

# PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

## Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: [chvala@sktlib.cz](mailto:chvala@sktlib.cz)  
 MUDr. Aleš Furst: [furst@pbsp.cz](mailto:furst@pbsp.cz)  
 Mgr. Jan Knop: [knop@sktlib.cz](mailto:knop@sktlib.cz)  
 PhDr. Ludmila Trapková  
 Mgr. Pavla Loucká  
 Paní Radka Menclová: [menclova@sktlib.cz](mailto:menclova@sktlib.cz)

## Adresa:

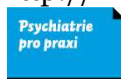
[www.psychosom.cz](http://www.psychosom.cz)  
 SKT Liberec  
 Jáchymovská 385  
 460 10 Liberec 10  
 Tel.: +420 485 151 398

Cena jednoho čísla 110 Kč, roční předplatné 400 Kč, objednávky na adrese redakce. Plné texty, archiv na [www.psychosom.cz](http://www.psychosom.cz)

Uzávěrka čísla 3/2013 dne 15. 8. 2013, recenzní řízení bylo uzavřeno 31. 8. 2013. Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih a diskusních příspěvků. Foto, grafická úprava: V. Chvála. The articles are peer-reviewed. ISSN 1214-6102, MK ČR E 187 84

© LIRTAPS, o. p. s.

PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:  
<http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABA008/84989>



Vychází s mediální podporou Psychiatrie pro praxi (SOLEN)

Vychází 4× ročně



Časopis byl založen začátkem roku 2003 jako bulletin pro potřeby psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Od té doby vycházel zprvu 4× a v dalších letech 6× ročně, tedy do konce roku 2008 celkem 34 čísel. Všechna čísla od začátku roku 2004 jsou uveřejněna na internetu a dostupná na adrese [www.psychosom.cz](http://www.psychosom.cz). LNK archivuje všechna čísla na adrese <http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABA008/84989>

Od roku 2009 je časopis registrován MK ČR E 18784 a na jeho vytváření má možnost se podílet řada vysokoškolských pracovišť prostřednictvím svých zástupců v poradním sboru. Je to médium určené především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať už v medicínské praxi či v humanitních oborech, výzkumníků s praxí a studenty těchto různých oborů. Tento časopis vychází nezávisle na farmaceutickém průmyslu.

### **Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:**

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

### **Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:**

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



## OBSAH 3/2013

<b>Editorial</b> .....	<b>162</b>
<i>Chvála V.: A zatímco jsme pracovali, svět se změnil.....</i>	162
<b>Praxe</b> .....	<b>165</b>
<i>Pöslová B.: Zase to jídlo.....</i>	165
<b>Teorie</b> .....	<b>169</b>
<i>Jániš M.: Kompliance (Část VII.) – Etické otázky v tématu compliance.....</i>	169
<b>Výzkum</b> .....	<b>176</b>
<i>Komárková S.: Citová vazba v partnerském vztahu a v manželství.....</i>	176
<b>Historie</b> .....	<b>190</b>
<i>Šavlík J.: Osobní zkušenost s vývojem psychosomatiky v Česku .....</i>	190
<b>Z konferencí</b> .....	<b>196</b>
<i>Kodyšová E., Mrowetz M.: Co se děje v českém porodnictví – mezi dítětem, matkou a porodníky? .....</i>	196
<i>Hašto J., Hrubý R., Liptávková S.: Prenatálně dieťa: správa z konferencie.....</i>	202
<i>Kabát J.: Čejenská konference aneb Setkání myslí v Patočkově.....</i>	206
<b>Diskuse</b> .....	<b>207</b>
<i>Plchová R.: Selektivní chvála a kritika Selektivní kritiky Současné psychoterapie .....</i>	207
<i>Odpověď autora Selektivní kritiky... ..</i>	211
<i>Čepický P.: Co je to psychosomatická medicína? .....</i>	212
<i>Fedor-Freybergh, P. G., Hrubý R.: Psychosomatická medicína ako súčasť modernej medicíny .....</i>	215
<i>Masner o.: Úvahy nad zamýšlenou společností pro psychosomatickou medicínu .....</i>	217
<b>Politika, koncepce</b> .....	<b>219</b>
<i>O stavu novely vyhlášky 185/2009.....</i>	219
<i>Zápis ze setkání psychosomatického sdružení 24. 5. 2013.....</i>	220
<i>Zápis ze schůze výboru psychosomatického sdružení 24. 5. 2013.....</i>	220
<i>ZÁPIS ZE SETKÁNÍ PSYCHOSOMATICKEHO SDRUŽENÍ 6.9.2013 + pozvánka do Vídně.....</i>	220
<b>Informace</b> .....	<b>222</b>
<i>Pozvánka na XIII. česko-slovenskou konferenci s mezinárodní účastí Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku: „Tužka a papír, anebo počítač?“ 20. -21. 1. 2014 .....</i>	222
<b>VYCHÁZÍ</b> .....	<b>225</b>

# EDITORIAL



Chvála V.: A zatímco jsme pracovali, svět se změnil...

## CHVÁLA V.: A ZATÍMCO JSME PRACOVALI, SVĚT SE ZMĚNIL...

Třetí číslo Psychosomu v tomto roce je dávno připravené. Tentokrát mělo vyjít už začátkem září, jen jsme čekali na uveřejnění seznamu recenzovaných neimpaktivních periodik, který byl ohlášen na konec srpna, ale pak bylo vyhlášení odloženo až na konec října. (<http://www.vyzkum.cz/FrontClanek.aspx?idsekce=495942>) Chtěli jsme vědět, jak jsme na tom, a podle výsledku ladit také úvodník. No nic, nevyšlo to. Zatím. Otázka je, zda bude takový speciální časopis pro psychosomatickou a psychotherapeutickou medicínu ještě vůbec potřebný. To není zbytečná otázka.

Nedávno mě kolegyně z akademické obce vyzvaly ke spolupráci na knize, která se má věnovat psychologii v porodnictví. Vycházely z toho, že jsem býval porodníkem, a zhruba dvakrát tolik let se věnuji psychoterapii a psychosomatice. Trochu mě to překvapilo, protože v oboru porodnictví už dávno nepracuji. Chtěl jsem vědět podrobnosti o připravovaném projektu a byl jsem překvapen: tým lékařů a psychologů pracuje na společném díle. Všichni erudovaní, vzájemně se podle všeho respektují, každý je odborníkem ve svém oboru. Nerad to přiznávám, ale



poměrně dlouho nečtu ČS Gynekologii, ani jiné odborné médium ženského lékařství, protože jsem měl dojem, že se zde publikované články věnují něčemu jinému, než potřebuji v psychosomatické praxi, která dávno překročila hranice ženského lékařství. O to více jsem zůstal zírat, když jsem si otevřel texty některých autorů připravované publikace. Například: *Souvislost psychosociálních aspektů perinatální péče s některými zákroky a zdravotními komplikacemi v průběhu porodu* autorek Takács L., Kodyšové E., Seidlerové J. z Čes. Gynek. 2012, 77, č. 3 s. 195-204, *Psychosociální potřeby novorozence v kontextu perinatální péče* autorky Takáčz, otištěné v 1. čísle Čes. Gynekologie minulého roku, nebo *Psychosociální klima porodnice očima rodiček I a II.* od Takács L., Seidlerové J., otištěné v tomto roce v České gynekologii (2013, 78, č. 2 a 3). Co se to stalo od té doby, co jsem zlomil hůl nad vlastním oborem? Zatímco tady téměř v ilegalitě prosazujeme bio-psycho-somatický přístup, který se zdál být vyhoštěn z akademické obce, hledáme cestu, jak to, co naši pacienti potřebují, legalizovat a udělat samozřejmou součástí medicínské praxe, psychosociální aspekty zdraví a nemoci se nejspíš dostaly do hledáčku šéfredaktorů běžných somatických oborů! Nebo to byly zatím jen takové vlašťovky? Budu si muset zajít do knihovny a podívat se, zda se za tu dobu neproměnila odborná média různých somatických oborů. Abych nebalil redakci předčasně. Ostatně v Ostravě se chystá sjezd psychiatrů, na kterém je dán prostor jak psychoterapii tak také psychosomatice.

Zatím se držíme svého záměru a ovlivňujeme stávající praxi vydáváním Psychosomu. V tomto čísle v rubrice **Praxe** najde čtenář svižnou kazuistiku Blanky Pöslové, ve které se ukáže, že

hodně práce se dá vykonat pouhým rozhovorem, a někdy dokonce výchovným působením. V **Teorii** dokončujeme Janišův seriál o komplianci, zdá se, že to celé byl dobrý krok, jednak je vidět, co práce dá nalezení zdrojů k tématu, když to někdo myslí vážně, jednak je téma kompliance uchopitelné i pro kolegy, kteří nejsou psychoterapeuty.

V rubrice **Výzkum**, která se plní v současnosti nejobtížněji, je práce magistry Komárkové o citové vazbě v partnerském vztahu a manželství, která by asi mohla být i v Softfóru, ale jsem rád, že nějaký výzkum vůbec máme – kdybychom byli v seznamu recenzovaných časopisů, asi by se to mohlo zlepšit. V rubrice **Historie** dáváme prostor Jiřímu Šavlíkovi, minule byla Běla Hátlová, myslím, že je čas tyhle memoáry zaznamenat a pro mladší generace zachovat tak, jak je autoři vyprodukovali. Rádi přijmeme další od všech, kdo něco pamatují. Zajímavá je i rubrika **Z konferencí**. Shodou okolností přišly dvě zprávy na podobné téma, jedna z Čech a jedna ze Slovenska – o situaci žen a dětí v porodnictví. Krátká zpráva také z Čejenské konference – ta je zbytečně skromná, mohla být určitě mnohem bohatší vzhledem k tomu, co se tam všechno dělo a kolik tam bylo lidí. Bohatá je tentokrát **Diskuse**. Jednak se kolegyně Plchová vrací k textu Juraje Barbariče, jednak se znovu ozývá Pavel Čepický se spoustou otázek kolem (zatím nerealizovaného) přijetí psychosomatiky do vzdělávání v medicíně. Má pravdu, pokud novela vstoupí v platnost, budeme muset odpovědět na řadu takových a dalších otázek. To ale ať už dělá výbor odborné společnosti, pokud pod křídly ČLS vznikne. Poslali jsme už návrh. Nejde se pořád zmlít v dilematu, jestli je psychosomatika obor nebo přístup. Psychosomatika potřebuje oficiální uznanou platformu, aby se



mohla vyvíjet jako kulturní rostlina a ne jen jako plevel, který se uchytlí v kdejaké škvíře. Minimálně tak, jak je to v sousedním Německu. A protože si jeho

V Liberci 20. 9. 2013

Vladislav Chvála

otázek velmi cením, a nechci na ně hledat odpovědi sám, vyzval jsem bratry Slováky, aby k tomu něco napsali. A skutečně, přidali se. Přečtěte si.



# PRAXE



## PÖSLOVÁ B.: ZASE TO JÍDLO...

SOUHRN: POSLOVÁ, B.: ZASE TO JÍDLO... PSYCHOSOM 2013; 11(3) S. 165-168

V praxi se objevuje stále více matek, které si stěžují na to, že jejich předškolní děti odmítají jíst pevnou stravu, případně i pít. Jde snad o posun poruchy příjmu potravy do mladších ročníků? Nebo se jedná o důsledek chybné, ale stále rozšířenější liberální výchovy, která místo pevného vedení uctívá dítě jako dospělou osobnost od samého narození?

SUMMARY: PÖSLOVA, B.: THE FOOD AGAIN... PSYCHOSOM 2013; 11(3) PP. 165-168

In practice there are more and more mothers who complain that their preschool children refuse to eat solid food or even to drink. Could it be a shift in eating disorders towards the youngsters? Or is it the result of wrong but still more and more widespread liberal education which worships the child as a adult personality from the very birth instead of firm leadership?



## ÚVOD

Donedávna jsem se necítila být odborníkem na poruchy příjmu potravy a problémy s jídlom vůbec. Ještě když mě v létě 2012 zvali na Konferenci o poruchách příjmu potravy do Jihlavy, moc jsem nechápala, jak na mne přišli a jestli jsem ta kompetentní. Samozřejmě jsem se za dobu své praxe ve zdravotnické ambulanci průběžně setkávala s mentální anorexií, bulimií i s malými dětmi, které buď nejedí, nebo si velmi vybírají v jídlu. Ale to, co se děje v uplynulých 8 měsících, snad nemá obdobu. Není den, abych se jídlom u svých pacientů nezabývala. Někdo jí moc, někdo zase málo, někde jde o špatné návyky nebo malou informovanost, ale protože je jídlo v rodině

spojené s určitým řádem, který tam přináší nebo nepřináší rodiče, je to práce pro rodinného terapeuta.

Poslední kapkou kodhodlání napsat tento článek, který jsem přednesla na Kolokviu rodinných terapeutů v Hejnicích v dubnu 2013, byly dva případy z dětského oddělení v běžné krajské nemocnici, kam chodím na konziliární vyšetření. Tříletý velmi šikovný klouček, který jí jen to, co chce a kdy chce, a jsou to prakticky jen suché tousty a suchá rýže, se dopracoval k těžké anemii s nutností medikace. A devítiletá slečna, která váží 22 kg a vypadá na 6 let, ale o anorexie nejde. Velmi zjednodušeně řečeno, zatím těmto dětem nikdo jasně neřekl, že jíst se musí a bude.

## PÁKA NA RODIČE

Situace v rodinách, kde dítě nejí, je samozřejmě složitější a je potřeba se v tom více zorientovat. Velmi často děti, které nejedí, taky samy nespí, přivlastňují si maminku pro sebe a dělají to velmi šikovně, nakonec se vše točí kolem nich, aby se tedy už najedly a v klidu usnuly.

Jídlo je pro dítě obrovská páka na rodiče. Každá máma má potřebu nakrmit své dítě, a když se to zasekne, udělá

celkem cokoliv. Často však maminkám vzápětí dojde, že tudy cesta nevede, manipulaci dětí se postaví samy nebo je v tom podpoří partner (muži obecně nemají rádi tanečky kolem jídla a spaní). Ale když to nejde, když už docházejí síly nebo jde o zdraví dítěte, začne to rodina řešit třeba i s pomocí dětského psychologa. A není vůbec jednoduché se pro tuto cestu rozhodnout, protože tuší, že psycholog jim bude nahlížet do kuchyně i do postele.

## VOJTA SE BOJÍ. NEBO MAMINKA?

Nedávno přišla do ambulance rodina čtyřletého Vojty. Přišla s ním maminka a její tchyně, která byla iniciátorkou objednání. Při sdělování anamnestických údajů a jejich řazení do časové osy se dozvídám, že Vojta je jediné dítě svých rodičů, v těhotenství i při porodu bylo vše v pořádku, stejně tak raný vývoj byl bez nápadností. Vojta byl kojen do roka,

od 7 měsíců dostával příkrmy. Asi v 9 měsících jedl rozmačkaný banán a větší kousek mu uvízl v krku. Zakuckal se, vyplivl kousek ven. Samozřejmě se lekl, ale mnohem více se lekla maminka, která od té doby zase vše důkladně mixovala, aby se situace neopakovala. Taky Vojtu od té doby ještě bedlivěji sledovala, aby se nic podobného





neopakovalo. Při každém jídle tedy bylo servírováno i napětí. Vojta od té doby podle matky hůře jedl, více si vybíral, odmítal jíst kousky. Matka se obávala dát mu kousek rohlíku nebo sušenky, to by vůbec neriskovala. Dnes těžko posoudit, kdo byl více v napětí, já se domnívám, že matka a že na běžné pokusy dítěte s jídlem reagovala velmi citlivě a s obavami.

Výsledkem je, že Vojta ve svých 4 letech jí jen polotekutou a tekutou stravu, 2 druhy polévek – masový vývar a rajskou s konkrétními nudličkami, 1 typ jogurtu a 1 druh ovocné přesnídávky. Vše ostatní striktně odmítá, rozhodně nejí tuhous stravu (pečivo, přílohy, maso) a při pokusu dostat do oblíbených jídel něco dalšího toto ihned prohlédne a ve vzteku odchází (babička např. zkusila do jogurtu nadrtit piškoty – od té doby si Vojta bere jogurt z lednice sám a musí být ještě zavřený). Když nedostane své jídlo, nejí. Matka už by si ani nedovolila něco jiného mu nabídnout, babička to někdy zkusí, Vojta je pozoruje u jídla, ale nevezme si.

Ke mně přišli v době, kdy byl Vojta 2. měsíc v MŠ. Od počátku matka hlásila

### *TROCHU HISTORIE NIKOHO NEZABIJE*

Při další schůzce pátráme v původních rodinách, které mnohé napovědí. Oba rodiče pocházejí z úplných rodin. Matka je starší ze dvou dětí, má mladšího bratra. V jejich rodině vše dobře fungovalo, ale ona se jako dítě cítila nepřijímaná, měla pocit, že bratr je preferován a více opečováván. Bývalo jí smutno, ale nikomu to neřekla a možná to ani nikoho nenapadlo. Otec je prostřední ze tří synů a jejich rodina byla navenek v pohodě. Přítomná babička (bývalá učitelka matematiky) svědčila o tom, jak se snažili dětem věnovat, i když to nebylo

problém s jídlem a Vojta chodil vybaven svými svačinkami. Paní učitelky to nehrotily, ale kobědu jej normálně posadily mezi ostatní děti a postavily před něj polívku. Vojta jen tak ochutnal pár lžic a byl v pohodě. Učitelky to nekomentovaly (žádný údiv, žádné ovace, za to chválím), ale matka se divila. Je sice ráda, že to ve školce jde, ale doma je vše při starém.

V rozhovoru s matkou nějak nevěřím tomu, že toto vše je důsledkem jednoho leknutí s banánem. A zjišťuji, že matka rozhodně nechce připustit nějaké strádání nebo nepohodu Vojty, chce pro něj to nejlepší a bez nátlaku. V tuto chvíli se i dozvídám, že Vojta spí s mamkou v ložnici a tatínek v pokojíčku. Všem to tak vyhovuje. Matka však zároveň připouští, že Vojta je na ní dost závislý, když je doma, musí chodit Vojtu uspávat, jinak by plakal a to matka nechce.

Proč matka tolik lpí na tom, aby byl Vojta v pohodě, aby netrpěl a neplakal? Zamýšlím se i nad tím, že se otec tak klidně nechal vyhodit z ložnice a podporuje rodinu v tom, že dítě je středobodem jejich světa.

jednoduché. Maminka oponuje, ví od svého muže, že on to tak necítil, že byl jako dítě taky opomíjen, měl pocit, že bratrům se všichni věnují více. Jedna z prvních informací, když začali plánovat rodinu, byla, že rozhodně nechce tři děti. Babičku to ranilo, vůbec to netušila a matka na to velmi emotivně reaguje, že to je snad to nejhorší, že si to rodiče neuvědomují. Proto oni na to s manželem hodně myslí, proto dělají pro syna to nejlepší, proto si zatím ani nedovolili uvažovat o dalším dítěti.



Vidím, jak silné přesvědčení stojí za přístupem rodičů, a rozhodně s ním nechci bojovat. Rozumím tomu postoji, ale všeho moc škodí. Matku ujišťuji, že nebudeme dělat žádné velké změny, že určitě nechci ohrozit jejich dítě, ale pomalu bychom přece jen společně mohli začít něco měnit. A teprve v tuto chvíli se ptám otevřeně matky, jestli i ona chce něco měnit, nebo jen plní přání babičky, která je do ambulance přivedla. Matka chce na změnách pracovat, situace přesahuje i jejich hranice. A uklidňuje se, že to půjde pomalu.

Jsmo teprve na začátku cesty, kdy jsem velmi ocenila přístup MŠ a podpořila všechny v tom, že Vojta bude nadále jíst polívky v MŠ. Ke svačinkám si nosí svůj jogurt a přesnídávkou, ale dostane před sebe i talířek s běžnou svačinkou. Nikdo si toho nebude všimnout, nechají to na něm.

### *JSEM JEŠTĚ TERAPEUTKA, NEBO UŽ JEN VYCHOVATELKA?*

Tak vidím, že máme před sebou ještě hodně práce. Děti se neptáme, co můžeme uvařit. Dětem oznamujeme, co bude k obědu, voláme je k obědu, a pak normálně společně jíme. Tento režim, tato pevnost, se ale v mnoha rodinách vytrácí. Mnoho rodičů je přesvědčeno, že nemůžou dětem poroučet, nemůžou jim vnucovat své chutě. Nebo jak řekla dnes maminka tříletého syna trpícího anemií v nemocnici – přece nemůžu tak ovlivňovat osobnost dítěte, přece to musím nechat na jeho přirozenosti... To si nemyslím. Já se domnívám, že my rodiče jsme tady proto, abychom dětem říkali, co je dobré jíst, kdy

Doma doporučuji přidávat do osvědčených polévek něco jiného – jiný druh těstovin, rozmačkanou zeleninu, rýži apod. Dávat to tam otevřeně, nic netajit, prostě to tak dnes máme. A především s klidem a pozitivním očekáváním společně sedět u stolu, všichni normálně jíme, není nic zvláštního (tento úkol je nejtěžší).

Na poslední schůzce matka s babičkou potvrzují, že TO JDE! Matka se snaží klidně předložit jinou polévku a Vojta jí sní. Chválím všechny, dobrý začátek.

Jen tak na okraj a až při odchodu matka popisuje ještě jeden zážitek – měla takovou radost, že Vojta jí lépe, že chtěla zkusit pečené kuře. A ptala se „Vojtíšku, můžu upéct kuře? Zkusíš to?“ Vojta se zamyslel a váhavě odpověděl „Asi ne.“

a jak se chodí spát, kdy je vhodné jít ven, že se čůrá do záchodu a na písek si bereme tepláky. A jsem přesvědčená, že tento řád, který tam od mala vložíme, dítěti jednou v životě mnohé usnadní, bude mít v sobě ten zdravý režim. A bude se umět lépe přizpůsobit. Pokud dítěti příliš otevřeme náruč a příliš povolíme hranice, pokud to necháme na něm, tak dítě posléze narazí na hranice vnějšího světa, nebo si to dokonce vezme daň na zdraví dítěte. Nebojme se tedy dětem říkat, co je zdravé a co je správné. My rodiče jsme za to zodpovědní.

18. 4. 2013 PhDr. Blanka Pöslová,

Ambulance klinické psychologie a psychoterapie Pardubice

Do redakce přišlo: 20. 4. 2013

Úprava po recenzi: 8. 8. 2013

Do tisku zařazeno: 13. 8. 2013



# TEORIE



## JÁNIŠ M.: KOMPLIANCE (ČÁST VII.) – ETICKÉ OTÁZKY V TÉMATU KOMPLIANCE

ABSTRAKT: JÁNIŠ M.: KOMPLIANCE (ČÁST VII.) – ETICKÉ OTÁZKY V TÉMATU KOMPLIANCE. PSYCHOSOM 2013; 11(3), s. 169-175

*Kompliance je závažným problémem v současném zdravotnictví. Uvažuje se, jak ji zvýšit, neboť míra nekompliance je vysoká. Současně se compliance ukazuje i jako etický problém. Nejčastěji se diskutuje o způsobech, jakými může (a zda vůbec může) zdravotník vést pacienta k přijetí hodnot, které on uznává jako prvořadé (zdraví, úleva od bolesti, prodloužení života, compliance). A co má dělat v případě, že se jeho a pacientovy hodnoty od sebe odlišují. Někteří etici přiznávají zdravotníkovi velkou míru zodpovědnosti za dodržení pacientovy compliance a podobně velkou míru zodpovědnosti pacientovi v případě, že kompliance nedodrží. Jiní etici zpochybňují compliance jako nejvyšší hodnotu, což ovšem nezabavuje zdravotníka povinnosti pomoci pacientovi plně pochopit zdravotnické pokyny. Ve středu zájmu etiků je rovněž motiv moci ve vztahu mezi zdravotníkem a pacientem. Zdravotníci mají svou moc danou svým samotným zaměstnáním, svými znalostmi i svou důvěryhodností. Za etické se považuje použití těchto forem moci k získání „moci spolu s pacientem“ („power with“) namísto získání moci nad pacientem („power over“).*



**KLÍČOVÁ SLOVA:** compliance, adherence, etika, moc mezi pacientem a zdravotníkem

**ABSTRACT:** JÁNIŠ M.: COMPLIANCE (PART VII) – ETHICAL ISSUES IN COMPLIANCE, PSYCHOSOM 2013; 11(3), PP. 169-175

*Compliance (adherence) is a serious problem in today health-care system. The strategies increasing cooperation between patients and health-care providers are being looked for, because the extent of non compliance is high. Simultaneously, the compliance is an ethical problem. Mostly the ethics considers the ways how to lead patients to adopting of the health-care providers values, such as health, relief of suffering, prolongation of life, compliance. The ethics also considers if it is allowed at all and what to do if the patients' values and health-care providers' ones differ. Some moralists consider providers responsible for maintaining compliance and blame patients for discontinuing it. Others think that providers are responsible for explaining the importance of cooperation, but they doubt compliance as the most desirable value. The moralists also debate over the power between patient and health-care provider. The latter derives his power from his formal position, information and credibility. The ethics prefers "power with patients" to „power over them“.*

**KEY WORDS:** compliance, adherence, ethics, power between patient and health-care provider

## ÚVOD

Tři etická témata jsou v kontextu této studie obzvláště důležitá: téma compliance ve zdravotnictví, téma compliance ve výzkumu a téma compliance v

obecné politice. Ve všech třech tématech se objevují etická dilemata – tedy střety hodnot různých skupin lidí (Curtis, Diamond, 1997; Faden, 1998).

## ETICKÉ OTÁZKY KOMPLIANCE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Téma compliance ve zdravotnictví je soustředěno zejména na soupeření dvou modelů morální zodpovědnosti:

- dobročinného modelu (na autoritu zaměřeného, paternalismu), který především usiluje o co největší pacientovo dobro (zdraví, zabránění nemoci, vyléčení, úlevu od bolesti a utrpení, prodloužení života) a co nejmenší pacientovo zlo (smrt, nemoc, zdravotní omezení, bolest, utrpení);
- autonomního modelu (na osobu zaměřeného), který – má za cíl pomoci lidem, aby dosáhli svých vlastních životních cílů – vyznává

větší hledání potřebných hodnot; v případě konfliktu pacientových hodnot s hodnotami zdravotnictví pak uznává morální povinnost ctít pacientovy hodnoty a umožnit mu, aby s nimi byl v souladu, mohl jim zůstat věrný.

V případě dobročinného modelu je zdravotník silně podporován, aby usiloval o co největší complianci pacienta. Pokud to neučiní, morálně chybuje. Případného morálního obvinění je zbaven tehdy, když je pro něj nemožné provést potřebné strategie zvyšující complianci (z důvodu časových, dovednostních atd.).



V případě autonomního modelu je zdravotník vázán ctít pacientovy hodnoty (tedy to, co mu umožňuje žít lidský, svobodný a důstojný život) a umožnit pacientovi, aby byl se svými hodnotami v souladu (i kdyby to mělo být v konfliktu se zdravím). To ho ovšem nezbavuje povinnosti pomoci pacientovi plně pochopit zdravotnické pokyny. Pokud ovšem věří, že to, co předává druhým, bude pro ně mít více přínosů než ztrát a že to odpovídá úrovni současné vědy (Jonsen, 1979). A současně že v daném konkrétním případě by ponechání v nekomplianci ohrozilo pacientovo zdraví a životní pohodu (Rapoff, 1999). Nesvědomitost a nezodpovědnost ve snaze pomoci pacientovi plně pochopit zdravotnické pokyny by byla rovněž morální chybou. Zdravotník je naopak vázán k tomu, aby s pacientem komunikoval, co nejvíce prozkoumal jeho situaci, usiloval o porozumění pacientovi a pokusil se pacienta rozumným způsobem (pravdivě, nenásilně) získat pro komplianci, či jinak sladit pacientovy hodnoty s léčbou a co nejvíce mu ji usnadnit. Pravdivost v tomto případě znamená kompletnost všech dostupných informací, které jsou potřeba k tomu, aby pacient mohl porozumět a rozhodnout se. Nenásilnost znamená použití takových prostředků, které neberou subjektu jeho svobodnou vůli (Jonsen, 1979). Pokud se zdravotníkovi nepodaří tímto způsobem pacienta pro komplianci získat, musí ctít pacientovy hodnoty.

Stone (1979; in DiMateo, DiNicola, 1982) předkládá v souvislosti s etickým získáváním pacienta pro léčbu několik významných otázek, které by si měl zdravotník položit: „Sleduji nějaké cíle, o kterých pacient neví? Nedělá totéž pacient? Vím o tom, jakých cílů chce vlastně pacient dosáhnout? Máme před sebou rozumný soubor různých

alternativ řešení současné situace? Souhlasíme společně na pravděpodobnosti přínosů jednotlivých řešení? Rozumí pacient nebezpečí plynoucímu z nekompliance? Rozumí pacient tomu, co dělám a proč to dělám? Byl jsem schopen to dostatečně vysvětlit? Jsou nějaké pacientovy cíle, které jsou nekompatibilní se současnou léčbou? Existují nějaké pacientovy hodnoty, které jsou léčbou ovlivněny?“

Někdy nekompliantní pacient odmítá zdravotnickou péči, ačkoliv se zdá, že kdesi hluboko v sobě potřebu takové péče má. Zdravotník respektuje pacientovo odmítnutí (třebas i opakované). Pokud ovšem pacient změni své rozhodnutí, anebo přes svou nekomplianci v určité oblasti požaduje zdravotnickou péči v oblasti jiné, nic neopravňuje zdravotníka k tomu, aby daného pacienta kvůli jeho dřívější nekomplianci odmítl. Přijímá ho. Někdy je pak zdravotník pacientovou nekompliancí veden k proměně starostlivosti o pacienta – z léčby na „pouhou“ péči, podporu. Není však neetické se takové péče vzdát v zájmu jiných pacientů, kteří zdravotnickou léčbu potřebují a čekají na čas, schopnosti a vědomosti daného zdravotníka, a doporučit pacienta jinému zdravotníkovi, kde by mohl být i sám pacient spokojenější (Jonsen, 1979).

Při kontaktu s nekompliantními pacienty se rovněž vynořuje otázka, jak dalece jsou za toto své chování zodpovědní. Existují dva extrémní póly odpovědí: Přiřkneme-li jim plnou zodpovědnost, činíme z nich sice rovnocenné partnery se zdravotníky, ale současně přesouváme na jejich stranu i morální vinu za současný stav a přehlízíme všechny externí činitele ovlivňující lidské jednání. Zbavíme-li pacienty naopak zcela zodpovědnosti za nekompliantní chování (přičemž příčinu vidíme ve vlivech externích), bereme jim i možnost



se vlastními silami změnit a umísťujeme je do závislosti na zdravotnících (DiMateo, DiNicola, 1982).

Téma zodpovědnosti řeší tito autoři i dále, když tvrdí, že pacient nemůže být vždy zodpovědný za stav svého zdraví (to je totiž ovlivněno také činiteli, které nemá pod svou vládou). Je však zodpovědný za péči o své zdraví, a to ve třech oblastech: péči o sebe samého, výběr zdravotníka a jednání s ním, volbu formy zdravotnického systému ve společnosti.

V jednání se zdravotníkem je pacient povinen poskytnout zdravotníkovi takové informace (svoje očekávání, preference), které zdravotníkovi umožní informovaně navrhnout možné způsoby léčby a snažit se získat takové informace, které i jemu samotnému umožní se informovaně rozhodnout o podobě

léčby. Nekompliance sama o sobě nemusí být morální chybou (Jonsen, 1979). Nemělo by nás tedy ani tak zajímat, kolik hypertoniků je kompliantních s pokyny zdravotníků ohledně medikace, jako spíše kolik pacientů s hypertenzí učinilo informované rozhodnutí, zda budou danou medikaci brát či nikoliv (Faden, 1998).

Podmínkou zodpovědného jednání je tedy vlastnictví všech podstatných informací, které jsou k takovému rozhodnutí potřeba. A také to, že subjekty těchto rozhodnutí jsou osoby rozumné, schopné racionálního rozhodování. A musejí být splněny i podmínky nutné pro jednání svobodné a dobrovolné (DiMateo, DiNicola, 1982). Hodně se v současnosti řeší i podpora v rozhodování těch, kdo samostatného rozhodování schopni nejsou.

#### *ETICKÉ OTÁZKY KOMPLIANCE VE VÝZKUMU*

Téma kompliance ve výzkumu řeší soulad dobra výzkumného subjektu a dobra výzkumu (získání vědeckých poznatků). Dobro výzkumného subjektu má přednost a jeho autonomní rozhod-

nutí nelze přehlédnout. Není možné mu nepodat podstatné informace, které by mohly ovlivnit jeho rozhodnutí být či nebýt léčen a jak být léčen v rámci výzkumného projektu (Faden, 1998).

#### *ETICKÉ OTÁZKY KOMPLIANCE V OBECNÉ POLITICE*

Téma kompliance v obecné politice se soustřeďuje na rozlišení toho, co vše musí politici ctít, chtějí-li (a to je jejich morální povinnost) chránit zdraví občanů svého státu. Většinou je za tyto nutné hodnoty považována spravedlnost politických rozhodnutí, jejich užitečnost, autonomie občanů a obecné dobro. Míra autonomie občanů související s konkrétní morální otázkou ovlivňuje možnost politiků vyžadovat po občanech potřebné

chování – např. nosit ochranné pomůcky ve znečištěné továrně, koupit si a používat airbagy, používat pravidelnou ústní hygienu. U výše uvedených tří příkladů postupně vzrůstá (od prvně jmenovaného k poslednímu) autonomie občanů a postupně klesá i povinnost a právo politiků vyžadovat dané chování. Spory se vedou o to, co je autonomní záležitostí občana a co nikoliv (Faden, 1998).



## MOC VE ZDRAVOTNICTVÍ

Všechna tři zmíněná témata ujasňují užívání „moci“ ve zdravotnictví – moci ovlivňovat, měnit (a ovládat) chování druhých za účelem dosažení zdraví a bezpečí. Za účelem dosažení toho, co chce držitel moci a co (doufejme) chce i ten, komu je pomáháno. Tady je zřejmě klíčový bod: rozlišit, kdo vlastně chce danou změnu. Zdravotníci jsou v obtížné situaci, mají-li odhadovat správnou míru použití své moci; s tím souvisí i odhadnutí správné míry toho, jak podpořit či zmírnit autonomii a svobodnou volbu pacienta (pokud předpokládáme, že vzrůst moci jednoho znamená pokles moci druhého). Zdravotníci tak zastávají i funkci sociální kontroly.

Existují různé formy moci:

- „moc postavení“ daná rolí a zaměstnáním (např. lékař má kvůli svému zaměstnání větší moc než pacient);
- „moc znalostí“ daná vědomostmi a dovednostmi profesionála (např. znalost systému sociálních dávek);
- „moc osobní“ daná důvěryhodností, charakterem, osobním zaujetím,

inteligencí, sebevědomím jejího nositele.

Za etické se považuje použití těchto forem moci k získání „moci spolu s pacientem“ („power with“) namísto získání moci nad pacientem („power over“). Zdravotník usiluje o co největší společnou moc – uznávání postavení pacienta (jedinečného v kruhu jeho blízkých), jeho znalostí (ohledně vlastních prožitků nemoci) i osobní moci pacienta (např. oprávněnosti sebeúcty). Pacient je při tom zplnomocňován („empowerment“). Někteří autoři ovšem tvrdí, že jediné zplnomocnění je to, kterého se pacient sám „zmocní“ – stane se kritickým a přijme zodpovědnost za svůj osud (Baštecká, 2010).

Etických otázek je v oblasti kompliance mnohem více – a to zejména v oblasti psychiatrie. Všechny by stály za bližší rozbor, pro který však v této studii není prostor. Kdo by chtěl mít v těchto otázkách jasněji, může se více zabývat studiem základních lidských práv, civilních práv, etických kodexů zdravotníků či práv pacientů.

## ZÁVĚR

Kompliance – adherence – je míra, se kterou se pacientovo jednání (např. ve smyslu braní léků, dodržování diety, uskutečňování životních změn) shoduje s radami získanými od zdravotníků (Haynes, 1979). Zjišťujeme, že pacientovo jednání se s radami zdravotníků neshoduje, spíše než shoduje (Levensky, Donohue, 2006). Badatelé vytvářejí řadu teoretických modelů a zkoumají i konkrétní faktory ovlivňující ne/komplianci. Hledají konkrétní postupy zvyšování

spolupráce mezi zdravotníky a pacienty.

Kompliance se však ukazuje i jako etický problém, kdy nezbytnost zvyšování compliance bývá upozadována jinými tématy. Nejčastěji se diskutuje o míře odpovědnosti (tedy i viny v případě porušení compliance), která je přičtena zdravotníkovi či pacientovi. Dále se mluví o nesouladu hodnot zdravotníka a pacienta (ne vždy mívá pacient na prvním místě hodnotu „zdraví“); o



způsobech, jakými může (a zda vůbec může) zdravotník vést pacienta k přijetí hodnot, které on uznává jako prvořadé. Zájem etiků se soustřeďuje i na povinnost zdravotníka věřit tomu, co svým pacientům předkládá. Důležitým téma-

tem etických diskusí bývá též potřeba informovaného souhlasu pacienta v souvislosti s kompliancí. Všemi těmito tématy jako červená nit prochází základní motiv – moc ve vztahu mezi zdravotníkem a pacientem.

## LITERATURA

Baštecká, B. (2010). Osobní sdělení.

Blackwell, B. (Ed.) (1997b). *Treatment compliance and the therapeutic alliance*. The Netherlands: Harwood Academic Publishers.

Curtis, L. C., & Diamond, R. (1997). Power and Coercion in mental health practice. In: Blackwell, B. (Ed.) (1997b). *Treatment compliance and the therapeutic alliance*. The Netherlands: Harwood Academic Publishers.

DiMatteo, M. R., & DiNicola, D. D. (1982). *Achieving patient compliance (The psychology of the medical practitioner's role)*. New York: Pergamon Press.

Faden, R. R. (1998). Ethical issues in lifestyle change and adherence. In: Shumaker, S. A., Schron, E. B., Ockene, J. K., McBee, W. L. (Eds.) (1998). *The handbook of health behavior change*. (2nd ed.) New York: Springer Publishing Company.

Haynes, R. B. (1979). Strategies to improve compliance with referrals, appointments, and prescribed medical regimens. In: Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. C. (Eds.) (1979). *Compliance in health care*. Baltimore: The John Hopkins University Press.

Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. C. (Eds.) (1979). *Compliance in health care*. Baltimore: The John Hopkins University Press.

Jonsen, A. R. (1979). Ethical issues in compliance. In: Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. C. (Eds.) (1979). *Compliance in health care*. Baltimore: The John Hopkins University Press.

Shumaker, S. A., Schron, E. B., Ockene, J. K., & McBee, W. L. (Eds.) (1998). *The handbook of health behavior change*. (2nd ed.) New York: Springer Publishing Company.

Stone, G. C. (1979). Patient compliance and the role of expert. *Journal of Social Issues*, 1979, 35(1), 34–59. In: DiMatteo, M. R., & DiNicola, D. D. (1982). *Achieving patient compliance (The psychology of the medical practitioner's role)*. New York: Pergamon Press.

## O AUTOROVĚ

*PhDr. Martin Jániš (nar. 1976 ve Zlíně) vystudoval Cyrilometodějskou teologickou fakultu Univerzity Palackého v Olomouci a později i Filosofickou fakultu téže univerzity, kde působí ještě jako externí doktorand; probíhající (plánovaná) doktorandská práce: „(Ne)kompliance pacientů se schizofrenním onemocněním“; vedoucí: Prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc. Absolvoval rovněž psychoterapeutický výcvik ve skupinové dynamicky orientované psychoterapii (na*





*Pražské psychoterapeutické fakultě). Od roku 2006 pracuje v Psychiatrické léčebně Kroměříž jako psycholog.*

### **Kontaktní údaje**

*Oddělení klinické psychologie, Psychiatrická léčebna v Kroměříži, Havlíčkova ulice 1265, Kroměříž 767 40; tel. 573 314 406; e-mail: martinjanis@centrum.cz*

### *ACKNOWLEDGMENT*

I thank to Doc. Bohumila Baštecká for her valuable inspirational comments.

### *ABOUT AUTHOR*

*PhDr. Martin Jániš (born in Zlín in 1976) graduated the Theological Faculty of Saint Cyril and Method in the Palackého University in Olomouc and later also the Philosophic Faculty of the same university, where he takes part in doctoral course in a clinical psychology (doctoral thesis: „(Non)Compliance of patients with schizophrenia“; supervisor: Prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc.). He passed the training in the group dynamic oriented psychotherapy (at the Prague Psychotherapeutic Faculty). Since 2006 he has been working in the Psychiatric Hospital in Kroměříž as a psychologist.*

### *CONTACT*

*Oddělení klinické psychologie, Psychiatrická léčebna v Kroměříži, Havlíčkova ulice 1265, Kroměříž 767 40; tel. 573 314 406; e-mail: [martinjanis@centrum.cz](mailto:martinjanis@centrum.cz)*



# VÝZKUM



## KOMÁRKOVÁ S.: CITOVÁ VAZBA V PARTNERSKÉM VZTAHU A V MANŽELSTVÍ

**ABSTRAKT:** KOMÁRKOVÁ S.: CITOVÁ VAZBA V PARTNERSKÉM VZTAHU A V MANŽELSTVÍ. PSYCHOSOM 2013; 11(3) S. 176-189

*Příspěvek seznamuje čtenáře s hlavními závěry výzkumného projektu, který byl realizován v rámci diplomové práce. Autorka čtenářům představuje základní teoretické modely citové vazby v romantickém vztahu. Kvantitativní výzkum byl realizován na vzorku 258 respondentů z České republiky. Výsledky potvrzují předchozí zahraniční studie, podle kterých jsou jedinci s jistou citovou vazbou spokojenější než jedinci s nejistou citovou vazbou. Faktory citové vazby se ukázaly jako lepší prediktory spokojenosti ve vztahu než věk, pohlaví nebo druh vztahu respondenta (partnerský vztah / manželství).*

**KLÍČOVÁ SLOVA:** citová vazba v dospělosti, partnerský vztah, manželství, manželská spokojenost, partnerská spokojenost

**SUMMARY:** KOMARKOVA S.: ATTACHMENT IN UNMARRIED AND MARRIED COUPLES. PSYCHOSOM 2013; 11(3) PP.176-189

*The article informs the readers about main conclusions of the research, what was realized in pursuance of the thesis. The author acquaints the readers with the main theoretical models of*



*attachment in romantic relationship. Quantitative research was conducted on a sample of 258 respondents from Czech Republic. The results confirm the former foreign researches of attachment, according to which more securely attached individuals are more satisfied in a relationship than those less securely attached. The factors of attachment have proved to be better predictors of relationship satisfaction than age, gender or type of relationship (couple relationship / marriage).*

**KEYWORDS:** adult attachment, couple relationship, marriage, marital satisfaction, relationship satisfaction

### CITOVÁ VAZBA – TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Citová vazba je pouto mezi dvěma lidmi, které je svazuje dohromady v prostoru a přetrvává v čase. Hlavním projevem citové vazby je usilování o získání a udržení určitého stupně blízkosti s objektem citové vazby, tzv. vazebnou figurou (Ainsworth & Bell, 1970).

Vazebná figura představuje pro jedince zdroj bezpečí, ochrany a podpory. Vazebná figura je považována za bez-

pečné útočiště (secure haven), kam se jedinec obrací v případě nemoci, nebezpečí nebo hrozby. Také je pro něj tzv. bezpečnou základnou (secure base), umožňující mu prozkoumávat své okolí a vyhledávat nové podněty k růstu. V případě oddělení od vazebné figury jedinec obvykle zažívá určitý stupeň strádání či vzdoru (Fraley & Shaver, 2000).

### RANÁ CITOVÁ VAZBA – VZTAH DÍTĚTE A PEČUJÍCÍ OSOBY

Původně byla citová vazba zkoumána především na vztahu matky (pečující osoby) a dítěte. Teorii citové vazby vytvořil britský psychoanalytik John Bowlby, který se zaměřil právě na pozorování vzájemné interakce (vazebného chování) mezi matkou a dítětem.

Vazebné chování jsou takové projevy, které podporují blízkost nebo kontakt. V případě dítěte jde o projevy aktivního přibližování a navazování kontaktu, jako je přibližování, následování, vyhledávání a držení, nebo signalizační projevy – úsměv, pláč či volání, mluvení (Ainsworth & Bell, 1970; Bowlby, 2010). Vazebné chování, jakožto projev citové vazby, bylo pozorováno a popisováno u dětí v prvním roce života. Byly stanoveny dva hlavní projevy rané citové vazby: pláč a následování matky po jejím

odchodu, vítání a přibližování se k matce při jejím návratu (Bowlby, 2010). Dítě má totiž tendenci vyhledávat blízkost vazebné figury a zažívá celou řadu negativních emocí při její absenci, např. protest, zoufalství a beznaděj, smutek. Také matka má tendenci přibližovat se k dítěti, navracet se k němu a také o něj pečovat. Vazebné chování matky pomáhá dítěti vyrovnat se s negativními okolnostmi, ale také její dostupnost, citlivost a podpora dítěti umožňuje s jistotou prozkoumávat okolí (Crowell & Treboux, 1995).

Na vazebné chování u dětí se v 70. letech zaměřila také Ainsworthová, která na základě pozorování odloučení dětí a rodičů zkoumala individuální rozdíly v rané citové vazbě, čímž velmi rozšířila teorii citové vazby (Fraley, 2007).



K mapování těchto individuálních rozdílů vazebného chování vůči matce používaly Ainsworthová a její kolegyně Bellová (Ainsworth & Bell 1970) experimentální metodu Strange Situation Procedure. Na základě klinických posouzení pak byly vytvořeny tři vzorce vazebného chování dětí (Ainsworth et al., 1978 podle Bowlby, 2010):

- Vzorec B – jisté připoutání k matce (secured attached). Dítě s jistým připoutáním dokáže prozkoumávat neznámé okolí a není vylekáno příchodem cizí osoby. Dítě má povědomí, kde se jeho matka přibližně nachází i v době odloučení. Po jejím návratu ji vítá.
- Vzorec A – úzkostně připoutané k matce a vyhýbavé (anxiously attached to mother and avoidant). Dítě se matce po jejím návratu vyhýbá. U těchto dětí se často objevovalo chování nazývané odpoutání nebo odstup.
- Vzorec C – úzkostně připoutané k matce a odmítavé (anxiously

attached to mother and resistant). Dítě osciluje mezi vyhledáváním blízkosti a odmítáním kontaktu s matkou. Některé z těchto dětí bývají více rozzlobené než ostatní děti, jiné bývají oproti ostatním více pasivní. Často se u nich objevoval protest.

Citová vazba ale nevzniká jen mezi dítětem a pečovatelem (matkou a otcem), ale také v dalších významných vztazích v průběhu života jedince.

Výzkumníci zjišťovali, kdo je pro děti, dospívající a dospělé vazebnou figurou, čímž v podstatě mapovali vývoj citové vazby během ontogeneze jedince. Výsledky výzkumu Hazanové a kolektivu (Hazan, Hutt, Sturgeon & Bricker, 1991 podle Fraley & Shaver, 2000) ukazují, že pro děti je primárně vazebnou figurou rodič, ale adolescenti a dospělí mají tendenci za vazebnou figuru označit své vrstevníky (blízké přátele nebo romantické partnery).

### CITOVÁ VAZBA V PARTNERSKÉM VZTAHU A V MANŽELSTVÍ

Koncept citové vazby, jak ho vytvořil Bowlby a rozšířila Ainsworthová, se zaměřoval na ranou citovou vazbu, tedy na vztah dítěte a primární pečující osoby. Až v 80. letech 20. století došlo k prvnímu rozšíření tohoto konceptu na partnerské vztahy a manželství.

Podle Weissové (1982, 1986 a 1991 podle Feeney, 1999) lze totiž rysy citové vazby (udržování blízkosti, negativní reakce na separaci, bezpečná základna a bezpečné útočiště) aplikovat na manželské nebo partnerské vztahy. Jedinec čerpá od svého partnera pocit bezpečí a útěchy, chce být se svým partnerem a protestuje, pokud hrozí, že partner bude nedostupný (Feeney, 1999).

Rozsáhlý rozvoj teorie citové vazby je zásluhou Hazanové a Shavera (Hazan & Shaver, 1987), kteří se zaměřili právě na rozšíření rané citové vazby na romantické vztahy v dospělosti. Autoři (Hazan & Shaver, 1987) si povšimli, že romantické vztahy dospělých jsou charakterizovány v některých rysech podobnými dynamickými pochody jako vztah dítěte a pečovatele. Dospělý jedinec se obvykle cítí v bezpečí a jistý, je-li jeho partner nablízku, dostupný a citlivý. Za těchto okolností může partner prozkoumávat okolí (např. probouzet v sobě zvědavost a vyhledávat nové podněty k rozvoji). Když se jedinec cítí sklíčený, nemocný nebo ohrožený, partner je pro něj zdrojem bezpečí, pohodlí a ochrany.



Stejně jako pečující osoba s dítětem, také partneři mezi sebou udržují blízký tělesný kontakt a jsou sebou vzájemně zaujati a přitahováni. Dokonce používají „žvatlání“ (baby talk), které je podobné řeči pečující osoby a dítěte (Fraley, 2010b; Shaver et al., 1988 podle Fraley & Shaver, 2000). Také je ale potřeba zdůraznit dva zásadní rozdíly mezi těmito dvěma vztahy. Vztah dítě – pečující osoba je asymetrický a péči v něm poskytuje pouze pečující osoba. Kdežto v romantické lásce obvykle dochází k reciproční péči mezi partnery a tento vztah je symetrický. Důležitou součástí romantické lásky je sex, který ale není přítomen ve vztahu dítě – pečující osoba (Shaver & Hazan, 1988 podle Feeney, Noller & Roberts, 2000).

Jedinec si na základě zkušeností vytváří vnitřní pracovní modely, které představují interakce s vazebnými figurami (v

dětství s pečující osobou, v dospělosti s významnými romantickými partnery). Pokud jsou vazebné figury dostupné a citlivé, jedinec si vytváří bezpečné a jisté pracovní modely citové vazby. Pokud ale jsou chladné a odmítavé, jedinec si osvojí úzkostné nebo vyhýbavé pracovní modely citové vazby (Fraley & Shaver, 2000).

Tyto vnitřní pracovní modely citové vazby ovlivňují chování jedinců v blízkých vztazích během celého života. Když lidé utvářejí nové partnerské vztahy, částečně se spoléhají na své dřívější zkušenosti v odhadu, jak se druhí budou pravděpodobně chovat, a používají své vnitřní pracovní modely o druhých k vysvětlení jejich záměrů (Hazan & Shaver, 1987). Zjednodušeně lze říci, že vnitřní pracovní modely slouží k odhadu chování druhých a k plánování vlastního chování.

### 3-KATEGORIÁLNÍ MODEL CITOVÉ VAZBY

Hazanová a Shaver (Hazan & Shaver, 1987) při mapování citové vazby v dospělosti pracují se třemi styly citové vazby, které vytvořila Ainsworthová (Ainsworth et al., 1978 podle Bowlby, 2010). Jedinci s daným stylem citové vazby by se dali popsat následovně:

1. Jistý styl – Je pro ně celkem snadné sblížit se s ostatními, a přitom se cítit dobře. Nemají nadměrný strach z opuštění.

2. Vyhýbavý styl – Není jim příjemné, když si jsou s někým příliš blízcí. Spolehnout se na druhé je pro ně obtížné.
3. Úzkostný styl (neboli „úzkostně-ambivalentní styl“) – Touží pro extrémní blízkosti. Zažívají silný strach a úzkost z opuštění nebo z nedostatku lásky.

### 4-KATEGORIÁLNÍ MODEL CITOVÉ VAZBY

Bartholomewová (Bartholomew, 1990 podle Bartholomew & Horowitz, 1991) navrhla 4-kategoriální typologii stylů citové vazby založenou na tvrzení, že citová vazba v sobě odráží pracovní modely sebe a pracovní modely vazebné

figury (model druhých). Jedincovy představy o sobě a o druhých jsou dichotomní – pozitivní × negativní. Jedinec sebe může vnímat jako hodného lásky a podpory (pozitivní model sebe), nebo může mít dojem, že si lásku ani



podporu od druhých nezaslouží (negativní model sebe). Stejně tak může druhé vnímat jako důvěryhodné, spolehlivé a dostupné (pozitivní model druhých), nebo jako nespolehlivé a

odmítající (negativní model druhých). Kombinace těchto dvou dimenzí vytváří čtyři kategorie citové vazby (Bartholomew & Horowitz, 1991):

		Model sebe (závislost)	
		pozitivní (nízká)	negativní (vysoká)
Model druhých (vyhýbavost)	pozitivní (nízká)	<p><b>Jistý styl</b> (<i>secure</i>)</p> <p>Příjemný pocit z blízkosti a autonomie</p> <p>Hazanová &amp; Shaver – jistý styl</p> <p>Mainová – jistý styl</p>	<p><b>Zapletený styl</b> (<i>preoccupied</i>)</p> <p>Zabývající se vztahy</p> <p>Hazanová &amp; Shaver – úzkostný styl</p> <p>Mainová – propletený nebo zaujatý styl</p>
	negativní (vysoká)	<p><b>Odmítavý styl</b> (<i>dismissing</i>)</p> <p>Odmítání blízkosti, odpor k závislosti</p> <p>Mainová – odmítavý nebo nezaujatý styl</p>	<p><b>Ustrašený styl</b> (<i>fearful</i>)</p> <p>Strach z blízkosti, sociálně vyhýbavý</p> <p>Hazanová &amp; Shaver – vyhýbavý styl</p>

Tab 1: Model citové vazby Bartholomewové a Horowitz (Bartholomew & Horowitz, 1991, s. 227)

1. Jistý styl citové vazby v sobě kloubí pozitivní model sebe a pozitivní model druhých (Bartholomew & Horowitz, 1991).
2. Zapletený styl citové vazby je možno přeložit také jako „zaujatý styl citové vazby“ nebo „úzkostně zapletený typ“. Sebepřijetí jedince se zapleteným stylem citové vazby je závislé na přijetí a uznání od ostatních (Bartholomew & Horowitz, 1991).
3. Odmítavý styl citové vazby (neboli „vyhýbavý styl“, „vyhýbavě-odmítavý styl“) je negativním postojem k

druhým, který slouží jako ochrana jedince před zklamáním. Jedinec se vyhýbá blízkým vztahům a snaží se udržet si pocit nezávislosti a nezranitelnosti (Bartholomew & Horowitz, 1991).

4. Jedinec s ustrašeným stylem citové vazby (nebo též „úzkostně vyhýbavý typ“ či „ustrašeně-vyhýbavý styl“) se vyhýbá blízkosti s druhými lidmi, neboť se tím chrání před očekávaným odmítnutím (Bartholomew & Horowitz, 1991).

## 2-FAKTOROVÉ POJETÍ CITOVÉ VAZBY

Brennanová, Clark a Shaver (Brennan, Clark & Shaver, 1998) při tvorbě metody ECR přicházejí se dvěma základními faktory (dimenzemi), které sytí citovou vazbu v dospělosti:

1. Vyhýbavost.
2. Úzkostnost.



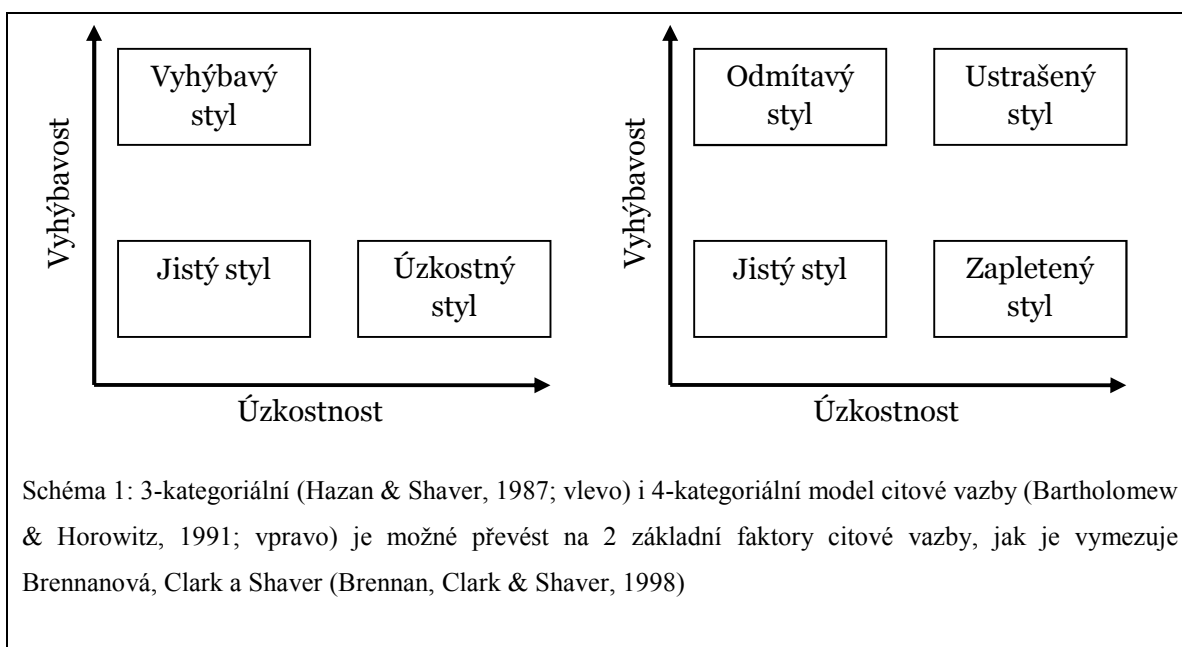
Také 3-kategoriální model citové vazby (Hazan & Shaver, 1987) pracuje se dvěma dimenzemi, které by se daly přirovnat k výše uvedeným dvěma faktorům citové vazby (Feeney, Noller & Roberts, 2000):

1. **Příjemné prožívání blízkosti** – jde o pozitivní otočení faktoru Vyhýbavost.
2. **Úzkostnost ve vztahu** – jde o aspekt úzkostné citové vazby (faktor Úzkostnost).

I 4-kategoriální model citové vazby zahrnuje tyto dva základní faktory (Bartholomew & Horowitz, 1991):

1. **Model sebe** – dimenze podobná faktoru Úzkostnost.
2. **Model druhých** – dimenze podobná faktoru Vyhýbavost.

2-faktorové pojetí citové vazby nám tak umožňuje porovnávat jednotlivé modely citové vazby i jednotlivé styly mezi sebou:



Vzhledem k tomu, že jsou tyto dva faktory vyvozeny z většiny dosud známých sebesposuzovacích měření citové vazby v dospělosti, autoři

(Brennan, Clark & Shaver, 1998) je považují za základ všech metod citové vazby v dospělosti.

### VÝZKUMNÝ PROJEKT

Teorie citové vazby se velice osvědčila v oblasti mapování spokojenosti ve vztahu. Výsledky studií totiž ukazují, že nespokojenost ve vztazích nejistých jedinců nemůže být vysvětlována na

základě jiných faktorů, jako například „Big Five vlastností“, depresí, sebeúctou nebo sexuální orientací (např. Carnelley, Pietromonaco & Jaffe, 1994; Jones & Cunningham, 1996; Noffle & Shaver,



2006; Shaver & Brennan, 1992; Whisman & Allan, 1996 podle Mikulincer & Shaver, 2007), čímž roste

důvěra v jedinečný přínos citové vazby v otázce partnerské spokojenosti.

### REALIZOVANÉ ZAHRANIČNÍ VÝZKUMY

Partnerská spokojenost v souvislosti s citovou vazbou byla zkoumána u nesezdaných párů, přičemž výsledky podporují teorii citové vazby – „méně jistí jedinci, ať už úzkostní, vyhýbaví nebo v kombinaci, obecně uvádějí nižší spokojenost s jejich partnerským vztahem. Souvislost mezi nejistým typem a partnerskou nespokojeností byla nalezena u homosexuálních i heterosexuálních vztahů“ (Elizur & Mohr, 1999; Ridge & Feeney, 1998 podle Mikulincer & Shaver, 2007). Také velké množství studií u manželských párů

potvrzuje, že nejistí jedinci v manželství pociťují menší spokojenost s manželstvím než jistí (např. Ari & Lavee, 2005; Davila & Bradbury, 2001; DiFilippo & Overholser, 2002; Mikulincer & Shaver, 2007).

Jurič (2009) ve svém výzkumu citové vazby a spokojenosti porovnával manželské páry s partnerskými páry, které spolu žijí ve společné domácnosti. Také on dospěl k obecným výsledkům, že jedinci s jistějším stylem citové vazby jsou ve vztazích signifikantně spokojenější než nejistí jedinci.

### CÍLE VÝZKUMNÉHO PROJEKTU

Cílem tohoto výzkumného projektu bylo zmapovat citovou vazbu respondentů vybraného výzkumného vzorku české populace v souvislosti s jejich spokojeností v heterosexuálním partnerském vztahu nebo v manželství. Hlavní výzkumnou otázkou bylo, zda budou jedinci v daném výzkumném vzorku, kteří uvedli nejistý styl citové vazby (sebe či partnera) také uvádět nižší spokojenost v daném vztahu. Tato výzkumná otázka vyplývá z analýzy předešlých výzkumů, které se zabývaly problematikou citové vazby a spokojenosti.

Dílčím cílem bylo také porovnat jedince navštěvující poradenskou nebo psychotherapeutickou praxi a jedince, kteří praxi nenavštěvují, a hledat signifikantně významné rozdíly. Dále byly porovnávány výpovědi jedinců žijících v manželství a jedinců v partnerském vztahu.

Posledním významným cílem tohoto výzkumného projektu bylo převést a pilotně otestovat české verze dotazníků Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R; Brennan, Clark & Shaver, 1998) a Couples Satisfaction Index (CSI; Funk & Rogge, 2007).





## VÝZKUMNÝ VZOREK

Do výzkumu se mohli zapojit respondenti splňující následující podmínky:

- věk minimálně 18 let,
- jejich heterosexuální partnerský vztah musí trvat minimálně dva roky nebo žijí v manželství (časové omezení trvání manželství nebylo stanoveno).

Do výzkumu byli zařazeni jedinci žijící v nesezdaném partnerském vztahu a také jedinci žijící v manželství. Časové ohraničení délky trvání partnerského vztahu bylo z důvodu prokázané souvislosti mezi délkou vztahu a vznikem citové vazby v daném partnerském vztahu stanoveno na minimálně dva roky (viz Hazan et al., 1991 podle Fraley & Shaver, 2000; Fraley & Davis, 1997).

Výzkumný vzorek tvořily dvě skupiny respondentů. První skupinou byli respondenti, kteří na internetu vyplnili

online verzi dotazníku. V této skupině bylo celkem 209 respondentů ze skoro celé České republiky. Tito respondenti nenavštěvují psychologickou nebo poradenskou praxi.

Druhou skupinu tvořili klienti šesti Poraden pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy zřizovaných Centrem sociálních služeb v Praze, klienti Centra psychologicko-sociálního poradenství Středočeského kraje na pracovišti Praha západ-východ a též klienti soukromé poradenské praxe PhDr. Venglářové a Psychoterapeutického centra Gaudia. Celkem bylo z těchto devíti pracovišť získáno 49 respondentů.

Tyto dvě skupiny (celkem 258 respondentů) tvořily celkový výzkumný vzorek, složený z 211 žen a 47 mužů. Průměrný věk respondentů byl 34 let (medián 30 let, modus 24 let). 168 respondentů žilo v manželství. V partnerském vztahu bylo 87 respondentů.

## METODY

Ve výzkumném projektu se pracovalo se dvěma metodami - Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R; Brennan, Clark & Shaver, 1998) a Couples Satisfaction Index (CSI; Funk & Rogge, 2007).

Metoda ECR-R vznikla item response theory analýzou (IRT analýza) čtyř často užívaných sebesposuzovacích dotazníků citové vazby v dospělosti (více viz Brennan, Clark & Shaver, 1998). Metoda pracuje s dvoufaktorovým modelem citové vazby. Metoda ECR-R byla v rámci výzkumného projektu přeložena a upravena do českého jazyka a byla pilotně otestována na vzorcích 52 a 53 respondentů. Ve výzkumu byla metoda použita

jednak k sebesposouzení citové vazby respondentem a také k respondentovu posouzení citové vazby jeho partnera (tzn., jak respondent vnímá a hodnotí citovou vazbu partnera). Data se nepárovala s výpovědí partnera, a tak byla získána pouze jednostranná výpověď respondenta.

Metoda CSI také vychází z IRT analýzy velkého množství metod mapujících spokojenost ve vztahu (více viz Funk & Rogge, 2007). Autoři vybrali 32 položek, které přinášejí nejvíce informací pro měření spokojenosti (mají nejvyšší informační křivku) a které nejsilněji korelují se spokojeností, tj. více než s komunikační složkou (Funk & Rogge,



2007). I u této metody byl vytvořen český překlad, který byl pilotně otestován na vzorku 69 respondentů.

#### ZPRACOVÁNÍ DAT A ANALÝZA VÝSLEDKŮ

Sběr dat byl uskutečněn v období únor až červen 2012. Pro zjištění vztahu mezi proměnnými byla provedena analýza korelací v programu IBM SPSS. Na základě charakteru proměnných a vzhledem k rozložení proměnných, které neodpovídalo Gaussově rozložení, byl pro zjišťování případných korelací mezi proměnnými použit koeficient Spearmanovo rho.

Dotazník, který byl vytvořen pro tento výzkumný projekt, mapoval následující faktory:

1. Úzkostnost respondenta – sebehodnocení respondenta (metoda ECR-R)
2. Vyhýbavost respondenta – sebehodnocení respondenta (metoda ECR-R)

#### KORELACE MEZI PROMĚNNÝMI

Na základě statistické analýzy byla nalezena vzájemná silná korelace mezi všemi sledovanými faktory:

Spearmanovo $\rho$	Úzkostnost respondenta	Vyhýbavost respondenta	Úzkostnost partnera	Vyhýbavost partnera	Spokojenost
Úzkostnost respondenta	1,000	,500**	,681**	,571**	,749**
Vyhýbavost respondenta	,500**	1,000	,647**	,521**	,553**
Úzkostnost partnera	,681**	,647**	1,000	,530**	,709**
Vyhýbavost partnera	,571**	,521**	,530**	1,000	,584**
Spokojenost	,749**	,553**	,709**	,584**	1,000

Kompletní znění dotazníku použitého v tomto výzkumném projektu najdete v příloze.

3. Úzkostnost partnera – respondent hodnotí partnera (metoda ECR-R).
4. Vyhýbavost partnera – respondent hodnotí partnera (metoda ECR-R).
5. Spokojenost – sebehodnocení respondenta (metoda CSI).

Na základě hrubých skóru byly vytvořeny normy. U všech faktorů byla na základě norem vytvořena nízká a vysoká pásma. Nízké pásmo bylo od 0 do 35 percentilu. Vysoké pásmo pak bylo stanoveno od 65 do 100 percentilu. Tímto rozdělením byli získáni typičtí představitelé skórující v daném faktoru nízko nebo vysoko.



## POROVNÁVÁNÍ ODLIŠNÝCH SKUPIN VE VÝZKUMNÉM VZORKU

Porovnávání odlišných skupin ve výzkumném vzorku bylo uskutečněno prostřednictvím Dvouvýběrového t-testu v programu MS Excel 2007.

V této fázi analýzy výsledků byly porovnávány a hledány signifikantní rozdíly mezi následujícími skupinami výzkumného vzorku:

1. porovnání žen a mužů,
2. respondenti žijící v manželství a respondenti žijící v partnerském vztahu,
3. respondenti navštěvující poradenskou nebo psychoterapeutickou praxi a respondenti, kteří praxi nenavštěvují,
4. respondenti skórující v nízkém a vysokém pásmu faktoru „Úzkostnost respondenta“,
5. respondenti skórující v nízkém a vysokém pásmu faktoru „Vyhýbavost respondenta“,
6. respondenti skórující v nízkém a vysokém pásmu faktoru „Spokojenost“.

## INTERPRETACE A DISKUSE VYBRANÝCH VÝSLEDKŮ

Ve srovnávání výpovědí skupiny respondentů žijících v manželství a skupiny respondentů, kteří jsou v partnerském vztahu, nebyl nalezen žádný signifikantní rozdíl. Jedinci v manželství i partnerském vztahu uvádějí shodné hodnoty ve všech faktorech.

Korelace Spokojenosti s faktory citové vazby ukazují na silnou souvislost mezi citovou vazbou a spokojeností. Nejsilnější korelace byla nalezena mezi Spokojeností a Úzkostností respondenta ( $r = -0,749$ ;  $\rho = 0,01$ ), tzn., že s rostoucí úzkostností jedince klesá jeho spokojenost ve vztahu. Tuto korelaci potvrzuje i mnoho dalších výzkumů (např. Berant et al., 2003; Davila & Bradbury, 2001; DiFilippo & Overholser, 2002; Heene et al., 2005; Shaver & Brennan, 1992 podle Mikulincer & Shaver, 2007). Úzkostní jedinci mívají často obavy o trvalost vztahu a upřednostňují maximální blízkost až splnutí s partnerem. Toho se jim však nemusí dostávat, pokud partner nesdílí tyto preference (většinou pokud není také tak úzkostný). Toto nenaplnění potřeb extrémní blízkosti a obavy, které

vyplývají z nejisté citové vazby, se pak projevují nespokojeností úzkostného jedince v tomto vztahu. Na druhou stranu, s klesající spokojeností ve vztahu může růst jedincova úzkostnost. Nespokojenost jedince ve vztahu může být výsledkem poklesu subjektivního vnímání kvality vztahu (tento pokles může být z rozličných osobních, partnerských i vnějších příčin), při kterém se partneři mohou vzájemně vzdalovat.

Výzkum dále potvrdil signifikantní korelaci mezi Spokojeností a Vyhýbavostí respondenta ( $r = -0,553$ ;  $\rho = 0,01$ ). Tento výsledek je opět ve shodě s většinou výzkumů, které jsou uvedeny výše u korelace Spokojenosti a Úzkostnosti respondenta. Tato korelace naznačuje, že s rostoucí vyhýbavostí jedince klesá jeho spokojenost ve vztahu. Vyhýbaví jedinci častěji uvádějí vyšší potřebu nezávislosti, která ovšem nemusí být naplněna ve vztahu s odlišným partnerem. Opět je třeba nahlížet na tento výsledek i z jiného úhlu pohledu, tedy, že s rostoucí nespokojeností ve vztahu roste i vyhýbavost



jedince, která je možnou reakcí na dynamiku vztahu.

Z výsledků výzkumu dále vyplývá, že s rostoucí Úzkostí partnera klesá Spokojenost jedince ve vztahu ( $r = -0,709$ ;  $\rho = 0,01$ ). Úzkostní jedinci zatěžují vztah svými obavami, potřebou maximální blízkosti a závislostí, což může v jejich partnerech vyvolávat pokles spokojenosti. Další vysvětlení může být i opačné. Partner může pocítit pokles spokojenosti jedince, na což může reagovat úzkostnými projevy (snaha o větší přiblížení, obavy o vztah, závislost), které pak jedinec vyhodnocuje jako vyšší úzkostnost partnera.

Také byla potvrzena signifikantní korelace mezi Spokojeností a Vyhýbavostí partnera ( $r = -0,584$ ;  $\rho = 0,01$ ). S rostoucí vyhýbavostí partnera klesá jedincova spokojenost ve vztahu. Vyhýbavý partner nemusí být schopen nebo ochoten naplňovat potřeby a očekávání daného jedince v oblastech, jako je blízkost, podpora, intimita, projevy náklonnosti apod., což způsobí pokles spokojenosti jedince v tomto vztahu. Ovšem opět je potřeba zmínit i možnost, že vyhýbavost partnera je reakcí na dynamiku vztahu.

Další interpretací může být vliv nespokojenosti jedince na hodnocení partnera. Nespokojený jedinec (ať už je tato nespokojenost způsobena osobními, partnerskými, vnějšími vlivy, nebo vlivem jedincova stylu citové vazby) může svého partnera hodnotit jako více úzkostného, nebo naopak více vyhýbavého.

Je třeba si uvědomit, že nízké hodnoty faktorů Úzkostnost a Vyhýbavost sytí jistou citovou vazbu. Jistá citová vazba je ve většině předešlých výzkumů, zaměřujících se na citovou vazbu a spokojenost (viz Mikulincer & Shaver, 2007), spojována s uspokojivým partnerským

vztahem nebo manželstvím. Výsledky tohoto výzkumu tuto spojitost potvrzují. Nízká míra Úzkostnosti a Vyhýbavosti jedince i jeho partnera (hodnocené jedincem) značí jistější citovou vazbu a přitom silně koreluje se Spokojeností jedince ve vztahu. Faktory citové vazby se tak ukazují jako lepší prediktory spokojenosti respondenta ve vztahu než věk, pohlaví nebo druh vztahu respondenta (partnerský vztah / manželství).

Při porovnání respondentů navštěvujících poradenskou nebo psychotherapeutickou praxi a respondentů, kteří praxi nenavštěvují, bylo zjištěno, že klienti těchto praxí jsou signifikantně více úzkostní ( $P(T \leq t) = 1,92 \cdot 10^{-5}$ ) a také více vyhýbaví ( $P(T \leq t) = 3,2 \cdot 10^{-6}$ ) než jedinci, kteří klienty praxe nejsou. Nejistá citová vazba (zvýšená Úzkostnost nebo zvýšená Vyhýbavost) může zatěžovat soužití v partnerském vztahu nebo v manželství, a proto spíše nejistí jedinci vyhledávají poradenskou nebo psychotherapeutickou praxi. Dalším vysvětlením může být výše zmíněná souvislost mezi rostoucí Úzkostí / Vyhýbavostí a klesající Spokojeností. Je možné, že více úzkostní nebo více vyhýbaví jedinci jsou ve svých vztazích méně spokojeni, a proto vyhledávají poradenskou nebo psychotherapeutickou praxi. V této souvislosti je ale potřeba upozornit na fakt, že mnoho nespokojených partnerů nikdy psychologickou praxi nevyhledá, což je skupina, která v tomto výzkumném vzorku chybí. Další možností je, že jedinci, kteří aktuálně navštěvují psychologickou praxi, jsou také aktuálně více úzkostní a vyhýbaví. Tato aktuální zvýšená Úzkostnost a Vyhýbavost může být reakcí na dynamiku vztahu, která se v rámci poradenského nebo psychotherapeutického procesu může měnit. Nesmíme ale zapomínat i na testovou situaci, ve které se klienti psychologických praxí ocitají a která může dané



výsledky ovlivnit. Signifikantní zvýšená míra Úzkostnosti a Vyhýbavosti u klientů praxe může být vysvětlena i výše zmíněnými důvody souvislosti mezi Úzkostností, Vyhýbavostí a Spokojeností.

Jedinci navštěvující poradenskou nebo psychotherapeutickou praxi hodnotí své partnery jako signifikantně více úzkostné ( $P(T \leq t) = 1,2 \cdot 10^{-5}$ ) a signifikantně více vyhýbavé ( $P(T \leq t) = 5,0 \cdot 10^{-6}$ ), než jak své partnery hodnotí jedinci, kteří klienty praxe nejsou. I zde je opět možný vliv testové situace. Jiným vysvětlením může být skutečný vliv citové vazby partnera na kvalitu vztahu, což vede k návštěvě psychologa. Nebo může být zvýšená Úzkostnost a Vyhýbavost partnera jeho reakcí na dynamiku vztahu.

Dále bylo zjištěno, že jedinci navštěvující poradenskou nebo psychotherapeutickou praxi jsou ve vztahu signifikantně méně spokojeni ( $P(T \leq t) = 1,4 \cdot 10^{-6}$ ) než jedinci, kteří klienty praxe nejsou. Je možné předpokládat, že nespokojení jedinci častěji vyhledávají psychologickou praxi, aby svou neuspokojivou situaci řešili.

Na závěr diskuse bych ráda uvedla omezení tohoto výzkumného projektu, která mohla výše prezentované výsledky ovlivnit a zkreslit. Prvním omezením může být výběr výzkumného vzorku.

## ZÁVĚR

Hlavní možnost aplikace konceptu citové vazby je právě v oblasti partnerských a manželských vztahů, na které se zaměřil i tento výzkumný projekt. Pochopení témat citové vazby je důležité pro práci párové nebo rodinné terapie. Specifické principy citové vazby zahrnují též

Tento výzkum pracoval pouze s vybranými proměnnými, čímž nezachycuje všechny možné proměnné, které mohou ovlivňovat citovou vazbu a spokojenost ve vztahu.

Data ve výzkumu byla získána pouze od jednoho z partnerů a nepárovala se. Proto je nutné zdůraznit, že informace o citové vazbě partnera jsou pouze zprostředkované subjektivním hodnocením respondenta a nemusí v sobě odrážet skutečnou citovou vazbu, kterou partner může mít. Tento způsob získání dat nám ale poskytuje velice přínosné informace. Je totiž pravděpodobné, že subjektivní prožitek spokojenosti jedince je více ovlivněn jedincovým subjektivním vnímáním citové vazby partnera než objektivně zjištěnou citovou vazbou partnera. Lze též předpokládat, že s prožíváním daného jedince může více souviset jedincovo vnímání partnera než sebehodnocení partnera.

Jak již bylo zmíněno, je otázkou, zda výsledky výzkumu v sobě odrážejí aktuální stav jedince, nebo jde o jedincův dlouhodobý prožitek či rys. Zjištěná Úzkostnost a Vyhýbavost jedince i jeho partnera by mohla být pouze aktuálním stavem, který je reakcí na danou situaci, anebo jde o dlouhodobý prožitek či rys, který je odrazem stylu citové vazby daného jedince. Stejná otázka se nabízí také u faktoru Spokojenost.

oblasti, jako je přitažlivost, kompatibilita partnerů nebo partnerské konflikty (Feeney, Noller & Roberts, 2000).

Feeneyová Nollerová a Roberts (2000) vnímají velký přínos aplikace citové vazby v situacích, kdy nejistý styl citové vazby způsobuje vážné problémy ve



vztazích a je zde potřeba pozměnit pracovní modely sebe a druhých a překonat tak sebedestruktivní vzorce myšlení a chování. Za tímto účelem autoři doporučují využít terapie rozebírané Sperlingem a Lyonsem (Sperling & Lyons 1994 podle Feeney, Noller & Roberts, 2000). Tyto terapeutické přístupy lidem umožňují rozbít řetězec mezigeneračních vztahových problémů (Feeney, Noller & Roberts, 2000).

Koncept citové vazby považuji za přínosný pracovní rámec, s jehož pomocí je možné srozumitelně uchopit a vzájemně propojit různé vztahové charakteristiky a procesy. Teorie citové vazby v sobě totiž kloubí všechny aspekty partnerských i manželských vztahů, což nám umožňuje pracovat s těmito vztahovými složkami komplexně.

Koncept citové vazby je, dle mého názoru, srozumitelný a pochopitelný i pro samotné klienty, kteří tak mohou získat nový pracovní rámec, jehož prostřednictvím mohou nahlížet na svůj partnerský vztah nebo manželství. Domnívám se, že témata, jako je například intimita, láska nebo podpora, mohou být v psychologických praxích často otevírána a klienti mohou mít problém s jejich uchopením a konkrétním popisem. Rozpracování konceptu citové vazby může klientům pomoci pracovat na některých otázkách, které se v jejich vztahu mohou objevovat.

Koncept citové vazby v partnerských vztazích a v manželství by se dal velice zjednodušujícím způsobem popsat jako potřeba vzájemné citové podpory, intimity, péče, lásky, blízkosti a autonomie. Jsou-li tyto potřeby mezi partnery rozdílné (jeden z partnerů vyžaduje od druhého vyšší míru, než jakou je daný partner ochoten nebo schopen poskytnout), mohou ve vztahu vznikat konflikty a napětí. Tento koncept umožňuje klientům uchopit subjektivitu vnímané přijímané i poskytované podpory, intimity a lásky. Koncept by neměl sloužit k hledání jednoznačných příčin, ale měl by klientům nabídnout srozumitelný teoretický rámec pro práci s dynamikou vztahu a se vztahovými složkami.

Na individuální úrovni má citová vazba dopad také na způsob, jak se lidé vyrovnávají se stresujícími událostmi. I v této oblasti vnímám velký aplikační potenciál teorie citové vazby. Například v otázce bolesti a nemoci bylo zjištěno, že jedinci s úzkostnou citovou vazbou vypovídají více o svých symptomech než jedinci s jistou nebo vyhýbavou citovou vazbou. Na druhou stranu vyhýbaví jedinci nejsou moc ochotni vyhledávat zdravotní péči na rozdíl od jedinců úzkostných (Feeney, Noller & Roberts, 2000). Domnívám se, že práce s pacienty s ohledem na jejich citovou vazbu by mohla nabídnout nové pohledy na zdravotní péči.

## SEZNAM LITERATURY

1. Ainsworth, M., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a Strange situation. *Child Development*, 41(1), 49-67.
2. Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 61(2), 226-244.
3. Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson, W. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York, NY US: Guilford Press.
4. Bowlby, J. (2010). *Vazba*. (vydání 1, s. 360). Praha: Portál.



5. Crowell, J. A., & Treboux, D. (1995). A Review of Adult Attachment Measures: Implications for Theory and Research. *Social Development*, 4(3), 294-327. doi:10.1111/1467-9507.ep11633847
6. Feeney, J. A. (1999). Adult romantic attachment and couple relationships. In J. Cassidy, P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 355-377). New York, NY US: Guilford Press.
7. Feeney, J. A., Noller, P., & Roberts, N. (2000). Attachment and close relationships. In C. Hendrick, S. S. Hendrick (Eds.), *Close relationships: A sourcebook* (pp. 185-201). Thousand Oaks, CA US: Sage Publications, Inc.
8. Fraley, R. C. (2007). Attachment Theory. In R. F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Encyclopedia of Social Psychology* (Vol. 1, pp. 55-58). Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc. Dostupné z <http://go.galegroup.com.ezproxy.is.cuni.cz/ps/i.do?id=GALE%7CCX2661100042&v=2.1&u=karlova&it=r&p=GVRL&sw=w>
9. Fraley, R., & Davis, K. E. (1997). Attachment formation and transfer in young adults' close friendships and romantic relationships. *Personal Relationships*, 4(2), 131-144.
10. Fraley, R., & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review Of General Psychology*, 4(2), 132-154.
11. Funk, J. L., & Rogge, R. D. (2007). Testing the ruler with item response theory: Increasing precision of measurement for relationship satisfaction with the Couples Satisfaction Index. *Journal Of Family Psychology*, 21(4), 572-583.
12. Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal Of Personality & Social Psychology*, 52(3), 511-524.
13. Jurič, S. (2011). Difference in relationship satisfaction and adult attachment in married and cohabitating couples. *Anthropos: Casopis Za Psihologiju In Filozofiju Ter Za Sodelovanje Humanisticnih Ved*, 43(3/4), 51-69.
14. Mikulincer, M., Shaver, P. (2007). *Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change.* (578 p.) New York: Guilford Press.

#### AUTORKA:

*Mgr. Soňa Komárková*  
*Vedoucí diplomové práce: prof. PhDr. Lenka Šulová, CSc.*  
*Autorka je absolventkou jednooborové psychologie*  
*Filozofické fakulty UK. V září 2012 na katedře*  
*psychologie obhájila diplomovou práci na téma „Citová*  
*vazba v partnerském vztahu a v manželství“.*  
*Kontakt: komarkova.sona@centrum.cz*



Do redakce přišlo: 16. 1. 2013

Recenze: 4. 2. 2013

Úprava po recenzi: 3. 4. 2013

K tisku přijato 31. 7. 2013

Příloha – Kompletní znění dotazníku použitého ve výzkumném projektu v redakci.



# HISTORIE



12. konference psychosomatické medicíny Liberec 2008

## ŠAVLÍK J.: OSOBNÍ ZKUŠENOST S VÝVOJEM PSYCHOSOMATIKY V ČESKU

*Motto: „Ceterum (autem) censeo Carthaginem esse delendam“ římský senátor Cato Starší („Ostatně soudím, že Kartágo musí být zničeno“)*

Diktum, které vyslovil Cato Starší, se stalo způsobem mého přístupu k psychosomatice. Povím zde svoje zážitky a další se jistě připojí.

Svoji medicínskou dráhu jsem začal na chirurgii. Málem tragický omyl. Nešlo mi to. Naštěstí jsem těžce onemocněl a musel jsem s chirurgií přestat („vše zlé je pro něco dobré“). Začal jsem pracovat na

interně. O psychosomatiku jsem se začal zajímat v širším kulturním kontextu, 60. léta, Freud, psychoanalýza a tak. Během roku 1968 jsem začal navštěvovat „Šetkárny“, což byla pravidelná týdenní setkání přemýšlivých a kreativních gastroenterologů u doc. Jaroslava Šetky, který byl tehdy pojmem. Vtipný, nápaditý, tolerantní, vysoce profesionální. V roce 1969 se mi poštěstilo získat místo





sekundáře na 4. interní klinice a začal jsem hledat způsob, jak bych mohl začít pracovat psychosomaticky. Cenné zkušenosti jsem získal ze spolupráce s doc. Jiřím Kohoutem, který se zabýval teoreticky (monografie „Korbová, Kohout, Balaš: Patofyziologie trávicího ústrojí“, Praha 1985) i klinicky poruchami trávicího ústrojí. V té době byl mým neocenitelným učitelem Doc. MUDr. Miloš Vojtěchovský, CSc., který se tím směrem orientoval, sám svou základní profesí psychiatr s širokým záběrem-úctyhodný polyhistor – zabýval se i psychosomatikou a lékařskou etikou. Tehdy nám ředitel fakultní nemocnice zhatil možnost studovat problematiku REM spánku, kterou doc. Vojtěchovský měl. Přivedl mě na odborné schůze i kongres psychiatrické společnosti. Konzultoval jsem s ním svoje kazuistiky. Uspořádal jsem na 4. interně seminář o psychosomatice, při jehož přípravě mi byl nápomocen, a pak se i zúčastnil, aby mě podpořil. To byla první velká konfrontace. Sám jsem zdaleka nebyl expert, ale naprosté nepochopení mých kolegů, kdysi mých učitelů a vzorů, mě zaskočilo. Hermeneutický problém střetu paradigmat. Nebylo v mých možnostech vysvětlit, jaký je rozdíl mezi biologickým pojetím stresu (byť i psychického) a psychosociálními aspekty interní medicíny. Tehdy jsem přijal ono diktum: ostatně soudím, že psychosomatika musí být prosazena.

Šéf kliniky mi těžko mohl moje snahy zakázat (tehdy to ještě nebyl politický problém reakční pavědy), nicméně mu bylo zatěžko je povolit. Jak jsem uvedl, myslím, že to byla paradigmatická netolerance a zároveň otázka etologická – nemohl trpět na své klinice někoho, kdo dělá medicínu způsobem, který byl mimo jeho vědění. Jistý docent, vzdělaný a laskavý kolega, odborník ve

svém oboru, mi říkal: „Jirko, ty s tou tvojí psychovochmatikou...“

V roce 1970 se mi podařilo získat možnost pracovat ve Výzkumné laboratoři psychiatrické, kterou vedl penzionovaný profesor Vondráček a provozně řídil doc. Černý. Přezdívalo se mu VNČerný, protože byl zastáncem teorie vyšší nervové činnosti. Měl velmi dobré výsledky s hypnózou a posthypnotickou sugescí, se kterou se snažil ovlivňovat v podstatě psychosomatické příznaky. Přinesl jsem tam problematiku funkčních poruch jícnu, o kterou jsem se zajímal na klinice. Doc. Černý vypracoval techniku hypnózy s posthypnotickou sugescí, která měla zajímavé výsledky u funkčních poruch jícnu, kontrolované i rtg skiaskopií. Šlo o pacienty s kardiospasmem, jejichž příznak spočíval v polykacích obtížích. Polykání vázlo, často bylo provázeno bolestí. Obtíže se znásobovaly v případě, kdy měli jíst ve společnosti dalších lidí, tehdy nebyli schopni požit ani sousto, i bolest byla silnější. Tento příznak po terapii ustoupil (sic!). Metoda však byla v řadě případů limitována postupným vyhasínáním sugescie a opakované intervence již neměly tak dobré výsledky.

Prof. Vondráček mi velmi vstřícně umožnil otevřít psychosomatickou ambulanci. Sdělil mi, že dva úkoly ve svém profesionálním životě neuskutečnil. Psychosomatiku a psychiatrickou sexuologii. Tou se zabýval Pavel Zemek. Mě pan profesor vyslal na týdenní stáž na Institut für kortikoviscerale Physiologie und Pathologie, který sídlil v Berlíně v klinickém komplexu Berlin-Buch, jehož šéfem byl profesor Rudolf Baumann, který mě přijal velice kolegiálně a zajistil mi program individuálních konzultací.

Institut založil v r. 1956 rozšířením původního oddělení pro spánkovou terapii. Budovu institutu navrhl archi-



tekt podle Baumannových připomínek. Jeho zaměření bylo v intencích učení I. P. Pavlova na problematiku hypertenze, stresu a obecně na psychosomaticky podmíněná onemocnění a poruchy somatických funkcí. Zahrnoval laboratoř neurofyziologickou, elektrofyziologickou, kardiologickou, biochemickou, klinicko-fyziologickou a psychologickou. Mne tehdy seznámili s jedním ze svých programů, který se zabýval somatickou problematikou hypertenze a diabetu, jejichž společným psychologickým faktorem byla agresivita, zjištěná komplexním psychologickým vyšetřením. Byl jsem udiven komplexností knihovny Institutu, kde byla veškerá literatura psychoanalytická, písemnictví angloamerické, práce Viktora von Weizsäckera, respektovaného jako zakladatele německé psychosomatiky.

V Berlíně jsem navštívil v proslulém Berliner Ensemble představení hry Svatá Johanka z jatek, kterou napsal Bertold Brecht, dramatik a spisovatel oddaný myšlence socialismu. Ve stejném roce jsem byl návštěvou u svých přátel v Nordhausenu, rovněž v NDR, kteří byli členy prominentního kulturního Thomas Mann klubu. Tam jsem byl pozván na velmi utajené čtení textů absurdního dramatu, v tomto případě Beckettovo Čekání na Godota, které uskutečňovali herci místního divadla (sic!). Ideologie zde šla poněkud jinými cestami než v Československu.

Po atestaci 2. stupně jsem se rozhodl si najít místo primáře se záměrem, že v mnou vedeném zařízení si prostě psychosomatiku povolím. V r. 1976 jsem se stal primářem v nemocnici Třebotov. Později jsem ještě vykonal zkoušku z psychoterapie, k níž mě přivedla zkušenost z vlastní psychoanalýzy u vynikajícího doc. Mikoty a rovněž psychosomatická praxe minulých let. Velikou zkušeností pro mě byl i (byť nedo-

končený) výcvik ve skupinové terapii v SUR, ve skupině muzikoterapeutické, vedené Skálovým týmem.

Při cestách o dovolených v zahraničí jsem v Německu navštívil psychosomatickou kliniku v Ulmu, kde působil Thure von Uexküll (tam jsem viděl klasickou psychosomatickou stanici, organizovanou na principu terapeutické komunity), navštívil jsem psychosomatickou kliniku ve Freiburgu, lůžkové psychosomatické oddělení pracující na bázi psychoanalytické (délka hospitalizace i několik měsíců – často u nezaměstnaných), v italském Trevisu jsem viděl interní oddělení nemocnice, kde byla věnována pozornost psychosociálním aspektům hospitalizovaných pacientů. Pacient si prostřednictvím závěsů mohl vytvořit osobní prostor, každý měl svoje osobní rekvizity z domova (intuitivně objevené přechodné objekty dle Winnicotta). V Anglii jsem se poučil o systému péče praktických lékařů, kteří rovněž brali ohled na psychosociální aspekty a vlastně působili i v intencích rodinné medicíny (i když jsem byl překvapen, jak málo z komplexní medicíny jsem tam viděl).

Tyto poznatky jsem uplatnil nejprve v článku „Návrh koncepce sociopsychosomatické péče a model internisticko-psychosomatického lůžkového úseku“, publikovaném v ČLČ 1981, a potom ve vedení samostatné psychosomatické lůžkové stanice, která pracovala tři roky, než byla zrušena politickým rozhodnutím (okresním tajemníkem, který byl později postihnut za neprávem uplatňovaný titul JUDr.). O práci tohoto oddělení jsem r. 1984 publikoval dvoudílný článek „Zkušenosti z práce psychosomatického lůžkového úseku na interním oddělení“ v Praktickém lékaři (13 stran). Zde byl obsírně popsán systém práce založený na principu terapeutické komunity, včetně inovovaného denního



režimu pacientů, nového způsobu vedení primářských vizit a týmového přístupu, kde členy týmu byli kromě mne, lékaře a staniční sestry i psychiatr, psycholog, fyzioterapeutka, posudkový lékař (zvaný k určitým kazuistikám), popřípadě i obvodní lékař. Myslím, že získaná zkušenost i výsledky byly pozoruhodné. Podle tohoto modelu, se kterým se v Třebotově seznámil, pak primář Štefanovič zorganizoval v Pezinku svoje oddělení. Tehdy se mnou spolupracoval doc. Baštecký. Ten prosazoval termín „model Třebotov“. Je jeho velkou zásluhou, že organizoval celostátní psychosomatické konference, jichž jsem se pravidelně aktivně účastnil.

Od založení sekce pro studium psychosomatiky Psychiatrické společnosti ČLS v r. 1974 uspořádala tato sekce 9 celostátních (československých) konferencí vždy ve spolupráci se Společností pro studium VNČ (nyní Společnost pro psychosomatické integrace). Většina konferencí byla uspořádána ve spolupráci s dalšími odbornými společnostmi. V práci je podán přehled konferencí s nástínem tematiky na nich řešené.

- Pracovní den o psychosomatické problematice, Praha, 19. 6. 1979
- Celostátní psychosomatická konference, Řeka u Třince, 21.–22. 10. 1982
- Celostátní konference o psychofyziologii a psychosomatice, Olomouc, 12.–15. 6. 1986
- Celostátní konference psychosomatiky a psychofyziologie, Hradec Králové, 30.–31. 10. 1986
- Celostátní konference psychosomatiky a psychofyziologie, Mariánské Lázně, 29.–31. 10. 1987
- Celostátní konference psychosomatiky a klinické psychofyziologie, Třinec, 26.–27. 10. 1989
- Celostátní psychosomatická konference, Brno, 20.–22. 10. 1992

- Celostátní konference psychosomatické a behaviorální medicíny, Plzeň, 16.–18. 10. 1996
- Česko-slovenská konference psychosomatické a behaviorální medicíny, Plzeň, 24.–26. 9. 1998

Za velmi zajímavý považuji případ ruminace u mladého muže, se kterým jsem se seznámil jako s pacientem doc. Šetky. Ten jsem kazuisticky publikoval spolu s doc. Bašteckým r. 1978 v Československé psychiatrii pod titulkem „Ruminace a její komunikativní funkce“ a znovu r. 1986 pod titulkem „Ruminace jako psychosomatický fenomén“. Šlo o psychosomatickou kazuistiku par excellence.

V roce 1980 jsem publikoval v Časopise lékařů českých článek „Psychosomatická problematika v našich časopisech v letech 1968–1978“. Některé poznatky: převahu získávají nespécifické pohledy ve smyslu variací na téma stres. Také se skloňuje výčet psychosomatických chorob, jak ho uvedl Franz Alexander.

Veškeré údaje jsou v paradigmatu přírodovědeckém, mechanisticko-materialistickém.

Musím doznat své nynější překvapení nad poplatností mého textu tehdejší době. Možná mi odlehčí fakt, že r. 1989 kamarád našel v seznamech udavače, který byl na mě nasazen pod přezdívkou „Aptus“ (samozřejmě kolega z téhož zařízení). Psychosomatika byla tehdy reakční pavěda.

V podstatě veškeré publikace nesly stopy eklekticismu, původní české práce v pravém slova smyslu byly zcela ojedinělé. V průběhu desetiletí se roční počty nezvyšovaly.

- výzkum klinický 27
- výzkum laboratorní 25
- psychosomatická praxe 13
- klinická teorie 13
- sociální aspekty medicíny 17



- psychofarmakoterapie – teorie
- psychofarmakoterapie – praxe 1
- psychoterapie 5
- psychologická vyšetření 3
- organizační aspekty 3
- práce na pomezí 21

počet celkem 157

Na konci 80. let jsem se věnoval teorii systémů a systémovému přístupu v medicíně, z té doby jsou články „Systémový přístup a medicína“ v ČLČ 1990 a v Praktickém lékaři „Systémový přístup k terapii a prevenci ischemické choroby srdeční a zejména infarktu myokardu“ v r. 1993. V témže roce jsme s Jaroslavem Bašteckým a Jiřím Šimkem připravili monografii „Psychosomatická medicína“, tehdy to byla první taková monografie v českém písemnictví.

Postupně jsme Dr. Šimek, Dr. Honzák i já obhájili kandidátskou práci s psychosomatickou tematikou, já v roce 1994 na téma „Psychosomatická problematika peptického vředu duodena“. Shodou okolností byl v té době objeven *Helicobacter Pylori*, bakterie účinkující rozhodným způsobem v etiopatogenezi peptického vředu duodenálního, na kterou všichni gastroenterologové přísahali. O to těžší bylo obhájit psychosomatickou práci na toto téma.

Rád bych citoval některé informace Jaroslava Bašteckého z článku „Třicet roků činnosti psychosomatické sekce Psychiatrické společnosti ČLS“. V roce 1974 byla založena komise pro studium psychosomatiky „téměř současně s komisí klinické psychofyziologie, jež navázala na činnost dřívější kortikoviscerální komise Společnosti vyšší nervové činnosti ČLS, ta se od r. 1990 nazývá Společností pro psychosomatické integrace ČLS a v jejím rámci pracuje sekce pro neurohumorální integrace a behaviorální medicínu.“

„Naše komise získala později statut sekce, která měla k 31. 12. 1989 180 členů. V r. 1990 se ustavila sekce psychosomatické a behaviorální medicíny v rámci Slovenské internistické společnosti a současně byl konstituován Kabinet psychosomatické a behaviorální medicíny slovenského Institutu pro další vzdělávání lékařů v Bratislavě. Z tohoto je vidět rozdílný přístup oproti České republice, kde Internistická společnost ČLS zmařila funkční specializaci z psychosomatické a behaviorální medicíny, kterou naše sekce koncipovala.“

Od 70. let až dosud soustavně pracuji psychosomaticky, nyní tedy v intencích komplexní nebo celostní medicíny. Z toho tři roky v Třebotově a čtyři roky na klinice pracovního lékařství na Vinohradech jsem vedl psychosomatickou lůžkovou stanicí.

Téma psychosomatická medicína mělo v Československu a potom v Česku svůj specifický vývoj. Především nutno konstatovat, že přírodovědecké, mechanisticko-materialistické, pozitivistické paradigma panovalo jako prakticky nepřekročitelné ve všech variacích na toto téma.

Počínaje učením I. P. Pavlova. Korbová et al: „Porušenými funkcemi centrálního nervového systému nebo chorobami centrálního nervového systému a jejich vztahem k porušené funkci tavicího ústrojí se zabývá psychosomatika nebo cerebroviscerální medicína (dříve zvaná kortikoviscerální teorie vzniku některých somatických chorob)“.

V podstatě příbuzným a velice vlivným oborem se ve Spojených státech stala behaviorální medicína, která svými epidemiologickými studii přinesla veliký pokrok do studia aterosklerózy, zejména v její lokalizaci v koronárním řečišti. Stále je jedním ze způsobů studia



psychosomatických poruch, nyní v podobě přístupu kognitivně-behaviorálním.

Velmi vlivné byly také poznatky o limbickém systému a s tím související objevy např. neurohumorální regulace zažívacího traktu. V té době existovala u nás v jakémsi poloutajení klasická psychoanalýza, a byla tedy později i známa koncepce psychosomatiky Franze Alexandra se specifickými psychosomatickými chorobami. Jako „velký třesk“ zapůsobila r. 1977 bio-psycho-sociální teorie, kterou formuloval G. L. Engel. Stala se jasným a srozumitelným návodem, jak v medicíně „psychosomaticky“, či vlastně „celostně“ myslet.

Toto vše však bylo v intencích pozitivistického materialisticky mechanistického paradigmatu. Velmi vlivné a vlastně větším dílem mimo pozitivistické paradigma bylo učení Viktora von Weizsäckera, který je považován za zakladatele německé psychosomatiky. Ve 30. letech publikoval práce k lékařské antropologii a uveřejnil svůj koncept „tvarového kruhu“ (Gestaltkreis), těsného propojení mezi vnímáním a pohybem. Hlavním Weizsäckerovým cílem byla „humanizace“ medicíny, uznání pacienta jako lidské osoby a respekt k jeho vlastnímu duševnímu životu. Proto se snažil medicínský pohled na člověka zasadit do širšího rámce antropologie, celkové vědy o člověku, včetně jeho transcendentní stránky. Weizsäckerovo hlavní dílo „Der Gestaltkreis“ začíná slavnou větou: „Kdo chce zkoumat živé, musí se sám na životě podílet“. V našem

MUDr. Jiří Šavlík, CSc.

Přijato 19. 2. 2013  
Zařazeno 31. 7. 2013

písemnictví nezanechal význačnější stopu, nepochybně kvůli jazykové bariéře. Jeho texty nebyly snadno čitelné.

Je nutno zdůraznit, že veškeré důležité informace byly zpočátku zejména v německém a anglickém písemnictví, u nás špatně dostupném.

V současné době se jasně vynořuje možnost jakéhosi „biparadigmatického“ přístupu, realizovatelného týmovým způsobem práce. Klasická biologická medicína je nesporným základem klinické diagnostiky a terapie. Psychoterapeutický přístup je rovnocenným partnerem v tomto týmu. Toto je i moje někdejší zkušenost z Třebotova.

Teprve fenomenologická a daseinsanalytická filosofie a paradoxně lidová (zdaleka ne všechna alternativní) medicína přivedly do této oblasti „přirozený život“, jak o něm hovoří Edmund Husserl v knize „Krise evropských věd a transcendentální fenomenologie“. Hlubokým vhledem do něho jsou například přísloví, rčení a úsloví, metafory. Velice rád je používám, protože pacientům často zprostředkovávají náhled. Podobně fungují „vtipy“, anekdoty nesoucí v sobě tradici lidového jazyka.

Husserl „bojuje proti nebezpečnému přetechnizovanému myšlení-nemyšlení lidí. Husserl nemá na mysli pouze krizi moderní přírodovědy a duchovědy, ale kritický stav evropského duchovního života, jenž souvisí s kulturou, politikou, dějinami a sebepochopením evropského lidstva.“ (Wikipedie).



# Z KONFERENCÍ



## KODYŠOVÁ E., MROWETZ M.: CO SE DĚJE V ČESKÉM PORODNICTVÍ – MEZI DÍTĚTEM, MATKOU A PORODNÍKY?

*Motto:*

*„Pokud bychom dokázali zajistit, aby každé dítě bylo milováno a chtěno od samého začátku, aby bylo ctěno a aby úcta k životu byla jednou z nejvyšších lidských hodnot, a pokud bychom dokázali optimalizovat prenatální a perinatální stadia života bez narušení základních potřeb, bez agrese a psychotoxických vlivů, výsledkem bude společnost bez násilí. Tak, jak jednáme se svými dětmi, budou naše děti jednat se světem. A to zahrnuje i dítě ještě nenarozené.“*

*Prof. MUDr. PhDr. Peter Fedor-Freyberg, gynekolog, porodník a dětský psychiatr*



Situaci v jednání o českém porodnictví dnes dobře vystihuje slovo „rozjitrěná“. Ačkoli označuje stav, který je sám o sobě nepříjemný, slovo „jitro“, od kterého se odvozuje, snad dává naději na nový začátek. Po ukončení činnosti první pracovní skupiny na MZ a zahájení činnosti druhé skupiny, která však již nezahrnovala zástupkyně příjemkyň péče, porodních asistentek, dul, zmocněnkyně pro lidská práva a organizátora jihlavské konference prof. Roztočila, se diskuse o porodnictví zřejmě vrátila tam, kde byla i předtím – do rukou lékařů.

Na 2. jihlavskou konferenci fetomater-nální medicíny, jež nesla podtitul „Psychosociální otázky porodnictví“, každá z nás jela nejen s odborným příspěvkem, ale i se zájmem dozvědět se, jak se porodníci a porodní asistentky dívají na současné společenské vření týkající se jejich oboru a jak přijímají a komentují otázky spojené s psychosociálními aspekty jejich práce – tedy s oblastí, která spadá do naší profesní kompetence.

Okolnosti poskytování porodní péče však nakonec nebudily takové vášně, jak by odpovídalo výsledku diskuse na Ministerstvu zdravotnictví. MUDr. Křepelka ve svém příspěvku připustil, že pro vybranou část rodiček s nízkým rizikem má podle závěrů EBM (evidence-based medicine) plánovaný porod v domácnosti podobná rizika úmrtí či poškození novorozence jako porod v nemocnici, s výhodou nižšího výskytu některých porodnických zákroků či komplikací. Doc. Binder projevil názor, že způsob porodu v dnešním porodnictví ustupuje do pozadí, a tak by měla mít žena, která si to přeje, možnost porodit elektivním císařským řezem. Současnou epidemií sekcí podle něj zavinili sami porodníci, především neochotou umožnit vaginální porod ženám po předchozím císařském řezu či

ženám s dítětem v poloze KP či s dvojčaty. Také zdůraznil, že bonding – čili podpora rané vazby – by měl být normou. MUDr. Brtnický vystoupil jako zástupce mladých lékařů v porodnictví a představil postoje svých vrstevníků k porodnímu plánu a jeho některým častým sporným bodům, jako je požadavek ženy vyhnout se episiotomii či porodit dítě koncem pánevním vaginálně. Jeho závěry dávají naději, že mladí zdravotníci jsou vůči přáním rodiček otevřenější.

O to bouřlivější diskuse vypukla po příspěvcích popisujících právní a psychosociální aspekty porodní péče. Podle jednoho z diskutujících se úvodní příspěvek zmocněnkyně pro lidská práva Moniky Šimůnkové (přednesený Mgr. Anetou Plavinovou) o lidských právech v porodnictví příliš zaměřoval na práva rodičky a narozeného dítěte a opomíjel právo lékaře vykonávat svou práci tak, jak byl školen, a právo nesplnit přání pacienta v případě, je-li v rozporu s péčí dle zásad lege artis.

Dr. Čepický se v dalším příspěvku snažil posluchače ujistit, že psychologie porodu neexistuje a že prostorové uspořádání matky a dítěte (čili separace) jejich citovou vazbu nijak neovlivňuje – a to i navzdory řadě výzkumů, které se psychologickému zkoumání porodního zážitku a vlivu raného kontaktu matky s dítětem věnují.

Přístup zdravotníků je významný pro ženu výslednou spokojenost s porodem, ale i např. pro její rodičovské sebevědomí a schopnost adekvátně pečovat o novorozené dítě a dobře a dlouho kojit. Proto byl zmiňován hned v několika příspěvcích, přednesených jak lékaři, tak psychology.

Příspěvek Mgr. Michaely Mrowetz o nutnosti podpory rané vazby mezi mat-



kou a dítětem jako možné prevence posttraumatické stresové poruchy po porodu byl přijímán bez obvyklých disociací a odmítavých postojů. V tématu nutnosti podpory rané vazby se eliminace škodlivé separace dítěte od matky jako důsledek totalitních vzorců ve zdravotnictví stala již tématem, které se zdá být dobře akceptováno.

V řadě příspěvků ale navíc zazněl návrh podpořit komunikační dovednosti zdravotníků na porodním sále a oddělení šestinedělí, aby dokázali citlivěji reagovat na ženino chování při porodu, povzbudit ji, dát jí přiměřené množství informací a podpořit ji v kompetentní péči o novorozence. Nejobvyklejší reakce na tento návrh zněla: „Ano, ale ať se naučí komunikovat také rodičky!“

Nejvíce animozity vyvolal nejspíše příspěvek Mgr. Ley Takács o spokojenosti rodiček s jednotlivými aspekty psychosociálního klimatu porodnic. Objevovaly se bagatelizující reakce jako „lidé dnes nejsou spokojení s ničím“, či „rodičky přece nemůže rušit stud před cizími, podívejte se na to, kolik těhotných dnes odhaluje pupek“. MUDr. Navrátilová ve svém příspěvku v tomto duchu uvedla, že „porod není zážitková turistika“. V kontextu reality tzv. porodní turistiky z motivu vyhnout se předchozí traumatizující zkušenosti či z obav pramenících z pověsti porodnice, kdy těhotné hledají bezpečí v porodnici s lepší pověstí, vyznívá toto tvrzení bohužel banálně.

Příspěvek Mgr. E. Kodyšové o centrálním působení oxytocinu při porodu na percepci rodiček zdůraznil roli, kterou hraje pocit důvěry a bezpečí při porodu. Díky oxytocinu vnímají rodičky totiž velmi citlivě negativní emoce zdravotníků, jako hrozbu a stres. Za nepříznivé psychosociální klima v porodnici a za nedůvěru rodiček vůči zdravotníkům

jsou však podle některých účastníků zodpovědné z velké části i dudy či další doprovod ženy. Potleskem byl odměněn příklad narušení důvěry na porodním sále, který uvedla jedna z účastnic: dula rodící ženu navede, aby daný zákrok odmítla, a ona to udělá. Následně vyzvala ostatní, aby se přihlásili, pokud s tím mají také zkušenost. To lze charakterizovat jako reakci velkého ohrožení profesionálky, která povolávala další spoluohrožené k zmírnění své úzkosti, místo aby se zamyslela nad tím, proč žena v popsané situaci hledá podporu u doprovodu.

S přijetím se zcela nesetkal ani návrh doc. Šimka vypracovat s každou ženou před porodem porodní plán, který „není o tom, co bude, ale o tom, co si žena přeje“. Porodní plán prý nefunguje, protože žena si pak při porodu stejně rozmyslí, že nechtěla anestezii, popřípadě se porodník rozhodne plán nerespektovat, protože neodpovídá jeho zkušenostem s vedením porodu.

Zajímavý byl rozpor závěru přednášky dr. Čepického o tom, že je nutno se chovat k rodičkám slušně, s jeho chováním v jednom okamžiku diskuse. To nejenže překračovalo rámec společenské konvence v primárních formálních očekáváních, ale i narušovalo fyzickou autonomii spolupřednášející, již se opakovaně snažil vytrhnout mikrofon z rukou.

Někteří diskutující v kuloárech reflektovali, že se cítí komfortněji a bezpečněji, mohou-li poskytovat péči tak, jak to nejlépe umějí. Požadavky rodiček na „alternativní vedení porodu“ (tedy přístup vycházející z podpory fyziologického porodního procesu) ohrožují pocit sebe-důvěry zdravotníků, kteří s vyčkáváním a podporou fyziologie porodu nemají zkušenosti. To pak zjevně vede i k většímu či menšímu vyostření komunikace





mezi zaskočenými zdravotníky a rodičmi ženami či jejich doprovodem.

Taková reakce zdravotníků je ve stresové situaci, kterou pro ně porod představuje, pochopitelná. Překvapivější je ale zmíněná snaha bagatelizovat prožitek a názory rodiček a svádět zodpovědnost za nepříznivou atmosféru na porodním sále na rušivé elementy (tedy dudy a doprovod ženy), respektive přímo na rodičku samotnou. Domníváme se, že tyto postoje – spolu s již citovaným voláním po právech lékařů – jsou svědectvím hluboké vnitřní krize, totalitních způsobů, kterým dochází dech a které již nejsou adekvátním způsobem reagování. Stejně jako celá společnost, i porodnictví se dnes, 20 let po totalitě, nachází v jakémsi posttotalitním pubertálním zrání. Buď se vydá cestou „totalitního rodiče“ se všemi jejími neefektivními přístupy, jak nám 20. století ukázalo, anebo se jako ten Honza vydá do světa na zkušenou, přinese osvědčené způsoby a dobude princeznu.

V takovém případě dokáže vyslechnout i jakýkoli hlas zvenčí (ať už rodiček, psychologů či právníků) vyjadřující se k práci porodních asistentek a lékařů jinak než pochvalně. Zdravotníci v porodnictví, jak několikrát vyslovili na dané konferenci a jak autorky často při svých přednáškách a workshopech pro zdravotníky slýchávají, dlouhodobě nenacházejí saturaci svých emočních potřeb – být oceňován, dělat smysluplnou práci, být respektován a milován. Namísto toho se doslechne jen o důrazu na prožitek a spokojenost rodičky i dítěte, a o jejich dlouhodobém významu, což je irituje.

V dnešní psychologii lze najít podobnou (a velmi příhodnou) paralelu v dlouho přetrvávajícím důrazu na „správnou péči“ o dítě, který však nereflektoval emoční potřeby pečovatele, tedy rodiče.

Upínáme nyní přehnanou pozornost na rodičku, a přitom přehlízíme potřeby zdravotníků?

Jedna z autorek tohoto textu publikovala loni článek s názvem „Mateřská péče o matku“, kde upozorňuje na význam laskavé a respektující péče o rodičku, která pak ženě umožňuje s laskavostí a respektem pečovat o vlastní dítě – především pokud ona sama zkušenost s laskavou péčí postrádá. Je možné, že porodní asistentky a lékaři také potřebují nejprve saturaci laskavou a respektující péčí, aby ji mohli poskytovat dál, rodičím ženám?

Vděčným objektem a zdrojem emoční saturace může být pro některé zdravotníky novorozenec. Ten představuje magickou skutečnost nového života, nové stvoření, které se právě začíná seznamovat se světem, které tu ještě nikdy nebylo. Sami zdravotníci někdy přiznávají, jak je pro ně kontakt s novorozencem uspokojivý a příjemný. Navzdory proklamovaným snahám o podporu bondingu jsou tak právě narozené děti stále v mnoha případech zdravotníky odnášeny – k vyšetření, umytí či za jiným účelem. Mnohdy jde právě o saturaci jejich separací zraněných potřeb, která bohužel vede k předávání traumatu separovaným rodičům a dětem.

Druhá autorka vypracovala proto pro původní pracovní skupinu společně s pediatričkou metodiku k podpoře raného kontaktu mezi dítětem a jeho rodinou v jakékoli situaci v porodnictví. Původní skupina navrhovala ve svých závěrech

<sup>1</sup> Kodyšová, E. (2012). Mateřská péče o matku. *SOFT-Forum* [Online], 10 (1), 6. Dostupný z WWW: < [http://www.soft-os.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=108&Itemid=43](http://www.soft-os.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=108&Itemid=43) >.



metodiky k přijetí do ošetrovatelských postupů. Po jejím rozpuštění autorka zaslala metodiku i do nové pracovní skupiny, pracovnice MZ však neodpověděla. Metodika společně s článkem vychází v červnovém čísle časopisu *Pediatric pro praxi* pod názvem „Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma – chiméra, či realita budoucnosti?“<sup>2</sup>

Podívejme se proto na to, zda zdravotníci opravdu mohou dostat emoční péči od rodiček, či zda si mohou saturovat své nenaplněné emoční potřeby péčí o nezdravě separované novorozence.

Žena při porodu je díky porodním bolestem a působení porodních hormonů ve stavu snížené sebekontroly, nachází se tedy v jakési částečné a přechodné regresí. MUDr. Navrátilová ve svém příspěvku mj. uvedla, že se jí osvědčuje při práci s rodičkami používat komunikační techniky, které se naučila používat v komunikaci se svými malými dětmi. To je velmi trefné a zároveň účinné – stejně jako děti dokážou i rodičky zpracovat a pochopit zejména jednoduché a podporující informace a potřebují útěchu i podporu při vyčerpání.

<sup>2</sup> Mrowetz, M., Peremská, M. (2013). Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma – chiméra či realita budoucnosti? *Pediatric pro praxi*, 14(2): v tisku.

Další zdroje: Mrowetz, M. (2013). Posttraumatická stresová porucha (PTSD) po porodu – diagnostika a terapie. *Psychiatria – psychoterapia – psychosomatika*, 20 (1), 59-64.  
Takács, L., Seidlerová, J., Horáková Hoskocová, S., Šulová, L., Štětovská, I., Zejdová, H., Kolumpková, M. (2012) *Psychosociální aspekty v současném českém porodnictví. Kvalita perinatální péče očima rodiček*. Praha: FF UK.

Regrese u porodu je však pro řadu rodiček sama o sobě velice stresující, a nedostatek informací o tom a kontroly toho, co se s nimi děje, jejich stres ještě zvyšují. Pravidelné informování, že je vše v pořádku a co se bude dít v nejbližších chvílích, je proto nedocenitelné. Úspěšné emoční provedení ženy i jejího dítěte porodním procesem – tedy uklidnění a ujištění ve chvílích, kdy úzkost a pocit zahlcení porodem stoupá – je velmi uspokojivým a saturujícím zážitkem i pro poskytovatele péče.

Okamžitě po narození dítěte potřebují ženy, aby o ně a jejich děti pečovali zdravotníci společně. Společná péče a zdůraznění rodičovské kompetence novopečené matky efektivně podpoří i její rodičovské sebevědomí. Naopak poukazování na její neschopnost provést správně úkony péče o dítě její kompetence a sebevědomí narušují. Péče o děti a jejich rodiče jako jednu jednotku posiluje také kompetence zdravotníků a léčí generačně přenášené kolektivní trauma ze separace a institucionalizační výchovy. Vhodná komunikace zdravotníků a jejich podpora rodičovských kompetencí novopečených rodičů se pozitivně odrazí i na zdraví nově narozených dětí.

**Rodička však nemůže reagovat na emoční potřeby poskytovatele péče - na to nemá kapacitu.** Rodička rodí své dítě a chce se o něj starat, což jí odčerpává více sil, než si kdy myslela, že má. *Pokud reaguje na emoční potřeby ostatních – tedy začne se chovat tak, jak předpokládá, že se od ní očekává – porod začne váznout a rodičovské kompetence jsou narušeny.* Popsané jevy vedou přitom k přímému ohrožení matky i dítěte a nesou s sebou zvýšené riziko zámků do porodního procesu. Opravdu tohle personál porodnic chce?

Co tedy s tím?



V první řadě je třeba, aby sami zdravotníci své emoční potřeby (bezpečí, uznání) na porodním sále a oddělení šestinedělí otevřeně pojmenovali. Jejich popírání a popírání pocitů, které v nich některé rodičky vyvolávají, není znakem profesionality. Naopak jim brání v profesionálním chování.

Proto opakujeme, že z důvodu výše uvedené emoční náročnosti práce v porodnictví jsou supervize a podpora psychosociálních dovedností u zdravotníků v porodnictví velmi žádoucími opatřeními, stejně jako ošetření a ukotvení znalosti právního minima zdravotnických profesí. Zdravotníci jsou ve vztahu k rodičím ženám a rodičím se dětem především profesionálové, a k jejich úkolům patří tedy i udržování emoční integrity ve vztahu k ženám i dětem a rozvoj dovedností pro komunikaci s nimi. Tak se naučí vhodně reagovat i na ty ženy, které překračují jejich hranice – ať už profesní (v oblasti podpory fyziologického porodu), či osobní (nevhodnými výroky a výrazy, chováním či prožíváním). Důležitá je i podpora dovedností pro účinnou psychohygienu a prevenci syndromu vyhoření, který je ve zdravotnictví velmi častým jevem. Klid a jistota přinese zdravotníkům i emoční komfort pro důležitou práci u medicínsky náročných případů.

Nadějně proto vnímáme fakt, že stále narůstá skupina především mladých lékařů, mezi přednášejícími zastoupenými především dr. Brtnickým a dr. Navrátilovou, a také porodních asistentek, kteří mají zájem přijmout a pracovat své obtíže v komunikaci s rodící ženou (a následně s matkou i jejím novorozeným dítětem) a pro které nebudou představovat pohledy a názory ostatních ohrožení.

Bezpečí pro konzumenty i poskytovatele zdravotní péče zajistí podpora procesů bezpečné vztahové vazby, a to jak mezi rodiči a jejich dětmi, tak mezi poskytovateli péče a jejich příjemci. Podpora rodičovské kompetence v bezpečné obrazné náručí zdravotníků, kteří budou kompetentně pečovat o své emoční zdroje (zajištěním supervize, odborné znalosti i právního minima svých profesí), a tím zvýší bezpečí všech zúčastněných.

Stojí také za zamyšlení, zda by snížení počtu zdravotníků pečujících o ženu a zavedení kontinuální péče o ženu v těhotenství, při porodu a v šestinedělí i o narozené dítě neprospělo také zdravotníkům samotným. Užší a osobnější kontakt s danou ženou jim umožní lépe pochopit její chování při porodu a zároveň získat větší uspokojení ze své práce.

#### AUTORKY



<- **Eliška Kodyšová**, doktorandka sociální psychologie na FF UK. Realizovala výzkum a dokončila dizertační práci na téma „Vliv sociálně psychologických aspektů porodního zážitku na ranou rodičovskou self-efficacy prvorodiček“.

**Michaela Mrowetz**, klinická psycholožka a soudní znalkyně, spoluautorka knihy „Bonding – porodní radost“ a autorka či spoluautorka odborných i populárních publikací na téma podpory rané citové vazby a porodního traumatu. ->



Přijato dne: 8. 8. 2013  
Zařazeno k tisku: 31. 7. 2013

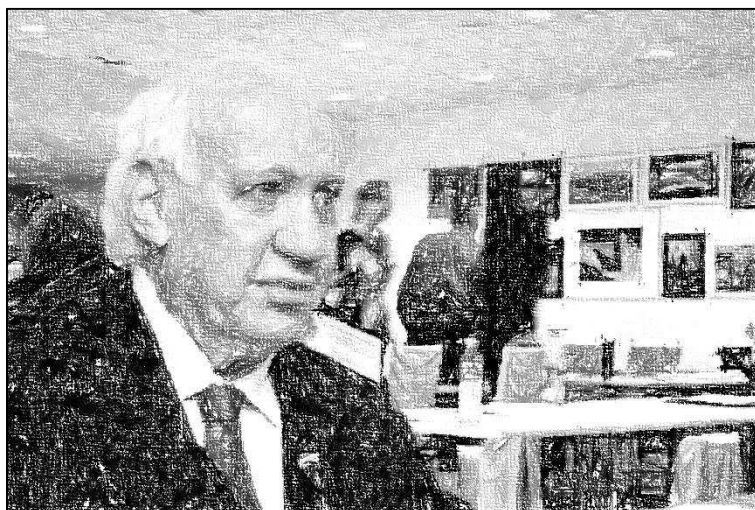


## HAŠTO J., HRUBÝ R., LIPTÁVKOVÁ S.: PRENATÁLNE DIEŤA: SPRÁVA Z KONFERENCIE

Termín „prenatálne dieťa“ celosvetovo zaviedol profesor Peter G. Fedor-Freybergh M.D., Ph.D., Dr.h.c. mult. Tento pojem súvisí s jeho koncepciou kontinuity ľudského života a tzv. primárneho dialógu medzi matkou a dieťaťom, v ktorom priznáva dieťaťu, už pred narodením, vysoké kompetencie vo všetkých jeho funkciách od počatia v ich nedeliteľnej kontinuite s rozvojom a dynamickými zmenami počas celého života. Profesor pôsobí ako riaditeľ

Ústavu pre prenatálnu a perinatálnu psychológiu, medicínu a integrované neurovedy na Vysoké škole zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety.

Záujem o komplexnú bio-psycho-sociálnu problematiku prenatálneho obdobia vyústil do série odborných konferencií a 11. až 12. júna 2013 sa pri vodnej priehrade Kráľová v stredisku vzdelávania a oddychu Kaskády, Galanta konal 7. ročník tohto podujatia – konferencia Prenatálne dieťa 7.



Prof. Peter G. Fedor-Freybergh, M.D., Ph.D., Dr.h.c. mult.

Konferenciu *Prenatálne dieťa 7* spoločne zorganizovalo viacero subjektov: Spoločnosť priateľov detí z detských domovov Úsmev ako dar, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Ústav prenatálnej a perinatálnej psychológie, medicíny a integrovaných neurovied, Katedra prenatálnej a perinatálnej psychológie, medicíny a sociálnych vied VŠZaSP sv. Alžbety, Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek a Fórum riaditeľov a zamestnancov detských domovov. Hlavnou témou bola **Vzťahová väzba a násilie**. K tejto proble-

matike prednieslo svoje prednášky 16 prednášajúcich profesionálov z oblasti psychiatrie, psychológie a sociálnej práce. Publikum tvorili prevažne odborníci pracujúci v rôznych sférach starostlivosti o deti.

Akýmsi neustále prítomným predpokladom, ktorý zaznieval zo všetkých príspevkov, bolo presvedčenie, že prenatálna fáza ľudského života je kritickým obdobím vývoja, v ktorom sa formujú nielen naše telesné orgány, ale aj naša myseľ. Práve tu vznikajú základy



pre náš neskorší fyzický, emocionálny, mentálny i sociálny život. Majú tu korene aj také psychosociálne fenomény, ako sú životné presvedčenia, postoje či etické normy. Veľmi zreteľne sa tu ukazuje previazanosť všetkých rovín našej existencie: od biochemickej, neurologickej, endokrinologickej cez psychologickú až po sociálnu. Jedna od druhej sa nedajú oddeliť a spolu vytvárajú to, čo nazývame kontinuum ľudského života.

Koncept vzťahovej väzby, formulovaný anglickým pedopsychiatrom a psychoanalytikom Johnom Bowlbom v roku 1958, je dnes už odborníkom dobre známy. Jeho špecifiká spolu s charakteristikou senzitivného rodiča v postnatálnom období predstavil psychiater Doc. MUDr. Jozef Hašto, PhD. Zdôraznil potrebu vnímania signálov, ktoré k nám dieťa vysiela, ich správnej interpretácie a promptnej a primeranej reakcie. Na otázku, či môžeme o vzťahovej väzbe hovoriť už v prenatálnom období, odpovedal:

*„Zo strany matky úplne jednoznačne, ale aj zo strany dieťaťa. Pohoda tehotnej matky sa dá považovať tiež za jeden z predpokladov pohody prenatálneho dieťaťa.“*

Doc. MUDr. Jozef Hašto, PhD., sa zaoberal otázkou, či vieme definovať „dostatočne dobrého“ rodiča, ako to súvisí s komplexnou empatiou, teda mentalizačnou schopnosťou, oxytocínom a budúcou odolnosťou v dospelosti.

Vo svojom príspevku konštatuje, že rodič nemusí byť „dokonalý“ a väčšinou ani nie je, stačí keď je dostatočne dobrý, čiže keď väčšina interakcií s dieťaťom je vydarená, harmonizujúca. Výskumami sa podarilo identifikovať hlavné znaky takéhoto senzitivného správania matky:

- je pozorná, vníma signály od dieťaťa,

- správne ich vyhodnocuje, teda dospieva k tomu, čo dieťa aktuálne potrebuje, súčasťou toho je intuitívne vžívanie sa do sveta dieťaťa,
- promptne, bez zbytočných odkladov reaguje na dieťa,
- reakcia je primeraná k situácii a veku.

Tieto poznatky sa okrem iného podarilo získať analýzami správania matky, ktorej dieťa malo v prvom roku života zistenú bezpečnú vzťahovú väzbu. Teda optimálny základ do ďalšieho života. Bezpečný typ vzťahovej väzby uľahčuje rozvinutie komplexnej empatie a vytváranie uspokojivých dôverných vzťahov aj v dospelosti. U takýchto jedincov sa zisťuje nižšia morbidita na psychické a psychosomatické poruchy. Je to zrejme podmienené lepšou vybavenosťou na zvládanie a riešenie konfliktov a stresorov, sú v živote odolnejší. Naopak, vyššia morbidita sa zisťuje u neistých ambivalentných alebo dištancovaných a osobitne u dezorganizovaných typov vzťahového správania. Za dezorganizovanými je obvykle nejaká forma traumatizácie: emočného alebo fyzického týrania, zanedbávania alebo dokonca sexuálneho zneužívania.

Už najranejšie primerané interakcie (v prvých 90 minútach po pôrode), zrejme za účasti oxytocínu so svojimi oxytocínernými projekciami v CNS, aktivujú kvalitu v interakcii matka-dieťa, zistiteľnú ešte po roku oproti kontrolám.

Poznatky z výskumov vzťahovej väzby (attachment) majú význam pre preventívne utváranie praxe gynekológov-pôrodníkov, neonatológov, psychiatrov, psychoterapeutov a pre rozhodovanie budúcich rodičov.

Hlavné tématické ohnisko v rámci témy *Vzťahová väzba a násilie* predstavovala problematika psychickej traumatizácie a



emočného preťažovania dieťaťa. Pre dieťa je zvlášť tragická situácia, keď je opakovane traumatizované najbližšou vzťahovou osobou, u ktorej má tendenciu hľadať ochranu a upokojenie. Vyústenie do dezorganizovaného typu vzťahovej väzby znamená aj zvýšenú vulnabilitu pre neskoršie psychické, psychosomatické ochorenia a nezdravé životné štýly skracujúce život.

Traumatizované však môže byť nielen dieťa už narodené, ale aj dieťa v prenatálnom období, a to v dôsledku vystavenia matky stresovým situáciám počas tehotenstva. Samostatnú kapitolu predstavuje trauma separácie pri pôrode, ktorá má svoju prirodzenú i neprirodzenú (inštitucionálnu) rovinu. Problematiku odlúčenia dieťaťa od matky pri pôrode ozrejmila prítomným česká psychologička Mgr. Michaela Mrowetz.

Prednášajúci sa tiež dotkli témy transgeneračného prenosu traumy. Výskum v tejto oblasti ukazuje, že posttraumatická stresová porucha sa týka nielen samotných účastníkov traumy, ale môže mať vplyv aj na ich potomkov. Bežne sa hovorí, že skúsenosť je neprenosná, no neurovedy ponúkajú aj v tejto oblasti nové poznatky.

Psychiater MUDr. Radovan Hrubý, PhD. sa vo svojej komplexnej prednáške venoval najnovším poznatkom neurovedského výskumu v oblasti vývoja mozgu a ľudskej mysle už v prenatálnom období. Vo vzťahu k efektu psychicky traumatizujúcich životných okolností resp. faktorov na človeka už v prenatálnom období jeho života uviedol nasledujúce:

*„Významný rozvoj moderných neurovied prináša nové poznatky o neurobiologických dôsledkoch traumatizujúcich životných okolností, ktoré sa pri*

*určitej konštelácii môžu prenášať aj na ďalšie generácie. Výskumy napríklad ukazujú, že ak bola matka alebo aj iní predkovia dieťaťa vystavení ťažkému a dlhšie trvajúcejmu stresu, môže to viesť k vyššej náchylnosti dieťaťa k výskytu určitých psychických porúch alebo zmenám jeho reaktivity na stresujúce podnety a záťažové životné situácie. Jedným z veľmi prínosných a intenzívne sa rozvíjajúcich vedeckých odborov, ktoré prinášajú mimoriadne zaujímavé zistenia v tejto oblasti, je epigenetika. Zjednodušene povedané nám vysvetľuje, ako faktory vonkajšieho prostredia dokážu zmeniť aktivitu génov našej DNA bez toho, aby došlo k zmene genetickej informácie. Ide napríklad o situáciu, keď bola matka v priebehu tehotenstva vystavená nadmernému stresu alebo traumatizujúcim životným okolnostiam.“*

Epigenetické výskumy ukazujú, že za takýchto okolností je možné, že v DNA matky ale aj v DNA jej dieťaťa ešte počas vnútromaternicového vývoja môže dôjsť k dodatočným úpravám častí DNA, ktoré ovplyvňujú aktivitu určitých génov, napríklad aj takých, ktoré ovplyvňujú naše správanie. Takto teda môže dochádzať aj nepriamo, vplyvom faktorov prostredia, k ovplyvneniu aktivity príslušných génov a ukazuje sa, že takéto indukované vzorce ich aktivácie alebo deaktivácie sa môžu prenášať aj na ďalšie generácie. Práve tieto zistenia prispievajú k ďalšiemu pochopeniu súhry mnohých faktorov, ktoré sa uplatňujú pri formovaní základných osobnostných charakteristík jedinca, ale aj pri vzniku psychických porúch. Samozrejme, ide len o časť mozaiky, ktorá sa nám postupne odкрýva s pribúdaním poznatkov z rôznych oblastí vedeckého bádania. Čím dôkladnejšie poznávame faktory, ktoré sa uplatňujú pri vzniku psychických



porúch, tým účinnejšie dokážeme zasahovať do ich liečby, ale aj prevencie. Dnes je nespochybniteľné, že mimoriadne dôležitým obdobím, kedy dochádza k interakcii týchto mnohokrakých faktorov, je práve prenatálne obdobie ľudského života.

Objavujú sa aj výskumné práce, ktoré naznačujú, že zvýšené genetické riziko, teda potenciálnu náchylnosť k rôznym chorobám či patológiám, dokáže „prepísať“ harmonická skúsenosť z raného detstva. Ak má dieťa pri sebe starostlivého a senzitívneho rodiča, má veľkú šancu, že bude psychicky odolné, aj napriek nepriaznivým prognózam.

Praktické workshopy konferencie sa zamerali, okrem iného, tiež na situáciu detí z detských domovov, ktoré zážitok bezpečnej vzťahovej väzby nemajú. Naopak, veľmi často sú traumatizované predchádzajúcimi životnými skúsenosťami. Odborníci z klinickej praxe ponúkli

Doc. MUDr. Jozef Hašto, PhD.  
MUDr. Radovan Hrubý, PhD.  
Mgr.art. Slavka Liptávková, ArtD.

Přijato: 9. 8. 2013  
Do tisku zařazeno: 15. 8. 2013

pracovníkom detských domovov niekoľko námetov, ako s týmito deťmi pracovať, aby im priniesli aspoň úľavu, ak už nie uzdravenie.

*„Pre všetkých bolo veľkým prínosom vypočuť si na jednom mieste toľko prvotriednych referátov, prinášajúcich najnovšie poznatky z rôznych vedných oblastí. Ľudia pracujúci s deťmi si tu mohli uvedomiť, že to, čím tieto deti prešli, sa zapísalo veľmi hlboko do ich osobnosti, no zároveň aj to, že práve oni sú tí, ktorí im môžu pomôcť. Ak sa im podarí nadviazať s nimi bezpečný a láskyplný vzťah, zmena, ktorá sa udeje, nezostane len na povrchu,“* uzatvára predseda spoločnosti Úsmev ako dar a vedúci Katedry prenatálnej a perinatálnej psychológie, medicíny a sociálnych vied na Vysokéj škole zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Prof. MUDr. Jozef Mikloško, PhD.



## KABÁT J.: ČEJENSKÁ KONFERENCE ANEB SETKÁNÍ MYSLÍ V PATOČKOVĚ

Na Psychosomatické klinice v Praze proběhla 14. 6. 2013 již druhá konference Setkání myslí. Její neobvyklé, netradiční uspořádání se ujalo a pozvání i letos přijalo více než 60 hostů z řad psychoterapeutů, fyzioterapeutů i lékařů.

Nezvyklost konference spočívá v tom, že nemá přednášky ani prezentace, jsou připravena jen témata, o kterých se diskutuje – ze široka, bez spoutanosti předchozím sdělením, vážně i méně vážně. Objevují se pozoruhodné, nové pohledy a nápady.

Mezi letošními diskusními náměty byly například „funkce a význam symptomu – jak vstupuje do terapie“, „nakažlivost v léčebném vztahu“, „tým v psychosomatice – výhody a úskali“ a, jak se ukázalo, pro všechny nejpřitažlivější téma „přitažlivost v terapeutickém vztahu“.

I letošní „psychosomatický kompost“, kam již druhý rok odhazujeme nepo-

třebné, nechtěné či zakázané myšlenky, poutal zájem terapeutů. Asi i pro naději, že právě z tohoto „odpadu“ může vzniknout ta nejlepší životodárná půda pro další růst. Tím nejdůležitějším tématem na konferenci byl však společně strávený čas, setkávání a sdílení. Skrze všechno poučení i zábavu jasně prosvítalo především to, že je moc potřeba o málo probádaných, skrytých, někdy možná odmítnutých a nevhodných myšlenkách volně a beze studu diskutovat.

Večer jsme s pamětníky vzpomínali na začátky Psychosomatické kliniky a oslavili jsme 10. výročí jejího založení.



V Praze 6. 8. 2013

[kabat@psychosomatika.cz](mailto:kabat@psychosomatika.cz)

PSYCHOSOMATICKÁ KLINIKA s.r.o.

Praha 6, Patočkova 712/3, PSČ 16900

IČO: 26774569

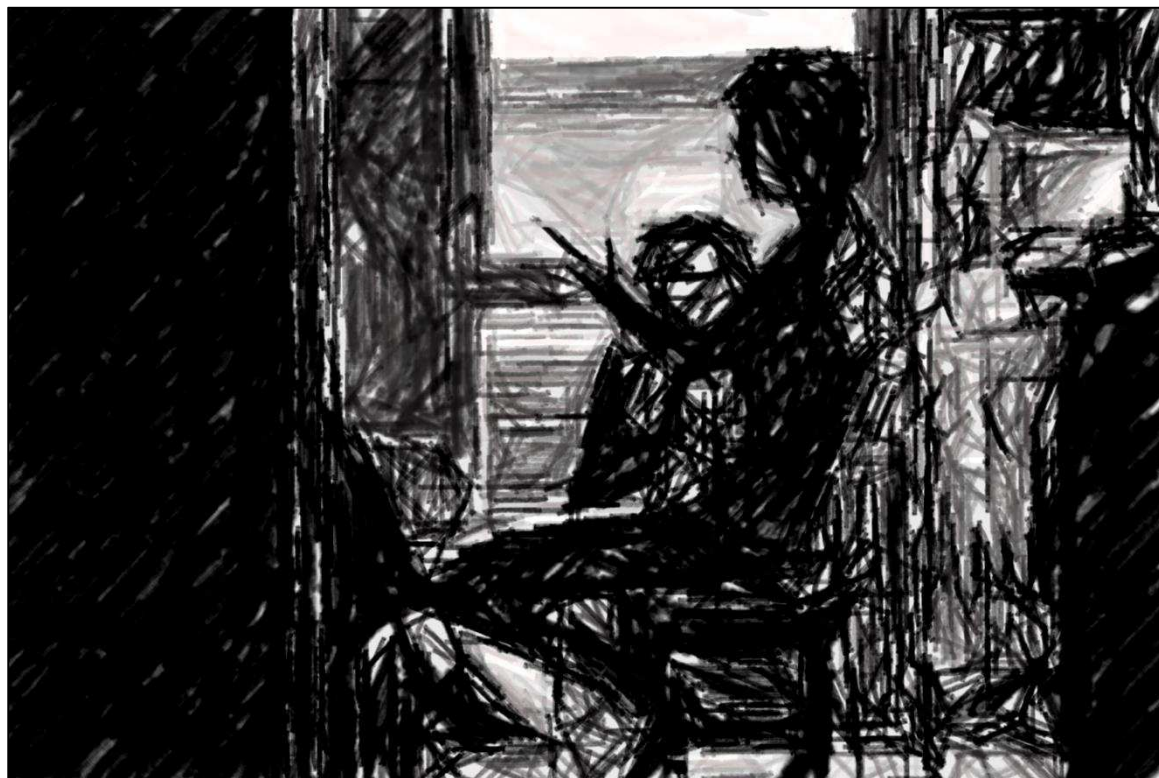
Tel: 233 351 741

e-mail : [klinika@psychosomatika.cz](mailto:klinika@psychosomatika.cz)





# DISKUSE



## PLCHOVÁ R.: SELEKTIVNÍ CHVÁLA A KRITIKA SELEKTIVNÍ KRITIKY SOUČASNÉ PSYCHOTERAPIE

(ke knize Vybíral Z., Roubal J. –Eds.: Současná psychoterapie, Portál 2010 + k diskusi v Psychosomu, Juraj Barbarič č. 3–4/2011, s.192-116)

Milý Juraji a milí autoři knihy Současná psychoterapie, po dlouhé době jsem se dostala znovu ke knížce i k Jurajově kritice. Asi mi na to musel trochu uzrát mozek a nápady, ale motivace byla od začátku, protože mi to přišlo zajímavé a už kdysi jsme se texty zabývali ve výuce.

Když čtu Juraji Tvoji kritiku, tak mi mimochodem došlo, že se mi od Tebe někdy dobře učí, protože vysvětluješ velmi systematicky, bod po bodu. Dokážeš skvěle spojit autora s

konceptem, např. Batesona s epistemologií, a vybrat k tomu slovníkovou definici tak, že se to dobře zapamatuje a dává to smysl. Díky tomu jsem si mohla při četbě pro začátek třeba upevnit pojem epistemologie. Mohlo by to působit jako detail, ale přijde mi to významné.

Ve své argumentaci, která je taky systematická, se ale z mého pohledu dopouštíš některých chyb. Například hned na začátku, když píšeš, že se sho-



duješ s Batesonem, že „myšlenka kvantitativního výzkumu ve vědách o člověku je prostě velmi zastaralá a totálně scestná“. Jenomže když Bateson píše, že ne všechny jevy by se měly zkoumat kvantitativně, tak to ještě neznamená, že některé jevy by se kvantitativně zkoumat neměly. Tak, jak jsem měla možnost poznat jeho učení díky knížkám, ale i jeho žákům, jsem přesvědčená, že kvantitativní přístup jako celek nezavrhoval. Jen některé jeho formy. V tom mi přijde ten figl.

Dílčí poznatek o tom, že se pacienti s depresí mohou po určitém počtu sezení zlepšit, mi pak nepřijde jako poznatek, který by představoval hrozbu, před níž by bylo třeba boží ochrany. Samozřejmě za předpokladu, že si to nepřechte člověk, který se chytne doslova téhle jedné formulky a po 16 týdnech pacientovi neoznámí, že na 50 % má vyléčené všechny symptomy a neřekne mu, ať už nechodí... Možná se takový terapeut s nulovou tolerancí ke kontextu čas od času najde, ale kolik lidí jede po silnici jenom podle značek? A když už, jak dlouho tak můžou fungovat? To by bylo skutečně absurdní. Asi z toho nemám takový strach a ani mi to nepřijde nebezpečné či neetické. Ale i tak díky za tu kritiku a Tvůj úhel pohledu, který jsi nabídl, protože to člověka nutí přemýšlet. Snad bych ještě doplnila, že se nebojím také kvůli tomu, že mám možnost diskutovat s kolegy i se studenty a vím, že si uvědomují, že v každém výzkumu je mnoho vedlejších proměnných, že měřicí metody poskytují jen určitý výsek reality a že by se nenechali tak snadno chytit do pasti jednoho způsobu myšlení, toho kvantitativního.

Přijde mi scestné označovat všechno kvantitativní za scestné. Kdyby neměli spočítané, kolik je třeba paliva na let z Prahy do Barcelony, tak by tam letadlo

nedoletělo. Kdyby neměli ze zkušenosti spočítané, jak často je vhodné měnit brzdové kotouče, tak by je vyměňovali po každém letu, ale bylo by to zbytečné. Kdyby si terapeut nespočítal, kolik hodin může trávit s pacienty a kolik od nich může brát peněz, tak by s nimi nemohl pracovat, protože by se pak mohl setkávat s některým pacientem denně a nebrat od něj peníze, ale jeho rodina by neměla co jíst. Tak to by bylo absurdní. Ale pokusit se udělat kvantitativní výzkum není absurdní, protože bez toho by nemohl existovat výzkum kvalitativní, jako bez generalizace není možné myslet jedinečné. Doplnují se jako levá a pravá ruka. Vypadá to, že jsme si posledních sto let možná trošku „ujížděli“ na kvantitativním a objektivistickém, je to vidět na různých učebnicích, ale v Současné psychoterapii tomu tak není. Je tam hodně důležitých faktů a záchytných bodů pro orientaci v oboru a osobních jedinečných zkušeností terapeutů a jejich hledání a snahy pro porozumění.

Pokud jde například o poznámku pod čarou ke kapitole Okrajové přístupy a spojení „falešný systém víry“, možná by se pod tím vynořila nečekaná šíře znalosti a zkušenosti, která autory vedla k tomuto spojení. A takhle by se dalo diskutovat s dalšími autory o dalších pojmech a konceptech v knize, nabízí se bohatá inspirace pro další rozhovory a zkoumání i praxi.

Když čtu dál, obdivuju, jak skládáš příběhy autorů a filosofů, jak Zdeněk Neubauer navazuje na Batesona, že bylo možné se o tom dočíst v zaniklém časopise Kontext, který spadl pod Sekci rodinné terapie. Také důležité faktografické detaily. Dále poznámka pod čarou číslo 11 je naprosto srozumitelná pro pochopení kontextuálního myšlení. Mám pocit, že tohle podávání krásně upravených a kvalitních poznatků na



stříbrném podnose a nadšení pro dialog je přesně to, proč za Tebou studenti přicházejí, pokud jde o vzdělávání v postmoderní filosofii a psychoterapii. Poznámka pod čarou číslo dvanáct jakbysmet. Možná by stálo za to o tom všem taky napsat nějakou knihu než to jen stavět vedle knihy jiné.

Pak ale narážím z mého pohledu na další chybu. Proč by terapeutka, o které píšeš v poznámce pod čarou č. 16, nemohla cítit ve vztahu ke klientovi nudu? A přiznat, že v sezení v myšlenkách zabrousila k přípravě večeře? Co je na tom špatného? Co když ten muž takhle nudí i jiné ženy, a proto nemůže najít uspokojivý vztah? Napadlo mě, že by si klient klidně mohl všimnout, že ji nudí, vycítit to a ještě na tomtéž sezení nebo v některém z následujících tenhle proces nějak přestrukturovat. Třeba zažít, jaké to je, když terapeutku přestane nudit, a přenést to pak i do dalších vztahů. Myslím, že by se to klidně mohlo stát.

Dále kritizuješ výsledky metaanalýzy o účinnosti psychoterapie vyjádřené s pomocí čísla 0,68. Když budu mít velký jabloňový sad a budu vážit jablka z jednotlivých stromů a zjistím, že je tam několik desítek stromů, které nesou poslední tři roky míň než jiné, pak ty stromy možná vyměním za mladé. Bude to investice do budoucna založená na vážení kil jablek z jednotlivých stromů v porovnání s jinými. I když mi bude hrozně líto ten strom porážet... Jenomže když někdo přinese výsledek, třeba číslo 0,68, v kontextu výzkumu na ministerstvo zdravotnictví, tak to může znamenat, že někdo odpovědný uzná psychoterapii za něco, co existuje a funguje, a legitimizuje to. Tak se mohli

dostat kliničtí psychologové do nemocnic, i v Německu to prý přepočítávali na eura. Někdo musel ukázat a přinést důkazy, že to funguje. Někdo si musel spočítat, že s takhle velkým sadem a výnosností může zaměstnat na léto určitý počet brigádníků, aby je z prodeje uživil, a že když bude sad omlazovat, může si dovolit zaměstnat stejný počet brigádníků i v příštích letech. I když se může všechno změnit krupobitím. Nebo v psychoterapii tím, že ji vytlačí nějaká zázračná pilulka, třeba Lexaurin.

Můžeme pochybovat o číslech, ale čísla jsou jenom symboly, do kterých je vcucnutá žitá realita. Souhlasím, že je to obrovská redukce a obrovská míra abstrakce, ale číslo 0,68 je jenom vrchol pyramidy. Psychoterapeuti vědí, co je pod ním. Ne každý úředník na ministerstvu to ví, ale pokud je to jeden z komunikačních prostředků, jak konkurovat třeba farmakoterapii, tak sláva výzkumu v psychoterapii a jeho výsledkům!!! Byla bych v klidu i vzhledem k tomu, že jsem měla možnost účastnit se v posledních letech několika konferencí Společnosti pro výzkum psychoterapie a Společnosti pro výzkum integrace v psychoterapii, takže vím, že zastoupení kvantitativního a kvalitativního výzkumu je tam rovnocenné. A hlavně, prostor pro různé příspěvky je otevřený, každý se může zapojit do mezinárodního fóra a přispět aktivně k tvorbě toho, co se pak považuje ve výzkumu a v praxi za normální. I když při některých příspěvcích mi bylo blbě, nudilo mě to nebo mi to chvílemi přišlo jako mrhání časem i penězi. Měla jsem pak ale možnost s některými přednášejícími diskutovat, něco zpochybnit a někoho zas s chutí podpořit, ne tam jenom sedět jako ryba.



## SHRNUTÍ

Když jsem si přečetla příspěvek pana doktora Chvály v kapitole 30., tak mi došlo, že v první půlce Tvé selektivní kritiky vlastně tuhle povedenou kapitolu rozšiřuješ a prohlubuješ. Epistemologie, kterou předkládáš, a systemická a komunikační psychoterapie, která na to navazuje, je jeden velký rybník, i pro mě hodně důležitý, ale je jich jako v Třeboni hodně. Každý představuje svým způsobem samostatný svět a zároveň nelze zastavit koloběh vody a jejich vzájemnou prostupnost.

Ve druhé polovině kritiky pak převažují argumenty proti kvantitativní metodologii ve prospěch kvalitativní. Rozumím té potřebě zastat se kvalitativní metodologie a vnímám tuhle argumentační linii jako důležitou. Také například pan profesor Čermák tuhle kvalitativní vlnu hrne již mnoho let do výuky i výzkumu a pochopila jsem, jak je to důležité a cenné. V Kanadě se dichotomií obou metodologických paradigmat i pokusem o jejich usmiřování už roky poctivě zabývá profesor David Rennie. Chápu i odpor k zobecňování, které může být nebezpečné, ale sám píšeš, že někdy může pomáhat v orientaci, podle mě může být legitimní potřeba se v určité fázi vývoje v něčem vyznat tímhle způsobem. A navíc, jak jsem už psala, štěpit kvalitativní a kvantitativní přístup na dva nesourodé světy by bylo podobné jako nevyšít si spolupráce pravé a levé ruky. V tomto smyslu nesouhlasím s Tvým argumentem o pojmové diskontinuitě obou paradigmat v poznámce 62, ale souhlasím s tím, že by se studenti měli učit od začátku kvalitativní i

kvantitativní metodologii, nejlépe vedle sebe, aby nebyli ochuzeni ani o jednu možnost, ke které se přiklonit podle své nátury a výzkumných cílů.

Tvoje kritika je podnětná, ale jako celek příliš jednostranná a to jí i ubírá na hodnotě. Nepostihuje knížku jako celek. Myslím, že to je vůbec problém kritiky, která se selektivně vztahuje jenom k negativním stránkám, v tomhle případě toho, co všechno určití autoři zanedbali nebo nevědí. A to je redukcionistické, když se selektuje jen to špatné. I když si někdo často zaslouží dostat za uši, tak v tomhle případě mi to přijde jednostranné přespříliš. Možná má kritika pobuřovat a provokovat a zvedat ze židle, ale taky se říká, že není dobré dráždit hada bosou nohou. Proto se víc kloním k respektu a hledání porozumění než k vzájemným ťafkám.

## ZÁVĚR

Po přečtení většiny kapitol v Současné psychoterapii bych si dovolila ocenit práci, jakou si dali editoři a autoři s vytvořením knihy. Měla jsem možnost tu práci trochu sledovat a malinko se i zapojit a mám tak docela dobrou představu, co to všechno stojí času a úsilí. Oceňuji i práci, jakou sis dal Ty, Juraji, se sepsáním kritiky. Sama jsem chtěla na oplátku a s odstupem času a diskuse v Psychosomu, kterou jsem si teď po dopsání textu s chutí přečetla a taky se z ní dost poučila, nabídnout alespoň tuhle menší reflexi. A pár svých interpretací, protože už mi to dlouho leželo v hlavě :-).

Romana Plchová

Do redakce přišlo 22. 4. 2013

Do tisku přijato 31. 7. 2013



## ODPOVĚĎ AUTORA SELEKTIVNÍ KRITIKY...

Milá Romano, popřípadě další kolegové, kteří se tím ještě budou zabývat,

tedy Romano,

líbí se mi, že sis dala práci s nějakým komentářem. Na časovém odstupu možná na jedné straně tolik nezáleží, i když je možné, že již mnoha lidem také ta má selektivní kritika vyšuměla z hlavy.

Nicméně kdybych měl podrobněji reagovat na to, co píšeš, možná by vznikla stať podobně dlouhá, jak ta má původní selektivní kritika Současné psychoterapie.

A do něčeho takového se rozhodně pouštět nechci.

Jenom pár slov.

Zmiňuješ, že někdy se Ti ode mne dobře učí (spíš asi učilo, už jsme si hodně dlouho nepovídali), protože umím argumentovat systematicky a kontextově.

Dokonce velmi usiluji o to, abych při své argumentaci nemíchal hrušky s jablky, tedy řečeno jinak, respektoval nauku o logických typech.

A míchat kvalitu psychotherapeutického myšlení či vědy s politicko-ekonomickým bojem s byrokratickým šimlem za pomoci výsledků výzkumu je podle mého názoru míchání hrušek s jablky.

Podobně, jako pár dalších věcí.

Pořád trvám na tom, že je potřeba ochraňovat „konzumenty“ psychoterapie před psycho-profesionály, kteří přemýšlejí kvantitativně a mechanisticky a že jich je dost a že to má na svědomí aktuální styl výuky, včetně učebnic, je zřejmé...

Ano, považuji to za nebezpečné, viděl jsem mnoho klientů, které tento způsob myšlení opravdu hrubě a možná ireverzibilně poškodil. Tedy když se dostali ke mně, já už jim neuměl pomoci. Někdo jiný by třeba uměl.

Že jsou na naší scéně lidé, kteří přemýšlejí a pracují jinak, ano, jistě jsou. Některé jmenuješ. Matuška a Kunertová jsou mí žáci. Lidé z Narativu dělají jistě záslužnou práci, avšak podle mého názoru dělají jednu zásadní chybu, uvízli v podobné pasti jako mnoho jiných „směrů“, totiž podávají kolaborativní praxi jako obecně platný přístup, který je dobré využít vždy a všude, včetně bezbřehých diskusí – tedy tak to vnímám já. Byl jsem na mnoha setkáních a také jsem s těmito lidmi mluvil. Možná se ale mýlím. Rád se budu mýlit, v tomto případě.

A na závěr beztak celkem dlouhého komentáře ještě jednou odcituji Batesona, o kterém Ty se, Romano, ve svém komentáři zmiňuješ, jako že neodsuzuje statický přístup úplně a jako takový. Bateson v publikaci „Mysl a příroda“ na straně 47 píše: „Naopak, pohyb planet v sluneční soustavě, průběh chemické reakce nebo srážku kulečnickových koulí, do kterých jsou zapojeny miliony molekul, to vše můžeme předpovědět, protože předmětem našeho zkoumání je v tomto případě chování obrovských shluků neboli tříd jednotlivin. Právě tato skutečnost alespoň trochu opravňuje vědu k užívání statistiky, má-li ovšem takový statistik neustále na mysli, že jeho výsledky se týkají výhradně shluků.“ Čili alespoň trochu legitimizuje statistiku, pokud jde o zkoumání chování obrovských skupin, také pouze alespoň trochu, rozhodně ale nemá místo ve výhradně jedinečném a



neopakovatelném setkání terapeuta s klientem...

Ale dost psaní. Tím se toho moc nezmění. Diskuse? Symposia? Klidně, budou trvat léta, to ale nevádí. Časem se Juraj

Do redakce přišlo 22. 4. 2013

K tisku zařazeno 31. 7. 2013

to změnit, i za cenu lidí upálených na hranicích či vypitých sklenic jedu, zavírání do různých institucí, pálení knih nebo vyhnanství, jak tomu bylo vždy ve vývoji lidského poznání...

## ČEPICKÝ P.: CO JE TO PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA?

Ve druhém čísle Psychosomu jsou hned dva texty (Chválovy, jeden článek a jeden rozhovor), které mě vyprovokovaly k následujícím otázkám, o nichž se domnívám, že by měly být položeny a že by na ně mělo být odpovězeno.

Předně: Je psychosomatická medicína „přístup“, nebo „obor“? Je-li z ní atestace, tak to nemůže být přístup, musí to být obor. Takže dál vycházím z toho, že psychosomatická medicína je obor (jakkoli tím u mnohých narazím, do značné míry i u sebe sama). Je-li to „medicína“, tak předpokládám, že je to obor medicíny (tedy nikoli např. psychologie).

1.

Čím je obor psychosomatická medicína definován, co je jeho předmětem? Obor je definován buď orgánem (třeba oftalmologie), nebo specifickou terapií (třeba chirurgie či aktinoterapie), nebo specifickou dobře definovanou skupinou onemocnění (třeba infekce či psychiatrie), nebo specifickou diagnostikou

(třeba radiodiagnostika). Čím je tedy definována psychosomatická medicína?

2.

Každý obor má své specifické techniky (diagnostické nebo terapeutické). Tyto techniky může používat jenom ten, kdo má danou specializaci, kdo ji nemá, používat je nemůže. Jaké jsou specifické techniky psychosomatické medicíny? Co musí umět a může provádět ten, kdo má specializaci? Co nesmí provádět ten, kdo specializaci nemá? Psychosomatická medicína je subspecializace, jejíž zvláštností je, že může „nasednout“ na kterýkoli základní obor. Já jsem gynekolog. V ambulanci se mi objevují psychosomatické pacientky. V jakém rozsahu o ně mohu pečovat, když nemám specializaci z psychosomatické medicíny, a jak se tento rozsah změní, když atestaci získám?

Nestačí-li mi atestace z psychosomatické medicíny např. k tomu, abych mohl provádět nějakou diagnostickou nebo terapeutickou techniku, protože tu může provádět jenom ten, kdo je na tuto



techniku speciálně vyškolen, nebo je-li možné získat kvalifikaci pro onu diagnostickou či terapeutickou techniku, i když atestaci z psychosomatické medicíny nemám, tak atestaci z psychosomatické medicíny nepotřebuji vůbec. (Změnilo by se to, kdyby mi po složení atestace zdravotní pojišťovny nasmlouvaly nějaké výkony, které mi bez ní nenasmouhvají, nebo kdyby některé výkony lépe platily.)

Když uvažuji, k čemu by vlastně byla (např. mně) psychosomatická atestace, tak tedy jenom jako epitheton ornans. Nu, na to je, obávám se, pro většinu lékařů příliš časově a finančně náročná. Snad by si někdo mohl otevřít psychosomatickou ambulanci a pověsit si do čekárny diplom. (Jenomže „psychosomatickou ambulanci“ si může otevřít kdokoli a za psychosomatika se taky může prohlásit kdokoli, a v praxi se to tak i děje.)

Vztáhnu-li minimální přínos a nezanedbatelnou časovou a finanční náročnost (půjdu-li na stáž na psychiatrii, musím zavřít ambulanci, jsem-li zaměstnanec, musí mi zaměstnavatel platit mzdu nebo si musím vzít neplacené volno atd.), asi bude lékařů, kteří se budou o atestaci ucházet, málo, jestli vůbec jací.

3.

Psychosomatická medicína je obor medicíny. Je-li to obor medicíny, myslí se tím nepochybně „medicína v úzkém slova smyslu“, tj. medicína vědecká, či, chcete-li, oficiální. Musí se tedy držet v mezích vědecké medicíny, včetně možnosti ověřovat své hypotézy a své postupy vědeckými metodami (jinak to není obor medicíny, ale léčitelství). A tyto možnosti musí využívat a musí postupovat podle „evidence base medicine“ (jakkoli tento termín nemám

rád, ale chápu to jako synonymum pro vědeckou medicínu). Jakékoli řeči, že něco je „neprokazatelné“, „neuchopitelné“ atd. sem nepatří. Jako kterýkoli jiný obor by psychosomatická medicína měla mít (snad přesněji: musí mít) ctižádost a snahu vypracovat metaanalýzy a na jejich základě doporučené postupy pro diagnostiku a léčbu toho kterého konkrétního onemocnění.

4.

Psychosomatická medicína je, domnívám se, „psycho-“ a „soma-“ tická. Somatická složka musí být rovnocenná se složkou psychickou. Jinak to není medicína „psychosomatická“, ale „psychická“, což je jistě něco jiného. Pak by to byla subspecializace psychiatrie a lékaři somatických oborů by z ní byli vytlačeni vůbec (osobně si myslím, že by to mělo být spíš obráceně). Není-li však psychosomatická medicína subspecializací psychiatrie, pak nepatří do rukou řadového (tj. „nepsychosomatika“) psychiatra o nic víc než do rukou řadového (tj. „nepsychosomatika“) lékaře somatického oboru. Asi je pravda, že větší procento psychiatrů se věnuje psychosomatickým problémům než procento somatických lékařů, alespoň v dnešní české medicíně, ale to chápu jako z nouze ctnost a zcela nouzové a vlastně protisystémové řešení.

5.

Z čehož vyplývá, že všechny otázky položené výše tedy musí mít odpověď „psycho-“, „somatickou“ – tedy na příklad sdělit, jaké psychoterapeutické metody musí ovládat specialista v psychosomatické medicíně + jaké somatoterapeutické metody musí ovládat specialista v psychosomatické medicíně? Třeba při léčbě bolesti: Co a jak musí umět (a k čemu je oprávněn) z psychoterapeutických metod, co musí umět (a



k čemu je oprávněn) z farmakoterapie a svodné anestezie?

6.

Mám s psychosomatickou medicínou a psychosomatickými pacienty jakési vlastní zkušenosti – více let jsem vedl specializovanou ambulanci v Ústavu pro péči o matku a dítě. Významná část (jistě desítky procent) pacientek, které se na toto superspecializované krajské pracoviště (poměrně vyhledávané gynekology z dalekého širokého okolí) dostaly jako jasně psychosomatické, měly ve skutečnosti přehlédnutou a nerozpoznanou somatickou nemoc (krásnou kazuistikou je pacientka, kde vývoj dynamiky pánevních bolestí a jejich bizarní popis vedl gynekology na jisté pražské klinice (poté, co jí provedli dokonce dvě laparotomie) k závěru, že jde o schizofrenii – nešlo však o schizofrenii, ale o spondylolistézu, a popis potíží byl neobyčejně přesný a výstižný, byť snad trochu květnatý). Pacientky, u kterých se psychické a somatické příčiny prolínaly a musely se řešit současně, do toho nepočítám. Dospěl jsem k závěru, že chce-li se někdo věnovat léčbě psychosomatických pacientů, musí především nadstandardně ovládat somatickou složku svého oboru (formálně: musí mít nejvyšší dosažitelnou kvalifikaci ve svém oboru, ale to samo asi nestačí). Rovněž jsem dospěl k závěru, že nelze být expert na svůj somatický obor a kromě toho ještě na klinickou psychologii, i když až poté, co jsem se o to upřímně pokusil, a dokonce vystudoval psychologii a absolvoval psychoterapeutický výcvik (na atestaci z klinické psychologie jsem už rezignoval). Neumím si, popravdě řečeno, představit „specialistu psychosomatika“, který ovládne celou klinickou psychoso-

Do redakce přišlo 30. 4. 2013

matickou problematiku alespoň na základní úrovni.

7.

Vládu Chválu obdivuji, že to dokázal a atestaci prosadil, nevěřil bych, že se mu to podaří. Snad to zvýší prestiž a upevní postavení psychosomatické medicíny. Na druhé straně to psychosomatickou medicínu, jak ji znám třeba z Psychosomu, omezí (z mého pohledu je to vývoj pozitivní, tlačí ji to k vědecké medicíně, k medicíně založené na důkazech, potlačuje to složku řekněme třeba spekulativní nebo filosofickou, ale většina to nejspíš označí nikoli za pozitivní, ale právě naopak za negativní).

8.

V nahoře zmíněných textech se mluví o lůžkovém psychosomatickém zařízení. Nu, nevím. Jde to naprosto proti současnému trendu zkracování hospitalizace, jejímu přesunování do jednodenní nebo ambulantní péče. Vyzkoušel jsem si model psychosomatické ambulance s lékařem s psychologickým vzděláním + psychologem se somatickým vzděláním v daném oboru + sestrou s psychoterapeutickým výcvikem. K tomu na zlomek úvazku psychiatrický konziliář (dnes bych ještě uvažoval o příbrání anesteziologického konziliáře). S přístupem na lůžkové oddělení, pro těch pár pacientek, které je třeba na pár dní uložit (třeba kvůli operaci z psychosomatické indikace). Fungovalo to, ale jistě mohou fungovat i modely jiné – Vladislav Chvála je toho důkazem.

Jinou otázkou je, z čeho bych dnes takovou ambulanci financoval. Což se ostatně týká, obávám se, celé psychosomatické medicíny.





## FEDOR-FREYBERGH, P. G., HRUBÝ R.: PSYCHOSOMATICKÁ MEDICÍNA AKO SÚČASŤ MODERNEJ MEDICÍNY

Psychosomatická medicína má svoje nespochybniteľné miesto v medicínskej vede aj klinickej praxi. Vychádza zo svojich tradičných koreňov v klasickej psychiatrii, ktorá prešla od svojich klasických poznatkov „pionierskych“ čias enormným rozvojom čerpajúcim z poznatkov celého spektra moderných neurovied. Tento rozvoj viedol k významnému pokroku v poznaní a porozumení procesov, ktoré sú spojené s fyziologickými aj patofyziologickými zmenami centrálného nervového systému, nevynímajúc ani širokú paletu psychiatrických/neuro-psychiatrických porúch.

Moderné neurovedy významne prispievajú k objasňovaniu, hlbšiemu porozumeniu a interdisciplinárnemu „presahovaniu“ prakticky vo všetkých oblastiach tradičnej psychiatrie, na ktorej základoch sa formovali aj koncepty psychosomatickej problematiky. Dnes predstavuje psychosomatická medicína pevne zakotvenú entitu v rámci bohato rozvetveného „fenomenologického“ stromu v psychiatrii a nachádza čoraz širšie uplatnenie aj v ďalších oblastiach medicíny. Moderná psychiatria je dnes všeobecne akceptovaný, mimoriadne progresívny odbor medicíny, nadobúdajúci čoraz dôležitejšie postavenie paralelne s narastajúcim výskytom psychiatrických porúch v modernej spoločnosti. Psychiatria prešla svojím jedinečným vývojom z obdobia tzv. klasickej psychiatrie až po modernú psychiatriu vychádzajúcu z tzv. medicíny založenej na dôkazoch, a rovnako došlo aj k jej prirodzenej, vedecky odôvodnenej diverzifikácii. V tomto kontexte prešla svojím adekvát-

nym, prirodzeným vývojom aj oblasť psychosomatickej medicíny (klasická hypotéza psychosomatickej medicíny podľa Alexandra a Dunbarovej). Jej náležité postavenie, systematicky budovanú koncepciu, precízne argumentačné vymedzenie a čoraz pevnejšie obsahové uchopenie potvrdzujú výsledky neurovedeckých výskumov aj tradičné a evidentné skúsenosti z klinickej praxe. Dokonca moderné prístupy v medicínskej vede naznačujú, že psychosomatická medicína je jednou z najdynamickejších sa vyvíjajúcich oblastí s výnimočným potenciálom. Enormný nárast poznatkov na všetkých úrovniach totiž čoraz naliehavejšie odhaľuje vzájomnú previazanosť rôznorodých faktorov v patogenéze psychických porúch a potvrdzuje tradičnú a „intuitívne“ vnímanú kontinuitu psychických a somatických regulácií (ako jeden z eminentných príkladov tu uveďme Damasiovu teóriu tzv. homeostatického stromu).

Enormné množstvo poznatkov na všetkých úrovniach bádania vedie k formovaniu integratívnych prístupov vo vedeckom výskume aj klinickej praxi. Na vedeckej úrovni vedie integrácia poznatkov viacerých vedeckých prístupov k synergickému efektom, ktoré ponúkajú dôslednejšie pochopenie skúmanej problematiky z rôznorodých pohľadov. Tieto prístupy nachádzame v dynamickom vzniku a rozvoji interdisciplinárnych smerov, napr. integratívnych neurovied, vývojových neurovied, translačnej medicíny a podobne. V tomto kontexte patrí k mimoriadne perspektívnym oblastiam vedeckého bádania aj problematika psychosomatických regu-



lácií, kde došlo k objavom až fundamentálnej dôležitosti. Ako príklad uveďme poznatkovo mimoriadne bohatý výskum neurovegetatívnych regulácií. Prominentnou ilustráciou tejto problematiky môžu byť početné štúdie publikované v špičkových vedeckých časopisoch poukazujúce na významnú príčinnú súvislosť medzi zmenami variability srdcovej frekvencie a rôznymi patologickými psychologickými stavmi, resp. psychiatrickými poruchami. Ďalšími príkladmi moderného psychosomatického výskumu môžu byť vedecké štúdie s využitím moderných neurovizuálnych metód, molekulárnej biológie, epigenetiky, neurofyziológie a podobne, ktoré sa s progresívnym narastajúcim trendom zhromažďujú v renomovaných vedeckých databázach. Navyše pozorujeme aj spontánne sa zvyrazňujúce preklenovanie poznatkov a objavov „na rozhraní“ tradičných disciplín (napr. psychiatrie a psychológie alebo psychiatrie a neurológie). Na úrovni klinickej praxe sú dnes prakticky „nezastaviteľné“ trendy k postupnej zmene paradigmy, ktorá vedie k formovaniu konceptu integrovanej a personalizovanej medicíny. Z hľadiska komplexného, a pritom individuálneho prístupu k pacientovi (v zmysle komplexného bio-psycho-sociálneho modelu zdravia alebo choroby) prístupy psychosomatickej medicíny preto do modernej medicíny jednoznačne patria. Potreba a dôležitosť psychosomatickej medicíny je reflektovaná aj v renomovanej „nemoc-

kej“ psychoterapeutickej škole, kde sú dlhodobo etablované kliniky psychosomatiky a psychoterapie (univerzitné aj súkromné) neoddeliteľnou súčasťou klinickej praxe.

Rozvoj konceptu psychosomatickej medicíny má svoje dôsledné vedecké aj klinické opodstatnenie. Ukazuje sa, že psychosomatické prístupy otvárajú nové možnosti v komplexnejšom porozumení, prístupe a liečbe rôznych chorobných stavov. Nie je ani objavovaním „objaveného“, ani „umelo“ vymedzenou oblasťou, ale klinickým prístupom formovaným prirodzeným vývojom. Jeho etablovanie ako klinickej špecializácie samozrejme vyžaduje adekvátny čas, prirodzený rozvoj klinického zázemia a citlivej percepcie klinických situácií s uplatňovaním jej prístupov výsostne v prospech pacienta tak, ako to bolo aj v prípade ostatných medicínskych špecializácií. Čerpá z bohatého a rôznorodého poznania, etablovanej klinickej praxe a potrieb modernej medicíny. Nakoniec, aj komplexné prežívanie ľudského bytia je neodmysliteľne spojené s kontinuálnou psychosomatickou integráciou a v tomto chápaní prakticky každý chorobný stav pacienta nadobúda psychosomatický charakter. Práve na týchto základoch vzniká špecializácia psychosomatická medicína, ktorú čaká obdobie postupného rozvoja, rastu a „dospievania“. Vzhľadom k potenciálu a prínosu pre komplexný prístup k pacientovi si túto šancu určite zaslúži.

Prof. MUDr. PhDr. Peter G. Fedor-Freybergh, PhD.,  
Dr.h.c. mult.  
MUDr. Radovan Hrubý, PhD.

Do redakce přišlo 28. 8. 2013



## MASNER O.: ÚVAHY NAD ZAMÝŠLENOU SPOLEČNOSTÍ PRO PSYCHOSOMATICKOU MEDICÍNU

V pátek 12. dubna se uskutečnilo v Praze setkání Sdružení pro psychosomatiku (SPPS) k otevřené diskusi o dvou společně provázaných tématech. Zaprvé o vzdělávacím programu nástavbového oboru psychosomatická medicína (podaného na ministerstvo zdravotnictví na podzim 2012). Dle čerstvých informací se tento návrh nyní nachází ve finální fázi schválení. Zadruhé jsme rokovali o plánovaném založení odborné společnosti pro psychosomatickou medicínu při České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP), která by mohla být garantem naplnění výše zmíněného nástavbového oboru. Tyto řádky nereflektují stanovisko SPPS, ani se nesnaží dát ucelenou zprávu o tom, jak přesně diskuse proběhla. Spíše splňují mou vlastní potřebu si po velmi zajímavé a intenzivní debatě utřídit k této věci svoje myšlenky.

Vycházím z toho, že komplexní a specifický psychosomatický pohled do současné medicíny prostě patří. Vidíme to dnes a denně na našich pacientech, jak se nezdá dostávají do úzkých mezi biologickým a psycho-sociálním pólem našeho zdravotnictví. Proto mám potřebu vnímat psychosomatiku jako integrální součást moderní medicíny. Naši pacienti se pohybují převážně v biologicky orientovaném zdravotnictví a potřebují lékaře, kteří budou rozumět jak biologickému jazyku Evidence Based Medicine (EBM), tak jazyku psychosomatickému či psychotherapeutickému. Že se tyto dva jazyky od sebe značně liší a že jejich vzájemné dorozumění není vůbec jednoduché, to víme, myslím, všichni až moc dobře. Ale bez dorozumění není možná prospěšná spolupráce pro pacienta a nezbude z toho nic jiného než

neploďné přetlačování, čehož jsme svědky nyní. Proto si myslím, že integrace psychosomatiky do stávající medicíny je správným krokem.

Pravdou ovšem ale jistě je, a v tom naše diskuse byla velmi užitečná, že tento krok může doprovázet nemalý počet rizik. Třeba nelze vyloučit to, že čistě biologicky orientovaní kolegové budou na psychosomatiku nahlížet pouze jako na speciality na „komunikaci s pacientem“ nebo na ty, kteří jsou po ruce, když se nedaří terapie „obtížného“ pacienta. To by byla mylná redukce psychosomatiky, se kterou bychom nemohli souhlasit. Také bych vnímal negativně, kdyby nový nástavbový obor vyprodukoval velké množství lékařů s novou kvalifikací a cedulkou na dveřích ordinace, aniž by tito lékaři hlouběji integrovali psychosomatický úhel pohledu. Taková situace by pak mohla vést k celkovému znehodnocení psychosomatické medicíny.

A pravděpodobně je podobných nebezpečností ještě podstatně více. Proto považuji za správný i ten druhý krok, totiž založení lékařské společnosti pro psychosomatiku. Její hlavní úkol spatřuji, vedle naplňování nástavbového programu, právě v ochraně těch hlavních atributů psychosomatické medicíny v prostředí EBM. K tomu bude nutné nejprve uvnitř nové společnosti najít nosnou definici a ohraničení oboru. I zde mi páteční debata živě ukázala, že naše názory na to, co psychosomatika ještě je a co už není, se můžou lišit. Jasně, a hlavně srozumitelně ohraničení oboru proto jistě bude nelehkým, ale nezbytným prvním krokem. Až potom bych viděl jako reálnou snahu komunikovat



náš postoj dalším odborným společností uvnitř ČLS a ve zdravotnictví vůbec. Tam bude nutné najít vzájemně funkční jazyk, abychom dokázali propojit svět biologicky a psycho-sociálně orientovaný medicíny alespoň do té míry, aby vznikla pro pacienty dostatečně nosná struktura vzájemného porozumění.

Zřízení obou dvou výše zmíněných struktur, tedy programu návstavného

MUDr. Ondřej Masner  
Praktický lékař a Rodinný terapeut

Do redakce přišlo: 15. 4. 2013

oboru a lékařské společnosti, přitom nevnímám, jako rozhodující akt. Daleko větší význam v celém procesu pro mě mají podobné konstruktivní debaty, které posouvají naši věc dál. Chci proto na tomto místě srdečně poděkovat všem účastníkům našeho pátečního setkání a těším se již nyní na další pokračování diskuse, ať už na půdě SPPS nebo jinde.



# POLITIKA, KONCEPCE

## O STAVU NOVELY VYHLÁŠKY 185/2009

Na základě pověření ředitele odboru vzdělávání a vědy Ministerstva zdravotnictví JUDr. Jandy odpovídám na Váš dotaz k problematice návrhu novely vyhlášky č. 185/2009 Sb., o oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů, ve znění vyhlášky č. 361/2010 Sb.

Návrh novely citované vyhlášky je stále v legislativním procesu. Návrh novely prošel mezirezortním připomínkovým řízením a v souladu s Legislativními pravidly vlády byl předložen pracovním

komisím Legislativní rady vlády České republiky ke stanovisku. V případě, že pracovní komise doporučí návrh novely k vydání, bude návrh předložen ministru zdravotnictví k podpisu a vyhlášen ve Sbírce zákonů České republiky. Účinnosti novela nabude patnáctým dnem po tomto vyhlášení. Informace o vyhlášení ve Sbírce zákonů ČR i sdělení o nabytí účinnosti budou uveřejněny na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví v sekci legislativa.

S pozdravem a přáním příjemného dne

**Mgr. Barbora Poláková**



## ZÁPIS ZE SETKÁNÍ PSYCHOSOMATICKÉHO SDRUŽENÍ 24. 5. 2013

Na tomto setkání MUDr. Eduard Rys přednesl precizně připravenou přednášku nazvanou „Od úhořích ganglií na

kanape a zpět“ za velkého zájmu členů i nečlenů SPPS

## ZÁPIS ZE SCHŮZE VÝBORU PSYCHOSOMATICKÉHO SDRUŽENÍ 24. 5. 2013

Na schůzi výboru byl projednán termín exkurze na psychosomatické pracoviště ve Vídni a byl následně stanoven na 22. 11. 2013. Dále byl diskutován odborný program podzimních setkání, v nabídce se objevila témata: klinická lingvistika, oslovení psychologa z oddělení dětské onkologie či pozvání členky pacientského sdružení pro syndrom Prader-Willi. Poptávka z řad členské základny i členů výboru je po setkání se zajímavými osobnostmi, terapeutických kasuistikách a zkušenosti s psychosomatikou u somatických lékařů. Dalším bodem byla

živá diskuse o dalším směřování SPPS, členové výboru se shodli, že SPPS by se nadále mělo věnovat praktické psychosomatice nikoli politice či lobování. Přednost má zájmový charakter celého sdružení i jednotlivých setkání. Důraz by měl být nadále kladen na hovory o psychosomatice z různých pohledů, sdílení poznatků a zkušeností. V závěru bylo krátce zhodnoceno dosavadní fungování výboru a připomenuta plánovaná podzimní akce – „Psychosomatický sklípek“

## ZÁPIS ZE SETKÁNÍ PSYCHOSOMATICKÉHO SDRUŽENÍ 6.9.2013 + POZVÁNKA DO VÍDNĚ

Na tomto setkání přednesla mimořádně zajímavou přednášku klinická lingvistka dr. Blanka Majerová. Následovala

neméně zajímavá diskuze. Většina posluchačů projevila zájem o navazující přednášku.

### ZÁPIS ZE SCHŮZE VÝBORU SPPS 6.9. 2013

Přítomni: Zuzana Vondřichová, Ivan Vondřich, Jana Žmolíková, Zina Hánová, Julie Šulcová, Ondřej Masner, Gabriela Seidlová

Omluvena D. Jandourková

1. Hlasování o přijetí nových členů:



nově přijaté členky: J. Kotalová, M. Vinšová, J. Týnová, K. Erlebachová, obešle Z. Vondřichová

2. Psychosomatický sklípek v Kobylí  
Abstrakta sdělení již byla odeslána organizátoru, následovat by měl definitivní program. Vyřizuje E. Rys.

3. Plán listopadového setkání – pacientská organizace Parkinson- Help. Zařizuje G. Seidlová

4. Neplatiči a co s nimi?:

Neplatičům bude odeslán dopis s upozorněním, kdo na základě tohoto upozornění poplatky nezplatí do 31. 10. 2013 bude na příští členské schůzi navržen k vyloučení. Vyřídí D. Jandourková, Z. Vondřichová

5. Seminář pro pediatriy - dát na nástěnku. Zařizuje. D. Jandourková

6. Výbor jednomyslně zamítl zřídit na webu společenství nástěnku pro poptávku po psychosomaticky pracujících profesionálech

7. Návštěva psychosomatické kliniky ve Vídni dne 22.11.2013

Zbývá 5 volných míst. Členové SPPS si hradí pouze náklady na cestu, nečlenové SPPS zaplatí poplatek 200 Kč. Zařizuje O. Masner

8. Program na prosinec – 6.12.2013

Výbor proběhne od 16 do 17 hod, poté bude plánované předvánoční neformální setkání na téma: Co bych přál/a psychosomatice pod stromeček. Místo bude upřesněno

9. Výuka:

Vypsán povinně volitelný předmět na 3. LF UK, zmíněna forma a možnosti výuky, rozdělení přednášek a upřesnění témat. Vyřizuje Z. Hánová

10. Program na příští rok

V lednu proběhne členská schůze, která by měla hlasovat o neplatičích a případných dalších otázkách v SPPS.

Z. Hánová navrhuje setkání o emocích pacientů i odborníků. Upřesní v listopadu.

Vítali bychom větší aktivitu členské základny.

Zapsala G. Seidlová

### *MILÍ PŘÁTELÉ, A PŘÍZNIVCI PSYCHOSOMATIKY,*

za SPPS vám posílám krátké sdělení o plánovaném výjezdu na psychosomatické oddělení interní kliniky ve Vídni. Jedná se o státní zařízení: III. Medizinische Abteilung fuer Innere Medizin und Psychosomatik, Krankenhaus der barmherzigen Schwestern. Zájemci mají možnost si poznamenat datum: naše jednodenní návštěva je dojednána na pátek 22. listopadu. Překlad z němčiny do češtiny je zajištěn. Pojedeme tam opět, jako již při výjezdu do Goerlitzu, vlastními auty dle dohody.

Psychosomatické oddělení pana primáře Petera Weisse je zajímavé tím, že se jedná o zařízení přímo integrované do interní kliniky. Provádí tedy nejen individuální (zaměřenou na hlubinnou

MUDr. Andrea Fišnarová

MUDr. Ondřej Masner

MUDr. Ivan Vondřich

PT) a skupinovou psychoterapii, ale i internistickou a psychiatrickou diagnostiku a terapii. Jejich hlavním terapeutickým zaměřením jsou pacienti a pacientky s poruchou příjmu potravy a gastroenterologickými potížemi. Standardní stacionární pobyt trvá 8 týdnů a vedle toho mají od roku 2004 i první psychosomatický stacionář ve Vídni. Kdo se chce podívat na webové stránky kliniky, může použít tento odkaz: <http://www.bhs-wien.at/index.html?sc=10371>

Zájemce o účast na výjezdu prosíme o přihlášení na tento mail: [masnerovi@quick.cz](mailto:masnerovi@quick.cz) do 20.10.2013.

S přátelským pozdravem za SPPS



# INFORMACE

*POZVÁNKA NA XIII. ČESKO-SLOVENSKOU KONFERENCI S MEZINÁRODNÍ ÚČASTÍ KVALITATIVNÍ PŘÍSTUP A METODY VE VĚDÁCH O ČLOVĚKU: „TUŽKA A PAPÍR, ANEBO POČÍTAČ?“ 20. -21. 1. 2014*

## ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA JIHOČESKÉ UNIVERZITY V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

Kvalitativní výzkumník už dávno není podivín s tužkou a papírem v terénu a následně s tužkou a milionem papírů někde v temné místnosti; dnes je ověšen či obklopen diktafony, foťáky, kamerami, notebooky s nejmodernějším software a dalšími výdobytky z oblasti tzv. „tvrdých“ věd. Technické a matematické figle využíváme v kvalitativním výzkumu jak při získávání dat, tak při jejich analýze. V článkách se pak objevují zmínky typu „rozhovory byly nahrávány na diktafon“, „pro přepis rozhovorů byl využit program xy“ či „pro analýzu dat byl využit program yz“. Co je ale za těmito zmínkami?

Tématem nadcházející konference proto bude právě průnik technických, matematických a jiných prostředků do kvalitativního výzkumu ve vědách o člověku. Jaké prostředky či metody používáte? Jak se Vám osvědčily? Nebo se neosvědčily? Vnímáte nějaký rozdíl mezi tím, co bezprostředně vidíte či co vám respondent říká, a mezi tím, co je pak nahrané v diktafonu nebo natočené na kameru? Jsou jiné výsledky z „papírové“ analýzy a jiné, když se použije technika, nebo nejsou? Jak funguje rozhraní? Je například interpretace obrázku z ultrazvuku výzkumem kvalitativním nebo kvantitativním?

Vědy o člověku zahrnují mnoho oblastí – od filozofie, psychologie, sociologie, antropologie, ... až po filologii, ošetrovatelství či medicínu. Každá z těchto oblastí používá své technické a matematické prostředky a každá z těchto oblastí je zároveň prostorem pro kvalitativní výzkum. Vítráme proto odborníky ze všech věd o člověku, kteří se přijdou podělit o své zkušenosti, názory, nadšení i zklamání z průniku „tvrdých“ a „měkkých“ metod. Zároveň jsou, jako obvykle, vítány i příspěvky mimo toto užší téma čili příspěvky ukazující pokroky či neúspěchy ve vlastních kvalitativních výzkumných projektech.

## PŘEDBĚŽNÝ PROGRAM

### VYZVANÉ POTVRZENÉ PŘEDNÁŠKY:

- **Kvalitativně orientovaný výzkum neznamená nepoužívat matematiku**  
– prof. RNDr. PhDr. Zdeněk Půlpán, CSc., Univerzita Hradec Králové





- **Myšlenkové modely – interaktivní platforma pro práci s kvalitativními proměnnými** – *doc. Ing. Dr. Jan Voráček, CSc., Vysoká škola polytechnická Jihlava*
- **Hodnocení kvality embryí v asistované reprodukci: embryoskop vs. embryolog** – *MUDr. David Rumpík, předseda Sekce asistované reprodukce ČGFS ČLS*
- **Jak málo nám (mi) stačí, abychom se utvrdili v naší interpretaci** – *Mgr. Aleš Neusar, Ph.D., katedra psychologie, Filozofická fakulta, Univerzita Palackého, Olomouc*
- **Fuzzy - slibný přístup nebo nadávka v kontextu psychologie?** – *Mgr. et Mgr. Jan Stoklasa, Katedra matematické analýzy a aplikací matematiky, Přírodovědecká fakulta, Univerzita Palackého, Olomouc*

Další oslovení přednášející: *fyzik, filosofka, právník, matematik, lingvistka, teolog.*

#### POTVRZENÉ WORKSHOPY:

- **Tvorba dotazníku pro kvalitativní výzkum** – *prof. RNDr. PhDr. Zdeněk Půlpán, CSc., Univerzita Hradec Králové*
- **Demonstrace možnosti užití jednoduchých postupů kvalitativní analýzy dle Milese a Hubermana na filmu Sedmá pečeť Ingmara Bergmana** – *prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze*
- **Netušené možnosti programu ATLAS.ti 7 versus přetrvávající potřeba člověčího mozku při analýze kvalitativních dat** – *Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D., UPOL*
- **Know your gatekeeper: Writing for British academic journals** – *dr. Catriona Menzies, Ph.D., Adam Česká republika*

#### POTVRZENÁ MINISYMPOZIA:

- **Spôsoby skúmania využitia poznania (knowledge) v rozhodovacích procesoch** – *pod záštitou Ústavu verejnej politiky a ekonómie FSEV UK Bratislava*
- **Expres a expresivita** – *pod záštitou Psychologického ústavu AV ČR*
- **Anti-antropologie** – *pod záštitou Ústavu antropologie PřF MU Brno*

**Společenský večer:** Pracovně-výzkumná atmosféra neskončí ani večer. Na 20. 1. je připravena exkurze do pivovaru Budvar, kde budeme pečlivě sledovat, jak nejmodernější technologie ovlivňují kvalitu piva. V analýze budeme pokračovat do ranních hodin následně v pivnici areálu Budvar, atmosféru bude zpříjemňovat jazzové trio. Kvalitativní výzkum se nedá uspěchat...



**Termíny:** Předpokládaný termín pro zasílání abstrakt: 15. 11. 2013. Příjem abstrakt i registrace účastníků bude co nejdříve otevřena na webové adrese: <http://www.zsf.jcu.cz/cs/QAKonference2014>

**Kontaktní osoba:** Mgr. Markéta Sudová, ZSF JU, e-mail: canis.ludens@seznam.cz

**Publikace příspěvků:** Partnery konference jsou časopisy *Human Affairs: Postdisciplinary Humanities & Social Sciences Quarterly* a *Anthropologia integra*. Jejich představitelé dostanou k dispozici abstrakta přihlášených příspěvků a naším prostřednictvím pak osloví ty autory, jejichž příspěvky si vybrali, s podrobnými pokyny a termíny. Je tedy pravděpodobné, že autor dobrého abstraktu bude mít šanci vybrat si časopis.

### Konferenci organizuje

Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích  
a občanské sdružení Adam Česká Republika

#### ve spolupráci s těmito partnerskými organizacemi:

Teologická fakulta JU v Českých Budějovicích  
Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci  
Klinika adiktologie 1. LF a VFN Univerzity Karlovy v Praze  
Ústav výskumu sociálnej komunikácie Slovenskej akadémie vied, Bratislava



# VYCHÁZÍ

## DO REDAKCE PŘIŠLY TYTO KNIHY:

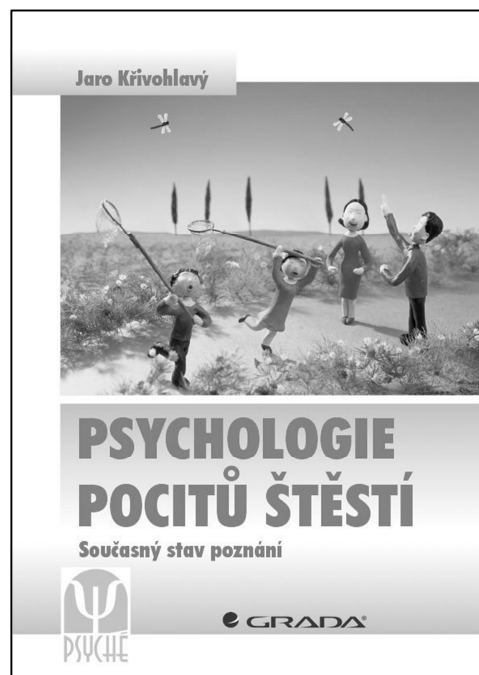
NÁZEV:

*PSYCHOLOGIE POCITŮ ŠTĚSTÍ*

podtitul: **Současný stav poznání**

autor: Křivohlavý Jaro  
ediční řada: Psyché

formát: A5  
vazba: V2  
rozsah: 136 stran  
prodejní cena včetně DPH: 219 Kč  
ISBN: 978-80-247-4436-0



ANOTACE:

V soudobé světové psychologii se objevuje stále více prací, které se zabývají kladnými emocemi. Původní publikace známého a uznávaného psychologa prof. Jaro Křivohlavého podává přehled výsledků empirických, experimentálních prací, zaměřených na problematiku kladných emocionálních zážitků. Charakterizují náš vlastní emocionální stav, který bychom mohli vyjádřit výrazem „je mi dobře“. Závěr knihy je věnován aplikaci zjištěných poznatků do běžného života, tj. přináší souhrn podnětů, vztahujících se k otázce „co dělat, aby nám bylo dobře“. Publikace je určena psychologům, psychiatrům, odborníkům z řad pomáhajících profesí a také studentům těchto oborů.

název: **Mediace a možnosti využití**  
podtitul: **v praxi**

autor: Holá Lenka a kolektiv  
ediční řada: Psyché

formát: B5  
vazba: V2  
rozsah: 512 stran  
prodejní cena včetně DPH: 549 Kč  
ISBN: 978-80-247-4109-3

ANOTACE:

Každý se někdy ocitne v obtížné životní situaci – a pak ocení pomoc mediátora, tedy nestranného prostředníka, jenž pomůže spor vyřešit mimosoudní cestou. Publikace se zaměřuje na mediační praxi u nás i v zahraničí, na poskytování mediace v konfliktech rodinných, etnických a komunitních, ale i v trestních, pracovněprávních, obchodních a občanskoprávních sporech. Seznamuje s výsledky výzkumů, se zajímavými projekty a dalšími perspektivami oboru. Samostatná pozornost je věnována přípravě a rozvoji mediátorů. Kniha je určena mediátorům, psychologům, právníkům, sociálním pracovníkům, poradcům, ale také vyučujícím a studentům společenských věd. Ocení ji rovněž



pracovníci státní správy a samosprávy, personalisté i všichni, kdo se ve své profesi setkávají s konflikty a jejich řešením.

Grada Publishing, a.s.  
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7  
tel.: 234 264 401-2  
fax: 234 264 400  
[www.grada.cz](http://www.grada.cz)

Do redakce přišly tyto knihy:



## 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](mailto:chvala@sktlib.cz)), nebo poštou na přiměřeném datovém nosiči (CD).



Prosíme, neformátujte text jinak, než umožňuje textový editor Word ve svých „stylech“, a to „Normal“ pro běžný odstavec textu, „Nadpis 1“ pro hlavní nadpis, a „Nadpis 2“ pro mezititulek. Klávesu „Enter“ používejte jen na konci řádku, chcete-li vytvořit nový odstavec. Mezera mezi slovem nebo za čárkou či tečkou před dalším slovem budiž, prosím, jen jedna. Normostrana obsahuje zpravidla 30 řádků po 60 úhozech, velikost písma 12 dpi. Všechny obrázky, tabulky, grafy a jiné přílohy posílejte zvlášť – neformátujte je do textu. V něm jen označte místo jejich umístění. Nepoužívejte odkazy, jako poznámky pod čarou či za textem pomocí funkce „Vložit“.

### **Pokyny pro citování:**

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

### **Příklady citací v textu:**

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

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

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

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

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

