

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



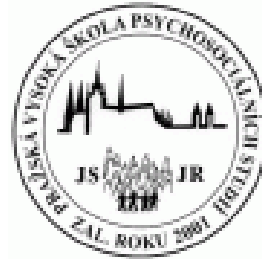
**Význam psychoterapie pro ženy v procesu
léčby neplodnosti**

Ilona Haasová

Vedoucí práce: PhDr. Markéta Rokytová

Praha 2012

Prague College of Psychosocial Studies



**Significance of Psychological Therapy in
Women Infertility Treatment**

Ilona Haasová

The Diploma Thesis Work Supervisor:

PhDr. Markéta Rokytová

Praha 2012

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením PhDr. Markéty Rokytové samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

Dále prohlašuji, že odevzdaná písemná verze bakalářské práce a verze elektronická jsou totožné.

.....
Ilona Haasová

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Markétě Rokytové za cenné rady, náměty a vedení při vypracovávání bakalářské práce.

Dále děkuji za zodpovězení otázek a možnost jejich zveřejnění v mé bakalářské práci: MUDr., PhDr. Janu Poněšickému, PhDr., JUDr. Stanislavě Dudové, doc. PhDr. Oldřichu Čálkovi CSc., Mgr. Zuzaně Janotkové, MUDr. Vladislavu Chválovi, Mgr. Jakubovi Hučínovi a MUDr. Radaně Syrovátkové.

Ilona Haasová

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou neplodnosti z pohledu psychosomatického přístupu. Bakalářská práce je teoretická. První část se věnuje psychickým dopadům samotné léčby neplodnosti. Druhá část se věnuje psychickým aspektům, které by mohly stát za původem diagnózy neplodnosti. Podstatou práce je zdůraznění vlivu psychiky nejen na vznik onemocnění, ale i na celý průběh léčby. Práce obsahuje pohledy sedmi českých psychoterapeutů na problematiku neplodnosti. Každý z citovaných psychoterapeutů je zastáncem jiného psychoterapeutického směru. Na závěr je podtržen smysl psychoterapie jako podpory a možná i prevence celého léčebného procesu.

Klíčová slova: neplodnost, primární neplodnost, sekundární neplodnost, pravidelné spontánní potraty, idiopatická neplodnost, nemoc, psychosomatika, asistovaná reprodukce.

Abstract

This bachelor's work deals with the infertility problem from the psychosomatic point of view. The bachelor's work is theoretical. The first part concerns with psychological impact of infertility treatment. The second part is about psychological aspects which could be caused by the infertility diagnosis. The core of the work is to emphasize the psyche influence not only on the beginning of the disease, but on the whole treatment development. The work also includes seven Czech specialists' attitudes to infertility problems resulting from their psychotherapeutic orientation. In conclusion the significance of psychotherapy is emphasized as an appropriate support or maybe as a prophylaxis for the whole treatment process.

Key words: infertility, primary infertility, secondary infertility, regular spontaneous miscarriages, idiopathic infertility, disease, psychosomatics, assisted reproduction.

OBSAH

ÚVOD	9
1 VYMEZENÍ POJMŮ	10
1.1 Neplodnost	10
1.1.1 Primární neplodnost	10
1.1.2 Sekundární neplodnost	10
1.1.3 Pravidelné spontánní potraty	11
1.1.4 Idiopatická neplodnost	11
1.1.5 Neplodnost – současný stav	11
1.2 Nemoc a její pojetí	12
1.3 Psychosomatika	13
1.4 Asistovaná reprodukce	15
2 FUNKČNÍ PORUCHY A JEJICH INTERPRETACE Z HLEDISKA PSYCHOSOMATIKY	16
2.1 Absence pohlavního styku	16
2.2 Nedožrává vajíčko	16
2.3 Překážka na cestě k vajíčku	17
2.4 Spermie nedokáže vajíčko oplodnit	18
2.5 Nedostatek hormonů	18
2.6 Děložní sliznice nepřijímá embryo	18
2.7 Shrnutí	19
3 PSYCHIKA V PROCESU LÉČBY NEPLODNOSTI	20
3.1 Emoční houpačka	20
3.1.1 Fáze první	20
3.1.2 Fáze druhá	21
3.1.3 Fáze třetí	22
3.1.4 Fáze čtvrtá	23
3.1.5 Fáze pátá	24
3.2 Stíny asistované reprodukce	24
3.2.1 Výběr centra asistované reprodukce	24
3.2.2 Časový limit schůzek	24
3.2.3 Komu dát svou důvěru	25
3.2.4 Finanční náročnost	25
3.2.5 Hormonální stimulace	25
3.2.6 Sexuální vztah	26
3.2.7 Psychická podpora	26
3.2.8 Etika asistované reprodukce	26

3.3	Shrnutí	28
4	POJETÍ NEPLODNOSTI RŮZNÝMI PSYCHOTERAPEUTICKÝMI SMĚRY	29
4.1	Pojetí psychoanalytického psychoterapeuta	29
4.2	Pojetí Gestalt psychoterapeutky	35
4.3	Pojetí daseinsanalytického psychoterapeuta	38
4.4	Pojetí rogersovské psychoterapeutky	41
4.5	Pojetí rodinného psychoterapeuta	44
4.6	Pojetí logoterapeuta	47
4.7	Pojetí taneční a pohybové psychoterapeutky	49
4.8	Shrnutí	51
5	VÝZNAM PSYCHOTERAPIE	52
5.1	Psychická podpora léčby neplodnosti	52
5.2	Psychoterapie jako cesta hledání „pocitivé motivace“	53
	ZÁVĚR	55
	SEZNAM LITERATURY	56

ÚVOD

Tato práce se snaží ukázat aktuální přístup k problematice neplodnosti a její léčby v České republice, zároveň se pokouší nabídnout hlubší (psychologicko-psychosomatický) pohled na přístup k neplodnosti jako takové.

V celé práci se zabývám hlavně psychikou klientek během léčby neplodnosti a psychickými aspekty, které by mohly s problematikou neplodnosti souviset.

Je velice zásadní uvědomit si, že proces léčby neplodnosti přispívá obrovskou měrou ke zhoršení psychického stavu klientek. Tlak, který je na ně vyvíjen, čas, který je tlačí, finance, kterých nikdy není dost, očekávání a následná zklamání, to vše dokáže již během velice krátké doby podlomit mentální odolnost mnoha klientkám. Jejich život se od běžného začíná odvracet a jeho smysl vytrácet. Právě díky této „poslední kapce“ se oplodnění často nedaří, jak by si všichni zúčastnění přáli.

Důležitou problematikou, které se v této práci věnuji, je pohled na možné psychické důvody, které mohou být příčinou neplodnosti. K alespoň částečnému odhalení těchto důvodů přispívají názory známých odborníků v psychoterapii. Sama připojuji vlastní komentář zmíněných názorů a vlastní kazuistiky z poradny „Společnosti pro psychosomatickou podporu léčby neplodnosti, o.p.s.“, kde již déle než rok působím.

V závěrečném zamyšlení se zabývám tzv. „červenou nití“, která, jak se zdá, prochází zmíněnými názory na možné psychické aspekty poruch plodnosti. Docházím ke smyslu a důležitosti jak podpůrné terapie během procesu léčby neplodnosti, tak psychoterapie, nutné k pochopení životního příběhu a jeho možného vlivu na neplodnost dané klientky.

1 VYMEZENÍ POJMŮ

1.1 Neplodnost

Neplodnost je definována jako „*Neúspěšná snaha o početí potomstva při pravidelném pohlavním styku po jistou dobu, obvykle po dobu 1 roku (dle Americké fertilní společnosti), dle WHO 2 roky.*“ (fmotol /online/. c2012). U ženy jde o neschopnost otěhotnět a donosit dítě, u muže jde o neschopnost oplodnit vajíčko. Světová zdravotnická organizace WHO definovala nedobrovolnou bezdětnost jako nemoc (OSTRÓ aj., 2009, s. 14). Z toho vyplývá, že neplodné páry mají právo být léčeny všemi dostupnými prostředky. V praxi to ovšem znamená orientaci na prostředky reprodukční medicíny, které se soustředí pouze na biologické aspekty. Psychologická péče je zanedbávána. Zdá se to být poněkud nepochopitelné, už s ohledem na fakt, že psychologické poradenství pro neplodné páry je zákonným požadavkem. Vysvětlením by mohlo být i to, že psychologické přístupy jsou formulovány příliš obecně a přesvědčivé důkazy je třeba teprve získat. Nicméně, vysvětlením by mohlo být i pojetí “nemoci” v současné společnosti.

1.1.1 Primární neplodnost

„*Primární neplodnost - naprostá absence početí i přes pravidelný nechráněný pohlavní styk po dobu jednoho roku.*“ (OSTRÓ aj., 2009, s. 14). Jde sice o přesnou definici Světové zdravotnické organizace WHO, ale v praxi by se měl gynekolog vždy ujistit alespoň o tom, zda má daný pár základní informace o funkčním schématu ženských pohlavních orgánů.

1.1.2 Sekundární neplodnost

„*Sekundární neplodnost – i přes pravidelný nechráněný styk po dobu jednoho roku nedošlo k žádnému novému početí poté, co v minulosti k oplodnění došlo.*“ (OSTRÓ aj., 2009, s. 14). Zde je vždy nutno situaci posuzovat s větším odstupem a neopomíjet

životní změny týkající se daného páru. Posouzení je v tomto případě na odpovědnosti ošetřujícího lékaře.

1.1.3 Pravidelné spontánní potraty

Spontánní potrat je přirozené vypuzení plodu z důvodu nepříznivého prostředí v děloze. Může jít o důsledek vnitřních nepříznivých faktorů, životního prostředí, biologických faktorů nebo faktorů vnějších psychických, jako je např. trauma.

1.1.4 Idiopatická neplodnost

„Idiopatická (neobjasněná) neplodnost – absence početí způsobené z neznámých příčin.“ (OSTRÓ aj., 2009, s. 14).

Důvod neplodnosti není zřejmý a tak se v těchto příkladech poukazuje na psychiku klientů.

1.1.5 Neplodnost – současný stav

V současné době je každý pátý pár toužící po dítěti konfrontován s poruchami plodnosti. Zhruba 3% všech narozených dětí přichází na svět díky reprodukční medicíně. Neexistuje statistika, která by dokládala, např. kolik dětí přišlo na svět díky psychologickému poradenství anebo např. kolik dětí se kvůli poruchám plodnosti nenarodilo.

„Lékaři v následujících letech očekávají nárůst výskytu všech faktorů, které plodnost ohrožují – u žen jsou to pohlavní choroby, endometrióza, anovulace, poruchy příjmu potravy a obezita, u mužů poruchy tvorby a kvality spermatu. Poroste také počet vyléčených onkologických pacientek a pacientů v reprodukčním věku, pro které je v důsledku léčby obtížné počít potomka z vlastních pohlavních buněk.“ (SLEPIČKOVÁ a FUČÍK, 2009, s. 268). Dá se říci, že současné trendy, diktované moderní společností, nás staví do situace, kdy koncept plánovaného rodičovství je a bude vystaven velké zatěžkávací zkoušce. A právě proto se zdá pochopitelné, že se mnohé neplodné páry snaží nepřipouštět negativa asistované reprodukce, jako jsou finanční a

časová náročnost, fyzické i psychické těžkosti, eticky či nábožensky sporné aspekty, které léčba přináší.

Postoj k náročnosti a morálním aspektům asistované reprodukce bude vždy vycházet z míry utrpení neplodných párů a z jejich bytí ve světě, jako takového. Pro příliš mnoho lidí jde o jedinou pomoc v jejich těžké situaci. Tempo vývoje „nemá čas na pravdivou rekapitulaci“.

1.2 Nemoc a její pojetí

„Nemoc znamená ztrátu moci být sám sebou.“ (RŮŽIČKA, 2006, s. 94). Současný technický vývoj jde velice rychlým tempem kupředu. Jeho morální či duchovní dopad již není uspokojován takovou rychlostí. V medicíně je to vidět velice přehledně. Veškerý výzkum a využívání moderních technologií se vztahují k léčbě těla. Čím dokonaleji poznáváme detaily, tím více opomíjíme hledání souvislostí v životní realitě. Lékaři se orientují na biologické aspekty onemocnění a ostatní, hlavně psychické aspekty, zůstávají na úrovni trendových témat, jako je mentální anorexie či negativní působení stresu. „*Tak se stává, že je žena léčena řadu let pro nepříjemné symptomy, které jí sice brání mít styk s manželem, nikoli však s milencem, a její gynekolog o tom nic neví.*“ (TRAPKOVÁ a CHVÁLA, 2009, s. 18). Pacienti chodí za doktory se svými symptomy a širší souvislosti, které za těmito symptomy stojí, se neřeší. V podstatě se tento trend v závislosti na urychlování technického vývoje jen prohlubuje. Nemoc je vnímána jako cosi, co se objevilo odněkud zvenčí a tak se k ní i přistupuje. Možná si za to můžeme sami svým přístupem. Vždyť nástup nemoci často komentujeme slovy: „*Něco na mě vlezlo.*“ „*Něco jsem chytil.*“ „*Někdo mě nakazil.*“ „*Něco mi je.*“ Snažíme se odosobnit od „vlastní“ nemoci. Stavíme se do role oběti, která trpí cizím zaviněním. „*Pacient přináší lékaři k vyšetření nejčastěji jen svůj nemocný orgán, potíže, která mu vadí, ale ani ho nenapadne lékaře*

seznamovat se svým emočním životem.“ (TRAPKOVÁ a CHVÁLA, 2009, s. 19). Máme strach ze svých emocí? Nebo nás nikdo vyslechnout nechce? Lékaři jsou zahlceni novými přístupy ve svém oboru a času není nazbyt, času, který by mohli věnovat svým pacientům. Motivací k medicínskému vzdělání by mělo být léčit lidi a hlavní myšlenkou by mělo být pochopení toho, co nemoc je. Nemoc je proces, jehož vyvrcholením je symptom, zranění či „onemocnění“. Proč si nechceme připustit, že jde o naši vlastní nemoc a jen my sami a naše žití má podíl na tom, proč se nás nemoc drží? Vždyť prozření a následná náprava by nám přinesla daleko větší progres, než jen zaléčení „mechanismu“. F.M. Alexander, jeden z duchovních otců psychosomatiky, vnímá psychosomatického pacienta jako osobu, které není dovoleno svobodně vyjadřovat emoce. Není důležité, jak pacient tyto emoce prožívá, ale to, aby byly vyjádřeny tak, že danou osobu osvobozují z emocionálního tlaku, ve kterém se nachází. Tím dojde k navrácení vnitřní rovnováhy.

1.3 Psychosomatika

Psychosomatika se zabývá vztahem duše (psyché) a těla (soma), jejich vzájemným propojením a jejich rovnováhou. Problematika neplodnosti spadá pod psychosomatiku z mnoha důvodů.

„Fenomenologicky zaměřená psychosomatika se vyznačuje tím, že nemoc se chápe jako omezení individuální svobody, které ovlivňuje pacientovu existenci jako celek.“ (RŮŽIČKA, 2006, s. 167). V podstatě jde o umění - propojit si souvislosti nemoci se svým životem – bytím. Nemoc nám pomáhá pochopit a napravit naše vztahy, chování, naše naladění. Je nemožné nevnímat své tělo jako vlastní součást. *„My jsme tělo.*“ (RŮŽIČKA, 2006, s. 102.). V případě, že my sami před sebou nechceme přiznat vlastní „slabosti“, pak naše tělo volá po nápravě. Je velice smutné, že to většinou ani nevidíme. Nebo spíše nechceme vidět. Dá se říci, že

jde o zhmotněné „černé svědomí“ a to si asi nikdo nechce připustit „k tělu“. Podobnost můžeme vidět například v kritice. Správná kritika nás posunuje kupředu, ale moc rádi ji také neslyšíme. Somatizace tedy v podstatě znamená tělesnou odezvu vztahové záležitosti. V jakém vztahu jsme ke světu či ke svému okolí, se symbolicky zrcadlí na našem těle. Je-li vše v pořádku, naše tělo se cítí dobře. Pokud něco v pořádku není, naše tělo se nám to na sobě snaží ukázat. To, jakým způsobem to udělá, záleží na tom, jaký význam přisuzujeme různým částem těla a jejich dynamice, jaký k nim máme vztah, co pro nás znamenají.

Léčba psychosomatického onemocnění je pro pacienta velice náročná. Musí se, chtě nechtě, postavit čelem ke svému životu, naučit se rozhodovat a nést odpovědnost za svá rozhodnutí. „*Pokud se v průběhu léčby nezmění pacientovo přesvědčení a hodnotové postoje, které jsou organicky spjaté s potížemi, samotný nácvik, změna chování, ani změna kognitivních „vzorců“ k trvalému uzdravení nestačí.*“ (RŮŽIČKA, 2006, s. 140). Je na každém z nás, zda jsme ochotni změnit svůj přístup k životu, zda jsme vůbec schopni se touto cestou vydat.

Neplodnost – už jen slovo samo dává svým významem najevo, že by mohlo jít o ztrátu plodnosti, úrodnosti, kreativity, naplněnosti, tvořivosti, o možnou ztrátu „plodného života“ jako takového. Člověk sám by se měl zamyslet nad smyslem svého života a neočekávat, že jeho naplnění přijde až s narozením dítěte.

Vzhledem k tomu, že oplodnění je v první řadě biologický proces, vždy je třeba respektovat naše fyziologické nastavení. Na většinu příčin neplodnosti se dá dívat ze stejného úhlu. Pokud se uvažuje o tom, že za příčinami idiopatické neplodnosti jsou psychické aspekty, pak budou psychické aspekty hrát důležitou roli i u dalších diagnóz neplodnosti. Rozdíl je jen v tom, že v určitých situacích se tělo potřebuje „ujistit“, že k těhotenství nedojde nebo že se dítě z nějakého důvodu „raději“ nenarodí.

1.4 Asistovaná reprodukce

Asistovaná reprodukce, tedy umělé oplodnění. Základní metodou mimotělního oplodnění je IVF = in vitro fertilizace, tedy oplodnění (ve skle) ve zkumavce, „...metoda léčby neplodnosti odebráním vajíčka z vaječníku ženy a jeho oplodnění mimo organismus..., vajíčko odebrané dárkyni jehlou je...oplodněno spermiemi partnera příjemkyně a pokud se po dvoudenním sledování rýhuje a normálně vyvíjí, je přeneseno ambulantně do dělohy příjemkyně...“ (HARTL a HARTLOVÁ, 2010, s. 367). V širším slova smyslu jde o manipulaci s pohlavními buňkami za účelem zvýšení šance na početí u neplodných párů.

2 FUNKČNÍ PORUCHY A JEJICH INTERPRETACE Z HLEDISKA PSYCHOSOMATIKY

V této kapitole se zabývám nejčastějšími příčinami fyziologické neplodnosti u žen a jejich možnou interpretací z hlediska psychosomatiky.

2.1 Absence pohlavního styku

Vzhledem k tomu, že ovulace, tedy doba, kdy vajíčko putuje z vaječníku do dělohy a je připravené na oplodnění, trvá pouhých 24 hodin, tak i s přihlédnutím k tomu, že spermie si v ženském těle uchovávají svou oplodňovací schopnost max.3-5 dnů, je žádoucí, aby četnost pohlavních styků v kritické době byla naplněna. Většina párů neví přesně, kdy přichází čas ovulace (jde o individuální nastavení každé ženy) a velice jednoduše se může stát, že se tento termín promarní. Další možností jsou různé "ovulační problémy". Je zajímavé zamyslet se nad důvody migrény právě v době ovulace. Některé ženy trpí v době ovulace takovými bolestmi v podbřišku, že pohlavní styk nepadá vůbec do úvahy. Další příčinou může být např. vaginismus, křečovitě stažené svalstvo okolo poševního vchodu, bránící zavedení penisu do pochvy. Nejpřesnější vysvětlení by nám mohla nabídnout sama klientka, kdyby dokázala své vnitřní pohnutky pochopit.

2.2 Nedožívá vajíčko

Proces dozrání vajíček je závislý na mnoha fyziologických a psychických aspektech. a) Dozrání vajíčka závisí na hormonálním řízení, které vychází z mozku. Mozek někdy přestane vaječníky řídit k dozrání vajíček, např. po velkém hubnutí. Je to vlastně ochrana těla ženy před vyčerpáním. Další možností je

zvýšení hladiny hormonu prolaktinu. Lékaři mu přezdívali „stresový hormon“. Zřejmě se jedná o ochranu těla a tedy i člověka samotného, který je vystaven častému negativnímu stresu. Pravdou zůstává, že hladiny hormonu prolaktinu jsou zjišťovány až v době léčby neplodnosti a vzhledem k tomu, že neplodnost sama je velice stresující, může se stres načítat a tím značnou měrou přispět k dlouhodobějšímu nezdaru.

b) Syndrom PCO – syndrom polycystických vaječníků – vajíčko opakovaně nedozrává. Příčina neznámá.

c) Obezita. Vnější plnost místo vnitřního naplnění, může jít „...o prcháání před vlastním sexuálním vyzařováním.“ (DAHLKE, 2002, s. 255). člověk zůstává „tak nějak“ izolován ve vlastním těle.

d) Vyhasínání pohlavního cyklu – vaječnky postupně přestávají produkovat ženské pohlavní hormony (estrogeny a gestageny). Stav, kdy ve vaječniku již žádná vajíčka nedozrávají. U některých žen dochází k tomuto vyčerpání dříve, důvodem může být užívání léků proti nádoru, ozáření či vrozené dispozice. Psychosomatika se na předčasné klimakterium dívá jako na „...nežitou ženskost.“ (DAHLKE, 2002, s. 208). A problematika „nezralého“, „nepřipraveného“, „nehotového“ vajíčka by velice silně mohla nabádat k myšlence na „nepřipravenost“ jako takovou. Je třeba jiného „naladění“ a hlubšího sebevnímání. Možná je na místě i uvědomělé přenastavení životních priorit a citlivé naslouchání svým snům a jejich naplňování.

2.3 Překážka na cestě k vajíčku

Spermie nemohou proniknout k vajíčku. Překážka na cestě k vajíčku je chemická nebo mechanická. Chemická překážka znamená přítomnost protilátek proti spermii. Princip působení protilátek je stejný jako při obraně organismu proti bakteriím. Jde o málo poznanou problematiku a to, že se tvoří jen u některých žen a jen vůči spermii konkrétního partnera, je vlastně podivné. Možná jde o přirozený výběr.

Mechanická překážka znamená, že „cesta“ je někde uzavřena. Důvodem bývá často neléčený zánět, po kterém se vejcovod slepí. Z pohledu psychosomatiky jde v podstatě o plodnost na nesprávném místě. Na jedné straně je chtění otěhotnět, na druhé straně je neposkytnutí životního prostoru dítěti. V oplodnění problém není, ale zábrana je na cestě ke zdroji bezpečí a obživy. Vypadá to, jakoby žena na dítě ještě nebyla vnitřně vybavena.

2.4 Spermie nedokáží vajíčko oplodnit

Vajíčko není v pořádku a spermie ho nedokáží oplodnit. Příčinou může být i nedostatečná vitalita spermií. Je také možné, že k oplodnění dochází, ale problém je v dalším vývoji oplodněného vajíčka v embryu. V tomto případě se jedná o ukončení krátkého vývoje. Může jít také o genetické chyby jako projevy dědičného zatížení. Je možné, že se v rodině drží „nezdravé dědictví“ a tak se tělo samo snaží přerušit předání "problému" na další generaci. Přinejmenším do té doby, než se s tím žena vědomě vypořádá.

2.5 Nedostatek hormonů

Nedostatek hormonů nutných pro zahníždění embrya. Není ještě připraveno místo, prostor pro dítě. Z pohledu psychosomatiky se zdá, že situaci má pod kontrolou „hlava“. V reálném životě by to mohlo znamenat, že je žena více „v hlavě“, že jí chybí spontánní prožívání. Umění žít je drženo pod kontrolou a to by nemuselo být to správné prostředí pro spontaneitu nového života.

2.6 Děložní sliznice nepřijímá embryo

Děložní sliznice nedokáže embryo přijmout. Příčinou může být chronický zánět sliznice nebo myom, polyp či endometritida - zánět děložní sliznice. Jde opět o konflikt týkající se hnízda pro vlastní

dítě. Chronický zánět může znamenat „...trvalý konflikt, stagnaci či strach z rozhodnutí, které by bylo spojeno s oběťmi.“ (DAHLKE, 2002, s. 152). V tomto případě se dá říci, že místo pro dítě je, ale není na něm něco v pořádku. Problém je v usídlení či uhnízdění embrya. Je možné, že daná žena není srovnána s „čímsi“ ve svém životě, ve svých vztazích, ve svém prožívání. Místo pro dítě ve stávající rodině ještě není dostatečně připraveno, možná ani vytvořeno.

2.7 Shrnutí

Většinu příčin, které vedou k poruchám plodnosti, spojuje jedno logické, společné a zásadní téma. Tím tématem je vlastní ženství. Vlastní ženství je úzce propojeno se schopností oddání se, pod tímto pojmem se otevírají témata přijetí, otevřenosti, početí, vřelosti či uvolněnosti. Ženy, které žijí a akceptují vlastní ženství, jsou většinou vnitřně spokojené a nemají problém s pocitem méněcennosti, a to i s ohledem na jejich aktuální životní situaci. Naopak, ženy, které se se svým ženstvím neumí smířit, jsou často pronásledovány nepříjemnými symptomy, které se je neomylně snaží konfrontovat s typicky ženskou problematikou. „*Principiálně mohou být takřka veškeré gynekologické symptomy a téměř každý příznak nemoci narušeného těhotenství zapříčiněny také psychogenně nebo mohou minimálně být – a to za silné psychické spoluúčasti – symptomem psychosomatického onemocnění.*“ (TRESS aj., 2008, s. 197). Je velice důležité, aby každá žena, trápící se „neplodností“, pochopila smysl své neplodnosti. Toto uvědomění je velice zásadní. Moderní medicína stojí v cestě přirozenému uchopení problému neplodnosti, nicméně díky invazivnímu odtržení těla od duše se paradoxně téma neplodnosti otevřelo nejvíce za velice dlouhou historii. V dřívějších dobách bylo toto téma spíše tabuizováno.

3 PSYCHIKA V PROCESU LÉČBY NEPLODNOSTI

3.1 Emoční houpačka

V této kapitole se budu zabývat průběhem léčby idiopatické neplodnosti; jak již bylo řečeno, jde o neplodnost, kdy se dá říci, že oba potencionální rodiče jsou po fyziologické stránce zdraví. Průběh léčby jiných typů neplodnosti je velice podobný. Pouze příčina je fyziologicky jasně definována a záleží, zda se ji podaří odstranit či nikoli.

3.1.1 Fáze první

1.fází je období uvědomění si, že těhotenství nepřichází a bude třeba mu nějak napomoci nebo minimálně zjistit, zda něco není v pořádku. Pár si začne klást otázky typu: „Co není v pořádku?“ „Co budeme dělat? Na koho se obrátíme?“ „Proč to nejde?“ „Čí je to vina?“

Tato fáze je sice provázena zklamáním a lehkými pochybami, ale v podstatě se ještě nic neděje a návštěva u gynekologa je uklidňující. Gynekolog nabídne nepřeborné množství testů a vyšetření a pár je „spokojen“. Důvěra v moderní medicínu zvítězí. V té době oba tak trochu doufají, že se najde nějaký drobný problém, který po odstranění jejich situaci pozitivně vyřeší. Nicméně nechtějí nechat nic náhodě a začnou zjišťovat informace na internetu, přes známé nebo podrobnějším informováním se u gynekologa (Jinde se informace týkající se poruch plodnosti dají získat jen těžko.). Dozívají se informace o pozitivních i negativních diagnózách, o dobrých a špatných průbězích, o četných komplikacích, útrapách a bolestech. Jejich emoce se začínají dostávat do střehu a o „spokojenosti“ se dá mluvit už jen těžko.

3.1.2 Fáze druhá

Jde o fázi zjištění, že nic nebrání otěhotnění a že jsou fyziologicky zdraví. Paradoxně tato informace nevyvolá úlevu, ale obrovské znejistění.

Mnoho párů tento tlak nevydrží a přistoupí na nabídky reprodukční medicíny. Důvěra v moderní medicínu zvítězí a na krátký okamžik nastoupí i spokojenost. V případě prvního či druhého nezdaru se ale ocitají ve stejné situaci jako „ti statečnější“, kteří se rozhodli „bojovat“ vlastními silami.

Páry, které se nenechají zlákat a rozhodnou se pro přirozené početí, se statečně snaží nic si nepřipouštět, ale obavy se velice brzy začínají hromadit. Začínají si nepříjemně uvědomovat tlak, ve kterém se dennodenně ocitají. Ženy se snaží brát vinu na sebe, to ony přece nejsou schopny otěhotnět. Jim má narůst břicho. Ony mají svým partnerům porodit potomka. Mají strach, že pokud to nedokáží, partner je opustí a najde si jinou, která to dokáže. I v případě, že je „chyba“ na straně partnera, ženy berou neplodnost na sebe a v jejich prožívání se nic zásadního nemění. Když vyjdou na ulici, mají pocit, že všude běhají, smějí se a křičí malé děti, snad každá mladá žena je v pokročilém stádiu těhotenství. Začínají trpět „bříškokofóbií“ a zášť, kterou pocítují k těm šťastnějším, je jim velice nepříjemná. Všichni se radují ze života, všude se někdo rodí. Rodiče se vyptávají, kamarádky se vyptávají, kolegové se vyptávají a ti, co se nevyptávají, si určitě myslí něco ošklivého o tom, proč ony, jistě sobecké a ambiciózní, nechtějí mít děti. Muži se spíše stáhnou, na rozdíl od žen se nechtějí stále zabývat stejným tématem. Snaží se žít svůj život a být oporou partnerce. Ženy svou situaci potřebují řešit neustále. Pokud nemohou se svým partnerem nebo někým dalším, řeší to v sobě. Stále dokola se ptají, proč právě ony, co dělají špatně... Až se z jejich chtění stane středobod vesmíru a ženu už v podstatě nikdo a nic jiného nezajímá. Začne se víc a víc „konzervovat“ do svého světa. Situaci jí nic neulehčuje. Sociální izolace začíná být spojována s přílišnou fixací na vztah,

což klade na pár obrovský tlak. Když je pár zablokovaný v této fázi sociální uzavřenosti a deprese, zdá se, že pouze představa narození jejich vlastního dítěte se jeví jako jediné přijatelné řešení. Čím déle tento stav trvá, tím obtížnější je pro pár únik z tohoto kruhu. Je to přesně doba, kdy by bylo důležité nabídnout poradenství, posoudit pohnutky související s touhou po dítěti a vhodnost léčby neplodnosti. Právě fáze poradenství a objasňování by páru umožnila učinit vyváženější rozhodnutí, týkající se psychoterapeutické podpory. Párům se často jeví, že jediné optimistické řešení je okamžité zahájení invazivní léčby.

3.1.3 Fáze třetí

3.fází je odevzdání se do rukou reprodukční medicíny.

Samotný proces je další obrovskou zátěží. Technicky, velice zjednodušeně, probíhá takto: začíná se hormonální stimulací, po které se ženě urodí více vajíček, ty jsou poté pod narkózou odebrány a ve zkumavce oplodněny spermii, pokud je oplodnění úspěšné, oplodněné vajíčko se kultivuje 2-5 dní a poté se zavádí ženě přímo do dělohy. V kterékoli části procesu se může objevit problém a vše se zastaví, po pozitivním začátku a po velkých očekáváních přijde rána pod pás. Velká bolest, smutek, beznaděj. Nicméně, přijde lékař, oznámí nezdár a nabídne plánování dalšího pokusu. Pokud se ale podaří celý proces dokončit a žena odchází s embryem ve své děloze, její očekávání jsou vybičována téměř nad únosnou mez. V případě nezdaru se psychika dané ženy propadá do takové hloubky, že je téměř nemožné vrátit se do původního stavu. Pocit zklamání, selhání a ztráty se střídá s bolestí, smutkem, depresí a absolutní ztrátou smyslu pro cokoli. Naprostá většina žen považuje právě tuto dobu za nejkritičtější. U mnoha žen se tento emocionální kolotoč opakuje i častěji.

Pro lékaře je to každodenní praxe a zdánlivě nesdílné chování pro ně může být vnitřní obranou před strádáním, které je všude kolem hmatatelné. Klientky si často právě na takové chování stěžují a

těžko snášejí rutinu, se kterou se k nim přistupuje. Zároveň je velice těžké vyrovnat se s celou situací sama nebo s partnerem. Ženy mají silnou potřebu o svém trápení mluvit, partneři to sice tolerují, ale jen do jisté míry. Čeho je moc, toho je příliš. Ve většině případů situaci komplikuje tabuizování problémů s plodností před ostatními. Před kolegy, kamarády a někdy i ve vlastní rodině. Nemají si s kým smysluplně promluvit, jsou vystavovány buď věčnému litování, nebo paranoidním představám o tom, co si ostatní o jejich „oddalování rodičovství“ myslí. Průběh nekonečného čekání na dítě má u většiny klientek podobné scénáře. Ženy se zavírají do svého světa. Přestávají žít svůj život, trápí se, obviňují se, ztrácí sebevědomí, úzkosti a deprese jsou už za dveřmi. Máloco jim udělá radost a bezpečně se cítí jen doma, ve svém. Samy v sobě řeší otázky vlastní ženskosti, citovosti a mateřskosti. Mají strach, že nezvládnou své poslání.

3.1.4 Fáze čtvrtá

Do další fáze se dostávají všichni, které ještě nepotkal „zázrak“ a dosud nebyli obdařeni dítětem.

Jde o fázi, kdy i po letech snahy a trápení dítě nepřichází. Nastupuje panika a z toho vyplývá i následné chování partnerů. Střídají centra asistované reprodukce, gynekology i další odborníky. Hledají jakékoli podpůrné prostředky a metody, které mají i jen nepatrnou šanci na úspěch. Poslouchají rady a porady kohokoli a jsou ochotni upsat se i ďáblu. Nastává poprvé chvíle, kdy se partneři zamýšlejí nad svým psychickým rozpoložením. Důvody jsou dva základní. Prvním většinou je špatná psychika ženy. Druhým je letmé podezření, jestli neexistuje nějaký psychický blok, který by bránil otěhotnění.

Toto je doba, kdy se někteří klienti odhodlají a přijdou k nám do poradny. Většinou už jsou úplně zdrcení, psychicky vyčerpaní, ženy téměř celé sezení propláčou, pocity psychické nejistoty jsou zesílené a před sebou mají poslední hrazený pokus v centru

asistované reprodukce. Situace vypadá na počátku bezvýchodně, ale pokud se nám jim podaří nabídnout reprodukční prázdniny s tím, že se ruku v ruce s psychoterapií pokusí o přiblížení se k sobě samým, už to tak temně nevypadá. Ano, může se stát, že se dítě nakonec nenarodí, ale pokud se oni stanou silnějšími a jejich vztah bude naplněný, budou schopni se i s takovou bolestivou situací lépe vyrovnat.

3.1.5 Fáze pátá

Touto fází je přemýšlení o ukončení léčby.

Jde o fázi, která přichází až po velice dlouhé době. Partneři se již cítí na pokraji svých sil. Uvědomují si, že jim život utíká mezi prsty. Potřebují nové vyhlídky, aby jejich život měl zase nějakou cenu. Jde o velice těžké rozhodnutí.

3.2 Stíny asistované reprodukce

Význam, důležitost a pozitiva, která proces asistované reprodukce přináší, jsou nesporná. Nicméně, vzhledem k její invazivitě a náročnosti má na svých bedrech velké množství nedořešených kroků, které se přidávají k psychické nepohodě, jež pro klientku léčba neplodnosti přináší.

3.2.1 Výběr centra asistované reprodukce

Již z gynekologické ordinace je pacientka odeslána k partnerskému centru asistované reprodukce. Informací a nezaujatých hodnocení, které by napomohly správnému rozhodnutí pro to či ono centrum, je velice málo a když, tak pouze formou reklamy, nebo „chatů“ na internetu. Není pravidlem, jako v zahraničí, navštívit poradnu, kde by se klient dozvěděl veškeré informace ve srozumitelné formě a sám se dle svého nejlepšího vědomí a svědomí rozhodl, jak s nimi naloží.

3.2.2 Časový limit schůzek

Schůzky v centru jsou ohraničeny jasně stanoveným časovým

limitem a to průměrně 10min., jinak by se nedal zvládnout nasmlouvaný zástup klientů, které musí lékař zvládnout. Každé centrum si "najímá" lékaře a ti musí být maximálně využiti.

3.2.3 Komu dát svou důvěru

Oficiálně mají klienti svého ošetřujícího lékaře, ale budovat k němu důvěru či přenechat na něm trochu ze „své tíhy“ se jim moc nedaří. Vzhledem k tomu, že léčba je závislá na menstruačním cyklu klientky, je velice těžké setkávat se pravidelně s jedním lékařem. Lékařů dochází do centra víc a tak se klientka často dostává do rukou novému lékaři. Tím se naopak dostává do nepříjemných situací, kdy se jí znovu a znovu nový lékař vyptává na její problémy a diagnózu.

3.2.4 Finanční náročnost

Klienti jsou v centrech zahrnuti nepřebornými možnostmi postupů a velice těžko odolávají tlaku, který v nich zároveň vzbuzuje větší šance na úspěšné otěhotnění. Stávají se závislými na reprodukční medicíně. Jako každá závislost, tak i tato je velice finančně náročná a to klientům buduje další problém. Už na první straně webových stránek některých center se jasně vyjímají křiklavé reklamy peněžních půjček..

3.2.5 Hormonální stimulace

Velkou zátěží, jak fyzickou, tak psychickou, je hormonální stimulace, která je ve většině případů nutná. Týká se hlavně žen. Některé berou léky, některé docházejí na injekce, ale nejčastěji si klientka vyzvedne injekce, které si musí každý den píchat do břicha. Břicho je pak rozpíchané, plné modřin, bolavé a nafouklé. Paradoxně ta část těla, která je spojována s těhotenstvím, je v této fázi tou nejodpudivější a pro klientku i nejcitlivější v tom horším slova smyslu. Velice často hormonální stimulaci doprovází typický jev a tím je tloustnutí, zadržování vody, opuchnutí, přibírání na váze, jiné chutě atd. Rozhodně nic, co by klientkám dodalo sebevědomí, kterého právě v této době rozhodně nemají dostatek.

3.2.6 Sexuální vztah

Vzhledem k tomu, že pohlavní styk je pomyslně rozdělen na reprodukční proces v laboratoři a „reprodukční styk“ doma, začíná ztrácet svou spontaneitu. A tím se ztrácí i jistá spontaneita vztahu jako takového. Tlak na partnerský vztah se neustále zvyšuje. Žena se cítí ještě více odpovědná a tím jen vzrůstá stres a úzkost v této již tak náročné době.

3.2.7 Psychická podpora

Je vhodné zmínit, že psychická podpora rozhodně není součástí procesu asistované reprodukce. Pouze jedno centrum v České republice nabízí možnost využití péče psychologa. Přitom zdravotní pojišťovny proplácují péči v centrech i včetně psychické podpory. Pravdou zůstává, že psychologickou pomoc vyhledává jen velice málo klientů. Napadají mne dvě možná vysvětlení. Prvním je (až na výjimky) fakt nespolupráce mezi psychology a lékaři specializovanými na asistovanou reprodukci. Není to zvykem. Druhým je možný strach klientů z odhalení skrytých bloků.

3.2.8 Etika asistované reprodukce

Poslední temnou stránkou je etika asistované reprodukce. Reprodukční medicína poskytuje mnoho témat k zamyšlení.

- Jde např. o morální postavení embrya, se kterým se manipuluje dle nároků té které technologie. Máme na to právo? Vždyť jestli život začíná početím, pak jde o neoprávněný zásah do života. Tkáňová direktiva Evropské Unie stanoví nejnovější názor, který říká, že embryo má, ve fázi před embryotransferem (ET), status léčebného buněčného přípravku. Tím se situace pro odbornou veřejnost zdánlivě řeší. Jaký to má dopad na obyčejného člověka, to nikdo nechce posuzovat. Ani klienti to většinou neřeší a naopak jsou vděční za jakoukoli formu pomoci.
- Velice často je využívána technologie kryokonzervace

(zmražení), aktuálně nevyužitá embrya (spermie a vajíčka) jsou zmražena a skladována v tekutém dusíku. Víme jistě, že se tato fáze "života" embrya nezapiše nějakým způsobem do jeho životní historie?

- Další používaná metoda mikromanipulace – „*Jde o operační postupy, vykonané na pohlavních buňkách nebo embryu, použitím speciální mikromanipulační technologie.*“ (ŘEŽÁBEK, 2008, s. 98). Opět se nám nabízí dva pohledy, první mluví ve prospěch těchto zákroků, jde přeci o zdraví jedince. Druhý varuje, definitivně tím končí tzv. přirozený výběr a možná začíná chtěný výběr. Vždyť např. v USA se touto metodou neřeší pouze aktuální zdravotní komplikace, ale i pohlaví, estetické a jiné přednosti daného potomka.
- Dárcovství genetického materiálu - darování spermií, vajíček či embryí je jeden obrovský etický otazník. Jde o zahrnutí třetí strany do procesu reprodukce. Tato problematika je před veřejností často odkazována na vlastní svědomí zúčastněných. Ale! Např. přibývá případů, kdy žena toužící po dítěti doslova přemluví "neplodného" manžela, aby si nechali darovat spermie. Manžel souhlasí pod tíhou argumentů a manželka otěhotní. Narodí se dítě, které ale není "jeho". Stává se, že se s tím manžel nikdy nevyrovná. Dítě už navždy bere jako cizí a v lepším případě zkouší svůj vztah k dítěti řešit u psychologa. Darování vajíčka také není úplně bez otázek. Ale darování embrya, to je jako adopce bez "papírů" (dokladů, psychologických testů, sociálního průzkumu, aj.). Partneři dostanou embryo a nikdo s nimi nepodstupuje celý zdlouhavý proces, který je nutný k adopci.
- Náhradní mateřství, "pronájem dělohy", v případě nemožnosti donosit vlastní dítě si partneři mohou „pronajmout“ ženu, kterou si vyberou na inzerát a za cca

půl milionu korun jim tato žena plod odnese a porodí. V České republice není institut náhradního mateřství dosud uzákoněn, v praxi to znamená: „Co není zakázáno, je dovoleno.“

Takové a mnohé jiné jsou etické otázky vytvořené reprodukční medicínou. Pro mnoho párů jde o jedinou dostupnou možnost mít dítě, v mnoha případech se jedná o velice těžké a smutné příběhy. I na to by měli myslet odborníci, kterým jde o co nejrychlejší pokrok ve vývoji technologií. Jednoho dne se možná "nevlastní" syn bude vyptávat. Jak to zvládne? Bude na to připraven? A co rodiče, zvládnou odpovědět po pravdě?

3.3 Shrnutí

Proces asistované reprodukce přenáší ženy tak trochu na virtuální bojiště. Zde se o dítě bojuje všemi reálnými i nereálnými zbraněmi. Je to bojiště, na kterém jim není moc dobře, ale zároveň se ho bojí opustit. Většina žen udělá vše, jen aby měly dítě.

4 POJETÍ NEPLODNOSTI RŮZNÝMI PSYCHOTERAPEUTICKÝMI SMĚRY

V této kapitole se zabývám hlavně pohledy různých psychoterapeutických přístupů na problematiku plodnosti. Názory se opírají zejména o pojetí neplodnosti z pohledu našich předních odborníků v oblasti psychoterapie, o vlastní zkušenost a zkušenost z poradny Společnosti pro psychosomatickou podporu léčby neplodnosti, o.p.s. Tam přicházejí jak páry, tak jednotliví klienti, kteří se snaží s problematickým otěhotněním bojovat.

Přední odborníci z oblasti psychologie a psychoterapie byli tak laskaví a poskytli mi odpovědi na čtyři otázky, týkající se neplodnosti, otázky zní:

Otázka č.1: Jak se díváte skrze Váš "domovský" psychoterapeutický přístup na poruchy plodnosti - neplodnost?

Otázka č.2: Na co byste se zaměřil/-la/ v terapii pacientů s poruchami plodnosti - neplodnosti?

Otázka č.3: Myslíte si, že psychosomatická neplodnost žen a mužů má rozdílné příčiny?

Otázka č.4: Myslíte si, že psychologická (psychosomatická) podpora by měla být součástí procesu asistované reprodukce (umělého oplodnění)?

V následujícím textu zmiňuji odpovědi odborníků a na základě vlastní zkušenosti a zkušenosti z poradny Společnosti pro psychosomatickou podporu léčby neplodnosti, o.p.s. je dále rozvádím, pro lepší názornost doplňuji odpovídající kazuistikou.

4.1 Pojetí psychoanalytického psychoterapeuta

Interview č.1. MUDr., PhDr. Jan Poněšický, psychoanalýza.

Odpověď na otázku č.1:

"Řekl bych, že u poruchy plodnosti týkající se psychologické stránky hraje důležitou roli druh motivace mít dítě a od počátku, jaký fantasijní vztah si tvoří budoucí matka - ev. manželský pár - k ještě nepočatému dítěti. Když by šlo např. o instrumentalizaci dítěte za účelem zvýšit vlastní hodnotu, dokázat svou ženskost, plodnost, či tím vázat partnera na sebe či o nejistotu a tlak mít dítě mezi 30. a 40. rokem, pak se často těhotenství nezdaří."

Komentář autorky práce.

Ráda bych zde citovala i další inspirující zmínky na toto téma z publikací MUDr., PhDr. J. Poněšického : *"...potlačená agrese k matce vede k agresi proti sobě, k nespokojenosti se svým ženským osudem."* a *"Jestliže žena dává v první řadě proto, aby za to dostala, ..., tak to svědčí o přílišné závislosti na ostatních."* (PONĚŠICKÝ, 2008, s. 45, 47).

Motivace mít dítě. "Poctivá motivace" je velice zásadní stopa. Odpovědi na "poctivou motivaci" mít dítě se u klientů velice různí, což je logické, záleží přeci na vnitřních potřebách daného člověka. Nicméně pro samotnou klientku je to stopa, která je na samém počátku výpravy do svého nitra. Na začátku stojí jasně formulovaná očekávání, která se často „říkají“. Pokud se ale klientka vydá cestou sebepoznání a dokáže poctivě oslovovat své životní motivace a potřeby, velice často je sama překvapena, jak se její původní motivace mít dítě mění. Přichází okamžik, kdy téma dítěte není již tak aktuální a dostáváme se více na půdu samotné životní existence a potřeb, které z ní plynou. Klientka je schopna formulovat, co jí v životě chybí, co by potřebovala a "poctivá motivace" se začne sama vyjevovat. V té chvíli je zásadně důležité podpořit klientku v jejím „hledání“ opravdového a správného důvodu vlastního strádání.

Velice často se za "poctivou motivaci" skrývá potvrzení vlastní

ženskosti, vlastní naplněnosti, naplněnosti vztahu, touha být dobrou - lepší matkou, dát partnerovi dítě, větší spojení s partnerem, splnění dalšího životního úkolu, potvrzení vlastní ženskosti či schopnosti, uspokojení životního standardu, zkrátka potvrzení své správné existence. Všichni hledáme potvrzení své správné existence po celý život, ale měli bychom se o to snažit my sami a ne, že se narodí "někdo" s posláním vylepšit a oživit náš život. Toto uvědomění je pro klienty zásadní a na druhou stranu také, tak trochu, úlevné. Je na čem pracovat a zároveň si odpočinout od vysilujícího nekonečného boje o dítě.

Jak bylo výše řečeno, "pocitivá motivace" odhaluje zásadní životní témata. Tím je například přijetí mateřské role. Často se v praxi setkávám s tímto tématem. Klientky se jen nerady zabývají "nevztahem ke svým matkám". Toto téma je naplňuje smutkem a hořkostí. Souvislost s aktuální otázkou plodnosti je obzvlášť zákeřná. Tyto ženy mají veliké problémy s otěhotněním a buďto se jim nedaří otěhotnět vůbec nebo až po velice dlouhé době. Nemožnost identifikace s vlastní matkou brání přijetí mateřské role. Jde téměř o „dědičnou“ zátěž, která by nemusela obstát v evoluční problematice. To by mohlo objasňovat častou situaci, kdy žena nemůže otěhotnět, adoptuje dítě a najednou, po nějaké době, jako zázrakem, otěhotní spontánně. Vlastní zážitek, zkušenost s dítětem a prožitek vlastní schopnosti postarat se o dítě, má v některých situacích zřejmě možnost překódovat naše dispozice, přehodnotit závěry, které vyplynuly z jiných, negativních zkušeností a tím umožnit průchod novému životu. Ne vždy se situace vyvíjí takto optimisticky, mnoho žen se svého vytouženého potomka nikdy nedočká. Nicméně, vzhledem k umělému oplodnění a tedy invazivnímu zásahu do příběhu člověka, se občas podaří a dítě se narodí. V takových situacích se situace po porodu často komplikuje a novopečená maminka nemusí být ve své roli šťastná.

Kazuistika č.1

Pacientku jsem poznala v psychiatrické léčebně, kde byla dobrovolně na měsíčním léčení. Ve stejné době jsem tam absolvovala svou stáž. Pacientce bylo 36 let a doma měla jednoměsíční vytouženou dceru. S manželem byli spolu již 14 let a z toho 10 let se snažili o dítě. Když se jim, díky asistované reprodukci, podařilo otěhotnět, byli naprosto šťastní. Problém nastal poté, kdy se dítě narodilo. Pacientka nic nezvládala, svou situaci komentovala slovy: "Vůbec jsem nevěděla, co po mě dcerka chce. Když plakala, zkoušela jsem postupně vše, abych ji uklidnila, ale nic nezabíralo. Nechtěla spát nebo zase spala moc dlouho. Někdy málo jedla a paní doktorka mi vynadala, že dítě nepřibírá. Vůbec jsem nespala, byla jsem strašně vyčerpaná a unavená. Jako kdyby mi nenaskočily žádné biorytmy, nedokázala jsem se na ni vůbec naladit." Během skupinové terapie vyšel najevo příběh pacientky. Když se narodila, její matka žila sama. Měla jakési gynekologické problémy a léčila se po lázních. Pacientka vyrůstala první dva roky u babičky a do deseti let byla stále nemocná a po nemocnicích. Maminka jí velice chyběla, ale už od dětství si vzpomíná, že o ní matka nikdy neměla zájem, nechtěla jí projevit něžnost a nechtěla s ní být. Partnerů vystřídala matka mnoho a teprve, když bylo pacientce 18 let, přivedla domů milého člověka, který se na okamžik stal pacientce otcem. Bohužel brzy zemřel. Pacientka sama chápe, že citová vazba mezi ní a matkou se nikdy nerozvinula. Nyní dává své matce za vinu svou neschopnost postarat se o své dítě.

Závěr: Ve chvíli, kdy si pacientka uvědomila, že se chová stejně jako její matka a místo péče o dítě utíká na léčení, rozhodla se se svým "osudem" bojovat. Začala být aktivní na skupinové psychoterapii, chodila i na individuální psychoterapii a po zkontaktování s dulou, která jí přislíbila pomoc na telefonu, se těšila domů.

Díky psychoterapii je možné pochopit konflikty a pokusit se o naladění vedoucí k vytouženému cíli.

Dalším aspektem je přijetí či nepřijetí ženské role, to již není tak závažným tématem z pohledu poruch plodnosti. Jde opět o absenci správné identifikace v dětství, která je nemožná většinou díky absenci otce či jiného „muže“ v rodině nebo přítomnosti otce, který z nějakého důvodu není schopen ve své dceři ženskou roli podepřít. Co se týče této problematiky, je v první řadě třeba, aby se tato skutečnost vyjevila a aby se s ní klientka dokázala sblížit, dokázala ji akceptovat a měla chuť sama zapracovat na pozitivním prožitku svého ženství. Je velice příhodné, vydat se na tuto cestu ruku v ruce s psychoterapií či jinou psychosomatickou metodou, jako je například pohybová terapie. Mám obavy, že pokud by se klientka chtěla sama pustit do "boje o svou ženskost", mohlo by to skončit na úrovni povrchových úprav, větší výkonosti v sexuálním životě či promiskuitního chování.

Jiný aspekt přináší již zmíněné téma "Kdo potřebuje brát, nemůže dát." Rozumím mu tak, že ten, kdo nedostal do vínku dostatek lásky, důvěry a dostatečnou pozitivní zpětnou vazbu, má stálou potřebu po takovémto naplnění. Pro takového člověka je velice těžké dobrovolně, bez jakéhokoli očekávání, "dávat" to, čeho má sám málo. Ale nový život je třeba "dát".

Mezi další aspekty patří i sexuální zneužívání či zneužívání v širším slova smyslu, které se na člověku jednou provždy podepíše a je velice náročné se s takovými traumaty vyrovnat.

Odpověď na otázku č.2:

„Doporučil bych konfrontaci s již zmíněnými "nezdravými" motivacemi a doporučoval bych víru, že to, co se stane, se má stát“.

Komentář autorky práce.

Je velice důležité rozšířit povědomí o různých možnostech pohledu na neplodnost. Sám se k tomu člověk nemá jak propracovat. Neplodnost je velice silné téma a zastíňuje svou urputností jakékoli hlubší zabývání se sebou. Jakmile má klientka tendenci o sobě přemýšlet, vše se zákonitě točí kolem touhy po dítěti. V ten moment se zdá, že narozením dítěte by se vše vyřešilo, všechno špatné by odešlo a svět by byl krásný. Ale není tomu tak, bohužel tuto skutečnost není možné předat. Mnoho klientek slibuje, že „pak“ se už nebudou trápit kvůli penězům, malému bytu, nepříjemnostem v práci, kilogramům navíc, špatnému počasí a mnoha dalším věcem. Konfrontace je velice nutná. Jedině tak mají možnost dočkat se svého vytouženého dítěte.

Odpověď na otázku č.3:

"U mužů může hrát větší vliv strach z impotence, ze zpochybnění jejich mužnosti, s čímž by se měli vyrovnat. A též strach, že se vznikem rodiny přijdou o svoji svobodu."

Komentář autorky práce.

Asi většina mužů si zaměňuje pojem plodnost a mužnost. Jisté společné znaky se nabízejí, ale faktem zůstává, že i neplodní muži zůstávají ve velké většině sexuálně aktivními a to bez jakékoli úhony. Je ale pravdou, že muži vnímají neplodnost jako obrovský útok na své ego. Nemají jak a s kým tuto tíhu sdílet, jen neradi vyhledávají odbornou pomoc.

Odpověď na otázku č.4:

„V případě asistované reprodukce, zvláště, když byl první pokus neúspěšný, doporučuji psychoterapeutický doprovod, poradenství.“

4.2 Pojetí Gestalt psychoterapeutky

Interview č.2. PhDr., JUDr. Stanislava Dudová, Gestalt terapie.

Odpověď na otázku č.1:

"Můj domovský přístup, Gestalt terapie, přistupuje k poruchám plodnosti podobně jako k jiným bolestivým tématům. Základem je vztahový přístup, orientace na prohloubení uvědomění vlastního vnímání, prožívání a jednání v dané situaci, pochopení důvodů tohoto jednání a případně nácvik úpravy prožívání nebo jednání."

Komentář autorky práce.

V poradně se často setkávám s klienty, kteří si neuvědomují anebo si nechtějí uvědomit jisté souvislosti, které jim výmluvně naznačují jejich postoj vůči rodinným závazkům. Nepřikládají váhu např. partnerovu "pasivnímu až lenivému" životu, naopak jsou přesvědčeny, že to ony za všechno mohou a partner je chudák. To, že jim partnerovo chování vadí, přičítají přecitlivělosti, plynoucí z neúspěchů reprodukce či hormonální stimulace a jsou ochotny samy podstoupit jakoukoli léčbu (i psychoterapii) a možná i užívat "utišující" léky proto, aby nebyly na svého partnera nepříjemné.

Kazuistika č.2

31 letá klientka, přišla do poradny i se svým partnerem. Jsou spolu již šest let a z toho 4 roky se snaží o dítě. Žijí v malém pronajatém bytě za Prahou. Oba mají stálou práci a jsou spolu šťastní. Klientka si stěžuje na bydlení, že by chtěla bydlet ve svém, v nějakém malém domku. Stěhovat se daleko nechtějí, všude kolem bydlí jejich příbuzní a oni se s nimi skoro každý den setkávají. Klientka si trochu stěžuje na svou roli "vrby" v rodině. Vzpomínáme na dobu, kdy se rozhodli mít dítě. Klientka: "Na to nikdy nezapomenu, vzpomínám si, že jsem náš první sexuální styk "na ostro" celý probřečela. Ptám se proč. Klientka honem vysvětluje, že to bylo pár měsíců před svatbou a že si ji případným těhotenstvím nechtěla zkažit. Svěřuje se mi s obavami, zdali se tím

nemohla nějak zablokovat. Partner se honem přidává a zdůrazňuje, že to nijak nesouvisí s jejím přáním mít dítě, že se jen na tu svatbu moc těšili. Nekomentuji tuto situaci, vidím, že se klientka sama dost trápí. Od té chvíle je klientka zamlklejší a často pláče. V závěru našeho sezení jsem položila oblíbenou otázku: „Co dlužíte svému životu?“ Klientka se rozpovídala o svém delším pobytu kdysi dávno v Anglii a jak by se tam chtěla vrátit, chtěla by tam žít i se svým partnerem. Vzpomínala, jak tam byla šťastná, že nic nemusela řešit. Partner z jejího výlevu nebyl nadšený.

Závěr: Z klientky jsem měla pocit, že ještě touží po nespoutaném, dobrodružném životě. I naše krátké sezení, které ji na okamžik nechalo nahlédnout do vlastního nitra, jí přineslo mnoho nových námětů k zamyšlení. Partnera má hodně ráda, ale neumí s ním o svých snech mluvit. Partner má trochu jiná očekávání. Myslím, že klientka by také potřebovala odpočinek od své košaté rodiny s jejími nekonečnými problémy. Oba se nakonec dohodli, že budou dál pokračovat v párové psychoterapii.

Odpověď na otázku č. 2:

„Zaměřila bych se především na ně, a méně na "poruchu". Zajímá by mne jejich celkový vztahový přístup ke světu, k lidem, k obtížím, k sobě a to, jak se tento vztahový vzorec projevuje při řešení potíží s otěhotněním, podle toho bych přizpůsobovala další terapeutické strategie. Podle mé zkušenosti bývá za problémem neplodnosti ještě nějaký další, obecnější a zkusila bych se zaměřit na něj.“

Komentář autorky práce.

Mám dojem, že v souladu s touto odpovědí je pátrání po "pocitivé motivaci", která často přenesla celý "problém" na neočekávanou půdu.

Kazuistika č.3

32 letá klientka, která na první pohled upoutá svým svěžím,

zdravým, optimistickým vzezřením, se svěřuje se svými neúspěšnými pokusy o otěhotnění, o které se snaží již něco přes rok. Stěžuje si slovy: „To je zvláštní, právě teď, když mám konečně správného partnera, práci snů a nic mne netrápí, se nám miminko nedaří.“ Na otázku, zdali si umí představit, jaké by to bylo s dítětem, se sama děsí vlastní reakce a toho, že si to vlastně neumí a není schopna představit. Její představy vždy končí u vidiny kulatého břicha. Pohrává si s představou čerstvého děťátka a nahlas si uvědomuje, že tím by přišla o svou práci snů (Před několika lety se naučila hrát na fagot a nyní hraje s orchestrem po celém světě.). Dochází jí, že stojí na rozcestí, kde se musí rozhodnout buď ve prospěch miminka či ve prospěch své snové práce.

Závěr: Klientka se rozhodla chodit na terapii, aby byla schopna učinit „to“ správné rozhodnutí. Dítě mít chce a proto by se ráda rozhodla v klidu bez tlaků okolí.

Odpověď na otázku č.3:

„To si netroufám posoudit. Když jsem měla příležitost pracovat s lidmi, kteří se potýkali s touto situací (ať muži nebo ženy), vždy šlo o velmi specifické, vzájemně provázané vztahové situace. Někdy mne překvapilo, jak hluboko do minulosti sahají souvislosti současného stavu nebo jak komplikovaná je "logika" neplodnosti.“

Komentář autorky práce.

Co je zjevné, je dramatictější dopad problematického těhotnění na kvalitu života ženy a to i tehdy, je-li „vinen“ muž. Zde je velice důležité intenzivnější zapojení partnera do procesu léčení. Pár zřídka kdy projevuje zájem být pohromadě. Běžná léčba znamená samostatnou péči o "postiženého" partnera a samostatné vyšetření ženy jako pacientky. Odpovědnost za neplodnost již neleží výhradně na straně ženy. Velmi často tuto odpovědnost nelze přidělit pouze jednomu z partnerů. Měli bychom více používat termín "neplodnost páru" a tím pádem se více soustředit na

přesnější popis dynamiky vztahu v průběhu psychologické diagnózy.

Odpověď na otázku č.4:

„Ano, myslím, že by to bylo velmi vhodné.“

4.3 Pojetí daseinsanalytického psychoterapeuta

Interview č.3. Doc. PhDr. Oldřich Čálek, CSc., Daseinsanalýza.

Odpověď na otázku č. 1:

„Je to vícevrstvá záležitost. Záleží na tom, jak dotyčný člověk existuje ve světě, tj. jaký význam a smysl co pro něj/ní chová. V popředí stojí to, jak je na reprodukci naladěn/a, nastaven/a. Jedná se o komplexní vztah k reprodukci. Tento vztah je nějak naladěn a zahrnuje jak tzv. duševní, tak tělesnou dimenzi. Avšak zdá se, že rozhodující je tu duševní rovina: I lidé, kteří nejsou zdaleka tělesně zdraví, chtějí děti a často pro reprodukci udělají všechno až po vlastní úmrtí. Na druhé straně je časté, že lidé chtějí děti, protože je mají druzí lidé a oni chtějí být rovnocenní, ale ve skutečnosti na obtížnou záležitost péče a výchovy nejsou naladěni. Důležitým momentem je životní styl: mnozí lidé žijí tak, že se do jejich života dítě ani nevejde. Někdy životní styl narušuje i celkovou a tedy i reprodukční biochemii takového člověka. Pokud jde o konkrétnější naladění k neplodnosti, je to uzavírající křeč. Toto naladění ovšem není jen věcí dané současnosti, ale má svou předchozí historii a nezřídka je vázané na celkový způsob bytí ve světě. Naskytá se námitka, čím to, že ženy často otěhotní i v ohrožujících situacích - např. za války apod. Nebo jak to, že otěhotní i z nechtěného pohlavního styku, včetně znásilnění? Inu, to je příroda: V naznačených situacích motivace jedince ustupuje do pozadí.“

„V neposlední řadě ale celkově platí, že důležitou roli v neplodnosti páru hraje vzájemný vztah partnerů, ale i jejich tělesná

kompatibilita.“

Komentář autorky práce.

V odpovědi doc. Čálka se zrcadlí můj osobní příběh. Dítě jsem si přála vždy, v každém vztahu. Byla jsem tím posedlá. Až dnes, když se dívám zpět, vnímám vše úplně jinak. Dítě jsem si představovala jako takový šperk, který má zdobit můj "momentální" vztah. Kdyby se mě někdo tenkrát zeptal: „Co od toho očekávám?“ Řekla bych nejspíš : „Dokonalé štěstí“. Ani na sekundu jsem nepřemýšlela o jakýchkoli nepříjemnostech spojených s výchovou, starostí a péčí. Mou jedinou starostí bylo, jestli už konečně budu někdy těhotná. Antikonceptci jsem sice občas užívala, ale jen když jsem na ní měla peníze. Nebylo to moc pravidelné. Můj životní styl celou situaci jen dokresloval. Užívala jsem si cestování, nočního života, mládí a svobody - svobody bez závazků. Otěhotnět se mi nedařilo 15 let i přes některé cílené kroky. Až jsem konečně potkala toho pravého, cítila jsem potřebu se usadit a na dítěti pracovat důkladněji. Myslím, že se mé tělo těhotenství tak silně bránilo celé ty roky, že se některé fyziologické změny staly stálými. Musela jsem tedy využít umělé oplodnění a nyní mám dvě dcery. Musím přiznat, že po narození první jsem to nezvládala. Panikařila jsem a bála se, že to nezvládnou. Bylo to jiné, než jsem si představovala, nebylo to probuzení na "ružovém obláčku". Až po narození druhé dcery se vše tak nějak usadilo a já se stala opravdovou mámou.

Co se týče námitky: čím to, že ženy otěhotní i v ohrožujících situacích či při znásilnění? Myslím, že situací nepříznivých pro narození miminka je bezpočet. Může tím být sociálně slabé postavení, přírodní katastrofy, zneužívání návykových látek, nízký věk, hladomor, apod. Svou nezastupitelnou roli hraje čistá biologie, nicméně v kritických situacích se člověk přestává zabývat sám sebou a motivací jsou mu základní fyziologické potřeby, jako je hlad, žízeň a reprodukce. Člověk se vlastně "psychicky oprostí" a

pak už je to opravdu jen na přírodě.

Odpověď na otázku č.2:

„Zaměřil bych se na uvolňování emocí a vůbec přirozených lidských tendencí a dále na prověření, popřípadě vylepšení motivace k reprodukci, včetně odstranění psychických zábran ze životní historie.“

Komentář autorky práce.

Velice často vidím klientky v poradně plakat. Vnímám jejich uvolněné emoce, vidím je v jejich přirozenosti, ale teprve tehdy si uvědomuji, jak je důležité porozumět. Porozumět sobě, porozumět druhým, porozumět životu. Pláč je uvolněná emoce, ale aby přinesla úlevu, pomohl by klientkám náhled, čeho se jejich pláč týká. Nenaplněné představy? Pláčou ze vzteku, ze smutku, z naštvaní, ale na koho mají vztek? Na sebe? Na dítě? A z koho nebo z čeho jsou smutné? Ze sebe? Z dítěte? Kde jsou ony? Bylo by velice důležité znát odpovědi, ale pouze takové, které by vycházely z podstaty daného člověka, z jeho opravdové přirozenosti.

Odpověď na otázku č.3:

„Z odpovědi na první otázku vyplývá, že zde jsou podobné, ale i rozdílné příčiny. Společným momentem je nepřirozený, pracovně hektický způsob života, pobyt v bio-psycho-sociálně nevyhovujícím prostředí, strach z přetížení a o vlastní zájmy, jen formální přání se reprodukovat, snaha po tzv. seberealizaci jinak než reprodukci, nepřipravenost na reprodukci z původní rodiny apod. Co se týká rozdílů, domnívám se, že u žen je více psychosomatiky, zatím co u mužské neplodnosti jde spíše o biologickou záležitost, která je někdy ovlivněna stresovým způsobem života. Velkou příčinou je u nich asi toxická chemizace životního a pracovního prostředí.“

Komentář autorky práce.

U mužů je lépe sledovatelná motivace. Málokdy mají pocit, že by

se „někde za něčím“ mělo cosi skrývat. Jeden klient řekl na rovinu před svou partnerkou, se kterou se již 4 roky snaží o dítě: "Než abych byl takovej fotr, jako byl ten můj, tak to radši žádnej." Častěji se začínají objevovat partneři, kteří mají problém se svým spermioqramem. Chtějí radu či odbornou pomoc, ale rozhodně se nechtějí pouštět do "TÉ" psychoterapie. Jsou odhodláni brát pilulky, omezit se v kouření, pítí alkoholu, někdy jsou ochotni změnit jídelníček a začít sportovat, ale aby vzali život do svých rukou, stali se „správnými (akčními) chlapy“, ne jen "pány", to je pro ně náročnější, než se zdá.

Odpověď na otázku č.4:

„V každém případě! Měla by být déleodobě poskytnuta již při medicínské léčbě neplodnosti a během přípravy na asistované oplodnění.“

4.4 Pojetí rogersovské psychoterapeutky

Interview č.4. Mgr. Zuzana Janotková, rogersovská psychoterapie.

Odpověď na otázku č.1:

„Na neplodnost se dívám jako na komplexní záležitost. Také každý klient, klientka, pár, kteří ke mně přichází, je „jedinečný“ a tak se dívám i na vše kolem toho, co je tíží i v oblasti neplodnosti. Setkávám se ve své praxi s klientkami/klienty, kteří přicházejí s informací, že jejich zdravotní stav nedovoluje mít dítě přirozenou cestou, nebo přicházejí s tím, že jsou „biologicky“ zdraví a chtějí přezkoumat psychosociální příčiny, proč se miminko nedaří. Pracuji tedy aktuálně se vším, co je pro daného jednotlivce nebo pár důležité, příčin může být mnoho, někdy jsou zjevné, někdy ale skryté, ale pracujeme na tom, abychom s klienty prošli vše, co může pomoci k návratu k plodnosti nebo vyrovnání se s neplodností, nebo psychickou přípravou k umělému oplodnění. Nebo si klienti v procesu terapie uvědomí, že se jim nedaří mít dítě, protože ho

vlastně nechtějí a snaží se o něj, protože podléhají obrovskému společenskému tlaku, kde se to nějak automaticky očekává. Nebo jsou klienti, kteří z různých příčin nechtějí podstoupit umělé oplodnění, ale po dítěti touží a někdy se rozhodují pro adopci a v terapii toto téma zpracováváme.“

„Ve své práci také s klienty mapuji možnost i jiných typů pomoci. Já pracuji momentálně buď individuálně, nebo s páry, dle toho, jak jsou partneři připraveni ke spolupráci, ale také klienty směřuji třeba na mužské skupiny, tantra jógu pro ženy apod., také spolupracuji s odborníkem na výživu apod.“

Komentář autorky práce.

Propojení psychoterapie s alternativními podpůrnými metodami se mi zdá v některých případech velice důležité. Právě reprodukční proces je náročný na rovnováhu těla a „duše“. Společnost pro psychosomatickou podporu léčby neplodnosti, o.p.s. spolupracuje s Psychosomatickou klinikou v Praze a během poradenství klienty seznamují se všemi technikami, které pro páry s poruchou plodnosti Psychosomatická klinika nabízí. Patří mezi ně taneční terapie, focusing, bodyterapie, akupunktura, cvičení podle Ludmily Mojžíšové, ale také arteterapie či dramaterapie. Během seznamování se s technikami se snažíme spolu s klientkou zachytit co „zabrnká na její strunku“ a tu terapii se většinou rozhodneme vyzkoušet.

Kazuistika č.3

33 letá klientka, pracovně je velice vytížená, jako vedoucí neziskové organizace s již delší dobou působnosti. Po našem krátkém povídání ji zaujala nabídka právě alternativních metod, mezi nimiž byl focusing, probíhající na Psychosomatické klinice v Praze. Zjednodušeně jsem jí vysvětlila smysl focusingu jako otevření klienta tomu, co cítí, a naslouchání prožívaným emocím skrze tělo. Tato metoda ji natolik fascinovala, až jsem tím byla zaskočená.

Klientka se na to téma rozhovořila a popisovala mi, jakým způsobem funguje její tělo. Cokoli prožívá, řeší či je jen silněji vtažena do nějaké situace, její tělo tuhne, připadá si celá zaťatá, jako v křeči. Musím dodat, že tato klientka má tělo jako šlachovitý hubený chlapec. Uvědomovala si, že něco s jejím tělem není v pořádku a cítila obrovskou potřebu nápravy. Sama si v té chvíli uvědomila, že kdyby byla „měkčí“, cítila by se více ženou a to by chtěla. Začala navštěvovat hodiny focusingu a já jsem moc zvědavá, jestli se jí osvědčí.

Odpověď na otázku č.2:

„Neplodnost s sebou přináší dezorganizaci pocitů. Také se mění vztahy k sobě samému, ovlivněny jsou také vztahy se sociálním prostředím, hlavně blízkou rodinou. To vše může způsobovat úzkost, napětí atd. Pracuji s klienty na tom, aby měli prostor mluvit o tom všem ve vztahu k sobě, ke svým blízkým. Klientky/klienti se často potýkají s tím, že se naruší jejich obraz o sobě, procházejí frustrací, emočním stresem, partnerskou krizí atd. Pracujeme také na tom, aby si člověk našel pozitivní cestu k sobě, znova našel svoji hodnotu. Často tomu říkám, že i když se klienti dostali do složité situace, kde řeší neplodnost, „je potřeba, aby nezapomněli žít“.“

Komentář autorky práce.

Je velice důležité, aby prvním krokem v terapii byla možnost podívat se na svůj momentální život trochu víc z nadhledu. Pokusit se o návrat do života. Klientky jsou často zahlceny touhou po dítěti, sžíravým smutkem a depresí, že pro ně ostatní radosti života přestávají mít smysl. Nechtějí se radovat. Jako kdyby celý život poskládaný do barevné mozaiky postupně vybledl a tím i ztratil svůj smysl. Když se některé klientky zeptám, z čeho má radost, co by jí radost udělalo, stále slýchám odpovědi typu: „...nevím...nic...jen to dítě...“.

Odpověď na otázku č.3:

„Nerozlišuji příčiny neplodnosti na mužské nebo ženské, hlavně když je příčina biologická. U příčin psychosociálního charakteru se také nedá jednoznačně říci, že jsou příčiny odlišné, spíš je to o tom, že v léčbě neplodnosti se pozornost často zaměřuje na ženu a u muže to může způsobovat ještě jiné psychosomatické příčiny, proto si myslím, že by mužům měla být věnována větší pozornost i v oblasti psychoterapeutické péče.“

Komentář autorky práce.

Bohužel, je tak málo mužů, kteří se nezaleknou stigmatu „psycho“, že by bylo třeba začít s přijatelnou odbornou informovaností ještě v době, kdy není na blízku žádný „stresující“ problém a člověk má možnost vytvořit si na psychoterapeutickou péči objektivní a nezaopatřený názor.

Odpověď na otázku č.4:

„Ano, jednoznačně. Ale měla by být jasná, navazující a komplexní.“

4.5 Pojetí rodinného psychoterapeuta

Interview č.5. MUDr. Vladislav Chvála, rodinná psychoterapie psychosomatických poruch.

Odpověď na otázku č.1:

(Z hlediska primární rodiny) „Já se dívám na rodinu jako vyvíjející se organizmus, který trvá řadu generací. V nich můžeme pozorovat buď posilující, nebo oslabující strategie. V posilujících rodech rodičovství sílí, je z generace na generaci stále zdatnější a bohatší, v těch druhých se naopak oslabuje. Prof. Stanislav Komárek, biolog, popsal tzv. transdebitaci, což je proces, ve kterém rodičovská generace přenáší dluh na své potomky. Pokud tento

trend v rodinách převáží, může se rodit stále méně dětí, nebo se nakonec nerodí žádné. To dokonce ani nelze nazvat psychologickým vlivem, protože jde spíše o vlastnost systému, jakýsi potenciál chování. Ten může být naplněn nebo naopak vyvážen. Zvláště v rodech, kde bylo zasaženo mateřství, jako to bylo v rodinách, které přežily těžké trauma při likvidaci celých populací za 2. světové války, můžeme pozorovat potíže při vzniku nového mateřství v dalších dvou až třech generacích. Traumatem, které zasáhne vývoj mateřství, může být ale řada jiných, méně křiklavých událostí, například hromadně aplikovaný nesmysl, jakým byl časný nástup matek do továren téměř hned po porodu v padesátých letech, nebo časté rozvody, jako je tomu nyní. V individuálních případech je to třeba zneužívání v dětství, příliš distancovaná, neempatická výchova, přetěžování dětí a další problémy.“

Komentář autorky práce.

Aspekt generační zátěže je velice zajímavý. Vždyť jak bychom vysvětlili některé dědičné fyziologické změny, způsobující neplodnost. Jestliže v daném rodě z nějakého důvodu mateřství není „ověnčeno“ láskou, klidem a pohodou, pak se pod tíhou této nešťastné „informace“ vychovávají děti, které v nějaké míře toto zatížení berou na sebe a předávají ho dál. Také otázka přirozeného výběru má jistě původ v historii člověka. Život na buněčné úrovni má také svou paměť. Jak jinak by mohla jedna buňka rozpoznat jinou správnou buňku, jedině tak, že ví, jak se má ta správná buňka chovat a jak má vypadat. Tato informace tam již „nějak“ je.

Na vývoji mateřství se jistě podepisuje i celoplošný trend, jakým je antikoncepce. V současné době, s vlivem účinné antikoncepce, se setkáváme s nechtěným těhotenstvím velmi zřídka ve srovnání s érou bez antikoncepce, kdy ústředním tématem bylo právě nechtěné těhotenství. Ženy si často nestihly ani uvědomit, zda mohou otěhotnět a zda to bude problém. Na rozdíl od nich, v této

době, řízené antikoncepcí, je strach z nechtěného těhotenství zaměřen na strach z neplodnosti.

Odpověď na otázku č.2:

„Já používám nejraději rodinnou terapii s rekonstrukcí rodové historie, s důrazem na vývoj mateřství a otcovství v tom kterém rodě. Jako podstatné vidím obnovení kontaktu s vlastní historií, nalezení transgeneračních dluhů a vyrovnání se s předky. Dítě totiž nepřichází na svět jen biologicky oplodněním a porodem, ale také sociálně – to především. Mnohem lépe se narodí, je-li rodinná síť zřetelná a jeho místo předem „připravené“, vyjednané. Jen u některých žen je vhodná individuální psychoterapie různých škol, jindy skupinová terapie, která umožní bezpečně odkrýt některé traumatické události a vyrovnat se s nimi. Tyto metody ale nemohou být aplikovány samy o sobě bez ohledu na pacienta, protože už jen označení problému za psychogenní je traumatizující a protože vždy se nakonec jedná také o tělesné fungování, je nespravedlivé tak sterilitu označovat.“

Komentář autorky práce.

V této odpovědi vnímám nasměrování k základním lidským potřebám. Podle A. Pessa a D. Boydena je jich pět: potřeba místa, potřeba bezpečí, potřeba péče, potřeba podpory a potřeba hranic. Tyto potřeby jsou u každého člověka stálé, pouze se s časem mění jejich pořadí a intenzita. Právě potřeba místa je potřebou, kterou potřebuje i ještě nepočaté dítě. Jde o „prostor“, který již má v srdcích, v mysli a v životě svých budoucích rodičů. Poté je to místo v děloze, v matčině břiše. Ale také jde o „prostor“, který (jak už bylo výše řečeno) je pro něj připraven v rodinné síti, ve vztazích a postojích.

Odpověď na otázku č.3:

„Myslím, že jsou velmi podobné. Ale u mužů se o tom zdaleka tak neuvažuje. Sami jsme zaznamenali významný vliv rozložení

maskulinity v páru na množství spermií u muže. Zdá se, že čím mužněji se ženy chovají, tím méně spermií muž vedle nich tvoří. To je přehlížený faktor, ale když vidíme vývojové trendy ve společnosti, mohlo by jít o docela logický důsledek změn v rolích mužů a žen.“

Komentář autorky práce.

Statistiky překvapivě dokládají, že v posledních letech je mužský podíl na neplodnosti vyšší než ženský a stále stoupá. Zároveň je často zmiňována rovnoprávnost mužů a žen a ženy berou útokem postavení a povolání, která ještě v nedávné době byla doménou mužů, atd. „...některé ženy, zvláště nepoznaly-li silný mateřský vztah, potlačí svou ženskost a raději převezmou mužskou roli, zvláště musí-li se prosazovat převážně mezi muži.“ (PONĚŠICKÝ, 2008, s. 41).

Odpověď na otázku č.4:

„Jsem si tím jist. Obávám se, že především lékaři v této dnes velmi lukrativní, podporované a rychle se vyvíjející oblasti technologií nemusí mít ponětí o rozdílu mezi vrozeným a získaným vztahem, nemají zpravidla potřebné znalosti z oblasti rodinné terapie, aby chápali, že dítě nevzniká samotným biologickým oplodněním kdekoho kdekým, ale že jde o složitou bio-psycho-sociální událost, která ovlivňuje zcela zásadně celou další generaci. Protože jsou příliš soustředěni jen na biologické podmínky oplození, uniká jim to podstatné. A ztrácejí tak často kontakt s etikou a s realitou, do které se pak děti narodí, a budou ji muset snášet po celý život. To je ale dluh naší vědy celé, takže se nelze zlobit jen na reprodukční lékaře.“

4.6 Pojetí logoterapeuta

Interview č.6. Mgr. Jakub Hučín, logoterapie a existenciální analýza.

Odpověď na otázku č.1:

„Příčiny neplodnosti jsou multifaktoriální. Když pominu příčiny somatické, vnímám jako dva zásadní negativní vlivy na plodnost v psychické rovině úzkostnost partnerů a tlak na výkon (velmi často spolu souvisejí). Pokud člověk o něco velmi intenzivně usiluje a snaží se něčeho dosáhnout, paradoxně toho dosáhne jen velmi těžko.“

Komentář autorky práce.

„Viktor Frankl se domnívá, že základní úzkost dnešního člověka záleží v hrozící ztrátě smyslu života...“ (PONĚŠICKÝ, 2004, s. 41). Tímto se opět vracíme k otázce poctivé motivace. Hledání smyslu a naplnění života je opravdu to, na co by se měli klienti zaměřit a nesnažit se o „zkratky“.

Odpověď na otázku č.2:

„Prožívání stresu modifikuje fyziologické procesy včetně reprodukčního, proto obecně na relaxaci, uvolnění, snížení napětí, eliminaci výkonovosti lze používat celou škálu nástrojů, rozhovorem a ventilací počínaje, přes různé techniky práce se vztahem k sobě a řízenou relaxací konče.“

Komentář autorky práce.

Bylo by velice k užítku, kdyby klienti dokázali poctivě zrekapitulovat svůj dosavadní životní styl a pokusili se, pokud by to bylo nutné, o „zdravější“ přístup k životu. Nicméně, zrychlující se životní tempo nepřeje úvahám, přemítání o životě či kladení si bytostných otázek.

Odpověď na otázku č.3:

„Primárně ano – vyplývá to z biologické odlišnosti. Na druhou stranu je fakt, že úzkostné, depresivní či jinak narušené prožívání se výrazně promítá do kvality a hloubky intimního setkání partnerů

i do fyziologických funkcí těla, potažmo tak ovlivňuje i možnost početí.“

Odpověď na otázku č.4:

„Rozhodně, a to během celého procesu, nejen ve fázi před možným otěhotněním, ale měla by mít své místo i při doprovázení páru po otěhotnění i při případném nezdaru.“

4.7 Pojetí taneční a pohybové psychoterapeutky

Interview č.7. MUDr. Radana Syrovátková, taneční a pohybová psychoterapie.

Odpověď na otázku č.1:

„V rámci taneční pohybové terapie je tělo i mysl reciproční jednota, se kterou pracujeme, tedy fyzické je v dialogu s psychickým a naopak, a vzájemně se ovlivňují. Taneční pohybová terapie nedělí fyzické, medicínské symptomy a psychické obtíže. Dle mé zkušenosti může být porucha plodnosti poruchou tohoto dialogu na různých pohybově psychických rovinách (zdroje nedorozumění a nevytlačení celku jsou velmi individuální). Taneční pohybová terapie má velmi detailní nástroje (analýza pohybu, vývojový pohled na pohyb a psychický vývoj, neverbální rovina práce) k zachycení takového možného nevytlačení, ev. nedialogu a má šanci s nimi těmito prostředky pracovat na celkové podpoře procesu.“

Komentář autorky práce.

Jsem přesvědčená, že celkový komplexní přístup ke klientům je ta nejlepší cesta. Je proto udivující, jak často se setkávám ze strany klientů s nezájmem. Je pravděpodobné, že tento nezájem pramení z „přetlaku“, ve kterém se nacházejí. Klienti v podstatě rovnou odmítají nebo zpochybňují všechny metody, které nemají okamžitý či alespoň rychlý účinek. Mám za to, že psychoterapie by byla pro lidi daleko atraktivnější, kdyby byl její efekt vidět již nejlépe do

jednoho měsíce. Právě čas hraje důležitou, ale zároveň negativní roli v léčbě neplodnosti v současnosti u nás. Na počátku celého procesu je času dostatek, ale vzhledem k orientaci pouze na biologické nesrovnalosti, na střídání lékařů a center se čas krátí a psychické nastavení klientky se velice rychle zhoršuje. Do terapeutické péče se klientky dostávají ve chvíli, kdy jim často zbývají např. 2 týdny do dalšího pokusu umělého oplodnění.

Odpověď na otázku č. 2:

„V procesu práce formou taneční a pohybové terapie neslibuji klientkám cílově otěhotnění. Cílem společné práce je návrat pozornosti k procesům uvnitř těla, a to i ve velkém detailu, a k ev. emočním obsahům s tím spojeným. Klientka má šanci zažít své tělo jako zdroj tvořivosti, kompetence a zajímavých informací o sobě samé a může ho přestat vnímat jako nástroj k biologickému cíli, ve kterém se pak ztrácí původní obsah.

Za běhu celého procesu si pro sebe dělám i pohybovou diagnózu, tj. která část pohybově psychického centra je nevyjádřená, nepoužívaná a co tomuto nevyjádření předchází. Poté lze v určitý moment terapie i specificky pohybově intervenovat a pomoci klientce zažít sebe ve větší komplexnosti a potenciálně lepším vyladění na sebe, své tělo, jeho biologické rytmy a možnosti.“

Odpověď na otázku č.3:

„Nemyslím si, že psychosomatická neplodnost má jednu příčinu ať již u žen nebo u mužů. Vždy se jedná o souhrn posunů v celkovém psycho-somatickém propojení, které možná vedou k jednomu či dvěma pohybově definovatelným projevům, ale řešení je vždy individuální podle předchozích predeterminant.“

Odpověď na otázku č.4:

„Rozhodně, v souladu s výše uvedenými zkušenostmi. Je ale velmi komplikovaně nabídnutelná klientkám zaměřeným na cíl, na který

se bohužel často léčba neplodnosti omezuje i ze stran zdravotníků. Domnívám se, že současný setting zařízení pro léčbu neplodnosti sám v sobě implikuje protimluv – snaží se tělo donutit k reprodukci a kreativě cestou vnější manipulace, umělého časování, vstupy do hormonálních cyklů, a tlakem na úspěšný cíl v limitu počtu hrazených pokusů. Čili potenciálně v tomto uspořádání je tlak na ztrátu kontaktu s tělem, ztrátu obsahu při zaměření se na rychlost a cíl, což v celostním pojetí jsou parametry nutné k vnitřní tvorbě.“

4.8 Shrnutí

V této kapitole jsem se snažila otevřít různé pohledy na téma psychické aspekty neplodnosti. Záměrně se v celém textu nevěnuji dalším možným aspektům, které jistě mají také svůj vliv na problematiku otěhotnění, jako např.: věk klientů, životní prostředí, ve kterém žijí, pracovní prostředí a jiné škodlivé vlivy - užívání léků, návykových látek, kouření a mnoho dalších.

Cílem kapitoly o psychických aspektech neplodnosti je jejich popis a vysvětlení. Tím se začínám jasně zamýšlet nad jejich možným vlivem u konkrétních klientů, tím získávám další důležitý pohled na neplodnost a také směr možného hlubšího zaměření a zkoumání. Obecně se v současné době mezi psychické aspekty neplodnosti řadí hlavně stres a poté další vlivy zjevné již z prvního setkání s klientem (jako jsou poruchy příjmu potravy, lehčí forma mentální retardace, silná deprese či závislostní chování).

Jsem přesvědčená, že širší pohled na problematiku plodnosti by mohl poskytnout hlubší zamyšlení všem, kteří jsou tímto tématem dotčeni. Pokud by se toto téma dostalo do širšího povědomí, mohli by se lidé již od útlého mládí daleko více starat o svou duševní hygienu a tím by měl jejich život větší smysl a dnes bychom se nebavili o nenaplněnosti, ale o plnosti či přeplněnosti našich očekávání.

5 VÝZNAM PSYCHOTERAPIE

Výše uvedené odpovědi odborníků z oboru psychoterapie mne velice zaujaly tím, že se jejich názory ve své podstatě shodují. Za problematikou neplodnosti vidí spíše vnitřní „konflikt“ klientky, který je pod rouškou neplodnosti skrytý a kterým je nutno se zabývat v první řadě. Již ze samotného pojetí psychotherapeutického přístupu vyplývá, že cesta k jeho odkrytí povede možná u každého jinudy, ale „pocitivá motivace“ bude vždy důležitým ukazatelem skrytého problému.

Stavebním kamenem je význam a důležitost sebepojetí. To, jak jsme schopni sami sobě rozumět a naslouchat si. To, jak je těžké odolávat neustálým tlakům zvenčí, ale také vnitřnímu hlasu, který nám stále připomíná „křivdy“, které na nás kdy kdo napáchal a se kterými, jako s démony, stále musíme bojovat. Hledáme řešení vlastních problémů kolem sebe, je pro nás velice těžké začít uvnitř sebe samých. Je pro nás těžké se k sobě vůbec dostat.

Proto vidím psychoterapii jako bezpečného společníka na cestě k sebepoznání. Jako společníka, který nás vede za ruku a my máme možnost na chvíli zavřít oči a představit si, jaké by to bylo, kdybychom zase byli dětmi, které svůj život žijí spontánně a v kontaktu se sebou. Můžeme si své sny převést do reality a zkusit je žít, a své noční můry vyndat na světlo a pořádně je prozkoumat.

5.1 Psychická podpora léčby neplodnosti

Problematika neplodnosti otevírá dvě zásadní kapitoly psychického strádání a tedy nutnosti psychotherapeutické pomoci.

První z nich je proces léčby neplodnosti. Svou náročností rychle vyčerpá psychické rezervy klientek, které jsou na léčbě závislé a zároveň nemají žádnou možnost vlastního rozhodování se. Velice brzy se dostanou do tak nepříznivého psychického rozpoložení, že

jestli na počátku léčby byly šance na otěhotnění vysoké, po určité době se značně zmenšují. Jejich soukromý život se stává přežíváním a ony samy se ani nesnaží na tom nic měnit.

V těchto případech je nutné nabídnout klientkám psychickou podporu, jako doprovod léčby neplodnosti. Podporu, která by se soustředila na omezení stresu, získání nadhledu, na „plnohodnotný“ návrat do života, na znovuobjevení radosti ze života, na znovunabytí vlastní identity, na oživení vztahu nejen partnerského, komunikace s partnerem (každý z manželů si přeje, aby si ten druhý osvojil jeho vyrovnávací strategii a to může být vážný zdroj partnerského konfliktu).

Nicméně v některých případech je nutné nabídnout i krizovou intervenci, která má za úkol odbourání akutního stresu.

5.2 Psychoterapie jako cesta hledání „pocitivé motivace“

Druhou kapitolou jsou aspekty neplodnosti jako takové. Je jisté, že jde o dlouhodobější nastavení klientky a proto bude psychoterapie náročnější. Jak již bylo řečeno, je třeba se vydat na cestu sebepoznání a tím i pochopení vlastních pohnutek.

V psychoterapii se bude třeba zaměřit na již zmiňovanou „pocitivou motivaci“ a v závislosti na ní se bude třeba soustředit na vyrovnávání se se strachem „mít nebo nemít dítě“. Cílem psychoterapie by mělo být i pojednání o vztahových problémech, pojednání o konfliktech a schopnostech je zvládat, prohloubení uvědomování si sama sebe, prohloubení vztahu k vlastnímu tělu, zlepšení vyrovnanosti a svobodného myšlení, hledání nových životních perspektiv, až po nalezení pravdivého naladění, které bude dané klientce tou správnou odpovědí.

Medicína sleduje stopy nemoci na biologickém základě. Psychologie hledá stopy nemoci na psychologickém základě.

Nemoc nám pomáhá najít cestu, jak být sám sebou. My sami se musíme naučit naslouchat, chápat a poté integrovat, co nám naše nemoc potřebuje sdělit. Jen my sami jsme schopni porozumět. Jen ve spojitosti s námi má daná nemoc konkrétní a jasný smysl.

Psychoterapie je nejvhodnější doprovod na cestě k sebepoznání a možná i k vytouženému dítěti.

ZÁVĚR

Sepsání této práce bylo zároveň shrnutím mé dosavadní poradenské činnosti, týkající se psychické podpory léčby neplodnosti. Mou snahou bylo zmapování psychického strádání klientů, kteří prochází, v mnoha případech i několik let, procesem léčby neplodnosti. Popis jejich emocí a prožívání spolu s pojmenováním negativních tlaků, pod kterými se dennodenně ocitají, ve mně budí sílu a odhodlání pomoci jakýmkoli způsobem. Jedním z nich je i tato práce. To je i důvod, proč je psána, doufám, že srozumitelným slohem a jazykem - přála bych si, aby do ní mohli někdy nahlédnout i sami klienti. Právě pro ně je velice důležité se ve svých emocích vyznat a díky tomu se zase dokázat vrátit do svého života.

Úkolem druhé poloviny práce bylo získat co největší množství pohledů a názorů na problematiku neplodnosti. Dostupných materiálů na toto téma je velice málo. Naopak, právě stále se opakující „výkřiky“ typu „...nestresovat se, nemyslet na to, uklidnit se, uvolnit se, aj.“ vytvořily mezi klienty pocit absolutního neporozumění. Tato hesla jsou naprosto nevhodná, mnohem důležitější je poukázat na smysluplnější přístup, který možná uvolnění a zklidnění opravdu přinese. V tom vidím význam psychoterapeutické pomoci. A v tom také vidím smysl mé práce.

První krok v tomto smyslu jsem učinila založením neziskové organizace Společnost pro psychosomatickou podporu léčby neplodnosti, o.p.s. před necelými dvěma roky (www.podporareprodukce.cz).

SEZNAM LITERATURY

ASBJORN, F. O., LILLEBA, L. B., FALEIDE, E. K. *Vliv psychiky na zdraví*. Přel. Jaro Křivohlavý. Praha: Grada, 2010. 240 s. IBSN: 978-80-247-2864-3.

BERNHARD, S. *Involuntary Childlessness*. Hogrefe&Huber Publishers, 2002. 190 s. ISBN 00-88937-198-9

BOWLBY, J. *Vazba*. Přel. Ivo Miller. Praha: Portál, 2010. 355 s. ISBN 978-80-7367-670-4.

BRISCH, K. H. *Poruchy vztahové vazby*. Přel. Petr Patočka. Praha: Portál, 2011. 312 s. ISBN 978-80-7367-870-8.

DAHLKE, R. *Nemoc jako symbol*. Přel. Zdeněk Dan. Praha: Pragma, 2002. 459 s. ISBN 80-7205-615-8.

DAHLKE, R. *Nemoc jako cesta*. Přel. Stanislav Juhaňák. Praha: Triton, 2011. 290 s. ISBN 978-80-7387-449-0.

DAHLKE, R. *Nemoc jako řeč duše*. Přel. Eva Bosáková. Praha: Pragma, 1998. 416 s. ISBN 80-7205-632-8.

DANZER, G. *Psychosomatika*. Přel. Renata Hollgeová. Praha: Portál, 2010. 248 s. ISBN 978-80-7367-718-3.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010. 800 s. ISBN 978-80-7367-686-5.

LANGLE, S., SULZ, M. *Žít svůj vlastní život*. Přel. Karel Balcar. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-220-1.

KAST, V. *Otcové – dcery, matky – synové*. Přel. Petr Patočka. Praha: Portál, 2004. 168 s. ISBN 80-7178-838-4.

MOORE, T. *Léčebná péče o duši*. Přel. Ivo Muller. Praha: Portál, 2010. 240 s. ISBN 978-80-7367-782-4.

MORSCHITZKY, H., SATOR, S. *Když duše mluví řečí těla*. Přel. Petr Babka. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-218-8.

- OSTRÓ, A., PILKA, L., LEŠNÍK, L. *Reprodukční medicína – současnost a perspektivy*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 2009. 287 s. ISBN 978-80-7182-278-3.
- PONĚŠICKÝ, J. *Fenomén ženství a mužství*. Praha: Triton, 2008. 213 s. ISBN 978-80-7387-106-2.
- PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton, 2004. 215 s. ISBN 80-7254-459-4.
- PONĚŠICKÝ, J. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton, 2002. 120 s. ISBN 80-7254-216-8.
- RUPPERT, F. *Symbióza a autonomie*. Přel. Petr Babka. Praha: Portál, 2011. 272 s. ISBN 978-80-262-0004-8.
- RUPPERT, F. *Trauma a rodinné konstelace*. Přel. Petr Babka. Praha: Portál, 2008. 240 s. ISBN 978-80-7367-367-3.
- RŮŽIČKA, J. *Komunitní a skupinová terapie v české perspektivě*. Praha: Triton, 2011. 341 s. ISBN 978-80-7387-467-4.
- RŮŽIČKA, J. *Psychosomatický přístup k člověku*. Praha: Triton, 2006. 320 s. ISBN 80-7254-750-X.
- ŘEŽÁBEK, K. *Léčba neplodnosti*. Praha: Grada, 2008. 102 s. ISBN 80-7169-707-9.
- SLEPIČKOVÁ, L., FUČÍK, P. *Sociální kontext postojů k řešení neplodnosti*. Sociologický časopis/Czech Sociological Review, 2009. 45, 2, s.268. ISSN 0038-0288.
- SMITH, E.W.L. *Tělo v psychoterapii*. Přel. Silvie Struková. Praha: Portál, 2007. 208 s. ISBN 978-80-7367-144-0.
- TÓTHOVÁ, J. *Úvod do transgenerační psychologie rodiny*. Praha: Portál, 2011. 256 s. ISBN 978-80-7367-856-2.
- TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, 2009. 232 s. ISBN 978-80-7367-561-5.
- TRESS, W., KRUSSE, J., OTT, J. *Základní psychosomatická péče*. Přel. Lubor Špís. Praha: Portál, 2008. 400 s. ISBN 13-978-80-7367-309-3.

INTERNETOVÉ ZDROJE

FN MOTOL. *Neplodnost* /online/. c 2012. Dostupné na:
<http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/cast-pro-dospELE/centrum-reprodukci-mediciny-a-reprodukci-genetik/ostatni/neplodnost/>

SPOLEČNOST PRO PSYCHOSOMATICKOU PODPORU
LÉČBY NEPLODNOSTI, O.P.S. *Neplodnost* /online/. c 2010.
Dostupné na : (www.podporareprodukce.cz).

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Ilona Haasová

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Název práce: Význam psychoterapie pro ženy v procesu léčby neplodnosti

Počet stran (bez příloh): 58

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů české literatury a pramenů: 11

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 16

Počet internetových odkazů: 2

Vedoucí práce: PhDr. Markéta Rokytová

Rok dokončení práce: 2012

**Posudek vedoucího bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: **Ilona Haasová**

Obor studia: Psychologie

Název práce: **Význam psychoterapie pro ženy v procesu léčby neplodnosti**

Vedoucí práce: **PhDr. Markéta Rokytová**

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 58

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 27 + 2 zdroje internetové

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		2		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

--	--	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		2		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

0	X			
---	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost

výsledků v praxi

1				
---	--	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

1				
---	--	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- a) Ještě bych se zaměřila více na **etické otázky**, spojené s umělým oplodněním, které klientky mohou řešit.
- b) Práce je věnována psychoterapii neplodných, okrajově je zmíněna **psychosomatická péče**. Bylo by dobré se o ní zmínit více.
- c) Jak klientky poradny zvládají **konfrontaci s psychickými zdroji obtíží**, když některé z nich je v počátku vůbec nevnímají?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Práce je velmi aktuální. Na problematiku neplodnosti se specializuje velmi málo psychologů, přitom počet neplodných párů prudce roste. Práce je velmi dobře vymyšlena, nápad srovnat pohled na neplodnost u různých psychoterapeutických směrů považuji za výborný. Autorčiny komentáře jsou odborně erudované a opřené o bohatou zkušenost z poradny pro neplodnost, kterou sama založila.

Celkově práci hodnotím jako výbornou.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~*

Navrhovaná klasifikace: **výborná**

Datum, podpis: Praha, 10.5.2012

Dr. Markéta Rokytová
PhDr. Markéta Rokytová

*
nehodící se, škrtněte

**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta: Ilona Haasová

Obor studia: Psychologie

Název práce: Význam psychoterapie pro ženy v procesu léčby neplodnosti

Oponent práce: Mgr. Eva Petráková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 58

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 27

Počet internetových odkazů: 2

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

			x	
--	--	--	---	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		x		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

--	--	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		x		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		x		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		x		
--	--	---	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

			x	
--	--	--	---	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		x		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

1. Co znamená přirozené uchopení problému neplodnosti ?
2. Jak si v praxi představujete ideální přístup k pářům řešícím neplodnost?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

V diplomové práci si autorka zvolila aktuální téma a zaměřila se na význam psychoterapie u léčby neplodnosti.

V úvodních, teoretických kapitolách se autorka zabývá poruchami neplodnosti, ale z její práce se čtenáři může zdát, že za každým typem neplodnosti vždy stojí pouze neřešené psychické problémy. Zdá se, že autorka neschvaluje medicínské postupy léčby neplodnosti / strana 19. moderní medicína stojí v cestě přirozenému uchopení problému neplodnosti/. Nesouhlasím s autorkou, že mikromanipulací jde řešit pohlaví, estetické a jiné přednosti potomka /strana 27/. To v současné době nikdo neumí, ani v USA.

Teoretická část diplomové práce je poměrně čtivá, ale z mého pohledu není dostatečně objektivní. Autorka prokazuje, že umí pracovat s odbornou literaturou a že se nebojí prezentovat svůj vlastní názor a zkušenosti.

V praktické části své práce se autorka zabývá přístupy různých psychoterapeutických směrů k problematice neplodnosti. Rozhovory se zástupci jednotlivých psychoterapeutických škol jsou velmi pěkně zpracovány a doplněny krátkými kazuistikami autorky.

Nepřipadá mi vhodné v odborné publikaci používat často uvozovky a pokud je to nutné, tak je třeba dodržovat jeden způsob psaní / např.strana 18, „hlava“, “v hlavě“.../. Také způsob vynechávání řádku místo odstavců a šířka okrajů na stránkách neodpovídá požadavkům na odbornou práci.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

Datum, podpis:

24.5.2012 *J. P. ...*