednává o třech způsobech myšlení (německy Denken), odpovídajících třem různým obdobím západního myšlení:

- Prvním je tzv. *heteronomní* způsob myšlení – ve kterém je svět božství chápán jakožto „heteros“ neboli „jiný“ nežli tento vesmír. Komunikace mezi oběma se děje Božím zjevením (tzv. revelací), která je vyjádřena například slovy křesťanského kréda „sestoupil z nebe“ a následně „vystoupil na nebesa“.
- Další dějinnou fází myšlení byl i námi výše analyzovaný tvrdě dualistický karteziánský model jisto-ty, vytvářející teoretické zázemí pro osvícenský racionalismus. Plodem tohoto racionalismu pak bylo nejen ohlášení smrti heteronomního Boha, ale odvrhnutí i jakékoliv perspektivy, která by odporovala pozitivistickým metodám vědy. Takto se zrodil *autonomní* způsob myšlení, jehož plodem byl tzv. *naturalismus*. V naturalismu je svět pouhou „věcí“, byť je to věc někdy velmi složitá – například lidské oko či mozek. Nic z toho však nemá žádný smysl: Vesmír je v naturalismu náhodným produktem náhodných evolučních bezcílných procesů. Ani celkově, ani ve svých částech nikam netranscenduje. Takováto interpretace světa tak nechává člověka vrženého do bezsmyslu bytí.

Podobně, jako má předmoderní heteronomní způsob myšlení velkou setrvač-



nost, stejně tak je naturalistické dogma stále přítomné v naturalistických ideologiích, jako například ve vědeckém ateismu – viz Thomas Huxley, Sam Harris, Christopher Hitchens či Daniel Dennet.

Je zde však ještě perspektiva theonomie, ze které všichni účastníci naší scény vidí asi toto: Jakkoliv jsou všichni lidé okamžikem zrození předem poraženi, protože všichni dříve či později zemřou (a to skutečně svádí k ateismu), přesto je zde možná perspektiva, že život každého z přítomných může mít smysl, pokud ho každý sám ze zúčastněných do něj vloží. Tato hnací síla života tváří v tvář konečnosti je perspektivou, ze které lze skrze „nehotovost“ člověka zahlédnout jeho přesah – transcendenci, božství. Tento přesah se však neodehrává v jiné (heteronomní) skutečnosti, ale je přítomen v příbězích lidí, kteří život vidí jakožto dynamický proces, ve kterém se nejen pohybují, ale svým příběhem ho dotvářejí. Z této theonomní perspektivy se pak svět jeví také jakožto imanentní (tedy neexistuje již žádný jiný!), avšak nikoliv pouze v naturalistickém smyslu slova. Lenaers hovoří o tom, že v této perspektivě, která byla a je přítomná ve všech kulturách v životech spirituálně vyzrálých lidí, dochází ke sladění autonomie a víry v Boha (Versöhnung von Autonomie und Gottesglaube) (Lenaers, 2005, s. 24). A toto je právě jádrem onoho *theonomního způsobu myšlení*. V theonomním myšlení proto existuje jen jeden svět, ten náš, který je však:

„...svatý, protože je neustálým sebezjevováním svatého tajemství, které míníme slovem Bůh“ ...heilig, weil sie die fortwährende Selbstoffenbarung jenes heiligen Geheimnisses ist, auf das wir mit dem Begriff "Gott" deuten“ (Lenaers, 2005, s. 25).

Skvělost (svatost, posvátnost) světa a člověka v něm pak spočívá v jeho dynamické nehotovosti a v neustálém překonávání horizontů (nikoliv však pouze ve smyslu nějakého vědeckotechnického pokroku) lidskou činností od narození až do smrti a pravděpodobně i za hrob. Transcendence ve smyslu heteronomie je tedy opuštěna a dualisticky pojatý Bůh je skutečně mrtev. Avšak z perspektivy theonomie není popřena potence světa transcendovat se lidským činem neboli tzv. *hominizovat*, či vtělovat se skrze rozličné mozaiky jednotlivých lidských perspektiv. V nich pak již nezáleží na tom, je-li člověk právě čerstvě narozený, či v plné síle, nebo již ze světa odcházející. V jakékoliv životní fázi má totiž člověk stejnou, ne-li na prahu věčnosti ještě „větší“, hodnotu. Toto perspektivou tedy není zahubena ani idea božství, což legitimuje návštěvu hosta v černém, ovšem jen potud, pokud theonomii přijme za svou:

„Takový bůh není pouze prizmatem, skrze které je schopen akceptovat skutečnost, ale je bezprostřední výzvou k společensky a lidsky odpovědnému rozhodnutí pro čin. Tehdy ztrácí představa boha charakter náboženského snu a stává se lidsky probuzeným jednáním“ (Gardavský, 1967, s. 187).

Operativním dotvářením svého členství pak každý člověk prezentuje (nikoliv pouze reprezentuje) božství, které se tak skrze jeho svobodné činy člověka vynořuje z hlubin bytí. Všimněme si také dobře, že takto perspektivisticky uchopený model života není vázaný na žádnou konkrétní ani obecnou náboženskou doktrínu. Výše uvedený citát například pochází od přesvědčeného marxisty a ateisty (nikoliv však „vědeckého ateisty“) Vítězslava Gardavského, z jeho padesát let staré knihy s názvem „Bůh není zcela mrtev“.



Je tedy vidět, že i lidé bez explicitního náboženského vnímání mohou žít v theonomní perspektivě. Stejnou perspektivu tak nacházíme například v původním evangelijním příběhu Ježíše z Nazareta. Ten na prosbu svých učedníků, ať ukáže Boha (Otce), výslovně odpovídá: Tak dlouho jsem s vámi, Filipe, a ty mě neznáš? Kdo vidí mne, vidí Otce. Jak tedy můžeš říkat: Ukaž nám Otce? (Jan 14;9). Theonomní perspektiva tedy není historicky zásadně nic nového, či teprve v postmoderně objeveného. Naopak ji lze zahlédnout ve všech dobách i kulturách, zpravidla tehdy, kde jsou heteronomní životní filosofie v krizi a místo nich je pěstována mystika. Pěstování takovéto vpravdě teologické (o božství hovořící) perspektivy pak znamená sdílet ji s jinými. Nasloucháním jiným perspektivám, jejich přijímáním či kritickým hodnocením, se pak jednotlivec-člověk formuje k vyzrálosti svého lidství. Proto i fakt smrti není z této perspektivy tragický, ale umírání či doprovázení umírajícího je výsada i úkol, ve kterém se skrze život jednajících odhaluje božství:

Bůh nové teologie není bůh-předmět, ale bůh-napětí mezi „mimo nás“ a tím, co člověk bez přestání, svou sebevědomou činností a svým předmětným úsilím neustále luští, aniž kdy dojde spočinutí. Prožívá se jako „k sobě příšlá nedefinovatelnost“; vyslovuje sám sebe jako nekonečnou otázku. Bůh je pak nekonečnou absolutní odpovědí na ni (Gardavský, 1967, s. 128).

Perspektiva theonomie stojí na vědomí, že současný stav vidíme jen z jedné, své

aktuálně radostné nebo naopak tíživé – avšak nikdy ne celé – perspektivy. Ale právě tato perspektiva vlévá naději, protože nenutí odcházejícího člověka vtěsnat se do šablony nějaké náboženské víry, ani do šablony naturalistické víry v absolutní zánik a zmar. Díky theonomnímu způsobu myšlení může člověk zakusit a nově rozvíjet (byť třeba již jen na chvíli) ústřední božskou zkušenost: Má možnost inkarnovat (vtělit) do svého života smysl, třeba v intencích novozákonních tezí jako „Slovo se stalo tělem“ (Jan 1; 14) nebo „Kdo nemiluje, nepoznal Boha, protože Bůh je láska“ (1 Jan 4;8). Je to právě inkarnace, vtělení božského „Ty“ do lidských činů, která utvořila jádro jak křesťanského příběhu, tak vyzrálých ateistických filosofii: „Ty“, které milujeme, nám otevírá bránu k lidským vztahům, protože nás názorně vede k maximu našich možností (Gardavský, 1967, s.202). Z theonomní perspektivy je člověk v jakékoliv fázi svého života (zdravý i trpící) vnímán jako božsky tvůrčí. Budoucnost se tak již nejeví jako „někým uložený úkol“, ale jako průlom do božství. A to je nadějeplné.

Z výše uvedeného lze tedy říci, že theonomie se podstatě jeví jakožto humanistický či spíše jako *hoministický* proud: Týká se totiž každého konkrétního člověka a jeho vztahů (hominismus), nikoliv hledání nějakého teoretického konceptu univerzálního lidství (humanismus). Výslednicí pak je, že skrze autenticky theonomně žitý osobní příběh se člověk dostává do prostoru transcendence, ovšem plně inkarnované (vtělené) a jedině takto konkrétně a neopakovatelně přítomné ve světě.

Do redakce přišlo 17.12. 2017
K tisku zařazeno po recenzi 15.1.2018
Konflikt zájmů není znám.

LITERATURA:



1. Blecha, Ivan et al. Filosofický slovník. 1. vyd. Olomouc: Fin, 1995. 479 s. ISBN 80-7182-014-8.
2. Brueggemann, Walter. Bible a postmoderní představivost: písmo jako scénář života. Překlad Petr Sláma. Vydání první. V Praze: Vyšehrad, 2016. 162 stran. Studium; 12. svazek. ISBN 978-80-7429-651-2.
3. Bruner, Jerome S. Acts of meaning. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, ©1990. xvii, 181 s. The Jerusalem-Harvard lectures. ISBN 0-674-00361-6.
4. Gardavský, Vítězslav. Bůh není zcela mrtev: úvaha o křesťanském teismu a marxistickém ateismu. 1. vyd. Praha: Československý spisovatel, 1967. 205 s. Otázky a názory; sv. 66.
5. Kuhn, Thomas S. Struktura vědeckých revolucí. 1. vyd. Praha: OIKOYMENH, 1997. 206 s. Knihovna novověké tradice a současnosti; sv. 64. Oikúmené. ISBN 80-86005-54-2.
6. Chardin, Teilhard, Pierre. *Vesmír a lidstvo*. Překlad Jan Sokol. Vyd. 1. Praha: Vyšehrad, 1990. 264 s. ISBN 80-7021-043-5.
7. Lenaers, R.: Der Traum des Königs Nebukadnezar, Leuven: Verlags 2005, 244 s. ISBN 3-935861-15
8. Lyotard, Jean-François. O postmodernismu: postmoderno vysvětlované dětem: postmoderní situace. Překlad Jiří Pechar. Vyd. 1. Praha: Filosofický ústav AV ČR, 1993. 206 s. Základní filosofické texty; sv. 3. ISBN 80-7007-047-1.
9. Marx, Karl et al. Komunistický manifest: faksimile prvního českého vydání komunistického manifestu na české půdě. Vydání první. Brno: Blok, 1973. 176 stran. Plameny. Edice dokumenty; svazek 13.
10. Nietzsche, F., Radostná věda. V Olomouci: Votobia, 1996
11. Polanyi Michael. Persona Klowledge: Towards a Post-critical Philosophy, Cicago: University of Chicago Press, 1974)
12. Rorty, Richard. Filosofie a zrcadlo přírody. Vyd. 1. Praha: Academia, 2012. 383 s. Europa; sv. 34. ISBN 978-80-200-2070-3.
13. Taylor, Charles. Sources of the Self: The Making of the Modern Identity. 1. Publ. Cambridge: Cambridge University Press, 1989. 12, 601 s.
14. Vokoun, Jaroslav. K rekonstrukci teologie po konci novověku: postkritický přístup. Vyd. 1. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2008. 203 s. Scientia; sv. 1. ISBN 978-80-7394-080-5.

AUTOR:

PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Th.D., Ph.D. Kněz a pedagog, kaplan TUL. Studoval (1990 – 1997) na UK v Praze, KTF UK - Teologická fakulta, Mgr. Obor: katolická teologie; 1998 – 2000 KUL Lublin, Fakulta administrativního a kanonického práva, ICLic. Obor: kanonické právo; 2012 KU Ružomberok, Pedagogická fakulta, PaedDr. Obor: Učitelstvo náboženské výchovy; 2012 KU Ružomberok, Pedagogická fakulta, Ph.D. Obor: Odborová (česky: oborová) didaktika;

Studijní pobyty a stáže: 1992 – Pontificia Universitas Gregoriana - Roma, semestrální jazykový kurz, 1998 - 2000 KUL Lublin, Fakulta administrativního a kanonického práva, studium kanonického práva, 2014, 2015, 2016 - krátkodobé Erasmus+ výukové pobyty, Granada ES, Ružomberok SK, **Jiné specializace:** 2010 – 2011 – Pedagogická fakulty Univerzity Karlovy v Praze – certifikovaný kurz vysokoškolského poradenstva



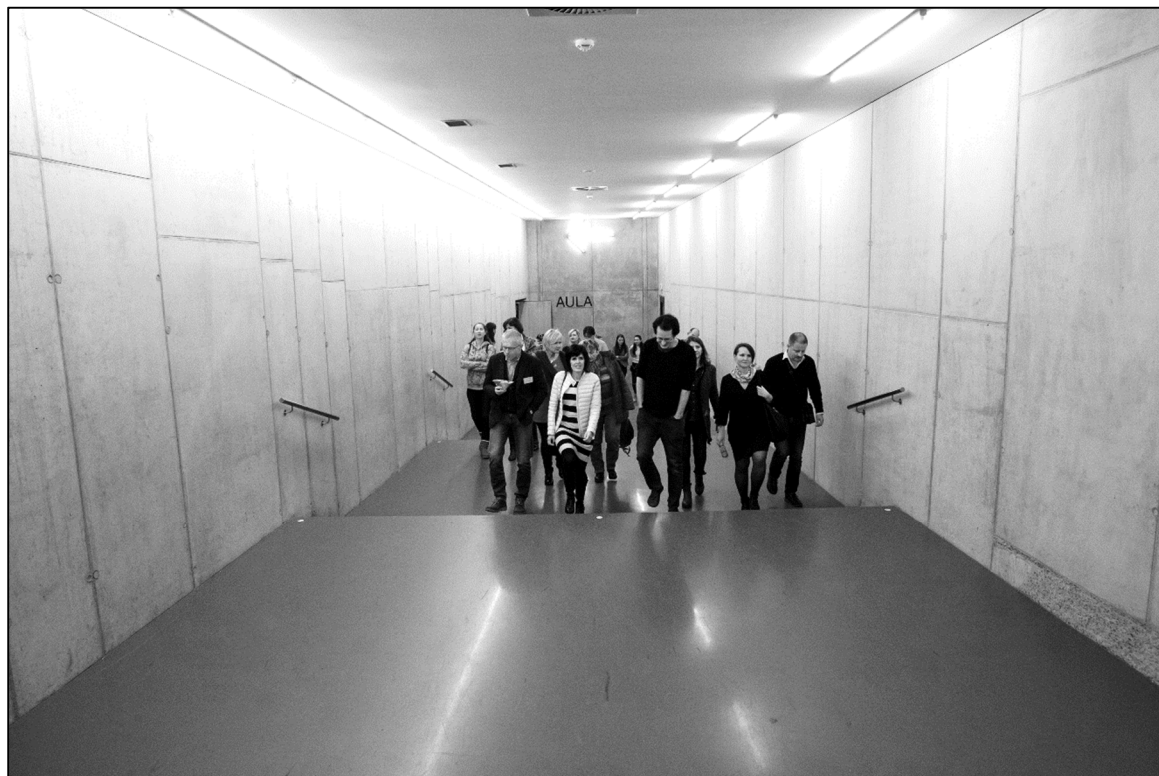
Pracuje od r. 2005 na Fakulta Pedagogická, Liberec - Katedra filosofie - odborný asistent s vědeckou hodností. V letech 2012 – 2/2016 Fakulta přírodovědně-humanitní a Pedagogická, Liberec,



proděkan pro studium. 2014 – 5/2016 Fakulta přírodovědně-humanitní a Pedagogická, Liberec –
Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky - vedoucí katedry



ETIKA



5. Š.PIKOUS: ZE 17.KONFERENCE

DAVID SKORUNKA: O ETICE A JINÝCH BĚSECH

PŘEDMLUVA

Jedním z chvályhodných počinů nedávno vzniklé *Společnosti psychosomatické medicíny* ČLS J.E.P je vypracování etického kodexu, jenž představuje orientační body pro jednání členů této společnosti. Jak ukázala panelová diskuse na poslední psychosomatické konferenci, téma etiky dosahuje nebývalé šíře a hloubky.¹³ Lze pochybovat o tom, jestli vůbec může být diskuse o etice, zvláště v tak proměnlivé a rozmanité oblasti, jako je medicína s jakýmkoli přívlastkem, někdy defini-tivně uzavřena. Aktuální etický kodex *Společnosti psychosomatické medicíny*

vykazuje určité styčné plochy s etickými kodexy různých profesí, k nimž členové psychosomatické komunity patří. Zároveň zahrnuje i specifické body, které vycházejí z povahy psychosomatické medicíny, z jejího potenciálu propojení roztržitých výseků biomedicíny a integrace poznatků z oborů za jejími hranicemi.

V etickém kodexu zaujmou mimo jiné body věnované vztahům mezi pracovníky a také povinností pracovníka v oblasti psychosomatické medicíny. Vztahy mezi kolegy, nejen na



psychosomatickém pracovišti, ovlivňují pohodu a zdraví jednotlivých pracovníků, chod pracoviště včetně efektivitu a kvality poskytovaných služeb.⁷ Chápání vlastní profesní činnosti jako služby je mimořádně vzácným jevem nejen mezi studenty medicíny, ale i mezi některými lékaři a dle posledního vývoje ve společnosti i mezi zástupci jiných, nemedicínských profesí. Individuální, vztahové a společenské přitom úzce souvisí, jak dobře vědí zejména ti, kdo se pohybují v oblasti rodinné terapie a systemické praxe. V ní se většinou setkáváme s tzv. nukleární či širší rodinou nebo s dalšími lidmi v komunitě, kteří jsou pro naše klienty/pacienty důležití. Tato společenství utvářená specifickými, emocemi spoluutvářenými vazbami jsou součástí systémů větších (škola, zaměstnání, instituce). Dění v těchto systémech má na rodiny a jedince nesporný vliv. Soulad či rozpor mezi etickými principy a děním ve společenství se prolíná a vzájemně ovlivňuje s podobnými jevy v rodině.

PŘÍBĚH PRVNÍ – BEZMOCNÉ SVĚDECTVÍ

Chodili spolu z čisté lásky... a pak se jim stalo to, co se obvykle mezi mužem a ženou v různých variacích stává. Muž podnikal, spravoval rodinné finance, žena se starala o děti a domácnost. Tak to muž považoval za správné a žena to přijímala zprvu bez výhrad. Ani jeden z nich neměl šťastné dětství, a tak byli zpočátku rádi, že mají jeden druhého. Postupně se mezi partnery objevovaly rozdílné názory na společné soužití. Ženě začalo vadit omezení a finanční závislost. Chtěla chodit do práce, měla jiné představy o výchově dětí. V partnerském vztahu a v celé rodině přibývalo napětí a konfliktů. Muž se svěřil svému známému, který v jedné komunitě působil jako partnerský poradce. Ten

Pozorně si těchto jevů všímali někteří klasici rodinné terapie, ale i současnější terapeuti hlásící se k postmoderní filozofii a teorii sociálního konstruktivismu.²

Takové téma volá po důkladném zpracování z mnoha úhlů pohledu. Ale ani tisíc knih a odborných článků není spolehlivou obranou proti analfabetismu. Přibližně tak se kdysi vyjádřil přední český filozof, když upozorňoval na klesající zájem moderních lidí o četbu v tom pravém slova smyslu, tedy o četbu k osvojování hodnot, moudrosti, prohlubování porozumění a lidství.⁶ Autor dá proto raději přednost vyprávění několika příběhů ze života, které se týkají etiky obecné i profesní a také fungování institucí, jež mají především sloužit prospěchu jedince, rodiny a společnosti. Činí tak s nadějí, že příběhy probudí zvědavost, strhnou k zamyšlení a povzbudí k vhodnému činu v podobných situacích.

muže vyslechl a navrhl společná setkávání s oběma partnery. Během konzultací se pokusil podpořit vztah obou partnerů v duchu hodnot, které sám vyznával a které preferoval i muž. Když konzultace nepřinesly změnu k lepšímu, předal pár do péče svému kamarádovi, psychoterapeutovi. Toho nejprve navštívil muž a seznámil ho se svým pohledem na situaci v rodině. Psychoterapeut doporučil párovou terapii. Proběhlo několik konzultací, ale žena nabyla dojmu, že terapeut straní muži a z problémů v rodině viní ji. Odmítla proto v terapii pokračovat.

Nějakou dobu k terapeutovi docházel muž. Situace se nelepšila. Žena se



rozhodla odejít. Podala žádost o rozvod, hledala si jiné bydlení. Sociální pracovníci začali věnovat rodině pozornost. Zajímali se, jak se v této zapeklité situaci daří dětem. Muž často kontaktoval sociální pracovníky. Předkládal svou verzi rodinné situace a veškeré problémy svaloval na matku. Sociální pracovníci doporučili rodičům mediaci a párovou terapii. Trvali na tom, aby muž se ženou pokračoval v terapii u psychoterapeuta, ke kterému už dříve docházeli. To žena odmítla, protože k psychoterapeutovi po předchozích zkušenostech neměla důvěru. Během rozvodového řízení se hlavním jablkem sváru stala péče o děti. Soud doporučil střídavou péči. Muž byl s děním nespokojen. Obcházel sociální služby a další instituce a postupně se mu dařilo získat je pro svou verzi příběhu. Žena byla zoufalá. Neshody s mužem ji vyčerpávaly, těžko snášela jeho nátlak. Když opakovaně zažívala, že se sociální pracovníci přiklání k mužově verzi, sílil v ní pocit, že jí nikdo nepomůže. Byla v těžké finanční situaci. Potřebovala najít práci, s níž by mohla skloubit péči o děti a zároveň si mohla dovolit podnájem.

Střídavá péče vedla k eskalaci konfliktů. Předávání dětí pravidelně poznamenávaly výčitky, naschvály, silné emoce. Vždy po návratu od otce byly děti jako proměněné, později vyšlo najevo, že otec s dětmi o matce nehovoří pěkně. Po jedné vypjaté scéně nabraly události rychlý spád. Muž obvinil ženu, že staršího potomka týrá. Na základě tohoto obvinění sociální pracovníci bez dalšího šetření ženě oznámili, že nesmí být nadále v kontaktu se svými dětmi. Písemnou verzi rozhodnutí žena ve zmatku a bouři emocí neuváženě podepsala. Žena se měla podrobit soudně znaleckému posudku. Ještě před setkáním se ženou měl soudní znalec k dispozici zprávy od poradce

a terapeuta, kteří s párem v minulosti krátce pracovali. Soudního znalce navštívil muž, aby mu předem sdělil všechny důležité informace o tom, jak matka dětem ubližuje a rozvrací rodinu. Znalecký posudek vykreslil ženu jako labilní matku, která myslí jen na sebe, není kompetentním rodičem a představuje riziko pro zdravý vývoj dětí. Sociální pracovníci a soud se utvrdili v jednostranných závěrech. Soud potvrdil odebrání dětí matce, svěřil je do péče otce a nařídil asistovaný kontakt matky s dětmi v dětském krizovém centru. Vyznění posudku a následné kroky soudu ženu zdrtily. Před rozvodem a nařízenou střídavou péčí to byla ona, kdo se téměř výhradně o obě děti staral. Ztratila veškerou důvěru v organizace a instituce, které podle ní měly poskytnout oporu, pomoc, spravedlnost.

Během několika prvních asistovaných kontaktů pracovníci krizového centra zjistili, že děti o kontakt s matkou jeví velký zájem a že matka se k nim chová s láskou. Všimli si občasného napětí mezi starším dítětem a matkou, ale nepozorovali žádné náznaky možného necitlivého přístupu. Zjevná byla nejistota a bezmoc matky, když ji starší dítě provokovalo a vzdorovalo některým požadavkům. Asistované kontakty zpočátku komplikovala přítomnost muže a jeho známého-poradce, kteří do interakcí zasahovali a před dětmi komentovali matčino chování. Přítomnost těchto dvou osob u asistovaného kontaktu povolili na přání muže sociální pracovníci. Po několika zdárně proběhlých asistovaných kontaktech pracovníci centra navrhli, že bude vhodné pracovat na obnovení vztahu mezi dětmi a matkou s cílem brzkého obnovení střídavé péče. Následoval nečekaný konflikt. Rozlíčený otec obvinil pracovníky centra, že straní matce. Navzdory snaze o vysvětlení a uklidnění



situace verbálně napadal přítomné, vyhrožoval, a nakonec bylo nutné zavolat policii.

Zdalo se, že tato událost vrhne na situaci rodiny jiné světlo. Podrobná zpráva o průběhu asistovaných kontaktů a nečekaném incidentu překvapila sociální pracovníky. Naplánovali interdisciplinární týmovou konzultaci. Během ní pracovníci dětského krizového centra podrobně seznámili sociální pracovníky se svými závěry. Vycházeli z pozorování během asistovaných kontaktů a z přímého diagnosticko-terapeutického kontaktu s dětmi a jejich matkou. K obratu ale nedošlo. Sociální pracovníci se odvolávali na soudně znalecký posudek a na zprávu předchozích odborníků, kteří s párem pracovali. Již v minulosti s nimi sociální pracovníci spolupracovali, měli s nimi přátelské vztahy, a tak jakékoli pochybení nepřipouštěli. O komplexnější pohled na rodinnou situaci neměli zájem, odborný pohled pracovníků dětského krizového centra nebrali vážně. Pro rodinu jako by neexistovala žádná naděje. Děti zůstaly v péči otce, kontakt dětí s matkou byl

omezen. Vztah mezi matkou a dětmi byl poškozen, ani vztah otce s dětmi nebylo možné považovat za ideální. Starší potomek trpěl výkyvy v náladě, výbuchy vzteku a nerespektoval žádná pravidla. Mladšího potomka trápily noční děsy a tělesné potíže.

Jak to, že většina „expertů“ a klíčová instituce zaměřená na péči o rodinu v tomto případě naprosto selhaly? Co chybělo k solidnímu posouzení složité rodinné situace včetně skutečných záměrů a potřeb rodičů vnášených do vztahů s dětmi? Co bránilo systematické, více či méně terapeutické práci s rodinou? Vzájemný respekt mezi zástupci různých oborů a institucí? Věrohodné „diagnostické“ nástroje v rukou kompetentních odborníků? Schopnost odborníků připustit chybu a pokusit se ji co možno nejrychleji a nejlépe napravit? Opravdu fungující pracoviště a organizace, v nichž jsou skuteční odborníci schopní sladění spolupráce?⁵ Shoda mezi těmito odborníky v tom, jakých cílů je potřeba s rodinou postupně dosáhnout?

PŘÍBĚH DRUHÝ – NĚMÝ STRACH

Respektovaná vědkyně a ředitelka významné instituce byla nečekaně odvolána ze své funkce poté, co se objevilo vážné podezření, že se podílela na pochybných finančních transakcích. Krátce na to získala místo ve výzkumném ústavu, který vedla její známá, bývalá kolegyně z dřívějšího působení v jiné instituci. Ještě než se paní ředitelka, nyní už bývalá, stačila zorientovat v dění v ústavu, přišla nečekaná nabídka politického angažmá. Takové nabídky se neodmítají. Na druhou stranu, byla škoda riskovat ztrátu rychle nabytého místa s jistou vyhlídkou dalšího kariérního postupu. Vedoucí ústavu měla pro taková

dilemata pochopení. Politické angažmá je v našich končinách až na výjimky stejně víceméně dočasné, navíc jde o užitečnou zkušenost, kterou lze kdekoli zúročit. Je to vlastně taková odborná stáž, s níž se působení ve výzkumné instituci vůbec nevylučuje. Úvazek byl zachován, jen byl po čase pro jistotu snížen na polovinu.

Existence nové kolegyně na pracovišti vešla rychle ve známost, byť se až na vzácné výjimky v ústavu kvůli politickému vytížení nevyskytovala. O podrobnostech těchto událostí nebyli pracovníci ústavu vedením nijak formálně zpraveni, ale v zákulisí o sdílení



informací, postřehů a různých emocí nebyla nouze. Mírně napjatou atmosféru spolu s nejistotou a mnoha otázkami přiživovaly kolující zvěsti, že stávající vedení již počítá s novou kolegyní v blízké budoucnosti na pozici vedoucí ústavu. Tato perspektiva u některých pracovníků vyvolávala obavy. Odborné zaměření nové kole-gyně, která se mezitím pohybovala v politických sférách, se naprosto míjelo s hlavní náplní a dosavadním zamě-řením výzkumného ústavu. Nešlo jen o spekulace. Vedoucí ústavu svěřila záhy nové pracovníci významnou, honoro-vanou funkci, přestože ta kvůli politic-kému vytížení neměla o dění na pracovišti ponětí a na každodenním provozu se nepodílela. Pozornost také vzbudila nákladná rekonstrukce pracov-ny bývalého vedoucího ústavu, který pracoviště léta budoval a získal mu renomé. Jeho maličkost byla nucena se rychle přestěhovat do jiné místnosti, přestože na odborných aktivitách ústavu se stále významně podílela. Rekon-struovaná místnost mezitím zela prázdnotou a čekala, až se perspektivní kádr vrátí ze stáže.

Řadoví pracovníci neměli o pozadí tohoto počínání ani potuchy. Ale čas od času někteří v zákulisí sdíleli své názory na pozorovatelné změny. Jiní opatrně vyjadřovali obavy, jakým směrem se bude pracoviště dále vyvíjet. Na danou situaci přitom nikdo otevřeně nereago-val. Některým to mohlo být jedno, jiní si třeba ničeho nevšimli, většinu ale zřejmě brzdil strach. Strach z možných důsled-ků přílišné zvědavosti, nebo dokonce upozorňování na problematický postup hlavních aktérů. O život nešlo, ale obava z ohrožení zaměstnání, pravidelného příjmu, možnosti smysluplné práce byla

jistě reálná. Reputace hlavních aktérů a vědomí jejich takřka neotřesitelné pozice nabádala k opatrnosti. Nebylo ani jasné, na koho se v takové prapodivné situaci obrátit, kdo by mohl být k dispozici jako nezávislý arbitr. Asi i proto se někteří s podobnou situací vyrovnávali s povzdechem, že takhle to bylo, je a vždycky bude. Bylo zbytečné připomínat, že němé přihlížení, pasivita a neochota se jakkoli angažovat jsou jedny z prvních předpokladů k tomu, abychom se jednoho rána probudili v dalším nesvobodném, utlačujícím společenském zřízení.

Čím to, že nikoho z hlavních aktérů nenapadlo myslet na to, jak takové dění působí na pracovníky, jak se podepíše na atmosféře v kolektivu? Jaká očekávání, spekulace, emoce podobné dění vyvolá u kolegů? Že by s dosažením určité pozice v institucionální a společenské hierarchii lidé automaticky ztráceli soudnost, schopnost reflexe, sociální inteligenci? Adekvátní informování pracovníků v takové situaci nemusí znamenat nic složitého. Transparentní jednání a smysl pro fair play, aby se neopakovala historická zkušenost s tím, že někteří jsou si rovnější, přispívá k soudržnosti kolektivu a ovlivňuje proces a výsledek společné práce. Celá záležitost, respektive nešťastné a nere-flektované jednání lidí v mocenské pozici, škodí celkovému obrazu nově příchozího na pracovišti ještě před tím, než se plně zapojí do aktivit ústavu a začne se pravidelně stýkat s dalšími kolegy. Vždyť podezření z pochybného jednání může být v dnešní štvavé a napjaté společenské atmosféře vysta-ven každý a z nové pracovní síly se může vyklubat docela prima kolegyně, která bude pro pracoviště a kolektiv přínosem.

PŘÍBĚH TŘETÍ – OPRÁVNĚNÝ HNĚV



Talentovaný terapeut s bohatou klinikou zkušeností se rozhodl odejít z institutu v jedné nejmenované metropoli. Necelé dva roky po atestaci a funkční specializaci se rozhodl, že zkusí štěstí ve výběrovém řízení, nezbytném to kroku k uzavření smluv s pojišťovnami o poskytování péče. Šlo o riskantní krok, ochota pojišťoven uzavírat nové smlouvy byla mizivá. Terapeut neměl zálibu v adrenalinových sportech ani sklony k rizikovému chování. Dokonce ani netrpěl samo-libostí či přemírou sebevědomí, přestože měl za sebou dvacet let klinické práce s dětmi, dospívajícími a dospělými. Uměl pracovat s různou klientelou, dovedl vést terapeutické skupiny. Představa odchodu z institutu ho nijak netěšila. Několik let ho budoval spolu se šéfem institutu a dalšími kolegy, z nichž většinu pro pracoviště sám získal. Přestože atmosféra mezi pracovníky byla napjatá, šéf na různých odborných fórech představoval institut jako školící pracoviště pro začínající terapeuty a jako místo, na kterém se rozvíjejí nejnovější trendy týmové spolupráce.

Náš terapeut prožíval v institutu narůstající nepohodu. Vadily mu problematické způsoby zacházení ze strany šéfa, nejasné hranice mezi různými rolami, dovedně maskované zneužívání mocenské pozice. Špatně snášel mnohokrát diskutované, neadekvátní finanční ohodnocení vlastní práce vzhledem ke své zkušenosti, kvalifikaci a vytíženosti na pracovišti. Problematické jevy na institutu nabývaly stále více podoby porušování etických principů: a) absence kritické reflexe; b) nejasné kompetence a netransparentní ohodnocení; c) vyžadování poslušnosti a posilování nesvobody zaměstnanců namísto budování týmové kolegiální spolupráce; d) omezená možnost vyjádření odlišného názoru a jeho

trestání různými způsoby; e) různé formy porušování profesionální kolegiality. Terapeut se opakovaně snažil o těchto fenoménech diskutovat se šéfem institutu. Ale setkával se s vyhybavou reakcí, že jde o nepodstatné maličkosti, nebo s výtkou, že podobnými připomínkami rozvrací tým. Terapeutovi na kvalitní týmové spolupráci záleželo, nechtěl nic bořit a už vůbec ne rozvracet. Ale už se dále nemohl podílet na něčem, co bylo v rozporu s jeho svědomím i hodnotami, které vyznával.

Situace se zhoršovala. V terapeutovi postupně zrál rozhodnutí odejít a osamostatnit se. O svém plánu se zmínil i během diskusí se šéfem. Po jednom nepříjemném incidentu se terapeut konečně odhodlal k činu. Postupně inicioval výběrové řízení na kraji a obešel pojišťovny. Díky svému renomé měl několik doporučujících dopisů od praktických lékařů a specialistů, se kterými pravidelně spolupracoval a kteří si ho vážili. Členem výběrové komise byl též zástupce odborné asociace. Ten se jako na potvoru dobře znal se šéfem našeho institutu a krátce před výběrovým řízením se na terapeuta informoval. Nevíme, co si ti dva řekli. Ale následná reakce na realitu blížícího se odchodu terapeuta, který se o několikaletý provoz institutu významně zasloužil, byla dramatická. Zazněly i nehezké výhrůžky. Obdarovaní vznětli-vým temperamentem dobře vědí, že v afektu zazní leccos. Ale při dobré vůli si lze později vše v klidu vysvětlit. Ani možnost usmíření a další spolupráce nemusí být zcela vyloučená. V některých případech. Tento případ to nebyl.

Výběrové řízení probíhalo zpočátku hladce. Našeho terapeuta podpořil kolega, který v komisi zastupoval jiné zdravotnické zařízení a znal dobře situaci v regionu. Poukázal na to, jak jsou lidé s podobnou zkušeností a šíří terapeutické



nabídky potřební ve zdravotnictví i jinde. Dokonce i zástupci kraje a většina zástupců pojišťoven reagovala vstřícně. Nakonec promluvil reprezentant odborné asociace a dlouhou řeč zpochybnil odbornou způsobilost terapeuta. Komise byla tímto závěrečným výstupem překvapená, terapeut zaskočen, přestože tušil, odkud vítr vane. Výsledek výběrového řízení byl najednou nejistý a s ním i možnost smluvního vztahu s pojišťovnami. Možnost vlastní klinické praxe a samostatné obživy se najednou zdála nereálná. Kromě

nejistoty zůstala pachůť a s ní otázky. Jak postupovat v situaci, kdy se člověk setká s jednáním, které má profesně likvidační důsledky? Je možnost nějakého odvolání, stížnosti v choulostivé situaci, kdy je pravděpodobné, že druhá strana vše popře? Má smysl vůbec něco dělat, aby si člověk proti sobě nepoštval mocnou asociaci, a ještě si situaci více nekomplikoval? A co udělat pro to, aby lidem, kteří jsou schopni svým dřívějším kolegům a spolupracovníkům škodit, jejich neetické a, lidově řečeno, zákeřné jednání neprocházelo?

JEŠTĚ NENÍ KONEC – ABSENCE SMYSLU

Plánovanou koncepci textu narušila nedávná cestovatelská zkušenost, kterou je škoda nepřidat k hlavním třem příběhům. Na pracovní cestě vlakem do Brna zpestřená poruchou jinak maximálně komfortního *Railjetu* se autor tohoto žánrově nezařaditelného textu ocitl na sedadle v těsné blízkosti dvou mužů mladšího a středního věku. Oba hladce oholení, s viditelným citem pro sladění všech svršků, vybaveni přístroji dokonalého designu s nezaměnitelným logem. Ještě než došlo k výpadku centrální elektrické jednotky a nucené zastávce vlaku v zemi nikoho, oba muži živě probírali několik vzájemně propojených témat. Jak získat potřebné finance na výzkum, z čeho uhradit náklady na konferenci v San Diegu, Tokiu, Buenos Aires. S kterými kolegy doma i v zahraničí je potřeba spolupracovat a v jakých časopisech publikovat, aby byl zaručen co nejrychlejší postup po akademickém žebříčku a otevřely se lukrativní možnosti v zahraničí. Jak získat přízeň respektované zahraniční autority a zaujmout místo na prestižním pracovišti

s pozdější vyhlídkou vedoucí pozice na některé z výzkumných institucí u nás. Na jakých konferencích či odborných akcích je vhodné se ukázat, aby významné osobnosti v oboru postřehly prostou existenci a odborný zápal těchto kolegů.

Z rozhovoru obou pánů vyplynulo, že se oba zabývají výzkumem v přírodních vědách a cestují na odbornou akci do brněnského výzkumného centra CEITEC. Mlčenlivý přísedící se nedobrovolně dozvěděl mnoho užitečných informací, které by v takto ucelené a srozumitelné podobě uvítal na začátku své vlastní profesní dráhy. Ještě dlouho po opuštění vlaku se nemohl zbavit dojmu, že mu něco podstatného v diskusi spolucestujících chybělo. Z řeči obou pánů nebylo vůbec patrné, že by je kromě peněz, prestiže, kongresové turistiky a titulů zajímalo samotné dobrodružství objevování. Že by jejich aktivity poháněla touha poznávat taje přírody, vesmíru nebo lidského těla. Nezaznělo nic o tom, zdali zvažovaný či již probíhající výzkum může přinést něco užitečného pro jednotlivce nebo pro společnost. Bylo



počinání obou ctihod-ných vědců motivováno také něčím jiným, než sekundárními a terciárními zisky?¹¹ Byly nemalé prostředky vynaložené na „vedlejší“ aktivity spojené s vědeckou

činností ospravedlnitelné? Měli aktivity diskutované oběma pány nějaký smysl a přesah zahrnující živý vztah k čemukoli za horizontem jejich vědeckého „já“?¹⁶

SHRNUTÍ – JAK TO VŠECHNO SPOLU SOUVISÍ?

Převyprávěné příběhy pochopitelně nezahrnují všechny detaily a fakta. Je téměř jisté, že čtenář by četl jiné příběhy, kdyby se vyprávění chopili samotní protagonisté. Jak upozorňují reprezentanti narativní psychologie a psychoterapie, vyprávění a převyprávění určité zkušenosti je vždy procesem s otevřeným koncem. Vždy je možné o jedné události či zkušenosti vyprávět jiné příběhy. To samo o sobě není důvod k tomu, proč příběhy nesdílet. Zvláště když vyprávění několika odlišných příběhů umožní poukázat na některé obecnější aspekty týkající se etických rozměrů lidského jednání a dění ve společnosti.

Uvedené příběhy mají něco společného. Jedním z pojitků je například využívání nebo spíše zneužívání mocenské pozice některými protagonisty, kterou částečně posilovalo zaměření instituce a její vnímání veřejností. K tomu pomáhal i pečlivě budovaný mediální obraz, který byl ale často v přímém rozporu s více či méně vyjádřenými etickými prohřešky, jichž se aktéři dopouštěli v některých sférách svého vlivu. Moc a mediální obraz představoval téměř dokonalou obranu proti těm, kdo by se náhodou odvážili vyjádřit veřejně svůj názor a na problematiku jednání upozornit. Ještě více zneklidňující je to, že každý z příběhů se odehrál v nějaké významné instituci a součástí zápletky bylo narušení důvěry. Pomáhající profese, sociální péče, terapeutické služby, vzdělávání, výzkum. Ve všech případech můžeme mluvit o povážlivém narušení až ztrátě důvěry v reprezentanty těchto institucí, a tedy

v instituce samotné, včetně kvality služeb, jež by tyto instituce měly poskytovat jedinci, rodině a společnosti. Sociologové a politologové poukazují na to, že důvěra je tím, na čem stojí ekonomický, politický a společenský řád, a že projevy plíživého rozpadu těchto řádů v současnosti lze přičíst právě nedostatku či erozi důvěry.¹ Někteří biologové se dokonce domnívají, jistě v mírné nadsázce, že narušení důvěry – fundamentální podmínky k životu – vede k negaci druhých, a nakonec vyústí v disharmonii a ne-moc.⁸ Konkrétnější jsou v této souvislosti odborníci z oblasti kritické psychiatrie a psychologie. Ti zdůrazňují, že bychom se měli zajímat o to, jak se určité sociální struktury, mocenské vztahy, vzorce rodinných interakcí, pracovní podmínky, formy ekonomické a sociální politiky projevují v různých formách a podobách distresu a dušev-ních potíží.⁹ Historici znající podrobně dramatické události ve středoevropském prostoru v průběhu dvacátého století zase připomínají, že obrana společenských institucí, jejich rozvoj a identifikace s nimi jsou důležitými faktory v prevenci vzniku dalšího totalitního režimu.¹²

Jak se ale identifikovat s institucemi, v nichž se odehrávají věci, jež jsou v protikladu s důležitými etickými principy? Jejichž působení na společnost se možná vzdálilo původním, ale stále proklamovaným cílům. V nichž rozdávají karty hráči, kteří mají trumfová esa dovedně ukrytá v rukávech svých na míru šitých obleků, někdy dokonce šitých ještě



za jiných společenských okolností? Proč být hrdý na instituce, a dokonce je bránit, když v nich panuje řád, který přináší vybraným jedincům nepřiměřená privilegia na úkor jiných? Když v nich existují dvojí pravidla, měří se dvojím metrem, nastavuje se dvojí tvář? Není pak logické, že se čím dál více lidí vrací k osvědčeným strategiím, nebo se uzavírají se do svých bezpečných bublin, jedno zda virtuálních či tradičních? Zároveň se dílem rostoucí nabídky různých obsahů ke konzumaci pomalu ale jistě stávají poslušnými těly, snadno manipulovatelnými, nesvobodnými, jedinci.⁴ Můžeme se divit, že se mezi lidmi hromadí kombinace rozhořčení, pocitu nespravedlnosti a bezmoci? A že při první příležitosti lid volí autoritu, která slibuje radikální vyčištění zaneřáděných Augiášových chlévů? Autoritu, která nabídne důmyslně vykonstruovaný narativ, jenž zahrnuje selektivní kritiku skutečných nepravostí, vlastní pochybení opomíjí a dokonale vystihne společenské nálady? Jak nás může překvapit, že nemalá část frustrované veřejnosti očekává změnu (v některých případech spíše zachování status quo) od jedinců, kteří se na svou pozici dostali s pomocí stokrát opakované lži, dnes nazývané alternativní pravda?

K těmto naléhavým otázkám může leckterý čtenář přidat ještě dvě: proč o těchto věcech autor vlastně píše a má-li smysl o nich vůbec psát. Ospravedlnit tvůrčí výron autora můžeme s odvoláním

na mistra fejetonů Ludvíka Vaculíka. Ten se v jednom ze svých textů trochu furiantsky přiznal, že psal především pro sebe, ne pro čtenáře. A hned dodal, že psal, když ho něco štválo. Když o tom napsal, tak to pro něho bylo vyřízeno.¹⁴ K tomuto přiznání se může uchýlit i autor, aniž by se chtěl srovnávat s velikánem české literatury. Ale co když ho k psaní tohoto textu motivovala také směs pocitů viny a studu, že udělal málo k nápravě, že se v některých situacích více nebo hlasitěji neozýval? Opět přichází na pomoc mistr novinářské zkratky se svým: „Napiš, pokud možno dobře, cos udělal špatně, a dostane se ti rozehřešení.“ Trocha rozehřešení by autorovi tohoto textu určitě alespoň na chvíli ulevila. Ale stačí to? Zbývá poslední argument k obhajobě širšího smyslu textu, jenž se pomalu blíží do finále. Tím je připomínka hlavního cíle anarchismu. Podle některých stoupenců této politické filozofie je třeba usilovat o identifikování struktur moci a dominance/nadvlády, ať už patriarchálního nebo imperiálního systému a čehokoli mezi tím, společně s požadavkem na jejich ospravedlnění. Pokud ospravedlnění těchto struktur není možné, což je skoro vždy, tak je nutné je demontovat a proměnit ve svobodnější systémy, ve kterých je možná participace a vzájemná spolupráce.³ S takovým cílem se autor rád identifikuje a jeho text je možné chápat jako symbolický a zároveň kultivovaný podíl na globálních snahách o jeho dosažení.

Do redakce přišlo 16.2.2018
Do tisku zařazeno po recenzi 28.2. 2018
Konflikt zájmů není znám.

LITERATURA



1. Bauman, Z. (2015) *Tohle není deník*. Praha: Academia.
2. Dallos, R., Draper, R. (2015) *An Introduction to Family Therapy; Systemic Theory and Practice*. London: McGraw-Hill.
3. Chomsky, N., Barsamian, D. (2017) *Global Discontents; Conversations on the Rising Threats to Democracy*. New York: Metropolitan Books.
4. Foucault, M. (1980) *Power/Knowledge; Selected Interviews and Other Writings*. New York: Pantheon Books.
5. Kennedy, R. (2015) Domov máme v hlavě; S londýnským psychiatrem Rogerem Kennedym o dětech, úzkostech a jednom neobvyklém experimentu, týdeník *Respekt*, 45, 46-49.
6. Machovec, M. (1998) *Filozofie tváří v tvář zániku*. Praha: Nakladatelství „Zvláštní vydání“.
7. Maslach, Ch. (2007) Burnout in Health Professionals. In S. Ayers et al. *Cambridge Handbook of Psychology, Health, and Medicine*. Cambridge: CUP, 427-430.
8. Maturana, H., Poerksen, B. (2004) *From Being to Doing; The Origins of the Biology of Cognition*. Heidelberg: Carl-Auer.
9. Rapley, M., Moncrieff, J., Dillon, J. (2011) *De-Medicalizing Misery; Psychiatry, Psychology and the Human Condition*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
10. Skorunka, D. (2016) Narativní tónina v psychoterapii; Od psychologické k post-psychologické perspektivě. *Československá psychologie*, LX(5), 482-499.
11. Skorunka, D. (2007) Ze světa praxe do světa výzkumu (a zpět). *Psychoterapie* 1(1).
12. Snyder, T. (2017) *On Tyranny; Twenty Lessons from the Twentieth Century*. New York: Tim Duggan Books.
13. Šimek, J. (2018) Etická dilemata v psychosomatice; společná diskuse. XVII. Psychosomatická konference, Liberec, 1-3.2018.
14. Vaculík, L. (2015) *Jsme v nebi*. Praha: Dokořán

MUDr. David Skorunka, Ph.D., psychiatr a psychoterapeut. Ústav sociálního lékařství, Lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Hradec Králové; skor@lfhk.cuni.cz, Psychiatrická ambulance, Rychnov nad Kněžnou



DISKUSE



6: Š.PIKOUS: MGR.VĚRA DUFKOVÁ A MUDR.OLGA KUNERTO VÁ PŘI WS NA 17.KONFERENCI

OLGA KUNERTO VÁ: OPOŽDĚNÝ PŘÍSPĚVEK K DISKUSI O PSYCHOSOMATICE

Tato úvaha začala vznikat na letošní psychosomatické konferenci v Liberci, při panelové diskusi o etice v psychosomatice. Shrnula jsem ji do několika vět, které mohly zaznít v diskusi jako příspěvek, ale dostala smysluplnou podobu až po několika hodinách, tak ji přináším touto formou.

V úvodní řeči doc. MUDr. Jiří Šimek zmínil, že etika není soubor pravidel vnucovaných nám nějakým duchovním vůdcem a že by měla vést ke kooperaci. Na závěr své řeči však nastolil otázku,

„kdo k nám patří a kdo ne“, s mírným apelem na to, že ten „správný psychosomatik“ má respekt k evidence based medicine.

Rozpoutala se debata, v níž zaznělo mnoho hlasů obhajujících alternativní přístupy, odsuzujících podvody, apely na vědeckost a v menšině zazněly i hlasy upozorňující na to, že také věda se vyvíjí, a vědecké tedy neznamená jednou provždy platné...



Poslouchala jsem a přemýšlela o tom, co má tohle všechno společného s etikou? A kam se nám ztratil pacient?

Jsem toho názoru, že samotná otázka „kdo k nám patří a kdo ne“ je v podstatě neetická. Nevede totiž ke kooperaci, ale k vylučování nepohodlných přístupů, degradování odlišných názorů a v konečném důsledku k diskriminaci jejich nositelů.

Paní primářka Jandová na závěr debatu shrnula jednoznačným postojem: má-li být psychosomatika medicínský obor, pak musí mít svoji diagnostiku, svoje léčebné postupy, svoje pravidla pro vzdělávání atd. Proti tomu se nedá nic namítat. Pro mě je to ale další kamínek v mozaice pochybností, jestli je tento postup (tedy udělat z psychosomatiky samostatný lékařský obor) dobrý nápad. Povede právě k vylučování nehodících se názorů a lidí, k obavám z odklonu od dogmatické pravověrnosti, k znevážení. Pochybnosti budou zapovězeny, a co se pak stane s atmosférou našich konferencí?

Tatáž paní primářka přitom pár minut předtím zmínila kvantovou fyziku a apelovala na osazenstvo slovy: „buďme více fyzicky“. Kvantová fyzika však přichází na základě zkoumání tvrdých dat k poznání, že svět kolem nás je mnohem měkčí, než jsme se domnívali. Ukazuje nám mimo jiné, že to, co považujeme za realitu, není nic předem objektivně daného. Je to spíš oblak pravděpodobnosti, z nějž teprve pozorovatel vybírá, co bude za realitu považovat. To, na co jsme si zvykli se odvolávat, tím ztrácí pevné kontury a nutně nás to vede zpátky k nám samotným. My jsme ti pozorovatelé, my jsme ti, kdo volí, a měli bychom se především ptát sami sebe, proč tak činíme. Většina tvrzení nejsou hledáním pravdy, ale pokusy obhájit svoji pravdu. Odlišné názory nás znejišťují, to

je logické, a pochopitelné je tedy i to, že jim máme potřebu oponovat. Tady to ale začíná být záležitostí etiky. Jednat eticky podle mě znamená být si vědom toho, že obhajujeme sebe, svoji sebejistotu, nic víc a nic méně.

Na otázku MUDr. Radkina Honzáka, jestli vůbec víme, jak to funguje, bych ráda odpověděla, že NEVÍME. Teorie si tvoříme, abychom se sami orientovali, abychom nevěděním dokázali ustát. Všechny teorie jsou stejně platné. Je to otázka našeho výběru, že některé považujeme za platnější, správnější, hodnověrnější. Teorií je mnoho a naše západní medicína je jednou z alternativ. Všechny jsou stejně platné a stejně pochybné, záleží na tom, kdo je posuzuje a z jakého hlediska.

Už to, že dáváme přednost nějakým konkrétním přístupům tím, že je označujeme za základní, klasické apod. a ty ostatní vykážeme do diskutovaného prostoru pro alternativy, se chováme v podstatě diskriminačně. I když ty alternativy obhajujeme, stavíme je do pozice něčeho, co je potřeba obhajovat a zdůvodňovat, na rozdíl od „klasických“ postupů, o nichž se nediskutuje, jsou přijímány se samozřejmostí. To je z etického hlediska nebezpečné hned dvakrát. Zaprvé umožňujeme aplikování vybraných postupů bez přemýšlení, tak se to prostě dělá, je to postup lege artis, a jestli to v daném případě u konkrétního pacienta nepomáhá, nebo třeba i škodí, je jaksi mimo moji odpovědnost. Zadruhé tím stavíme sebe sama do pozice těch, kdo mají právo ostatní názory posuzovat a hodnotit.

Vždy, když si uděláme předem představu o tom, co je pro druhého dobré a žádoucí, a komunikujeme s ním pak takovým způsobem, abychom jej k tomu-to námi preferovanému řešení dovedli, jednáme de facto neeticky, ať máme pro svůj názor



sebepádnější argumenty. Manipulujeme s lidskou bytostí, nerespektujeme její názor.

Ráda bych vyzvala všechny odborníky: **Buďme experty jen v situaci, kdy to pacient nutně potřebuje pro svůj pocit bezpečí, nebo je-li ohrožen na životě.** Pak by bylo opravdu neetické nepoužít postupy, které na základě našich zkušeností a našeho vzdělání budou velmi pravděpodobně pacientovi k užítku. Takových situací je procentuálně ale mnohem méně, než jsme zvyklí si myslet. V těch ostatních bychom měli umět být svým pacientům partnery.

Myslím, že psychosomatický lékař by měl být něco jako průvodce pacienta po

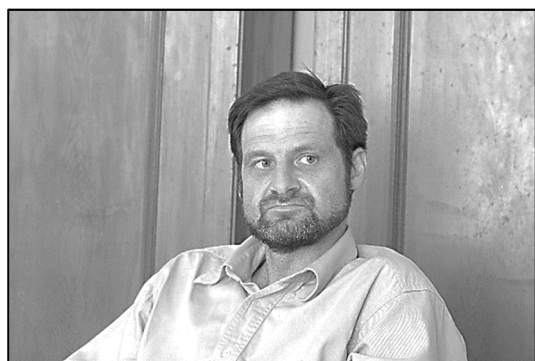
možných alternativách léčby. Měl by mu pomáhat se orientovat, ale nerozhodovat za něj, neinterpretovat jeho postoje a chování, ani jeho potíže, ale objevovat spolu s ním nové možnosti, léčbu na míru. Takový přístup je podle mě etický.

Na závěr bych měla asi citovat zdroje těchto svým myšlenek. Nejsou z mé hlavy, ale autorů je mnoho, jeden navazuje na druhého a já už nedokážu vystopovat tu linku. Přesně citovat neumím. Někde na pozadí stojí autoři konstruktivistického myšlení jako Humberto Maturana, Ernst von Glasersfeld, Jay Efran a spousta dalších a také moji bývalí kolegové z ISZ, kteří mě ke konstruktivismu přivedli.

Do redakce došlo 20.2.2018
Zařazeno k tisku 28.2.2018
Konflikt zájmů není znám.

ONDŘEJ MASNER: VÝVOJ SPOLEČNOSTI PRO PSYCHOSOMATICKOU MEDICÍNU ČLS JEP

Po téměř čtyřech letech činnosti ve výboru Společnosti pro psychosomatickou medicínu mám potřebu si od této



činnosti odpočinout. V souznění s panem

Komárkem z filmu „Na samotě u lesa“ se mi chce zvolat: „Na jaře již nezaseju!“ ...tím chci říct, že nebudu již do výboru společnosti kandidovat. Osud naší psychosomatické medicíny mi ale nadále bude ležet na srdci.

Jsem si jist, že v prvních čtyřech letech existence Společnosti se ve výboru udělalo hodně dobré práce. Ať již pomyslím na tvorbu definice psychosomatické medicíny, vypracování vzdělávacího programu pro nástavbovou atestaci a její udržení v seznamu platných

atestací, spolupráci na Doporučeném postupu pro PL při léčbě pacientů s MUS (medically unexplained symptoms) nebo tvorbu kódů a jednání s pojišťovnami, pořádání vzdělávacích akcí a další. Bylo toho opravdu dost, co se zvládlo, a jsem rád, že jsem měl příležitost se na této činnosti aktivně podílet.

Nicméně, i když kladné dojmy jasně převažují, nebylo by moc prospěšné zastavit se při zpětném hodnocení jen u nich. Je to tak rok či rok a půl zpět, co mě v souvislosti s vývojem naší psychosomatiky začaly tížit určité věci, a pokusím se nyní o ně podělit. Kdybych ten pocit měl popsat v jedné větě, zněla by asi takto: **Nějak se nám z psychosomatiky vytratila ta somatika.** Tato zkratkovitá formulace má pro mě dva či tři hlavní aspekty. Zaprvé reflektuje skutečnost, že se v naší Společnosti převážně prosazuje model psychosomatiky jako týmového oboru. Jakoby se psychosomatika vlastně nedala provozovat jinak, nežli v týmu sestaveném z různých odborností, jmenovitě tedy minimálně z psychosomatika, psychologa, fyzioterapeuta a psychiatra. Takové směřování psychosomatické medicíny je z mého pohledu nešťastné. Jednak dělá z psychosomatiky zbytečně náročnou, a tím i těžkopádnou disciplínu, která by měla naopak proniknout do každé ordinace a na každé oddělení. Navíc to odporuje každodenním zkušenostem psychosomaticky uvažujících lékařů, kteří v přímém kontaktu s pacientem pracují psychosomaticky ve své ordinaci a takový tým nemají k dispozici. Těžiště psychosomatické medicíny vidím u těch 30 % pacientů v ambulantních ordinacích (často a oprávněně toto číslo používáme jako argument ve prospěch podpory psychosomatiky), kteří trpí psychosomatickými potížemi. Toto velké

množství pacientů nelze léčit týmově, ba ani k psychologovi je z kapacitních důvodů nemůžeme poslat všechny. A také většina z nich podobně intenzivní péči nepotřebuje. Co tito pacienti potřebují, jsou lékaři, kteří jsou schopni porozumět somatické stránce jejich onemocnění a zároveň mají potřebné znalosti, aby k tomu doplnili a pacientovi věrohodně zprostředkovali psychosociální souvislosti. Personálně i finančně nákladná týmová psychosomatické péče je nutná pro malé procento těžkých a chronických psychosomatických pacientů, a proto by, dle mého úsudku, neměla sloužit jako model pro celou psychosomatickou medicínu.

Zadruhé vnímám psychosomatiku jako doplnění somatické medicíny, nebo jinak formulováno, kde není somatický příznak a příslušný somatický podklad, tam nemůže být psychosomatika. Bez tohoto těsného propojení se somatickou medicínou hrozí, že se psychosomatika stane sice zajímavou a exkluzivní lékařskou disciplínou, ale bez většího dopadu na celkové zdravotnictví. Vybavuji si slova pana profesora Loewa z psychosomatické kliniky v Řezně na jeho pražské přednášce, že v Německu byla psychosomatika dlouho zalezlá ve věži ze slonoviny – mám obavu, že se nacházíme právě na cestě tam. Jistě, spolupráce s praxí na společném DP pro MUS byla krokem tím správným směrem, a i na psychosomatickou konferenci v roce 2016 byli zváni kolegové ze somatických oborů, třeba jako prof. Pafko. K širší diskusi tehdy ale bohužel nedošlo. Je mi samozřejmě známo, že ne všichni somatičtí kolegové jsou připraveni se bavit na téma psychosomatické medicíny, ale o to více je potřeba se věnovat té nemalé části, která naopak o naši spolupráci velmi stojí.



Jako třetí a poslední bod bych chtěl uvést složení našeho výboru. S jistě dobrým úmyslem zajistit ve výboru rovnováhu všech na psychosomaticce se podílejících odborností, byl zvolen neměnný poměr 2:2:2:3 – psychologové: fyzioterapeuti: psychiatři: psychoso-matičtí lékaři. Faktem ovšem je, že všichni tři lékaři (včetně mě) jsou zároveň psychoterapeuty, a to vede k tomu, že za somatickou medicínu ve výboru nekoje prakticky nikdo. Poměrové zastoupení takto paradoxně napomohlo výrazné nerovnováze v neprospěch základu psychosomatické medicíny.

Nejjednodušší cestou k nápravě by mohlo být doplnění poměrového zastoupení o čistě somatické lékaře.

Přeji budoucímu výboru naší Společnosti vše nejlepší do nového volebního období. Věřím, že něco z výše uvedeného se ukáže během dalších čtyř let jako aktuální. Budu se nadále snažit aktivně se podílet na dění uvnitř naší Společnosti i mimo výbor.

MUDr. Ondřej Masner



RECENZE



7. Š.PIKOUS: PŘED RAUTEM. 17.KONFERENCE V LIBERCI

RADKIN HONZÁK: ÚVAHA NAD KNIHOU

Neckel S., Schaffner A. K., Wagner G. (eds.): Burnout, fatigue, exhaustion. An interdisciplinary perspectives on a modern action. Palgrave Macmillan, Cham, 2017

Nejsem profesí angličtinář, ani povahou obsedant, přesto mi název (podtitul) knihy úplně nesedí. Mohu říci už zde, že obsah také ne.

Burnout – tak pojmenoval Freudenberg stav totální exhausce, při níž se navzdory své předchozí energii několik týdnů sotva vyplížil na WC. Jelikož šlo o málo vznešený výraz sebraný z hantýr-

ky fetišáků, netěšil se po nějaký čas patřičné úctě vědecké obce. Ani výraz, ale ani jeho náplň nikoho neoslňily a možná by byl dokonce zapadl, nebýt toho, že se ho v jeho ohrožení ujala neohrožená žena Philipa Zimbarda – Christine Maslach(ová) a z důsledků převážně lidské blbosti, jak to viděl jeho tvůrce, ho posunula na stupních vítězů o kousek výš mezi problémy společenské. Rovněž



sestavila dotazník, aby to bylo měřitelné, a tak se toho radostně ujali badatelé. Ale stále to byla oblast vyhrazená ambiciózním workholikům z pomáhajících profesí, kteří doplatili na své příliš horlivé a příliš energické postupy deziluzí (u Maslachové už víc psychickými následky rozčarování než tělesným vyčerpáním podobným abstínenci po odnětí opioidů). Ani jeden z nich netušil, že Freudenbergovi krajané za půl století zdevalvují pojem tak, že do něj vtělí všechno, co se týká nespokojenosti v práci, a že z převážně medicínského termínu udělá německá sociologie označení pro značně nepřesně definovaný sociální problém, epidemicky (?) se vyskytující, který navíc pojme třídně jako důsledek současného kapitalismu.

Je tedy třeba dát si pozor, zda se mluví o „burnout“ v původním klinickém smyslu, nebo ve smyslu sociologickém, kdy jím trpí masy nevrhlých zaměstnanců, kteří odmítli nebo nemohou naplnit moderní (či postmoderní?) požadavek, který stanoví, že chodit do práce se má proto, že mě to naplňuje, a ne proto, abych tam vydělal peníze na obživu. Tenhle posun mi dělá obtíže a předpokládám, že nebudu sám.

Proč jsou to celé masy? Jednak proto, že od padesátých let se pomáhající profese značně rozšířily, tím se hnutí, které původně mělo převahu altruistických a dobrovolnických prvků zprofesionalizovalo, a poté následovala byrokratizace. Zenit byl zákonitě doprovázen velkým zklamáním, protože dosahování cílů bylo obtížnější, než se jevílo na počátku. Současně nástup kultury podporující uspokojování hedonistických a narcistních ideálů přinesl častější frustrace v této sféře. Pak se to rozšířilo i jinak. Do toho trochu neorganicky přichází opakovaně otázka, zda „neurasthenie“ 19. století, které mělo

zcela jiné sociokulturní pozadí, byla něčím analogickým.

Pojďme se tedy na sborník podívat podrobněji. Obsahuje celkem třináct příspěvků hlavně německé a britské provenience. Úvod a první dva příspěvky jsou věnovány kulturně historickému pohledu. Dozvíme se zde, že společnost je v úpadku, který se projevuje nejen rozpouštěním morálních kvalit, ale také zvýšenou morbiditou. Únava střední třídy vychází z jejího stálého boje o přežití (tomu dost dobře nerozumím, protože všichni – včetně střední třídy – v Evropě si žijou jak prasata v žitě), což je projev neoliberálního kapitalismu. Britská autorka historické stati naopak uvádí, že únava v různých podobách pod různými označeními se vyskytovala v dějinách vždy. Vždy a všude, včetně čínské společnosti, byla méně stigmatizující, pokud byla zasazena do „těla, a nikoliv do duše“. Tudy se v dalším příspěvku dostáváme k neura-sthenii, jejíž pojmenování se objevuje v USA koncem 19. století, kde je považována za „funkční poruchu nervo-vého systému způsobenou chyběním nervové síly,“ která se může projevit ve všech tělesných orgánech.

George M. Beard, který ji popsal, na rozdíl od dnešních analytiků neobviňoval společnost, protože problémy se týkaly vyšší střední a vyšší vrstvy, navíc v progresivně se rozvíjejících Spojených státech, ale za příčinu považoval „genetickou degeneraci“ a ženy byly – jako slabší pohlaví – k těmto potížím náchylnější. Neurasthenie v současnosti opustila psychiatrickou klasifikaci v USA a je nezajímavá v Evropě, zato se ujala v Číně, kde je ale považována za poruchu primárně somatickou, což ji činí všeobecně úctyhodnější a přijatelnější. To už se tam nedá říci o depresi s velice podobnou symptomatologií, leč považovanou za primárně psychogenní.



Oddíly věnované úvahám o etiopatogenezi únavy sice vycházejí z dílen označených jako „clinical psychobiology“, naprosto však postrádají informace o biologických nálezech u CFS/ME (porucha primárně auto-imunitní s vysokými koncentracemi prozánětlivých cytokinů, změnami v buněčné imunitě, porucha funkce mitochondrií projevující se nedostatkem tvorbou ATP). Převládá důraz na sociogenezi. A tak není divu, že kromě analogie s definicí bolesti (zážitek subjektivní, objektivně žádnou metodou neměřitelný) se nic podstatného nedozvíme. Nenachází se nic, co by jednotlivé klinické jednotky – únavový syndrom, exhausce při burnout, deprese a také starobylá neurasthenie – zásadním způsobem odlišovalo a při té příležitosti je snad zčásti sebekriticky vzpomenuť čtvrt století stará Latourova otázka, zda je věda odrazem reality nebo sociálním konstruktem.

Alain Ehrenberg, francouzský sociolog věnující se úzkosti moderního člověka a problematice duševního zdraví, v nejobecnější rovině vidí posun v tématu, které sumárně označuje jako „depresi“, od freudovského pocitu viny k současnému pocitu nedostačivosti, přesněji vyjádřeno od otázky „Smím to dělat?“ z doby minulé k otázce „Dokážu to?“ kladené dnes. Z toho se pak odvíjí další patologická symptomatologie.

Další příspěvek ze Švédska přináší informace o narůstající nemoci a pracovní neschopnosti, v níž činí nemocnost pro vážné psychiatrické poruchy 5 % a další psychiatrické diagnózy 15 %. Zde jsou patrné vztahy mezi nevhodným pracovním prostředím a psychiatrickou morbiditou, přičemž hůř na tom jsou pomáhající profese a hlavními problémy jsou únava, burnout a deprese. Na příkladech vybraných kazuistik ukazují autoři příčiny, za něž

považují obrát pracovního úsilí od práce s lidmi směrem k výkonu, byrokracii, zmatené restrukturalizaci a nedostatek pracovníků ve vztahu k úkolům. Významným faktorem je míra altruistického nasazení a po ní pocity selhání a následné sebetrestající postoje.

Kapitola věnovaná dopingové stimulanci pochází z Německa, kde poměry – včetně omezení preskripce – jsou podobné našim; jistě jiná situace bude např. v USA s dostupností methylen-dátu. Ale i za podmínek restrikce je tato problematika podceňována. Autorka má za to, že Ehrenbergova analýza plně charakterizuje podhoubí tohoto trendu. Ponechávám na úvaze každého, aby pro sebe rozhodl, zda věta typická pro abuzéra amfetaminu, *It's about getting shit done*, vypráví víc o osobnostních faktorech či o sociálním tlaku. Jedno ze zásadních doporučení léčícím se toxikomanům je upozornění, že život není jen samá sranda. Mně to asociovalo charakteristiku jednoho pacienta, kterou vyslovil profesor Heveroch před více než stoletím: Neposedla ho přichylnost k práci.

Další německý sociolog, Ulrich Bröckling, se zaměřil na sémantickou stránku problémů, na zvrát „silných“ ve „slabé“, a ptá se, zda když titulky předních časopisů i deníků hlásají, že celé Německo je vyčerpané, nevytvářejí tím „burnout“ jako samostatnou entitu, jako jsoucno s jeho vlastními právy. I když burnout je metafora, oheň je velmi silný živel. Je tu jako vášeň, ale také jako nebezpečí. Dobrý sluha, ale zlý pán. Také ilustrace k různým příručkám znázorňují často vypálené sirky. Hasiči přijíždějí k požárům se zpožděním. Představuje burnout „kolaterální škody globalizace“?

Další přirovnání je k rychlým autům, vybitým bateriím, křečkům ve šlapacím kole a končí otázkou, zda se dají ty vybité



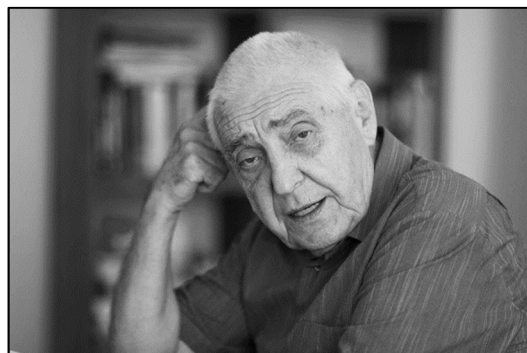
baterky dobít a jak? Zda se může křeček zastavit, když je v kleci a nemá šanci místo příček na kole využít příček žebříku a podívat se na vše z nadhledu. Kapitola je zakončena šesti doporučeními, která se v zásadě nijak neliší od těch, jež jsou nabízena už desítky let. V kostce přináší návod, jak zůstat sám sebou a nenechat se „industrializovat“.

Vyčerpání v literatuře přináší přehled některých děl věnovaných plně či částečně únavě a exhausci, nechybí pochopitelně Kafkův Řehoř Samsa. Citovaný Futuristický manifest nepočítám mezi díla, která by tenhle problém vyřešila, protože jeho žhavý rozlet nepomyslel na krátký život spalující energie všech nadšenců. Je toho víc, Beckettovi hrdinové, Joyceův Ulysses a další a myslím, že je to text využitelný pro biblioterapii.

Poslední oddíly jsou víceméně sociologickou kritikou soudobého neokapitalismu, již je dost obtížné rozumět, pomyslíme-li na zbytek lidstva a jeho sociálně ekonomické podmínky většinou za hranicí chudoby. Ty úvahy mi drobátko připomínají postavu dědka konecsvětáka z Thurberova úžasného vyličení představení Krále Leara v jeho rodném městě, kterýžto místní pomatenec vstoupil do závěrečného Edgarova blábolení a Learova bédování rázným

poselstvím: Připravte sééé, připravte sééé, bude konec světaáááá...

O burnout mám své představy z nijak přehnaného Freudenbergova popisu v útlé knížce nazvané Burnout – the high cost of success and how to cope with it (včetně informace, že autor až do konce života, resp. do posledních jeho tří týdnů, pracoval dál 12–14 hodin denně), a vidím jeho obraz poněkud jinak, než obraz otráveného a zklamaného kon-zumního frustráta, který zjišťuje, že jeho soused má lepší auto a je z toho zdrcen. Václav Havel to nazval blbou náladou. A pak si také myslím, že na minimální stresové toleranci současné generace v produktivním věku se podílí řada dalších faktorů, nejen vládnoucí neokapitalismus. Počínaje debilní permisivní (ne)výchovou přes dostupnost všeho pro všechny a konče biologickými faktory, které zcela změnily prostředí, v němž žijeme, a nepochybně i nás samotné.



Do redakce přišlo 5.12.2017
K tisku zařazeno 15.1.2018



VLADISLAV CHVÁLA: NAD KNIHOU EVY KŘÍŽOVÉ ZDRAVÍ KULTURA SPOLEČNOST

Jako lékař, který se věnuje psychosomatické medicíně, tedy bio-psychosociálnímu pojetí zdraví a nemoci, sociologický a kulturologický pohled na zdraví a medicínu rozhodně vítám. Zájem autorky o medicínu a o její alternativní postupy z hlediska sociologic-kého sledují pozorně od jejích prvních prací na toto téma. Nejsem tedy čtenář nezaujatý.

Medicína, která se zabývá především objektem svého zkoumání, tělem, zapomíná věnovat se sama sobě, sebereflexi. Naše nástroje z oblasti přírodních věd, tak jako zostřují pohled směrem k materiálním aspektům nemoci, tak na druhé straně oslepují badatele v oblastech psychologických a sociologických, nebo jen prostě tuto část skutečnosti nezobrazují. Proto psychosociální aspekty nemoci unikají pozornosti lékařů, badatelů i organizátorů zdravotní péče. Oborová specializace a superspecializace dále zhoršují možnost vzájemné domluvy mezi obory. Sebereflexe je nezbytná součást každého sociálního systému. Nedostatečná sebereflexe zdravotnického systému komplikuje situaci i v dalších resortech společnosti, jejíž významnou součástí se ve 20. a 21. století zdravotnictví s rozpočtem 290 mld stalo.

Reflexe zdravotnického systému z pohledu sociologie a kulturologie je užitečná už proto, že se může dostat do rukou správných adresátů, především lékařů. Nejde samozřejmě o první reflexi z pera sociologie. Rozsahem (100 stran) a formou se výborně hodí pro studenty medicíny a lékaře, kteří jsou ochotni se dovědět více o kontextu svého povolání.

V kapitole Zdraví se autorka věnuje pojmům zdraví a normalita, kterými se

sice medicína dominantně zabývá především v kontrastu s nemocí a abnormalitou, ale málokdy se věnuje sociálnímu kontextu, významu pojmů a jejich historii. To má své důsledky při nástupu nového trendu, všeobecné medicinalizace života, kterou se akční oblast zdravotnictví neustále rozšiřuje. Jako průlom biomedicínského pohledu cituje autorka definici zdraví SZO, přijatou už v roce 1948. Podle ní je zdraví „stavem úplné tělesné, psychické a sociální pohody, nejen absencí nemoci“. Autorka oceňuje její celostní pojetí, uvádí ale i kritické hlasy, které upozorňují jednak na statické pojetí ve skutečnosti dynamického stavu, jednak na nedosažitelnost ideálu.

Právě pohled sociologa umožňuje porozumět tomu, proč dochází k postupnému rozšiřování indikačních okruhů k léčbě ve společnosti, která „je zdravím až doslova posedlá, ačkoliv je v ní samé mnoho nezdravého, co, kdyby se odstranilo, sloužilo by zdraví nejvíce ze všeho“. Autorka srozumitelně popisuje rozdíly mezi biologickým pojetím zdraví, jiným pojetím psychosomatickým, a ještě jiným pojetím sociologickým. Už jen tyto rozdíly, když nejsou reflektovány, přinášejí mnohá nedorozumění.

Historický vývoj medicíny vypadá z pohledu sociologie také jinak, než se jeví samotné medicíně. To, co lékaři na své cestě ke zlepšování mohli odložit jako nepotřebný balast nebo pověru, mohlo při léčení hrát ze sociologického hlediska významnou roli, i když se třeba nepotvrdila biologická účinnost léčebného postupu (placebo). Proto také se může lékaři jevit pohled sociologa příliš benevolentní k metodám, které přísně



bio-fyzikálně uvažující lékař jednoznačně zavrhuje (homeopatie). Křížová má pochopení i pro současný vývoj medicíny směrem k obchodnímu jednání, ve kterém se původní altruistické motivy mohou ztrácet. Stále se zužující pohled na nemocné tělo, stále dokonalejší technika, která umožňuje přesnější a cílenější zacílení léčby, však vede ke stále větší závislosti celých populací na zdravotních systémech v míře dříve nebývalé. Potíž shledává autorka v přílišném zúžení pohledu lékařů na zdraví a nemoc v kontrastu s duchem Ottawské charty Světové zdravotnické organizace z roku 1986. V ní jsou formulovány základní předpoklady zdraví, a to nejen ve smyslu fyzikálního prostředí, ale i ve smyslu etickém. Za klíčové determinanty zdraví je považován mír, domov, vzdělání, přístup k vodě a stravě, existenční zajištění, stabilní ekosystém, udržitelnost zdrojů, sociální spravedlnost a rovné zacházení. Připusťme, že jsou to parametry, kterými se naše medicína naprosto nezabývá a zabývat nemůže.

Kdyby zůstala autorka jen u sociologického paradigmatu, nebyla by reflexe medicíny úplná. Kultura rozhoduje o směřování vývoje lidského ducha, dovoluje, nebo naopak nedovoluje určitá bádání či výklad, umožňuje, nebo naopak neumožňuje pochopit některé souvislosti. Jak hmotné, tak i nehmotné statky kultury se podílejí na zdraví, nemoci a léčení. Zvláštní pozornost si zasluhují rituály, které jsou významnou součástí každodenní lékařské praxe, aniž by byly běžně reflektovány (např. vizity, pitvy při výuce). Globalizace medicíny překračující hranice států a kultur přináší nečekané potíže (např. pohřební rituály v Africe při epidemiích). Kulturní změny takřkajíc za běhu způsobují lékařům bez reflexe problémy, které se dříve nevyskytovaly (domácí porody, odmítání očkování, maximalizace lidských práv).

Studium kulturních rozdílů pomáhá pochopit vliv kultury i na naši populaci. Pozoruhodný je exkurz ke kultuře těla, ať už k jeho nahotě, nebo zakrývání, ale také k úpravám, zkrášlování, poškozování, manipulace pro-střednictvím diet, omlazovacím kůrami, estetickou chirurgií. Pro psychosomatiku je důležité téma jednoty ducha a těla a chápání duše, v němž se autorka odvolává na myšlenky Michela Foucaulta. My lékaři si málokdy uvědomujeme, že dokonalá znalost těla nepřináší jen možnost léčit, ale také kontrolovat. Když narazíme na odpor veřejnosti, divíme se, o jaké mašinérii moci to mluví v souvislosti s medicínou. Je nám cizí myšlenka, že čím více toho o člověku víme, tím méně jsme schopni dialogu. Jsme jen k dispozici pro případ, že by se přišel někdo zeptat. Ale skutečný dialog vyžaduje vzájemný respekt a vzájemné ovlivnění. A i to se samo od sebe mění. A tím, jak rostou znalosti našich pacientů o medicíně, jak jsou k dispozici na sociálních sítích, mění se i naše pozice ve vztahu lékař-pacient, ať chceme nebo nechceme. Mění se kulturní vzorce matou nejen lékaře. Nutí nás k proměnám, které bez reflexe bolí.

Medicinalizace je pojednána z hlediska kulturologického do větší hloubky. Kontrola a moc medicíny nad tělem od narození po smrt nepřináší jen dobro, problematické jsou sociální a kulturní důsledky nadměrné kontroly plodnosti, těhotenství a porodu, ale také umírání. Smrt se jeví z pohledu medicíny jako trapné selhání. Stejně jako mají být vyloučeny všechny negativní pocity, smutek, bolest, zklamání, má být zamaskována i smrt sama. Téměř všichni občasné se rodí v nemocnici a většina jich tam také umírá. Moderní lékařství získává kontrolu nad životem a smrtí. *„Moderní společnost je sekulární, takže otázky víry a náboženství jsou soukromými sférami a církevní*



institute neurčují politický a veřejný život, byť nadále existují a aktivně provozují svou činnost pro věřící i nevěřící. Uprázdňené místo po náboženství a církvi do značné míry převzala právě moderní medicína.“ Ta vlastně nabízí „spásu“ odstraněním bolesti, utrpení, žalu a smrti.

V kapitole o společnosti zohledňuje autorka nedávné dějiny naší společnosti a důsledky rozsáhlé privatizace a neoliberálních reforem. Zvažuje vliv globalizace a nadnárodních korporací na podnikání ve zdravotnictví. Zjišťuje, že u nás je věnována malá pozornost sociálně způsobeným rozdílům ve zdravotním stavu. Přitom je zřejmé, že *„lidé nevzdělání, chudí, v závislých pozicích, mají horší zdraví a žijí kratší životy... v důsledku kumulace zdravotních rizik v průběhu života“*. Informace z této

kapitoly jsou pro lékaře, který se zajímá o širší sociální okolnosti zdraví a nemoci ve společnosti, velmi užitečné zvláště proto, že obor sociální lékařství byl většině z nás při studiu na LF tak vzdálený.

K celku připravované publikace je třeba říci, že tři části, do kterých je rozdělena, nejsou úplně rovnocenné, ale bude víc záležet na předběžných znalostech čtenáře. Pro mne byla nejzajímavější první část Zdraví. V druhé části míra nezbytného zhuštění vedla místy až k novinové zkratkovitosti a zjednodušení. To ale nemusí být v končném dopadu nepříznivé, pokud převáží výhoda stručnosti a přehledu témat, která z oblasti sociologie a kulturologie se zdravím souvisí. Odkazů na další studium je zde dostatek.

V Liberci 15. 1. 2018



RADKIN HONZÁK: FENOMÉN ZVANÝ HNÍZDIL A PSYCHOSOMATIKA

Před několika týdnů vyšla nová knížka, kterou dali dohromady Jan Hnízdil a redaktorka Klára Mandausová spolu s několika Honzovými přáteli i nepřáteli, s titulem **Příběhy obyčejného uzdravení** (vydaly ji Lidové noviny, Praha). Měl jsem to potěšení přispět do ní krátkou statí o tom, jak vidím psychosomatiku, mám k ní tedy trochu vřelejší vztah a byl jsem u jejího velmi příjemného uvedení do světa...

Pokud znáte Hnízdilovy práce objevující se v tisku, na blogu (<http://blog.aktualne.cz/blogy/jan-hnizdil.php>) nebo v jeho minulých knižních publikacích, ocitnete se na známém terénu kvalitní kazuistiky s dobrým i nedobрым koncem, úvah o (ne)zdraví současné společnosti, tentokrát navíc sureakce na udělení bludného balvanu, a nakonec poznámek jeho přátel i nepřátel.

Následující odbočka není projevem sklerózy, ale analogií, která mi umožňuje předvést, jak vnímám Honzu v jeho teorii i praxi: v dobrém jako levičáckého radikála, kterého každé hnutí potřebuje, ačkoliv už je daleko za hranou paradigmatu, které samo o sobě je pro rozum epochy obtížně skousnutelné. V Moorově sci-fi, **Lamb: The Gospel According to Biff, Christ's Childhood Pal**, popisuje autor básně aktivity Jana Křtitele, kterému se podařilo během křtění několik osob v Jordánu utopit. Přesto mu nelze upřít, že „připravoval stezky“.

Chápu, že společenství hlásící se k biopsychosociální koncepci nemůže Hnízdila přijmout mezi sebe, když ten hlásá psychogenezi jako hlavní, ne-li jedinou etiopatogenetickou cestu do chorobného stavu. Má zatím štěstí, že za

ním chodí právě takoví lidé? Nebo ty druhé, kteří tomu neodpovídají, prostě nezveřejňují? Nicméně z čistě teoretického hlediska (krom toho, že Franz Alexander po této stezce také nějakou dobu krácel) je tu naléhavě položena otázka týkající se autosanačních mechanismů lidského organismu. Vždyť v historii byly zásahy medicíny někdy téměř smrtící a lidstvo přežilo. Zatím nikde v pregraduálním ani v postgraduálním vzdělávání o této nesporně existující naší schopnosti není komplexnější informace. Nestálo by medicíně za to zavést předmět „spontánní uzdravování“? Někam mezi fyziologií a patofyziologií.

Druhou zkratkou, která se jeví překonaná, ačkoliv před půl stoletím ji zastávali terapeuti, kteří rozhodně nebyli (mo)mentálně zaostalí, například Eric Berne, je představa, že stačí jeden úder kladívkem na ten správný šroubek a vše se rázem rozjasní. Čas této optimistické představě bohužel zapravdu nedal. Ahamoment, a to i v podobě živé halucinace klíčového zážitku po LSD. většinou sám nestačil udržet nastartovanou změnu, protože jak setrvačnost vlastního programu, tak tlak z okolí vrací naše jednání automaticky do starých kolejí. V tomto směru se jeví podpora poskytnutá v období alespoň několika týdnů jako velmi užitečná. Nicméně informace o správném směru životní cesty je skutečně zásadní. Zejména, je-li o její kvalitě přesvědčen ten, kdo ji podává.

K tomu nepochybně přispívá pověst, haló efekt a komunikační dar, který Hnízdil má. Možná, že i to zjednodušení – máte to z toho, že se honíte jak blbec – má terapeutickou hodnotu. Placebo i nocebo



efekt stoupá s proslaveností značky a cenou produktu, o tom nás přesvědčil jak experiment se silně analgeticky působícím (v experimentu však neexistujícím) fentanylem¹, tak s cenově rozdílným nocebem zvyšujícím algický prožitek² o to víc, oč bylo dražší. Jak píše ve svém příspěvku profesor Komárek: Svět není problematický sám sebou, svět je problematický způsobem, jakým ho vykládáme. Jednoduchost pak může mít někdy podobu zázraku.

Myslím, že bychom fenomén Hnízdl neměli ignorovat jen proto, že se opravdu nevejde do našeho paradig-matu, či

proto, že působí na první pohled příliš redukcionisticky a na druhý až drobet dryáčnický. Už proto, že vede ke zlepšení zdravotního stavu některých trpících. Nelze souhlasit s tím, co v nepochopení jemné Honzovy ironie vzal vážně jeden z jeho kritiků, a to že (Hnízdl) *pro pacienty nic nedělá a jen za to bere peníze*. Stálo by jistě za to, podívat se, co dělá a jak to funguje. A když už jsme u oprav, pochybuji (také s pousmáním), že Jiří Šavlík byl první český psychosomatik. Ledaže by skromně zatajil, že den předtím stvořil nebe a zemi.

Do redakce přišlo 27. 11. 2017

K tisku přijato 31. 1. 2018

Konflikt zájmů: není znám

DANIELA STACKEOVÁ: JINÝ POHLED NA FENOMÉN OSOBNOSTI V PSYCHOSOMATICE

Se zájmem jsem přečetla stať Radkina Honzáka o Janu Hnízdlívi. Toto téma se jaksi nechtěně dotýká prakticky i mě. Přednáším psychosomatickou problematikou na dvou vysokých školách. Na začátku semestru se studentů ptám, zda se již s psychosomatikou setkali, a naprostá většina z nich reaguje pozitivně a hned ji spojí se jménem Jana Hnízdlí. V tom vidím nesporný přínos jeho osoby pro obor, díky Janu Hnízdlívi lidé psychosomatiku znají a vědí, čím se zabývá. Bohužel i studenti VŠ často vidí Jana Hnízdlí jako zakladatele

psychosomatiky, geniálního teoretika a terapeuta. Pokaždé znovu mě to zarazí a uvědomím si, jak silná je moc médií. Popularita Jana Hnízdlí dokládá také to, že lidé vnímají význam psychiky ve vzniku svých zdravotních potíží, že se ztotožňují s psychosomatickým uvažováním. I to považuji za velmi pozitivní.

Nabízím čtenářům k danému tématu úvahu nad tím, co je za popularitou Jana Hnízdlí, a také nad tím, zda je přínosem pro psychosomatickou medicínu. Občas sleduji jeho mediální vystoupení, přečtu si se zájmem některé jeho texty, nečetla

¹ Gracely RH, et al.: Clinicians' expectations influence placebo analgesia. Lancet. 1985, Jan 5;1(8419):43

² Tinnermann A, et al.: Interactions between brain and spinal cord mediate value effects in nocebo hyperalgesia. Science. 2017 Oct 6;358(6359):105-108



jsem všechny. Jan Hnízdl má charisma, uvažuje v širokých souvislostech o vzniku zdravotních obtíží a možnostech jejich terapie, ale v jeho mediálních vystoupeních já osobně vnímám více osobnost Jana Hnízdlu, která chce sdělit své názory, vize, která chce možná trochu provokovat, někdy i šokovat. Jeho sdělení však vidím jako nezakotvená v oboru, který své pevné zakotvení již díky letité snaze skupiny svých odborníků má. Pokud má být psychosomatická medicína akceptována v medicínském oboru, pak se domnívám, že je pro ni nezbytné se distancovat od osobností, jako je Jan Hnízdl. A Jan Hnízdl podle všeho ani netouží, aby ho odborná komunita akceptovala. Tak to i vysvětlují svým studentům.

V akademickém prostředí je nezbytné zakotvení v oboru, kdy je třeba nejdříve absolvovat vzdělání, poté se etablovat v odborné oblasti odbornými publikacemi, pedagogickou praxí, řešenými granty atd. Nemusí se to někomu líbit, mohou se některé prvky tohoto systému zdát přežitě, rigidní, ale těžko na tom něco změním. Rozhovory pro časopis *Marianne* či nerecenzované populární publikace v tomto světě neskórují. Je pravdou, že řada akademiků nedovede složitou teorii prezentovat tak, aby byla přístupná veřejnosti, odborný „populismus“ je jim cizí. Znáám málo těch, kdo jsou úspěšnými odborníky, publikují seriózní akademické publikace a zároveň dovedou vyprávět o odborných tématech s lehkostí, dovedou je simplifikovat přesně na tu hranici, která není nebezpečná, a najdete tak jejich tvář jak

v časopisech pro ženy, tak v diskusních pořadech České televize.

Takovou osobností je pro mě v psychosomaticce Radkin Honzák, kterého považuji za fenomén. Krom toho jej vnímám jako člověka, ze kterého vyzařuje laskavost, a kdybych se považovala za psychosomatického pacienta, s důvěrou bych se obrátila o pomoc právě na takového odborníka. Pokud chce být někdo skutečným odborníkem v daném oboru, pak se domnívám, že je naprosto nezbytné být s tímto oborem ztotožněn, i když se nám mohou zdát některé teorie přežité, některé postupy zastaralé, některé jeho významné osobnosti samolibé, ale na něčem je třeba stavět. A stavět na osobním prožitku, na vlastních názorech, na mediální popularitě jistě možné je, ale pokud někdo zvolí tuto cestu, pak již primárně není možné považovat jej za odborníka daného oboru. Vnímám Jana Hnízdlu jako rebela, který dovede s nesmírnou energií prosazovat svou, je skvělý rétor, ale nevidím kromě onoho slova psychosomatika žádné propojení s oborem psychosomatické medicíny, jak jej vnímám já. Jan Hnízdl toto slovo používá, ale to je snad jediné, co má s oborem společného. Pokud pracuje s psychosomatickou teorií, tak ji simplifikuje za hranici, která je těžko přijatelná (ale jistě žádoucí pro články v populárních časopisech). Rází svou vlastní cestu. Způsob, jakým to dělá a jakým se vymezuje, je však s principy prezentovanými seriózními medicínskými obory opravdu těžko akceptovatelný, a není v tom nic osobního, pramení to z podstaty věci, jak jsem ji popsala výše.

doc. PhDr. Daniela Stackeová, Ph.D.

Do redakce došlo po uzávěrce jako reakce na redakční práci. Na výzvu redakce bylo po úpravě zařazeno k tisku.



SPOLEČENSKÁ RUBRIKA



R. HONZÁK: LOUIS PASTEUR (1822–1895)

Bohatství jedince spočívá také v tom, jaký potenciál v sobě nosí, čím vším může být, a to nejen být rád, jako Jan Neruda, ale též být úspěšný, jako Louis Pasteur¹. Jestliže brouček měl všechny polívčičky rád, přece jen měl zelnou nejraději, tak Louis, ač neobyčejně úspěšný ve všem, na co sáhnul, byl podle mého soudu nejúspěšnější jako svůj reklamní agent, mimo jiné prý vynálezce sloganu **náhoda přeje připraveným**. To nijak

nesnižuje jeho zásluhy ani kvalitu jeho osobnosti (údajně velmi šetrné, což mu mělo zajistit jeden vědecký úspěch typu „přece to nevyhodím, zkusím, co to udělá“).

Jeho životopisce obdivuju neméně. Paul de Kruif se rozplývá nad Pasteurovou vášní pro „malá zvířátka“, Hugo Glaser vyzdvihuje jeho ekonomický přínos pro francouzské zemědělství a Roy Porter

¹ Rozdílů mezi Nerudou a Pasteurem je několik, i když oba mají pomník, Pasteur, který nevydal ani jednu sbírku veršů, má navíc ústav (přestože současní pomlouvají

historikové „sometimes find him unfair, combative, arrogant, unattractive in attitude, inflexible and even dogmatic.“)



oceňuje rozsah a hloubku jeho myšlenkového bohatství. Výčet jeho příspěvků vědě i praxi je skutečně rozsáhlý a bez nadsázky velkolepý: kvašení, pasteurizace, očkování, séroterapie – to vše tehdy vyžadovalo invenci a odvahu nadprůměrných kvalit a intenzity. Kouzelné na tom je, že tohle udělal pro medicínu člověk, který ji nevystudoval a který se jí nevěnoval.

Louis byl dítě z chudé rodiny, ale dítě nesmírně nadané, a tak otec opustil ideu, že by se měl stát po něm koželuhem, a poslal ho studovat do Paříže, kde se ve dvaceti letech stal doktorem přírodních věd. Potom se přesunul do Štrasburku, kde kromě profesury za objev asymetrie molekul téže látky (chiralita) získal za manželku dceru místního rektora, která prý jeho vědě vůbec nerozuměla, ale vždy ho věrně podporovala².

Od chemie přešel Pasteur k živým organismům a poprvé v této oblasti získal reputaci u francouzských vinařů, kterým se v té době nedařilo a vína se jim kvasila jinak, než měla. Na rozdíl od svých kolegů a v této kauze soupeřů Pasteur věřil, že za procesem kvašení nejsou pouze nějaké fermentující látky, ale živé organismy. A vyhrál, našel kvasinky, určil mnohým z nich přesné charakteristiky a vypracoval metodu, jak zabránit nežádoucímu kvašení, takzvanou pasteurizaci, používanou dodnes. Živí tvorové – Kruifova zvířátka – se tak stali jeho osudem a vášní. Vyplývá to z jednoho z jeho dopisů napsaných v roce 1863:

„Během doby budu moci prokázat, že drobnohledné bytosti jsou obdařeny zvláštními mimořádnými silami, které dovedou způsobit rozklad všeho, co

přestalo žít. Tajemství tlení a kvašení je pro mne dávno již rozřešeno a praktické důsledky tohoto poznání pokládám za velmi důležité. Jsem připraven přistoupit též k rozřešení velkého tajemství hnilobných onemocnění (=horečnaté infekce), která mi stále tanou na mysli, ačkoliv jsem si vědom všech nebezpečí a obtíží.“

Bylo v tom i trochu ideologického náboje. Primitivní materialismus té doby, reprezentovaný především biolo-gem Felixem Pouchetem a jeho spisem *Hétérogénie*, se snažil dokázat, že život může vznikat z ničeho. K tomu se Pasteur postavil nejen jako vědec, ale také jako věřící katolík, a tenhle nesmysl přesvědčivě potřel už proto, že Pouchetovy pokusy byly provedeny ledabyle, takže proti nim bylo snadné postavit řadu experimentů kvalitních, které tyhle myšlenky přesvědčivě vyvracely. Ve své době podnikl exkurs do ekologie, když na kultivační média nechával působit vzduch v různých oblastech. Při tom zjistil, že vzduch ve městě obsahuje více mikrobů než vzduch v horách.

Byl systematik, a hlavně též systemik. Když řešil problematiku bourcového moru, nezaměřil se na detail, ale sledoval celý vývojový cyklus motýla, kterýžto okřídlenec byl nakonec dopaden a usvědčen co přenašeč choroboplodných zárodků mikrobů *Nosema bombycis*. Pár let poté Pasteur s přesvědčením, že mikrobi jsou ty potvory, které to způsobují, pomohl zlikvidovat epidemii kuřecího moru a antraxu řádícího mezi ovci.

² Jak upozorňuje životopiska madame Pasteur, ženy géníů bývají popisovány jako «Compagne douce et dévouée... sachant

s'effacer», nicméně dcera štrasburského rektora, co se týkalo pořádku v domácnosti, byla «rude bonne femme».



U slepičího moru se mu zúročila jeho šetrnost³; když hledal budík, narazil ve dvanácté vrstvě různých před vlastní ženou zachráněných předmětů na dva týdny starou kulturu slepičího moru a řekl si: než to vyhodím (dost to smrdělo), zkusím to naočkovat našim wyandotkám. Když to nevyjde, žádná škoda, stejně už málo nesou. Jak řekl, tak také učinil a slípky nejenže nezašly bídnou smrtí, ale byly napříště vůči moru odolné neboli imunní. Jak nesly, není zdokumentováno.

Vzpomněl na Jennera a pustil se do práce na ovcích. Pokus s jejich imunizací rozhlásil dopředu jako velkou událost⁴ a ve zvolený šťastný den, den Jupiterův, ve čtvrtek 5. května 1881, naočkoval nesourodé stádo, pozůstávající ze šesti krav, čtyřadvaceti ovci a jedné kozy, oslabenou vakcínou antraxu. To zopakoval ještě 17. května a závěrem 31. května naočkoval tato zvířata i zvířata z kontrolní skupiny plně virulentní antraxovou kulturou. 2. června byla všechna neočkovaná zvířata mrtvá,

zatímco ta očkovaná přežila, a jak se sluší na šťastný konec pohádky, pokud nezemřela, žijí šťastně dodnes.

Vrcholem Pasteurova triumfu byla séroterapie vztekliny a očkování proti této děsivé nemoci. Podobně jako většina tehdejších heroických pokusů by dnes něco takového nebylo myslitelné. Následná sbírka prakticky z celého světa umožnila vybudovat v Paříži jedinečný ústav, ke kterému se dnes funkčně váže přes třicet podobných, rozestých po světě. V Košicích má jeho jméno moderní nemocnice, v Praze jedna ušmudlaná ulice. Loni 27. prosince jsme si mohli připomenout, že uplynulo 195 let od jeho narození.

Louisi Pasteurovi ke všem jeho objevům a úspěchům lze připsat titul zakladatel mikrobiologie jako epiteton constans. A to přestože pojem **mikrob** není jeho vynálezem, ale pochází z mentální dílny jeho krajana chirurga Sédillota, který se také zabýval problematikou hnisavých procesů.

Dodatek pro pilné

³ Od doby, kdy jsem se to dozvěděl, také nic nevyhodím, ač žena protestuje a já se už jen těžko prodírám úzkými uličkami mezi knihami a lejsky ve svém pokoji.

⁴ „Uvidíte, že 25 nenačkovaných ovci bídně zahyne, ale že 25 očkovaných ovci zůstane naživu,“ napsal hrdě v pozvánkách na očkovací show. Jak je vidět, tady se

životopiscům čísla rozcházejí, ale je možné, že někdo počítal kozu za ovci. Při tehdejších poměrech to bylo možné, protože v chlévech se odehrávaly nejrůznější orgie a mesaliance. Někteří lingvisté tvrdí, že sousloví „sexuální revoluce“ pochází z těch dob.

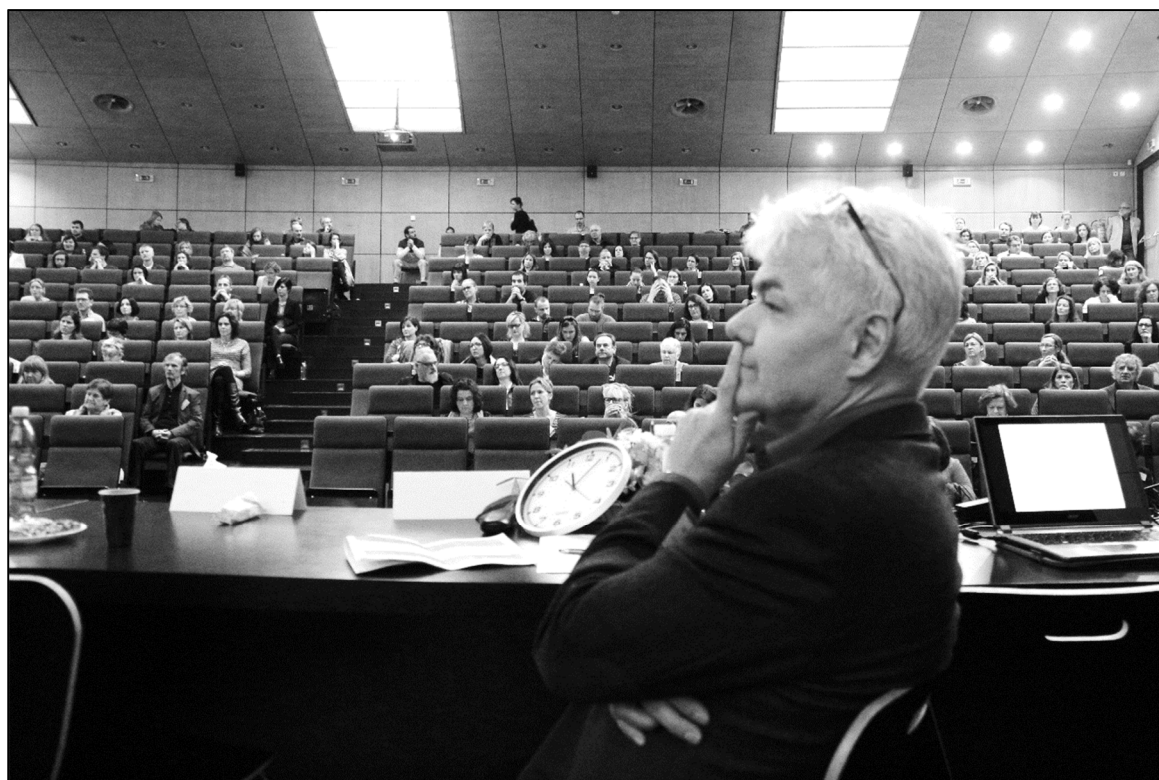




Pasteurův bohužel neúspěšný pokus
vypěstovat MAKROBY
(tu ideu mu naočkoval Jára Cimrman)

OČKOVÁNÍ – pochází z latinského *vaccinace*, které je odvozeno od slova *vacca = kráva*. První historicky doloženou vakcinaci proti nemoci šílených krav provedl na svém hovězím stádu arcibiskup **Jan Očko z Vlašimi** v roce 1378-79 po smrti Karla IV., který mu to během svého života nechtěl dovolit, ač byl jinak velmi pokrokový. Zpráva o tom, co dělal Jan Očko z Vlašimi s kravami, se roznesla do širokého okolí a současníci jeho čin označili i za *kravinu (vaccinatio)*, jak říkali vzdělanci latiníci). Protože si ale nemohli, pro riziko exkomunikace z církve, dovolit říkat to nahlas, nazvali jeho zběsilé kousky dle jeho jména **očkováním** (ač v některých krajích se nějakou dobu používal i termín *vlašimování*, ale ten se neujal). Jennerovi byla terminologie malého národa (bez impact faktoru) málo nóbl a protože aspiroval se svými kravskými pokusy na Nobelovu cenu, akceptoval mezinárodně přijatelné latinské označení, ale bylo mu to stejně houby platné, protože jako mnoho dalších, se Nobelovy ceny nedočkal.

Z KONFERENCÍ



8. Š.PIKOUS: MICHAL KRYL PREZIDENT 17. KONFERENCE

STŘÍPKY ZE 17.KONFERENCE PSYCHOSOMATICKÉ MEDICÍNY V LIBERCI



*...Dovoluji si **PODĚKOVAT** za setkání na psychosomatické konferenci. Byly to nádherné dny. Jsem pediatr od Prahy, se soukromou ordinací ve Vraném nad Vltavou a klinickou praxi v nemocnici pana Thomayera. A doteď nemohu uvěřit, že se mi podařilo k Vám * utéct z práce * a užít si parádní společnost. Přála jsem si to léta. Po náročných * ordinačních - chřipkových * dnech sedím večer doma, po dlouhé době pečů koláč jako běžná máma a poslouchám liberecký Akcent. I za to dík.*

MUDr. Inge Šilhánová, pediatr

-@-

...Velmi Vám děkuji za organizaci této skvělé konference! Velmi oceňuji interdisciplinární pojetí (lékaři, psycho-terapeuté, filozofové, teologové,...) A taktéž Váš přátelský a přijímající přístup, ohledně lidí i přístupů. Ať se Vám velmi daří!

Doc. PhDr. Markéta Gerlichová, Ph.D.

...Ešte raz Vám chcem veľmi poďakovať za skvelú a veľmi príjemnú konferenciu. Budem sa tešiť na ďalšie ročníky. Momentálne pripravujeme jeden väčší projekt zameriavajúci sa na problematiku enaktivizmu a embodimentu, ktorého výstupy by mohli byť zaujímavé i pre poslucháčov z radov záujemcov o psychosomatiku. Takže uvidíme, ako sa bude celý projekt vyvíjať.

Mgr. Jakub Cigán

-@-

...Byla jsem poprvé na vaší konferenci a byl to pro mě velmi speciální zážitek. Vlastně to odpovídalo i zážitku, který si odnáším z výcviku. Humor, respekt, nadhled, informace, prožitek. Co ale bylo pro mě nejvíc, byl ten pocit absolutní sounáležitosti, jak jsme si úplně všichni zazpívali Nebe na zemi. V ten okamžik se propojilo tolik různých světů - lékařů, fyzioterapeutů, laiků, psychologů, zpěváků, dirigentky...a všichni jsme byli za jedno tělo...

Mgr. Martina Fülepová

CENA JANA PONĚŠICKÉHO

Docent MUDr. a PhDr. Jan Poněšický, Ph.D. vyhlásil už na 12. celostátní konferenci v Liberci 24. - 26. dubna 2008 u příležitosti svého životního jubilea **cenu za rozvoj psychosomatiky**, kterou dotuje částkou 1000 euro. Cena je udělována za rozvoj psychosomatiky: za praktickou činnost, nebo za vynikající teoretickou práci (publikaci) každý druhý rok u příležitosti konání celostátní konference psychosomatické medicíny. Podněty pro udělení ceny posílají kolegové na adresu zakladatele (ponesicky@aol.com) nebo výboru SPM. Na letošní 17.konferenci psychosomatické medicíny byla udělena již počtvrté. Za realizovaný projekt psychosomatického stacionáře ISIDA v České Lípě **cenu převzala MUDr. Iva Švarcová**.





9. Š.PIKOUS: MUDR.IVA ŠVARCOVÁ A DOC.MUDR. PHDR. JAN PONĚŠČICKÝ PH.D.

TISKOVÁ ZPRÁVA PO KONFERENCI

Ve dnech 1.-3. února proběhla v Liberci již 17. konference psychosomatické medicíny Dospělý a dětský pacient v psychosomatice, které se zúčastnilo více než 400 odborníků z řad lékařů, psychologů, fyzioterapeutů, výzkumníků, filosofů, etiků a dalších profesí. Na půdě Technické univerzity a ve spolupráci s katedrou filosofie Fakulty přírodovědně-humanitní a pedagogické vyslechli 32 odborných přednášek a 14 workshopů. V mimořádně tvůrčí atmosféře konference, kterou otevřel předseda České lékařské společnosti ČLS JEP profesor MUDr. Štěpán Svačina, CSc., si vyměnili poznatky o vlivu psychosociálních faktorů na stonání nejen dospělých ale hlavně dětských pacientů. Ukazuje se, že sledování především jen biologických faktorů, jak je dnes v našem zdravotnictví běžné, nestačí u chronického stonání ani na porozumění, ani na dostatečně kvalitní léčbu.

„Zatímco povědomí o tom, že zboží, které je vyráběné pro náš trh, je snad méně kvalitní, u nás sílí, lidé si vůbec ještě neuvědomují, že také lékaři připra-

vovaní na lékařských fakultách pro naše zdravotnictví, téměř bez jakéhokoli vzdělávání v komunikaci a v bio-psychosociálním pojetí zdraví a nemoci, mohou být méně kvalitní, než například němečtí kolegové, kteří absolvují povinně až 150 hodin výuky v psychosomatice a komunikaci,“ tvrdí MUDr. Vladislav Chvála, předseda Společnosti psychosomatické medicíny České lékařské společnosti. A pokračuje: „Pro naši populaci jsou tak připraveni především diagnostikovat a předepisovat drahé léky či operovat na základě biologických faktorů. Díky tomu jsou naše ordinace výborným odbytištěm především pro farmaceutický průmysl. Ale o vlivu rodinného prostředí pro zdraví dětí i dospělých lékaři prakticky neuvažují.“ Účastníci konference se shodli na tom, že je stále velký nedostatek odborníků pro práci s psychosociálními faktory nemocí, psychologů-psychoterapeutů a rodinných terapeutů.“

„Naše medicína má obrovský dluh k pacientům, kteří potřebují něco jiného než jen léky nebo operaci. O tom, jak



velká je potřeba psychosomatické léčby a ve složitějších případech psychoterapie, medicína postavená jednostranně na biologickém pohledu, prakticky neví. Potíž je, že ani pojišťovny si často neuvědomují, že by bio-psycho-sociální přístup v medicíně byl ve skutečnosti levnější. Až 40% všech pacientů v našem zdravotnictví jsou pacienti převážně psychosomatické a potřebují něco jiného než často zbytečně opakovaná vyšetření a léky,“ řekl MUDr. Jaromír Kabát, vedoucí lékař Psychosomatické kliniky v Praze. „Praktičtí lékaři mají o vzdělávání v psychosomatické medicíně zájem, protože jsou to oni, kdo jsou těžko léčitelnými pacienty s medicínsky nevysvětlitelnými symptomy nejvíce zatěžováni“, doplňuje MUDr. Michaela Ročňová, praktická lékařka a vedoucí Pražského psychosomatického centra.

„Zejména mladším generacím odborníků jsme připomněli celoživotní dílo prof. Zdeňka Matějčka a jeho spolupracovníků. Výsledky jejich rozsáhlých longitudinálních výzkumů už tehdy ukazovaly příčiny a dlouhodobé následky deprivace a subdeprivace dítěte, které jsou ideologicky v současné společnosti popírané. Na Matějčka je třeba naopak navázat a ukazovat, že některé současné trendy ve vývoji rodiny nade vší pochybnost snižují kvalitu a zdraví celé populace,“ sděluje PhDr. Ludmila Trapková, dětská klinická psycholožka a rodinná terapeutka.

MUDr. Vladislav Chvála
PŘEDSEDA SPOLEČNOSTI PSYCHOSOMATICKE MEDICINY ČLS JEP

Kvalitní audiozáznamy přednášek z hlavního sálu konference najdou čtenáři na webu psychosomatické společnosti: www.psychosomatika-cls.cz Tam jsou také prezentace přednášek a spousta fotografií z celé konference.

Vychází

Martina Zvěřová: Alzheimerova demence

Alzheimerova choroba je nejčastěji se vyskytující formou demence (vyskytuje se u jednoho procenta populace) a čtvrtou až pátou nejčastější příčinou smrti. Publikace komplexně mapuje problematiku tohoto závažného onemocnění včetně jeho dopadu na pacientovu rodinu a jeho blízké okolí.



GRADA

Martina Zvěřová

Alzheimerova demence



vztahu.

Kniha přináší základní informace z oblasti teorie choroby, podává přehled současného stavu výzkumu v oblasti její neuropatologie, neurofyzologie a etiopatogeneze. Seznamuje čtenáře s rozsáhlým pokrokem ve výzkumu nejnověji objevených genů, které se pravděpodobně účastní na vzniku tohoto onemocnění. Jsou zmíněny jak klinické aspekty onemocnění, tak poznatky o diferenciální diagnóze a diagnóze podle hlavních diagnostických kritérií. V oddíle zaměřeném na psychosociální problematiku se autorka věnuje mimo jiné genderovým rozdílům, hodnocení stupně zátěže rodinných pečovatelů i problému institucionalizace. Publikace čtenáře seznamuje s možnostmi léčby, kterou lze postup choroby podstatně zpomalit, a s opatřeními týkajícími se pečovatelů v rodině, pacientů a jejich vzájemného

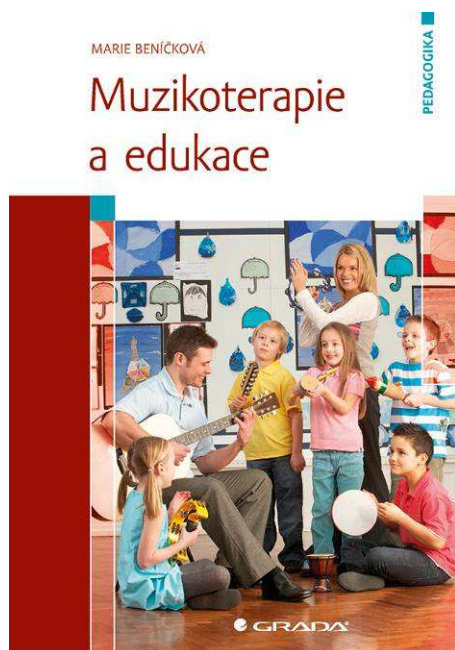
Alzheimerova demence
 Martina Zvěřová
 144 stran, 239 Kč

Pro další informace prosím kontaktujte:
 Lucie Švecová
 +420 724 626 350, svecova@grada.cz
 GRADA Publishing, a.s., U Průhonu 22, Praha 7
 www.grada.cz

Beníčková Marie: Muzikoterapie a edukace

Celou knihu provázejí dvě klíčová slova: muzikoterapie a edukace. Jde o první publikaci na českém trhu zaměřenou na problematiku výchovy a vzdělávání s pomocí hudby a psychosomatické muzikoterapie. Najdete v ní jak teoretické vymezení problematiky, tak metodické postupy, zásobník technik, konkrétní muzikoterapeutická cvičení a příklady z praxe.





Autorka, muzikoterapeutka a vysokoškolská pedagožka, spoluzakladatelka známé terapeutické školy Akademie Alternativa, se zamýšlí nad alternativními metodami výuky, nad možnostmi jejich uplatnění v praxi a propojení se současným stavem českého školství. Součástí knihy je popis psychosomatické muzikoterapie a metod, které jsou používány při řešení problémů ve školním i mimoškolním prostředí. Kniha se podrobně věnuje muzikoterapeutické metodě Hudebně-edukační terapie (HET) a Werbeck metodě, která odkrývá možnosti práce s hlasem laiků i profesionálů. V četných příkladech z praxe autorka uvádí ukázky využití netradičních muzikoterapeutických hudebních nástrojů a jednoduché písně a cvičení použitelné v běžné výuce. V kazuistikách žáků se nevyhýbá ani otázce kontraindikace terapeutické práce.

Kniha je určena všem zájemcům z řad pedagogů, vychovatelů, terapeutů, psychologů, sociálních

i klinických pracovníků a z oblasti pomáhajících profesí a bude výbornou studijní příručkou také pro studenty pedagogických, terapeutických, psychologických i sociálně-zdravotnických oborů.

Muzikoterapie a edukace

Marie Beníčková

248 stran, 329 Kč

Pro další informace prosím kontaktujte:

Lucie Švecová

+420 724 626 350, svecova@grada.cz

GRADA Publishing, a.s., U Průhonu 22, Praha 7

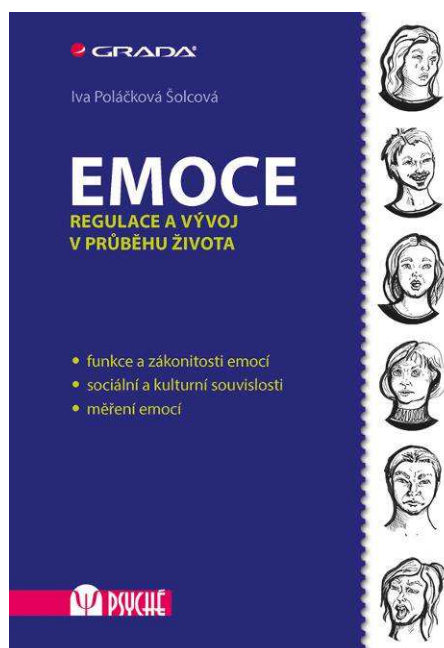
www.grada.cz

Iva Poláčková Šolcová: Emoce

Regulace a vývoj v průběhu života

Kniha se zabývá složitou otázkou, co jsou emoce a jak s nimi zacházet. Projevovat je, či neprojevovat? Okřiknout dítě, aby se uklidnilo, nebo ho nechat vyvztekat? Potlačovat pocity osamělosti, anebo se s nimi svěřit blízkým lidem? Strpět nepřátelství kolegy, či položit na stůl výpověď?





Emoce hrají v každodenním životě významnou roli, stejně jako myšlení, vzpomínání či chuť něčeho dosáhnout. Nejsou ničím nadbytečným, obtěžujícím ani dětinským: ukazují na jevy, které pro nás mají v životě význam. Vývoj emocí a jejich regulace jsou napínavým a fascinujícím procesem, a ačkoliv k dramatickým vývojovým skokům dochází především v průběhu dětství, dětstvím kapitola vývoje nekončí. Kniha se zabývá regulací emocí a jejich vývojem od narození až po stáří, upozorňuje na kritické momenty, věnuje se některým mýtům v emoční výchově dětí a poukazuje na významné souvislosti mezi emocemi a zdravím člověka.

Emoce
Iva Poláčková Šolcová
240 stran, 329 Kč

Pro další informace prosím kontaktujte:
Lucie Švecová
+420 724 626 350, svecova@grada.cz
GRADA Publishing, a.s., U Průhonu 22, Praha 7
www.grada.cz

VYDAVATELSTVÍ F NABÍZÍ:

www.vydavatelstvo-f.sk

Asertivita a rovnosť vo vašom živote a vzťahoch Vaše plné právo
ISBN: 978-80-88952-66-4

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/alberti-robert-emmons-michael/asertivita-a-rovnost-vo-vasom-zivote-a-vztahoch-vase-plne-pravo>

DIBS v hľadaní seba samého



ISBN: 978-80-88952-92-3

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/virginia-m.-axline/dibs-v-hladani-seba-sameho>

Psychické poruchy kazuistiky DSM – 5

ISBN: 978-80-88952-83-1

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/john-w-barnhill/dsm-5>

Učebnica psychiatrie - 15te vydanie

ISBN: 80-967277-6-1

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/bleuler-eugen-bleuler-manfred/ucebnica-psychiatrie-15te-vydanie>

Konzultačná / Liaison psychiatria

ISBN: 80-88952-37-9

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/blumenfield-michael-tiamson-maria-l.a/konzultacna-liaison-psychiatria>

Borderline porucha osobnosti

ISBN: 80-88952-23-9

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/bohus-martin/borderline-porucha-osobnosti>

Súčasná dlhodobá analytická psychoterapia

ISBN: 978-80-88952-90-9

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/louis-breger/sucasna-dlhodoba-analyticka-psychoterapia>

Bezpečná vzťahová väzba

ISBN: 978-80-88952-67-1

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/brisch-karl-h/bezpecna-vztahova-vazba>

Evolučná psychiatria

ISBN: 978-80-88952-69-5

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/brune-martin/evolucna-psychiatria>

Psychodynamická psychoterapia panickej poruchy

ISBN: 80-88952-33-6

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/milrod-barbara-busch-fredric-cooper-arnold-shapiro-theodore/psychodynamicka-psychoterapia-panickej-poruchy>

Vrah v nás

ISBN: 978-80-88952-61-9



Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/buss-david-m/vrah-v-nas>

Biopsychosociálny prístup – manuál

ISBN: 978-80-88952-85-5

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/william-h-campbell-robert-m-rohrbaugh/biopsychosocialny-pristup-manual>

Dlhodobá psychodynamická psychoterapia

ISBN: 80-88952-29-8

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/gabbard-glen-o>

SNY Podstata a funkcie snívania

ISBN: 978-80-88952-76-3

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/ernest-hartmann-m.d/sny-podstata-a-funkcie-snivania>

Hranice v nás a vo svete

ISBN: 978-80-88952-82-4

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/ernest-hartmann-m.d/hranice-v-nas-a-vo-svete>

Autogénny tréning 4. doplnené vydanie

ISBN: 978-80-88952-94-7

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/hasto-jozef/autogenny-trening>

Schizofrénie

ISBN: 80-88952-19-0

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/hell-daniel-schupbach-daniel/schizofrenie>

EMDR - Terapia psychotraumatických stresových syndrómov

ISBN: 978-80-88952-51-0

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/hofmann-arne/emdr-terapia-psychotraumatickych-stresovych-syndromov>

Obranné mechanizmy

ISBN: 80-88952-41-7

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/kascakova-natalia/obranne-mechanizmy>

Psychiatrické vyšetrenie

ISBN: 80-967277-3-7

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/kind-hans/psychiatricke-vysetrenie>



Poslušnosť voči autorite

ISBN: 978-80-88952-77-0

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/milgram-stanley/poslusnost-voci-autorite>**Molekulárna neuropsychofarmakológia**

ISBN: 978-80-88952-70-1

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/nestler-hyman-malenka/molekularna-neuropsychofarmakologia>**NARCIZMUS A POLITIKA Sny o sláve**

ISBN: 978-80-88952-93-0

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/jerrold-m-post/narcizmus-a-politika-sny-o-slave>**Psychoterapia**

ISBN: 978-80-88952-84-8

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/schlegel-leonhard/psychoterapia>**Základy hlbínnej psychológie I,II,III**

ISBN: 80-88952-20-4

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/schlegel-leonhard/zaklady-hlbinej-psychologie-i-ii-iii>**Základy hlbínnej psychológie IV**

ISBN: 80-88952-24-7

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/schlegel-leonhard/zaklady-hlbinej-psychologie-iv>**Transakčná analýza**

ISBN: 80-88952-36-0

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/schlegel-leonhard/transakcna-analyza>**Myšlienky pre psychiatrov a psychoterapeutov**

ISBN: 978-80-88952-57-2

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/schwartz-bernard-flowers-john-v/myslienky-pre-psychiatrov-a-psychoterapeutov>**Ako zlyháva terapeut**

ISBN: 80-88952-42-5

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/schwartz-bernard-flowers-john-v/ako-zlyhava-terapeut#>

Interpersonálna psychoterapia

ISBN: 978-80-88952-63-3

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/weissman-myrna-m.-markowitz-john-c.-klernan-gerald-/interpersonalna-psychoterapia>**Smútkové poradenstvo a smútková terapia**

ISBN: 978-80-88952-73-2

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/j.-william-worden-phd-abpp/smutkove-poradenstvo-a-smutkova-terapia>**Hlbinná psychoterapia**

ISBN: 978-80-88952-65-7

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/woller-wolfgang-kruse-johannes/hlbinna-psychoterapia>**Psychodynamické modely v psychiatrii**

ISBN: 80-88952-14-X

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/mentzos-stavros/psychodynamicke-modely-v-psychiatrii>**Reforma psychiatrickej starostlivosti v SR**

ISBN: 80-88952-00-X

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/hasto-jozef-breier-peter-cernak-pavel-et-al/reforma-psychiatrickej-starostlivosti-v-sr>**Sociálna psychiatria**

ISBN: 80-88952-02-6

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/eikelmann-bernd/socialna-psychiatria>**Rozprávka o Vtákoví šťastia**

ISBN: 978-80-88952-81-7

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/peter-g.-fedor-freybergh/rozpravka-o-vtakovi-stastia>**Biografická anamnéza z hlbinne-psychologického aspektu**

ISBN: 80-967277-4-5

Vydavateľstvo F

<http://vydavatelstvo-f.sk/knihy/duhrssen-annemarie/biograficka-anamneza-z-hlbinne-psychologickeho-aspektu>

LITERÁRNÍ KOUTEK

G. K. CHESTERTON: OMEZENÍ INTELIGENTNÍCH MYŠLENEK

Všechny inteligentní myšlenky jsou ovšem v jistém smyslu omezené. Nemohou přesáhnout svou vlastní šíři. Křesťan je omezen stejným způsobem jako ateista: Nemůže pokládat křesťanství za omyl, a přitom zůstat křesťanem; a ateista nemůže pokládat ateismus za omyl, a přitom zůstat ateistou. Naproti tomu má materialismus v jistém speciálním smyslu víc omezení než spiritualismus. Pan McCabe mě pokládá za otroka, protože nesmím věřit v determinismus. Já pokládám za otroka pana McCaba, protože nesmí věřit ve víly. Prozkoumáme-li však oba zákazy, zjistíme, že jeho zákaz je ve skutečnosti mnohem širší než můj. Křesťan si může podle libosti věřit, že ve vesmíru vládne ustálený řád a nevyhnutelný vývoj. Materialista však nesmí strpět na svém

bezvadném stroji ani jedinou poskvrnu spiritualismu nebo zázračnosti. Ubohý pan McCabe si nesmí ponechat ani toho nejmenšího skřítky, i kdyby se mu schoval třeba do rukávu. Křesťan uznává, že je vesmír rozmanitý, dokonce různorodý; zrovna jako každý, kdo má zdravý rozum, ví, že člověk je složitá bytost, že je v něm něco ze zvířete, něco z ďábla, něco ze světce a něco z občana. Duševně zdravý člověk dokonce ví, že je v něm i kus bláznů. Materialistův svět je však zcela jednoduchý a jednolitý; zrovna jako si je šílenec zcela jist, že je zdrav. Materialista je přesvědčen, že dějiny jsou prostě a výhradně řetězem příčinnosti; zrovna jako je zmíněný chovanec ústavu pro choromyslné přesvědčen, že je prostě a výhradně kuřetem. Materialisté a šílenci nemívají pochybnosti.

Glibert Keith Chesterton: Ortodoxie, Academia, Praha 2000, s. 19–20



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 nedodržení pokynů pro autory, případně text vrátit autorovi k doplnění.

Pokyny k formální stránce textů:

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



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

Pokyny pro citování:

V zájmu shodného uvádění citované literatury (a citací v textu) prosíme o dodržení následujícího vzoru. Seznam literatury je uspořádán abecedně podle příjmení autora. V textu jsou odkazy na literaturu uváděny příjmením autora a rokem vydání práce, při více pracích jednoho autora v jednom roce 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 zkratkou 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.

